

Hollerithstraße 11  
81829 München

Commerzbank AG  
München  
IBAN:  
DE98700800000564460400  
BIC:  
DRESDEFF700

**Beitragsanpassung für Ihre Krankenversicherung  
Versicherungsschein-Nr.**

Sehr geehrte

vielen Dank, dass Sie unserer Krankenversicherung vertrauen.

Wir senden Ihnen heute einen Nachtrag zu Ihrem Versicherungsschein, weil sich ab 1. Januar 2021 der Beitrag zu Ihrer privaten Krankenversicherung ändert.

Die Gründe für die Beitragsanpassung erläutern wir im Abschnitt "Hinweise zur Beitragsänderung".

Unter [www.ARAG.de/Kundeninfo](http://www.ARAG.de/Kundeninfo) finden Sie außerdem Antworten zu häufig gestellten Fragen.

Bitte beachten Sie auch die Möglichkeiten zum Tarifwechsel in diesem Schreiben.

Selbstverständlich sind unsere Beratung und die Durchführung eines Tarifwechsels für Sie kostenlos.

An Ihrer Zahlungsweise ändert sich nichts. Wir buchen die Beiträge termingerecht von Ihrem Konto ab. Informationen zum SEPA-Lastschriftinzug haben wir Ihnen beigelegt.

Wenn Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns einfach an. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Matthias Effinger



Dr. Roland Schäfer

P.S. Sollten Sie bisher von uns Arbeitgeberbescheinigungen erhalten haben, senden wir Ihnen eine aktualisierte Bescheinigung im Dezember zu.

Die Bescheinigung über die steuerlich abzugsfähigen Beiträge erhalten Sie ebenfalls im Laufe des Monats Dezember.

Datum  
06.11.2020

Ihr Ansprechpartner  
Vertragsservice

Telefon  
(089) 4124-8200

Fax  
(089) 4124-9525

e-Mail/Internet  
anfrage-kv  
@ARAG.de  
[www.ARAG.de](http://www.ARAG.de)

Aufsichtsratsvorsitzender:  
Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender  
Vorstand:  
Dr. Matthias Effinger,  
Dr. Roland Schäfer,  
Dr. Werenfried Wendler  
Sitz und Registergericht:  
München, HRB 69751  
USt-ID-Nr.: DE 811 322 452

## Nachtrag zum Versicherungsschein

Versicherungsnehmer:  
Versicherungsschein-Nr.:

### Versicherte Leistungen für

, geb. :

Beginn bzw. Änderung der Versicherung	Versicherungsart	Tarif	Tagessatz in EUR	Tarifbeitrag in EUR	Gesetzlicher Zuschlag (+) in EUR	Zuschlag (+) Rabatt (-) in EUR	Besondere Vereinbarungen	Beitrag in EUR
31.12.2020	Ambulante Kosten		209	404,90		- 199,68		<b>205,22</b>
01.01.2021	Stationäre Kosten		*220	312,04		- 157,73		<b>154,31</b>
31.12.2020	Zahnkosten		529	88,11		- 0,66		<b>87,45</b>
01.01.2020 #	Pflegepflicht		PVN	109,94		- 38,17	1)	<b>71,77</b>

Bei den mit \* gekennzeichneten Tarifen hat sich eine Beitragsveränderung ergeben.

Die mit # gekennzeichneten Tarife basieren auf einer geschlechtsunabhängigen Beitragskalkulation.

### Monatlicher Gesamtbeitrag in Euro

bisher

**506,71**

ab 01.01.2021

**518,75**

### Besondere Hinweise

In Deutschland ist der Beitrag nach § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz steuerfrei.

### Besondere Vereinbarungen

- 1) Für die private Pflege-Pflichtversicherung gelten die Rechte des Altbestandes. Demnach darf der Beitrag den vollen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen.

### **Vertragsbestandteil**

Bestandteile dieses Vertrages sind der Antrag, Teil I und II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Tarifbeschreibungen in Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die vereinbarten Tarife, sowie der Versicherungsschein (inklusive etwaiger Nachträge) mit den darin eventuell genannten Besonderen Bedingungen und besonderen Vereinbarungen.

München, den 06.11.2020



Dr. Matthias Effinger



Dr. Roland Schäfer

## Hinweise zur Beitragsänderung

### Warum ändern sich Ihre Beiträge?

In der nachfolgenden Übersicht finden Sie eine Zusammenfassung der jeweiligen Gründe, die zu einer Beitragsänderung in Ihren Tarifen ab dem 01.01.2021 geführt haben:

geb.

Tarif	Versichertengruppe (Beobachtungseinheit)	Grund der Beitragsänderung	Differenz- betrag in EUR	Neuer Beitrag in EUR
220	Frauen	Änderung der Rech- nungsgrundlagen	+12,04	154,31

## Welche Hintergründe hat Ihre Beitragsänderung?

### Änderung der Rechnungsgrundlagen

Als ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung vergleichen wir gemäß dem gesetzlich festgelegten Verfahren zur Beitragsanpassung mindestens einmal jährlich bei jedem Tarif für feststehende Versicherten-  
gruppen (Beobachtungseinheit) gesondert, ob nicht nur vorübergehend

- die Höhe der erforderlichen Versicherungsleistungen von den kalkulierten Versicherungsleistungen um mehr als fünf Prozent (vertraglicher Schwellenwert) abweicht oder
- die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten um mehr als fünf Prozent (gesetzlicher Schwellenwert) abweichen.

Man bezeichnet das Verhältnis der erforderlichen zu den kalkulierten Versicherungsleistungen als "Auslösenden Faktor Versicherungsleistungen" und das Verhältnis der erforderlichen zu den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten als "Auslösenden Faktor Sterbewahrscheinlichkeiten".

Bei wenigstens einem der von Ihnen abgeschlossenen Tarife ist die Voraussetzung für die Überprüfung aller Rechnungsgrundlagen erfüllt. Das heißt, bei mindestens einem der beiden Auslösenden Faktoren liegt eine nicht nur als vorübergehend anzusehende Überschreitung des jeweiligen Schwellenwerts von fünf Prozent vor. Die jeweiligen Auslösenden Faktoren haben wir in der folgenden Tabelle dargestellt.

Bitte beachten Sie, dass das gesetzlich festgelegte Verfahren zur Ermittlung des Auslösenden Faktors bei Überschreiten der festgelegten Schwellenwerte lediglich ein Auslöser dafür ist, dass sämtliche tariflichen Rechnungsgrundlagen überprüft werden müssen. Es handelt sich daher lediglich um eine Vorstufe der eigentlichen Überprüfung aller Rechnungsgrundlagen. Aus diesem Grund lässt sich aufgrund der Höhe des Auslösenden Faktors nicht auf die Höhe der notwendigen Beitragsanpassung schließen, da die Beiträge von der Überprüfung aller tariflichen Rechnungsgrundlagen abhängen (siehe unten stehende "Tabelle zu den Rechnungsgrundlagen").

### Tabelle zu den Auslösenden Faktoren

Tarif	Versichertengruppe (Beobachtungseinheit)	Auslösender Faktor Versicherungsleistungen (in Klammern Abweichung in %)	Auslösender Faktor Sterbewahrscheinlichkeiten (in Klammern Abweichung in %)
220	Frauen	0,912 (-8,8 %)	-

Bei den mit - angegebenen Auslösenden Faktoren liegt die Voraussetzung einer Überschreitung des jeweiligen Schwellenwerts nicht vor bzw. diese sind für die Beobachtungseinheit gesetzlich nicht vorgesehen.

Daraufhin hat der Verantwortliche Aktuar der ARAG Krankenversicherungs-AG die Notwendigkeit und das Ausmaß einer Beitragsanpassung für die jeweils betroffenen Tarife bewertet. Die hierfür erforderliche Überprüfung aller Rechnungsgrundlagen (insbesondere Storno- und Sterbewahrscheinlichkeiten, Versicherungsleistungen, Rechnungszins und Kosten) ergab die Notwendigkeit einer Beitragsanpassung. Die erforderliche Bewertung und die Zustimmung zur Beitragsanpassung des vom Gesetz vorgesehenen und vom Unternehmen unabhängigen mathematischen Treuhänders liegen vor.

Welche Auswirkungen dabei die Änderung der maßgeblichen Rechnungsgrundlagen auf Ihre Tarife bzw. Ihren Tarif hat, haben wir im Folgenden für Sie zusammengefasst. Bitte beachten Sie, dass die in der Tabelle enthaltenen Angaben immer die Gesamtheit der Ihnen zugeordneten Versichertengruppe (Beobachtungseinheit) des Tarifs darstellt. Im Hinblick auf Ihren persönlichen Vertrag können die in der Tabelle angegebenen Informationen daher abweichen.

### Tabelle zu den Rechnungsgrundlagen

Tarif	Versichertengruppe (Beobachtungseinheit)	Sterbe- wahr- schein- lichkeit	Storno- wahr- schein- lichkeit	Versicherungs- leistungen	Rechnungs- zins	Kosten
220	Frauen	+	+	-	++	+

+++	deutlich beitragssteigernd
++	moderat beitragssteigernd
+	gering beitragssteigernd
0	keine Veränderung
-	gering beitragsenkend
--	moderat beitragsenkend
---	deutlich beitragsenkend

Hinweis zum Kündigungsrecht bei Änderung der Rechnungsgrundlagen:

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person gemäß § 205 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll. Zudem ist eine Kündigung des Versicherungsverhältnisses bei einer Beitragserhöhung auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung möglich.

Für Krankheitskostenvollversicherungen gilt zusätzlich:

Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden. Dies ist in § 205 Abs. 6 VVG geregelt.

Für Pflege-Pflichtversicherungsverträge gilt zusätzlich:

Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird die Kündigung erst wirksam, wenn Sie innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

Nähere Informationen zu Ihrem Kündigungsrecht entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihres Vertrags.

ARAG Krankenversicherungs-AG  
Vertragsservice  
Postfach 82 01 73 · 81801 München  
e-Mail: anfrage-kv@ARAG.de  
Fax: 089/4124-9525

**Vorschlag zur Umstellung Ihres Versicherungsschutzes**

ARAG Kranken-  
versicherungs-AG

Für: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Versicherungsschein-Nr. \_\_\_\_\_

Bei unserem Vorschlag haben wir alle privat krankenversicherten Personen berücksichtigt, für die eine Beitragserhöhung stattfindet und die im Jahr 2021 mindestens 61 Jahre alt werden.

Erläuterungen zu den Vorschlägen und detaillierte Tarifleistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Wenn Sie sich für einen Tarifwechsel entscheiden, schicken Sie uns den Vorschlag bitte unterschrieben zurück.

Hinweis: Die angegebenen Beiträge gelten für die jeweils dargestellten Tarife, es handelt sich hierbei nicht um den Gesamtbeitrag des Vertrages.

**Unser Vorschlag zum ambulanten Versicherungsschutz:**

Bitte ankreuzen	Erhöhung der jährl. Selbstbeteiligung auf	neuer monatl. Beitrag	bisherige jährl. Selbstbeteiligung	bisheriger monatl. Beitrag für Tarif 209
<input type="checkbox"/>	2000 Euro (Tarif 2020)	106,62 Euro	1250 Euro	205,22 Euro
<input type="checkbox"/>	30%, max. 1500 Euro (Tarif 21P70)	184,53 Euro	1250 Euro	205,22 Euro

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer (VersNr.: \_\_\_\_\_ )

**Unser Vorschlag zum stationären Versicherungsschutz:**

Bitte ankreuzen	Vorschlag zur Umstufung auf	neuer monatl. Beitrag	bisher versichert	bisheriger monatlicher Beitrag
<input type="checkbox"/>	Zweibettzimmer (Tarif 240)	115,45 Euro	Einbettzimmer (Tarif 220)	154,31 Euro
<input type="checkbox"/>	Mehrbettzimmer (Tarif 230)	99,02 Euro	Einbettzimmer (Tarif 220)	154,31 Euro

Die Chefarztbehandlung ist natürlich weiterhin versichert!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer (VersNr.: \_\_\_\_\_ )

ARAG Krankenversicherungs-AG  
 Vertragsservice  
 Postfach 82 01 73 · 81801 München  
 e-Mail: anfrage-kv@ARAG.de  
 Fax: 089/4124-9525

**Unser Vorschlag für Ihren gesamten Versicherungsschutz in der Kranken-  
 vollversicherung (alle versicherten Leistungsbereiche):**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Varianten.

Bitte ankreuzen	Umstellung in	neuer monatl. Beitrag	bisherige jährl. Selbstbeteiligung nur ambulanter Tarif	bisheriger monatl. Beitrag für die Tarife 209,220,529
<input type="checkbox"/>	<b>KomfortKlasse</b> Unisex  Tarif K1200 (Selbstbeteiligung 1200 Euro)	193,76 Euro	1250 Euro	446,98 Euro
<input type="checkbox"/>	<b>KomfortKlasse</b> Bisex  Tarif K1200 (Selbstbeteiligung 1200 Euro)	202,46 Euro	1250 Euro	446,98 Euro
<input type="checkbox"/>	<b>Standardtarif*</b>  Tarif 400	154,08 Euro	1250 Euro	446,98 Euro

\* Der Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif.

Bitte beachten Sie für den Standardtarif auch die nachfolgenden „Hinweise und Erklärungen“.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnehmer (VersNr.: \_\_\_\_\_ )

# Tarife im Vergleich – für Ihren gesamten Versicherungsschutz

*Ihr aktueller  
Versicherungsschutz*

	Unsere Vorschläge		
	PremiumKlasse	KomfortKlasse	Standardtarif
<b>Ambulant</b>			
<b>Facharztbehandlung ohne Überweisung</b>	Bis zu 100% Erstattung, je nach Tarif	80% Erstattung	100% Erstattung, aber gebührenrechtliche Einschränkung
<b>Erstattung über Höchstsätzen</b>	ja	nein	nein
<b>Arzneimittel</b>	Bis zu 100% Erstattung für ärztlich verordnete Medikamente, je nach Tarif	80% Erstattung bis 2.500 Euro, danach 100%, nur für verschreibungspflichtige Medikamente	80% für verschreibungspflichtige Medikamente bis zum Erreichen der Selbstbeteiligungsgrenze in Höhe von 306 Euro im Jahr, dann 100%
<b>Heilmittel (z.B. Krankengymnastik)</b>	Bis zu 100% Erstattung, je nach Tarif	80% Erstattung bis 2.500 Euro, danach 100% gemäß Heilmittelverzeichnis	80% Erstattung bis zum Erreichen der Selbstbeteiligungsgrenze in Höhe von 306 Euro im Jahr, dann 100%
<b>Hilfsmittel (ab 1.000 Euro Zusage erforderlich)</b>	Bis zu 100% Erstattung, je nach Tarif	80% Erstattung bis 2.500 Euro, danach 100%	Hilfsmittel müssen ärztlich verordnet sein und beschränken sich auf die Standardausführung
<b>Vorsorge</b>	Ohne Vorsorge-Verzeichnis	Leistung gemäß gesetzlich eingeführter Programme; gemäß Vorsorge-Verzeichnis unschädlich für Selbstbehalt und Pauschalersatzung (ohne Präventionskurse)	Erstattung von Vorsorgeuntersuchungen auf Grundlage gesetzlich eingeführter Programme
<b>Heilpraktiker</b>	Bis zu 100% Erstattung bis Höchstsatz der Gebührenordnung, je nach Tarif	80% Erstattung bis max. 500 Euro pro Kalenderjahr, bis Mindestsatz der Gebührenordnung	nein
<b>Sehhilfen</b>	Sehhilfe bei med. Indikation (Leistungspraxis alle 24 Monate), Fassung 105 Euro, Kontaktlinsen bis 300 Euro innerhalb von 12 Monaten	100% Erstattung, max. 150 Euro alle drei Jahre	Nach Vollendung des 18. Lebensjahrs Erstattung nur in Ausnahmefällen. Keine Leistung für Fassungen
<b>Lasik (Augenlasern)</b>	Leistung im Einzelfall	nein	nein
<b>Ambulante Psychotherapie</b>	Bis zu 100% Erstattung, je nach Tarif, max. 50 Sitzungen pro Kalenderjahr	80% Erstattung, max. 50 Sitzungen pro Kalenderjahr	Nach vorheriger Genehmigung bis zu 25 Stunden im Kalenderjahr, gebührenrechtliche Einschränkung auf den 1,8-fachen Gebührensatz
<b>Stationär</b>			
<b>Erstattung über Höchstsätzen und Chefarztbehandlung</b>	ja	ja	Nein. Erstattung der Regelleistungen zu 100%. Eigenanteil pro Tag für max. 28 Tage pro Kalenderjahr, keine Chefarztbehandlung
<b>Zimmer</b>	1-Bett, 2-Bett, 3- und Mehrbett, je nach Tarif	1- oder 2-Bett	3- und Mehrbett
<b>Zahn</b>			
<b>Zahnbehandlung, Inlay und Professionelle Zahnreinigung (PZR)</b>	Bis zu 100% Erstattung, je nach Tarif	100% Erstattung	Erstattung von 100% für Zahnbehandlungen, 65% für Inlays – keine Erstattung für PZR
<b>Zahnersatz und Kieferorthopädie (KFO)</b>	Bis zu 80% Erstattung, je nach Tarif	80% Erstattung	65% Erstattung für Zahnersatz, 80% für KFO nach Vorlage eines Heil- und Kostenplans
<b>Implantate</b>	Bis zu 80% Erstattung, je nach Tarif	80% Erstattung – für vier Zähne je Kiefer	65% Erstattung für max. zwei Implantate im zahnlosen Unterkiefer

Maßgeblich für den Leistungsumfang sind die dem Versicherungsvertrag konkret zugrunde gelegten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

# Hinweise und Erklärungen

## KomfortKlasse

### Welche Leistungsbereiche sind versichert?

Der Beitrag des Tarifs KomfortKlasse ersetzt Ihren aktuellen Beitrag für den ambulanten, stationären und zahnärztlichen Tarif. Die zurückgelegte Versicherungszeit im bisherigen Zahntarif wird bei der Berechnung der Höchstsätze (summenmäßige Begrenzung) in der KomfortKlasse angerechnet. Die Beiträge der KomfortKlasse sind günstiger als in Ihrem aktuellen Versicherungsschutz und auch die Leistungen sind eingeschränkt.

### Wie unterscheiden sich Bisex- und Unisex-Variante?

Die Unterschiede zwischen Bisex- und Unisex-Variante beziehen sich im Wesentlichen auf die Beiträge. Wir sind aber gesetzlich verpflichtet, Ihnen beide Varianten anzubieten. Bisex-Tarife sind geschlechtsabhängig kalkuliert. Das bedeutet Männer und Frauen zahlen unterschiedliche Beiträge. In Unisex-Tarifen gibt es hinsichtlich der Beiträge keinen Unterschied zwischen Frauen und Männern. Derzeit sind Sie in Bisex-Tarifen versichert und können das auch in Zukunft bleiben.

### Wichtig für Sie:

Unisextarife bilden – im Gegensatz zu den Bisex-Tarifen, deren Vertragsbeginn vor dem 01.01.2009 liegt – sogenannte Übertragungswerte (Teile der Alterungsrückstellung), die bei Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherung mitgenommen werden können. Mit dem Wechsel in einen Unisex-Tarif ist eine spätere Rückkehr in einen Bisex-Tarif ausgeschlossen.

### Muss ich für den Tarifwechsel Gesundheitsfragen beantworten?

Sind Leistungsbereiche bisher nicht oder nicht zu 100 Prozent versichert, ist für die Umstufung in einen Tarif der KomfortKlasse eine neue Gesundheitsprüfung für die Mehrleistungen und somit ein neuer Antrag erforderlich. Dies gilt nicht, wenn Sie auf die Mehrleistungen verzichten.

### Kann ich auch einen anderen Selbstbehalt vereinbaren?

Selbstverständlich. Wir bieten die SB-Stufen 0 Euro, 300 Euro, 600 Euro, 900 Euro, 1200 Euro und 1500 Euro an. Unser Vorschlag orientiert sich an Ihrem aktuellen Versicherungsschutz.

### Kann ich später wieder in die Tarife der PremiumKlasse zurückwechseln?

Ja, das ist möglich. Dann gibt es eine erneute Gesundheitsprüfung für die Leistungsbereiche, in denen die PremiumKlasse bessere Leistungen bietet. Diese Gesundheitsprüfung könnte einen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zur Folge haben. Für Mehrleistungen gelten außerdem erneut Wartezeiten. Sie können einen Risikozuschlag und Wartezeiten verhindern, indem Sie für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren.

## Standardtarif

### Umstellung in den Standardtarif

Wir sind gesetzlich verpflichtet, Ihnen die Möglichkeit anzubieten, Ihren Versicherungsschutz in den so genannten Standardtarif umzustellen, auch wenn sich möglicherweise Ihr Beitrag dadurch nicht reduziert. Beim Standardtarif handelt es sich um einen brancheneinheitlich kalkulierten Tarif.

### Leistungen und Beitrag

Der Leistungsumfang des Standardtarifs ist mit dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Der maximal zu zahlende Beitrag ist auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Für Ehegatten mit einem jährlichen Gesamteinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze gilt eine Beitragsbegrenzung von insgesamt 150 Prozent des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beitrag für die private Pflege-Pflichtversicherung ist darin noch nicht enthalten.

### Was passiert mit einem bestehenden Krankentagegeld?

Bei einem Wechsel in den Standardtarif ist eine bestehende Krankentagegeldversicherung auf den Höchstsatz der gesetzlich Krankenversicherung begrenzt. Ihre Krankentagegeldversicherung reduziert sich ggf. auf diesen Höchstsatz.

### Unter welchen Voraussetzungen ist ein Tarifwechsel möglich?

Bitte prüfen Sie, ob der Standardtarif für Sie eine Alternative zu Ihrem bisherigen Tarif ist. Sie können in den Tarif wechseln, wenn eine mindestens zehnjährige Vorversicherungszeit in der Krankenvollversicherung besteht und

- das 65. Lebensjahr vollendet ist oder
- das 55. Lebensjahr vollendet ist und das jährliche Gesamteinkommen unterhalb der oben genannten Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt.

Ein jährliches Gesamteinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze weisen Sie bitte durch geeignete Unterlagen wie z.B. den Einkommenssteuerbescheid des Vorjahres nach.

### Zusätzlicher Versicherungsschutz

Bitte beachten Sie, dass neben dem Standardtarif keine weitere private Krankenvoll- oder Krankenzusatzversicherung (z.B. Wahlleistungen im Krankenhaus, Zahnzusatzversicherung) bestehen kann.

## Hinweise zum Tarifwechselrecht

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

### § 204 Tarifwechsel

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart. Bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen. Der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn
  - a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
  - b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
  - c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde.ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer
  - a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde,
  - b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

(2) Ist der Versicherungsnehmer auf Grund bestehender Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch nach dem 15. März 2020 in den Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewechselt und endet die Hilfebedürftigkeit des Versicherungsnehmers innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel, kann er innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit in Textform vom Versicherer verlangen, den Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortzusetzen, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war. Eintritt und Beendigung der Hilfebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers durch geeignete Unterlagen nachzuweisen; die Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gilt als Nachweis. Beim Wechsel ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Basistarif stand; die im Basistarif erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen sind zu berücksichtigen. Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung des Vertrages in diesem Tarif. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Versicherungsnehmer, bei denen allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entstehen würde. Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 letzter Teilsatz gilt nicht.

(3) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

(4) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.

(5) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

## Information zum SEPA-Lastschrifteinzug

Der regelmäßige Beitrag zu diesem Vertrag beträgt 518,75 Euro. Dieser Betrag wird monatlich erstmalig zum 01.01.2021 von folgendem Konto abgebucht:

BIC Code  
IBAN

Aus Sicherheitsgründen sind nur die letzten 4 Ziffern Ihrer Bankverbindung angegeben.

Die SEPA Lastschriften erfolgen zur Mandatsreferenz \_\_\_\_\_ zu der  
Gläubiger Identifikationsnummer \_\_\_\_\_ . Mandatsgeber für die-  
ses Lastschrift-Mandat ist \_\_\_\_\_

Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Matthias Effinger



ppa. Sabine Wolf

## SEPA-Lastschrift-Mandat

zum Vertrag

Mandatsreferenz:

---

### Kontoinhaber

Name, Vorname, Titel

Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

---

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die ARAG Krankenversicherungs-AG Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ARAG Krankenversicherungs-AG auf mein (unserem) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Um mir (uns) eine Disposition meines (unseres) Bankkontos zu ermöglichen, informiert mich(uns) die ARAG mit der Jahresrechnung spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt ("Pre-Notification").

---

### Kreditinstitut

Name

IBAN

Die IBAN haben wir aus datenschutzrechtlichen Gründen teilweise unkenntlich gemacht.

BIC

---

### Zahlungsempfänger

ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ0000009476

#### Datenschutz

Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig, ebenso die Sicherheit bei der Datenverarbeitung. Informationen gem. der Datenschutzgrundverordnung zum Umgang mit personenbezogenen Daten finden Sie unter [www.ARAG.de/ds-infos](http://www.ARAG.de/ds-infos). Gerne können Sie diese auch bei uns in Papier anfordern.

---

### Unterschrift Kontoinhaber/ Bevollmächtigter

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber / Bevollmächtigter

München, 06.11.2020

Das Mandat wurde ohne Unterschrift erteilt  
Eine Rücksendung ist nicht erforderlich