

Herrn

Hollerithstraße 11  
81829 München

Commerzbank AG  
München  
IBAN:  
DE98700800000564460400  
BIC:  
DRESDEFF700

### **Leistungsanpassung Ihrer Krankentagegeld-Versicherung Versicherungsschein-Nr.**

**Datum**  
07.08.2024

Guten Tag Herr

**Ihr Ansprechpartner**  
Vertragsservice

mit unserer Krankentagegeld-Versicherung können Sie weiterhin auf eine optimale Ergänzung der Krankenversicherung vertrauen. Damit die Absicherung mit der allgemeinen Einkommensentwicklung auch in Zukunft Schritt halten kann, sind im Tarif KTplus alle drei Jahre Leistungsanpassungen vorgesehen.

**Telefon**  
(089) 4124-8200

In diesem Jahr ist es so weit: Zum 01.10.2024 erhöhen wir den Tagessatz und passen ihn an die Entwicklung des Verbraucherpreisindex der letzten drei Jahre an. Sie profitieren damit von einem höheren Versicherungsschutz ohne Wartezeiten und ohne Risikoprüfung. Das gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

**Fax**  
(089) 4124-9525

Im beigefügten Nachtrag zum Versicherungsschein finden Sie den Krankentagegeldtarif, dessen Leistung zum 01.10.2024 automatisch angepasst wird, mit einem Stern gekennzeichnet. Es sind sowohl der neue erhöhte Tagessatz als auch der neue Beitrag ab dem 01.10.2024 ausgewiesen.

**e-Mail/Internet**  
anfrage-kv  
@ARAG.de  
www.ARAG.de

Sie möchten nicht, dass wir Ihr Krankentagegeld erhöhen? Dann können Sie der bedingungsgemäßen Leistungsanpassung bis zum 01.11.2024 in Textform widersprechen, zum Beispiel per E-Mail.

#### **Bitte beachten Sie:**

Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen aus Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht übersteigen.

Sie haben auch noch bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen eine Krankentagegeldversicherung? Dann empfehlen wir Ihnen dringend, die Einwilligung des anderen Versicherers für die Erhöhung unseres Krankentagegeldes in dem Tarif KTplus einzuholen. Ansonsten gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz aus der anderen privaten Krankentagegeldversicherung.

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

Aufsichtsratsvorsitzender:  
Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender  
Vorstand: Dr. Roland Schäfer (Sprecher),  
Dr. Matthias Effinger,  
Dr. Jan Moritz Freyland,  
Dr. Felicitas Hoppe  
Sitz und Registergericht:  
München, HRB 69751  
UST-ID-Nr.: DE 811 322 452

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

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Matthias Effinger



Dr. Roland Schäfer

## Nachtrag zum Versicherungsschein

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_  
 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
01.10.2024 #	Krankentagegeld	*KTplus	16,50	9,54		- 1,14	1)	<b>8,40</b>
01.01.2021 #	GKV-Ergänzung/Zahn	Z90Bonus		23,86				<b>23,86</b>

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

Die mit # gekennzeichneten Tarife basieren auf einer geschlechtsunabhängigen Beitragskalkulation.

### Monatlicher Gesamtbeitrag in Euro

01.01.2021 bis 30.09.2024

**31,39**

ab 01.10.2024

**32,26**

In Deutschland ist der Beitrag nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 Buchstabe b) Versicherungsteuergesetz unter den dort genannten Voraussetzungen steuerfrei. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, ist der Beitrag insoweit grundsätzlich versicherungsteuerpflichtig.

Versicherungsbeiträge unterliegen gemäß § 4 Nr. 10 Umsatzsteuergesetz nicht der Umsatzsteuer.

### Besondere Vereinbarungen

Die folgende(n) Vereinbarung(en) gelten für die Tarife, die in der Tabelle oben mit der jeweiligen Ziffer gekennzeichnet sind.

- 1) Für diesen Tarif gelten für die Erhöhung des Tagessatzes aufgrund der Leistungsanpassung keine Wartezeiten.

### **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 07.08.2024



Dr. Matthias Effinger



Dr. Roland Schäfer

Herr

## Information zum SEPA-Lastschrifteinzug

Der regelmäßige Beitrag zu diesem Vertrag beträgt 32,26 Euro. Dieser Betrag wird monatlich erstmalig zum 01.10.2024 von folgendem Konto abgebucht:

BIC Code  
IBAN DE:               XXXX XX

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: DE70ZZZ00000009476

**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, 07.08.2024  Das Mandat wurde ohne Unterschrift erteilt  
Eine Rücksendung ist nicht erforderlich