

Hollerithstraße 11  
81829 München

Commerzbank AG  
München  
IBAN:  
DE98700800000564460400  
BIC:  
DRESDEFF700

**Leistungsanpassung in Ihrer Pflegetagegeld-Versicherung  
Versicherungsschein-Nr. 077701**

Datum

Guten Tag Frau |

mit unserer Pflegetagegeld-Versicherung können Sie weiterhin auf eine optimale Ergänzung Ihrer Pflichtversicherung vertrauen. Damit die Absicherung auch in Zukunft Ihrem Bedarf entspricht, sind in den Pflegetagegeldtarifen regelmäßige Leistungsanpassungen vorgesehen.

Ihr Ansprechpartner  
Vertragsservice

Telefon  
(089) 4124-8200

In diesem Jahr ist es wieder soweit: Zum **01.08.2023** erhöhen wir den Tagessatz und passen ihn an die Entwicklung der Lebenshaltungskosten bzw. an die durchschnittlichen Kosten für vollstationäre Pflege an - **ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten**.

Fax  
(089) 4124-9525

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

Im beigefügten Nachtrag zum Versicherungsschein sind Ihre Pflegetagegeldtarife, die zum 01.08.2023 dynamisch angepasst werden, mit einem Stern gekennzeichnet. Es sind sowohl der neue erhöhte Tagessatz, als auch der neue Beitrag ab dem 01.08.2023 ausgewiesen.

Sie möchten nicht, dass wir Ihr Pflegetagegeld erhöhen? Dann können Sie bis zum 01.09.2023 in Textform widersprechen.

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

## 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
01.01.2023	Stationäre Zusatzvers.	261		117,79		- 69,63		<b>48,16</b>
01.01.2020	Krankenhaustagegeld	11	10,23	8,31		- 5,05		<b>3,26</b>
01.08.2023	Pflegezeitgeld	*69	33,00	115,63		- 91,06	1)	<b>24,57</b>

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

### Monatlicher Gesamtbeitrag in Euro

01.01.2023 bis 31.07.2023

**65,48**

ab 01.08.2023

**75,99**

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 08.06.2022



Dr. Matthias Effinger



Dr. Roland Schäfer

## Information zum SEPA-Lastschrifteinzug

Der regelmäßige Beitrag zu diesem Vertrag beträgt 75,99 Euro. Dieser Betrag wird monatlich erstmalig zum 01.08.2023 von folgendem Konto abgebucht:

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, 08.06.2022

Das Mandat wurde ohne Unterschrift erteilt  
Eine Rücksendung ist nicht erforderlich