



Tarifwechsel in andere ARAG Beihilfe-Tarife

Warum erhalte ich diese Tarifwechsellösungen?

Wir sind unter bestimmten Voraussetzungen verpflichtet, Ihnen günstigere Tarife anzubieten. Die Beiträge der ARAG Tarife, die wir Ihnen im Anschreiben unter „Vorschlag zur Umstellung Ihres Versicherungsschutzes“ anbieten, sind immer günstiger als Ihr derzeitiger Versicherungsschutz. Die Leistungen liegen teilweise über dem Niveau Ihres derzeit versicherten Tarifs.

Muss ich für den Tarifwechsel Gesundheitsfragen beantworten?

Der Versicherungsschutz der angebotenen ARAG Tarife ist gegebenenfalls umfangreicher als der Ihres derzeit versicherten Tarifs. Für die Umstufung ist in diesem Fall eine neue Gesundheitsprüfung für die Mehrleistungen und somit ein neuer Antrag erforderlich.

Wie unterscheiden sich Bisex- und Unisex-Variante?

Bisex-Tarife sind geschlechtsabhängig kalkuliert. Das bedeutet, dass sich die Beiträge für Männer und Frauen unterscheiden. In Unisex-Tarifen gibt es hinsichtlich der Beiträge keinen Unterschied auf Grund des Geschlechts.

Wichtig für Kunden, die in Bisex-Tarifen versichert sind:

Unisex-Tarife bilden immer sogenannte Übertragungswerte (Teile der Alterungsrückstellung), die bei einem Wechsel zu einer anderen privaten Krankenversicherung mitgenommen werden können. Mit dem Wechsel in einen Unisex-Tarif ist eine spätere Rückkehr in einen Bisex-Tarif ausgeschlossen. Dies betrifft auch den Standardtarif, der nur in einer Bisex-Variante angeboten wird.

Tarifwechsel in den Basistarif

Umstellung in den Basistarif

Wir sind gesetzlich verpflichtet, Ihnen die Möglichkeit anzubieten, Ihren Versicherungsschutz in den so genannten Basistarif umzustellen, auch wenn sich möglicherweise Ihr Beitrag dadurch nicht reduziert. Beim Basistarif handelt es sich um einen brancheneinheitlich kalkulierten Tarif. Im Rahmen des Tarifwechsels wird eine Gesundheitsprüfung vorgenommen.

Leistungen und Beitrag

Der Leistungsumfang des Basistarifs ist mit dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Der maximal zu zahlende Beitrag ist auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Für Personen mit Beihilfeanspruch berechnet sich der maximal zu zahlende Beitrag aus dem gesetzlich festgelegten Höchstbeitrag und dem persönlichen Prozentsatz der Beihilferestkosten. Der Beitrag für die private Pflege-Pflichtversicherung ist darin noch nicht enthalten.

Unter welchen Voraussetzungen ist ein Tarifwechsel möglich?

Bitte prüfen Sie, ob der Basistarif für Sie eine Alternative zu Ihrem bisherigen Tarif ist.

Die Aufnahme in den Basistarif ist möglich, wenn Ihr Vertrag nach dem 31.12.2008 geschlossen wurde, oder Sie

- das 55. Lebensjahr vollendet haben,
- eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder die Voraussetzungen für den Rentenbezug erfüllen und diese Rente bereits beantragt haben,
- ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen oder
- hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind.

Was passiert bei Hilfebedürftigkeit?

Besteht Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten (Grundsicherung für Arbeitssuchende) oder des Zwölften (Sozialhilfe) Buches Sozialgesetzbuch, so vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit. Würde durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit bestehen, vermindert sich der Beitrag für die Zeit, für die Hilfebedürftigkeit entstehen würde. Bei bestehender oder durch die Zahlung des Beitrags entstehender Hilfebedürftigkeit verringert sich der Beitrag für den Basistarif auf die Hälfte des Zahlbeitrages, der Beitrag für die private Pflege-Pflichtversicherung auf die Hälfte des Höchstbeitrages.

Tarifwechsel in den 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. Eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich, wenn der Standardtarif eine Leistungsverbesserung gegenüber Ihrem aktuellem Versicherungsschutz darstellt.

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 Personen mit Beihilfeanspruch berechnet sich der maximal zu zahlende Beitrag aus dem gesetzlich festgelegten Höchstbeitrag und dem persönlichen Prozentsatz der Beihilferestkosten. Für Ehegatten mit einem jährlichen Gesamteinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze gilt eine Beitragsbegrenzung auf insgesamt 150 Prozent des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beitrag für die private Pflege-Pflichtversicherung ist in unserem Vorschlag noch nicht enthalten.

Was passiert mit einem bestehenden Krankentagegeld?

Bei einem Wechsel in den Standardtarif ist eine bestehende Krankentagegeldversicherung regelmäßig auf den Höchstsatz des Krankengelds der gesetzlichen 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 Ihr Vertrag bereits vor dem 01. Januar 2009 geschlossen wurde und eine mindestens 10-jährige Vorversicherungszeit in der Krankenvollversicherung besteht und

- das 65. Lebensjahr vollendet ist, oder
- das 55. Lebensjahr vollendet ist und das jährliche Gesamteinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt, oder
- ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezogen wird und das jährliche Gesamteinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt.

Ein jährliches Gesamteinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze weisen Sie bitte durch geeignete Unterlagen wie zum Beispiel 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 darf.

Private Krankenversicherung

Beihilfe-Tarife im Vergleich

Tarifwechsel – Sie haben die Wahl

Sie haben von uns heute einen Vorschlag zur Umstellung Ihres Versicherungsschutzes erhalten. Hier finden Sie einen Leistungsvergleich mit allen Tarifen unserer privaten Krankenversicherung für Beihilfeberechtigte. Er beinhaltet sowohl Ihren aktuellen Tarif als auch die Tarife aus unserem Vorschlag. Vergleichen Sie also in Ruhe, bevor Sie sich entscheiden.

Unser Vorschlag enthält nur dann einen ARAG Tarif, wenn sich ihr Beitrag dadurch reduziert. Wir bieten Ihnen aber immer einen brancheneinheitlichen Tarif (Basis- oder Standardtarif) an. Dazu sind wir gesetzlich verpflichtet – auch dann, wenn Ihr Beitrag in diesem Tarif nicht günstiger werden sollte. Falls der angebotene Basis- oder Standardtarif für Sie in Frage kommt, prüfen Sie bitte erst, ob Sie die notwendigen Voraussetzungen für den Wechsel erfüllen. Mehr dazu lesen Sie auf den folgenden Seiten.

Wenn Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen jederzeit gerne weiter.

Wir wünschen Ihnen beste Gesundheit!

Wichtig für Sie

Die Erstattungsprozentsätze und Leistungen in der folgenden Tabelle geben für den Basis- und Standardtarif nicht Ihren individuellen Versicherungsschutz wieder. Der ist immer abhängig von Ihrer gewählten Leistungsstufe. Ein Beispiel: Sie sind in der Leistungsstufe „30 Prozent“ versichert. Wird eine versicherte Leistung von 80 Prozent angegeben, beträgt die tatsächliche Erstattung 30 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Diese werden in Höhe von 80 Prozent angesetzt.

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

Tarife der Krankenvollversicherung für Beihilfeberechtigte im Vergleich

| | PremiumKlasse* | BeihilfeBest / BeihilfeKlinik BeihilfeEinbett | BeihilfeErgänzungBest** | Basistarif* | Standardtarif* |
|---|---|--|---|---|--|
| Ambulant | | | | | |
| Facharztbehandlung ohne Überweisung | Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif | BeihilfeBest Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe | Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen | 100 % Erstattung, aber gebührenrechtliche Einschränkung | 100 % Erstattung, aber gebührenrechtliche Einschränkung |
| Erstattung über Höchstätzen | Ja | BeihilfeBest Ja | Ja, tarifliche Einschränkungen | Nein, (Erstattung unter Regelhöchstatz) | Nein, (Erstattung unter Regelhöchstatz) |
| Arzneimittel | Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif | BeihilfeBest Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe | Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen | 100 % Erstattung, Zuzahlung von 6 EUR je Arzneimittel; nur für ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Arzneimittel | 80 % Erstattung bis zum Erreichen der Selbstbeteiligungsgrenze in Höhe von 306 Euro im Jahr, dann 100 %; nur für ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Arzneimittel |
| Heilmittel (z.B. Krankengymnastik) | Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif | BeihilfeBest Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe | Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen | 100 % Erstattung, 2 Euro Zuzahlung je Heilmittel sowie 10 Euro je Verordnung; gemäß Heilmittelverzeichnis | 80 % Erstattung bis zum Erreichen der Selbstbeteiligungsgrenze in Höhe von 306 Euro im Jahr, darüber 100 % |
| Hilfsmittel | Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif; Für Unisextarife gilt: ab 1.000 EUR Zusage erforderlich, sonst 80 % Erstattung für die funktionale Standardausführung | BeihilfeBest Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe; ab 1.000 EUR Zusage erforderlich, sonst keine Leistung (bei Kürzung auf 80 % im Tarif BeihilfeBest) | Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe; ab 1.000 EUR Zusage erforderlich; sonst keine Leistung (bei Kürzung auf 80 % im Tarif BeihilfeBest) | 100 % Erstattung für die Standardausführung, Zuzahlung von 8 Euro je Hilfsmittel, bzw. 10 Euro pro Monat für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel; Höchstleistungsbeträge gem. Versorgung in der GKV | 80 % Erstattung bis zum Erreichen der Selbstbeteiligungsgrenze in Höhe von 306 Euro im Jahr, dann 100 %; geschlossener Hilfsmittelkatalog; Höchstgrenzen für bestimmte Hilfsmittel |
| Vorsorge | Bis zu 100 % Erstattung von gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen; je nach Tarif | BeihilfeBest Erstattung von gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen – entsprechend der versicherten Tarifstufe | Erstattung von gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen – entsprechend der versicherten Tarifstufe | 100 % für gezielte Vorsorgeuntersuchungen auf Grundlage gesetzlich eingeführter Programme | 100 % für gezielte Vorsorgeuntersuchungen auf Grundlage gesetzlich eingeführter Programme |
| Heilpraktiker | Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif; bis Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) | BeihilfeBest Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe; bis Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) | Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe; bis Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) | Nein | Nein |
| Sehhilfen | Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif, max. 105 EUR für Fassungen, Für Unisextarife gilt: Kontaktlinsen bis zu 300 EUR innerhalb von 12 Monaten | BeihilfeBest Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe bis 600 EUR Rechnungsbetrag innerhalb von 24 Monaten | Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe bis 600 EUR Rechnungsbetrag innerhalb von 24 Monaten | Nach Vollendung des 18. Lebensjahres Erstattung nur in Ausnahmefällen. Erstattung in Höhe der Festbeträge der GKV für Brillengläser. Keine Leistung für Fassungen. | Nach Vollendung des 18. Lebensjahres Erstattung nur in Ausnahmefällen. Erstattung in Höhe der Festbeträge der GKV für Brillengläser. Keine Leistung für Fassungen. |
| Lasik (Augenlasern) | Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif; Für Unisextarife gilt: max. 1.000 EUR je Auge in der gesamten Vertragslaufzeit | BeihilfeBest Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe bis zu 4.000 EUR Rechnungsbetrag innerhalb von 60 Monaten, in den ersten 24 Monaten nach Versicherungsbeginn max. 600 EUR Rechnungsbetrag | Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe bis zu 4.000 EUR Rechnungsbetrag innerhalb von 60 Monaten, in den ersten 24 Monaten nach Versicherungsbeginn max. 600 EUR Rechnungsbetrag | Nein | Nein |
| Ambulante Psychotherapie | Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif; max. 50 Sitzungen pro Kalenderjahr | BeihilfeBest Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe | Keine Leistung | 100 % Erstattung, nur nach vorheriger Genehmigung; gebührenrechtliche Einschränkung auf den 1,8-fachen Gebührensatz | 100 % Erstattung, max. 25 Sitzungen pro Kalenderjahr; nur nach vorheriger Genehmigung; Einschränkung auf den 1,8-fachen Gebührensatz |
| Stationär | | | | | |
| Erstattung über Höchstätzen und Chefarztbehandlung | Ja | BeihilfeBest Chefarztbehandlung ist nicht erstattungsfähig. Belegärztliche Behandlung ist entsprechend der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig. Auch über die Höchstätze hinaus. BeihilfeKlinik Erstattung Wahlarztbehandlung entsprechend der versicherten Tarifstufe | Erstattung privatärztliche Behandlung (Wahlarzt, Belegarzt) entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen | Nein. Erstattung der Regelleistung zu 100 %. Eigenanteil pro Tag für max. 28 Tage pro Kalenderjahr, keine Chefarztbehandlung | Nein. Erstattung der Regelleistung zu 100 %. Eigenanteil pro Tag für max. 28 Tage pro Kalenderjahr, keine Chefarztbehandlung |
| Zimmer | 1-Bett, 2-Bett, 3- und Mehrbett, je nach Tarif | BeihilfeBest 3- und Mehrbett entsprechend der versicherten Tarifstufe BeihilfeKlinik Aufpreis 2-Bett entsprechend der versicherten Tarifstufe BeihilfeEinbett Aufpreis 1-Bett zu 100 % | Keine Leistung | 3- und Mehrbett | 3- und Mehrbett |
| Zahn | | | | | |
| Zahnbehandlung, Inlay und Professionelle Zahnreinigung (PZR) | Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif | BeihilfeBest Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe | Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen | 100 % Erstattung für Zahnbehandlung, beschränkt auf Versorgung auf GKV-Niveau; gebührenrechtliche Einschränkung | 100 % Erstattung für Zahnbehandlung, 65 % Erstattung für Inlays; gebührenrechtliche Einschränkung |
| Zahnersatz und Kieferorthopädie (KFO) | Bis zu 80 % Erstattung, je nach Tarif | BeihilfeBest Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe | Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen | 60 % Erstattung für Zahnersatz gemäß Regelversorgung analog der GKV; 80 % für KFO - nach Vollendung des 18. Lebensjahres nur in Ausnahmefällen | 65 % Erstattung für Zahnersatz, 80 % für KFO nach Vorlage eines Heil- und Kostenplans, gebührenrechtliche Einschränkung |
| Implantate | Bis zu 80 % Erstattung, je nach Tarif | BeihilfeBest Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe | Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen | nein | 65 % Erstattung für max. zwei Implantate im zahnlosen Unterkiefer |

* Die Erstattungsprozentsätze in diesem Tarif gelten für Versicherte ohne Anspruch auf Beihilfe. Für Versicherte mit Beihilfeanspruch hängt die Leistungshöhe von der versicherten Leistungsstufe ab.

** Tarif BeihilfeErgänzungBest ist nur zusammen mit Tarif BeihilfeKlinik abschließbar