

Möglichkeit des Tarifwechsels (Umstufung)

Sie erhalten hiermit für die in Ihrem Vertrag versicherten Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und deren Beitrag sich aufgrund einer Beitragsanpassung nach § 203 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erhöht, Hinweise auf Tarife, die einen gleichartigen Versicherungsschutz wie bisher bieten und bei denen eine Umstufung zu einer Beitragsreduzierung führen würde. Diese Tarife können geringere Leistungen bieten und/oder mit einer höheren Selbstbeteiligung verbunden sein.

In diesem Zusammenhang sind wir verpflichtet, auch auf die Wechselmöglichkeit in den "Basistarif" hinzuweisen. Dies ist ein brancheneinheitlicher Tarif, der einen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbaren Versicherungsschutz bietet und dessen Beiträge - nach gesetzlicher Regelung - auf den jeweiligen GKV-Höchstbeitrag begrenzt sind. Näheres dazu erfahren Sie auf den nachfolgenden Seiten.

Ob ein Tarifwechsel für Sie in Betracht kommt und welche Alternative Ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen entspricht, erfordert eine ausführliche Beratung. Die in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Umstellungsmöglichkeiten dienen lediglich Ihrer ersten Orientierung. Gerne informieren wir Sie ausführlich und erstellen Ihnen, wenn möglich, weitere passgenaue Vorschläge. Bitte sprechen Sie uns bei Interesse an.

Sofern möglich, haben wir zusätzlich zum Basistarif und gegebenenfalls zum brancheneinheitlichen Standardtarif Tarifmöglichkeiten aufgeführt, die zu einer Beitragsreduzierung führen würden. Diese haben wir, soweit möglich, nach den folgenden Kriterien ausgewählt:

- Einen Tarif aus Ihrem bisherigen Tarifsystem, der für Sie interessant sein könnte. Dies kann ein Tarif sein, der Ihnen die gleichen Leistungen wie bisher bietet, jedoch eine höhere Selbstbeteiligung beinhaltet. Innerhalb umfangreicher Tarifsysteme kann der aufgeführte Tarif einen insgesamt veränderten Leistungsumfang gegenüber Ihrem aktuellen Tarif aufweisen.
- Einen Tarif mit einem vergleichbaren Versicherungsschutz aus einem anderen Tarifsystem, der für Sie interessant sein könnte. Das Leistungsspektrum kann geringer und/oder die Selbstbeteiligung höher sein als in Ihrem aktuellen Tarif.
- Tarif(e) mit dem höchsten Zugang im Neugeschäft. Hierbei handelt es sich ausschließlich um geschlechtsunabhängig kalkulierte "Unisex"-Tarife, da wir im Neugeschäft nur noch solche Tarife anbieten dürfen.

Bitte beachten Sie: Vor dem 21.12.2012 wurden alle Personen branchenweit in geschlechtsabhängig kalkulierten "Bisex-Tarifen" versichert. Aufgrund europarechtlicher Vorgaben dürfen Neukunden seit diesem Stichtag nur noch in geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen ("Unisex-Tarifen") versichert werden. Ein Tarifwechsel aus einem "Bisex-Tarif" in einen "Unisex-Tarif" ist möglich. Ein Wechsel zurück in einen "Bisex-Tarif" ist danach nicht mehr zulässig. Das hat zur Folge, dass nach solch einem Wechsel ein zuvor bestehendes Recht zum Wechsel in den Standardtarif nicht mehr besteht.

Die für Sie erstellten Möglichkeiten für einen Tarifwechsel finden Sie in der nachfolgenden Tabelle:

Otto Muster, geboren 26.09.1948

	Ihre Krankenversicherung	Tarifwechsel in Basistarif	Tarifwechsel in Standardtarif ↗	Weitere Tarifwechselformöglichkeit 1	Weitere Tarifwechselformöglichkeit 2
Beitrag für die genannten Tarife zum 01.01.2024	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Tarif(e)	PVN JA	PVN BTN	PVN STN	PVN JA S10	PVN QME 1200
	Weitere Tarifwechselformöglichkeit 3 &)	Weitere Tarifwechselformöglichkeit 4 &)			
Beitrag für die genannten Tarife zum 01.01.2024	..... EUR	..... EUR			
Tarif(e)	PVN JA S10 U	PVN QMP 600 U			

Ehefrau Muster, geboren 27.09.1946

	Ihre Krankenversicherung	Tarifwechsel in Basistarif	Tarifwechsel in Standardtarif *)	Weitere Tarifwechselfähigkeit 1	Weitere Tarifwechselfähigkeit 2
Beitrag für die genannten Tarife zum 01.01.2024	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Tarif(e)	PVN JA	PVN BTN	PVN STN	PVN JA S10	PVN QME 1200
	Weitere Tarifwechselfähigkeit 3 &)	Weitere Tarifwechselfähigkeit 4 &)			
Beitrag für die genannten Tarife zum 01.01.2024	..... EUR	..... EUR			
Tarif(e)	PVN JA S10 U	PVN QMP 600 U			

*) Anspruch auf eine Umstellung in den **Standardtarif** haben **nur Bestandsversicherte**, deren Krankheitskostenvollversicherung **vor dem 01.01.2009** abgeschlossen wurde und aktuell in einem Bisex-Tarif besteht und die darüber hinaus die gesetzlich festgelegten Voraussetzungen für die Versicherbarkeit im Standardtarif erfüllen. Näheres dazu erfahren Sie auf den nachfolgenden Seiten.

5) Der Tarif SL(L) beinhaltet eine Selbstbeteiligung in Höhe von 3.000 Euro pro Kalenderjahr über alle Leistungsbereiche und stellt daher in vielen Fällen - trotz des vergleichsweise geringen Beitrags - keine geeignete Tarifalternative dar.

6) Bei dieser Tarifwechselfähigkeit handelt es sich um günstigere Unisex-Tarife mit dem höchsten Zugang im Neugeschäft.

Hinweis: Die ausgewiesenen Beiträge (ausgenommen Basistarif) enthalten möglicherweise bereits vertraglich vereinbarte Risikozuschläge. Zusätzlich festgesetzt werden kann ein **Mehrleistungszuschlag**, wenn der Tarif, in den umgestuft werden soll, umfangreichere Leistungen als der bisher versicherte Tarif bietet und hinsichtlich dieser Mehrleistungen zum Zeitpunkt des Tarifwechsels ein erhöhtes gesundheitliches Risiko vorliegt. Ob ein Mehrleistungszuschlag für einen bestimmten Tarif erforderlich ist, prüfen wir individuell, sobald Sie uns Ihr insoweit konkretisiertes Interesse an einem Tarifwechsel mitteilen. Sie können anstelle eines Mehrleistungszuschlags auch den Ausschluss der Mehrleistungen verlangen.

Bereits bestehende besondere Vereinbarungen - wie z.B. Leistungsausschlüsse - gelten auch nach der Umstellung in einen anderen Tarif weiter.

Bei Vollversicherungstarifen mit Ergänzungstarifen (z.B. JA-Tarif mit Tarif JE oder ZAK V-Tarif mit Tarif ZAZ) kann es innerhalb der einzelnen Tarifwechselfähigkeiten vorkommen, dass bei Wegfall einzelner Tarifstufen (z.B. des Ergänzungstarifs JE oder ZAZ), die dort gegebenenfalls gebildeten Alterungsrückstellungen auf die verbleibenden Tarife verteilt und sofern möglich beitragswirksam angerechnet werden. Daher kann es vorkommen, dass in unterschiedlichen Tarifkombinationen die gleichen Tarife unterschiedliche Beiträge aufweisen.

Nähere Informationen zu den Umstufungsmöglichkeiten in den Standard- und Basistarif

1. Versicherung im Standardtarif

Der brancheneinheitliche Standardtarif sieht Leistungen vor, die denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jeweils vergleichbar sind. Ändert sich der Leistungsumfang der GKV - z. B. durch Kürzung oder Wegfall von Leistungen - ist der Versicherte berechtigt, die tariflichen Leistungen entsprechend anzupassen.

a) Versicherungsfähigkeit im Standardtarif

Für eine Umstellung in den Standardtarif muss der Versicherte

- vor dem 01.01.2009 eine private Krankheitskostenvollversicherung (substitutiver Versicherungsschutz) abgeschlossen haben und aktuell in einem Bisex-Tarif versichert sein

und

- mindestens 65 Jahre alt sein
oder

Vertragsnr: xxx.xxx/xxx-xxx

- mindestens 55 Jahre alt sein und ein jährliches Gesamteinkommen nicht über der Jahresarbeitsentgeltgrenze für 2024 haben
- oder
- die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt haben oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen und ein jährliches Gesamteinkommen nicht über der Jahresarbeitsentgeltgrenze für 2024 haben. In diesen Fällen kann auch der Ehegatte in dem Standardtarif versichert werden, wenn er bei Versicherungspflicht des Standardtarifversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei familienversichert wäre.

b) Hinweise zum Wechsel in den Standardtarif

Bitte beachten Sie: Bei einem **Wechsel in den Standardtarif verlieren Sie** gegebenenfalls **eine Beitragsrückerstattung** für leistungsfreie Jahre, sofern Sie den Vertrag vor dem 01.08.2024 umstellen.

Der Standardtarif wird jährlich kalkulatorisch überprüft und der Beitrag gegebenenfalls im Laufe des Jahres 2024 angepasst.

2. Versicherung im Basistarif

Der Basistarif wird von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung aufgrund gesetzlicher Verpflichtung und in einheitlicher Form angeboten. Er folgt den nachstehend aufgeführten gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Die Vertragsleistungen des Basistarifs sind nach Art, Umfang und Höhe den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jeweils vergleichbar. Ändert sich der Leistungsumfang der GKV - z. B. durch Kürzung oder Wegfall von Leistungen - ist der Versicherer berechtigt, die tariflichen Leistungen entsprechend anzupassen.

a) Versicherungsfähigkeit im Basistarif

Der Wechsel in den Basistarif ist nur möglich, wenn:

- die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde
- oder
- der Versicherte das 55. Lebensjahr vollendet hat
- oder
- der Versicherte das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und er diese Rente beantragt hat
- oder
- der Versicherte das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht
- oder
- der Versicherte hilfebedürftig nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II - Grundsicherung für Arbeitssuchende) oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII - Sozialhilfe) ist.

b) Hinweise zum Wechsel in den Basistarif

Besteht Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII oder würde allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entstehen, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit oder für die Zeit, in der Hilfebedürftigkeit entstehen würde, um die Hälfte. Die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem SGB II oder dem SGB XII auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Auf Antrag des Versicherten beteiligt sich der zuständige Träger an der Zahlung des hälftigen Beitrags im erforderlichen Umfang (bis zur Höhe des hälftigen Beitrags insgesamt) entsprechend § 32 Abs. 4 SGB XII.

Bitte beachten Sie: Bei einem **Wechsel in den Basistarif verlieren Sie** gegebenenfalls **eine Beitragsrückerstattung** für leistungsfreie Jahre, sofern Sie den Vertrag vor dem 01.08.2024 umstellen.

Der Basistarif wird jährlich kalkulatorisch überprüft und der Beitrag gegebenenfalls im Laufe des Jahres 2024 angepasst.

Leistungskurzbeschreibung¹⁾ Basistarif BT/BT U (Tarifstufen BTN/BTN U und BTB/BTB U)

Tarifstufe	Für Personen <u>ohne</u> Beihilfeanspruch (BTN)	Für Personen <u>mit</u> Beihilfeanspruch (BTB)
Ambulante Behandlung Erstattung (Die Erstattungspflicht ist nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen beschränkt)	100 % (Ausnahme: Zahnärztliche Behandlung), sofern nicht Abzüge für eine tariflich vorgesehene Zuzahlung oder eine vereinbarte Selbstbeteiligung vorzunehmen sind.	100 % abzüglich Beihilfebemessungssatz (Ausnahme: Zahnärztliche Behandlung). Die Erstattungshöhe richtet sich nach dem sich daraus ergebenden versicherten Prozentsatz, der einer Leistungsstufe entspricht. Erstattungsbeiträge werden gegebenenfalls um tariflich vorgesehene Zuzahlungen oder eine gegebenenfalls vereinbarte Selbstbeteiligung vermindert.
Selbstbeteiligung	Je nach Vereinbarung 300, 600, 900 u. 1.200 EUR Selbstbeteiligung möglich	Tarifstufen mit Selbstbeteiligung in Höhe des durch den Beihilfesatz für ambulante Heilbehandlung nicht gedeckten Prozentsatzes von 300, 600, 900 oder 1.200 EUR möglich
Ärztliche Leistungen / nur Vertragsärzte (einschließlich gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen)	Entsprechend gesetzlicher Regelung in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): Persönliche Leistungen: bis 1,2fach GOÄ	
Zahnärztliche Behandlung	Entsprechend gesetzlicher Regelung in Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ): Erstattung: bis 2,0fach GOZ	
Zahnbehandlung	Nicht erstattungsfähig sind Kosten für funktionsanalytische u. funktionstherapeutische Maßnahmen und implantologische Leistungen (außer bei besonders schweren Fällen). 100% für Grundversorgung nach GKV-Standard (z. B. einfache Füllungsmaterialien)	Entsprechend versichertem Prozentsatz Grundversorgung nach GKV-Standard (z. B. einfache Füllungsmaterialien)
Kieferorthopädie	80-90% Erstattung; Leistungen nur für Kinder, die vor Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Ausnahme schwere Kieferanomalie); vor Behandlungsbeginn ist dem Versicherten ein Therapie- u. Kostenplan vorzulegen; Restkostenerstattung nach Behandlungsabschluss gem. Therapie- u. Kostenplan	80-90% des versicherten Prozentsatzes; Leistungen nur für Kinder, die vor Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Ausnahme: schwere Kieferanomalie); vor Behandlungsbeginn ist dem Versicherten ein Therapie- u. Kostenplan vorzulegen; Restkostenerstattung nach Behandlungsabschluss gem. Therapie- u. Kostenplan
Zahnersatz (einschließlich Kronen u. Suprakonstruktionen)	60-75% der zahnärztlichen Standardversorgung der GKV; vor Behandlungsbeginn ist dem Versicherten ein Therapie- u. Kostenplan vorzulegen	60-75% des versicherten Prozentsatzes für zahnärztliche Standardversorgung der GKV; vor Behandlungsbeginn ist dem Versicherten ein Therapie- u. Kostenplan vorzulegen
Stationäre Heilbehandlung (in Einrichtungen mit Zulassung zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung)	100 % für gesetzliche Regelleistungen (Mehrbettzimmer/ Stationsarzt)	Gesetzliche Regelleistungen (Mehrbettzimmer/ Stationsarzt) entsprechend dem versicherten Prozentsatz
Medizinische Vorsorgeleistungen/ Anschlussheilbehandlung u. Rehabilitationsleistungen	Erstattungsfähig, sofern entsprechende ambulante Leistungen nicht ausreichen; nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherten; max. 3 Wochen alle 4 Jahre	Erstattungsfähig, sofern entsprechende ambulante Leistungen nicht ausreichen; nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherten; max. 3 Wochen alle 4 Jahre
Krankentagegeld	Anspruchsberechtigte Personen erhalten für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (AU) ab dem 43. Tag ein Krankentagegeld in Höhe von 70 % des Bruttoeinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze max. 90 % des Nettoeinkommens; Anspruch von max. 78 Wochen in 3 Jahren bei AU wegen derselben Krankheit	

Bei der vorstehenden unverbindlichen Leistungskurzbeschreibung handelt es sich um eine vereinfachende Zusammenfassung wichtiger Leistungsmerkmale.

Zum verbandseinheitlichen Basistarif können grundsätzlich Zusatztarife beibehalten bzw. neu abgeschlossen werden. Wird der Beitrag im Basistarif jedoch wegen Hilfebedürftigkeit halbiert, muss ein bestehender Zusatztarif für die Dauer der Beitragshalbierung ruhen.

Im Basistarif wird keine Beitragsrückerstattung gewährt.

¹⁾ Maßgeblich und verbindlich für die Leistungszusage sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif (Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009) in Verbindung mit Tarif BT/BT U).