Vertragsnummer: K[redacted] Oktober 2026

Informationen zum Tarifwechsel

Ein Tarifwechsel kann sinnvoll sein - muss es aber nicht. Dies hängt in erster Linie von Ihren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen ab. Auch Ihr Gesundheitszustand kann bedeutsam sein.

Wir empfehlen Ihnen sich persönlich von uns beraten zu lassen. Gemeinsam finden wir heraus, ob es eine Tarifalternative gibt, die Ihren Wünschen und Bedürfnissen besser entspricht.
Sprechen Sie uns an - wir sind gerne für Sie da!

1. Wen wir über die Tarifwechselmöglichkeit informieren

In Ihrem Vertrag hat sich bei einer Person, die das 55. Lebensjahr vollendet hat, der Beitrag aufgrund einer Beitragsanpassung nach § 203 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erhöht. Für diese Person erhalten Sie hiermit Hinweise auf alternative Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz und geringerem Beitrag. Diese alternativen Tarife können mit einer höheren Selbstbeteiligung sowie einem geringeren Leistungsumfang verbunden sein. Wir sind verpflichtet, Sie auch auf die Möglichkeit eines Wechsels in brancheneinheitliche Tarife, den "Basistarif" und ggf. den "Standardtarif", hinzuweisen. Näheres über diese Tarife erfahren Sie auf den nachfolgenden Seiten.

2. Wie wir passende Tarifvorschläge auswählen

Bei der Tarifauswahl orientieren wir uns an folgenden Kriterien:

a) 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.

b) Tarif aus einem anderen Tarifsystem, der für Sie interessant sein könnte. Der Leistungsumfang kann geringer und/oder die Selbstbeteiligung höher sein als in Ihrem aktuellen Tarif.

c) Tarif(e) mit dem höchsten Zugang im Neugeschäft. Hierbei handelt es sich ausschließlich um "Unisex"-Tarife, da wir im Neugeschäft nur noch solche Tarife anbieten dürfen.

d) "Basistarif" und ggf. "Standardtarif".

Wichtig:
Wenn Sie aus einem Tarif mit geschlechtsabhängiger Kalkulation (Bisex-Tarif) in einen Tarif mit geschlechtsunabhängiger Kalkulation (Unisex-Tarif) wechseln, können Sie später nicht mehr in einen Bisex-Tarif wechseln. Auch ein späterer Wechsel in den Standardtarif ist dann unumkehrbar ausgeschlossen.

3. Ihre individuellen Tarifvorschläge

In der folgenden Tabelle finden Sie, neben Ihrer aktuellen Tarifauswahl, Wechseloptionen mit dem jeweiligen Gesamtbeitrag:

[redacted], geboren am [redacted]

Angebotsarten	Tarife	Gesamtbeitrag	Anmerkungen
Ihre aktuelle Krankenversicherung	JA S10 JE PVN	916,53 EUR	
Tarifwechsel in Basistarif	PVN BTN	813,09 EUR	
Tarifwechsel in Standardtarif	PVN STN	754,79 EUR	a)
Weitere Tarifmöglichkeit 1	PVN JE JA S20	785,21 EUR	
Weitere Tarifmöglichkeit 2	PVN JA S20	775,36 EUR	

[redacted], geboren am [redacted]

Angebotsarten	Tarife	Gesamtbeitrag	Anmerkungen
Ihre aktuelle Krankenversicherung	JA S10 PVN	946,05 EUR	
Tarifwechsel in Basistarif	PVN BTN	872,56 EUR	
Tarifwechsel in Standardtarif	PVN STN	759,32 EUR	a)
Weitere Tarifmöglichkeit 1	PVN JA S20 U	862,27 EUR	c)
Weitere Tarifmöglichkeit 2	PVN JA S20	913,08 EUR	
Weitere Tarifmöglichkeit 3	PVN QME 2400	862,50 EUR	

Weiterführende Informationen wie die Tarifbedingungen und Leistungskurzbeschreibungen zu den aufgeführten Tarifalternativen finden Sie unter www.inter.de/bap.

a) 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.

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

Hinweise:

- Die genannten Beiträge enthalten ggf. bereits vereinbarte Risikozuschläge (ausgenommen Basistarif).
- Bietet der alternative Tarif Mehrleistungen und liegt diesbezüglich ein erhöhtes gesundheitliches Risiko vor, können wir einen angemessenen Mehrleistungszuschlag festsetzen. In diesem Fall können Sie wahlweise auf die Mehrleistungen verzichten.
- Sobald Sie uns Ihr konkretes Interesse an einem bestimmten alternativen Tarif mitteilen, prüfen wir gerne individuell für Sie, ob in diesem Tarif ein Mehrleistungszuschlag erforderlich wäre.
- Bereits bestehende besondere Vereinbarungen - wie z.B. Leistungsausschlüsse - gelten auch nach der Umstellung in einen anderen Tarif weiter.

Nähere Informationen zum Tarifwechsel in den Basistarif

Hauptmerkmale des Basistarifs

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.

Der Basistarif wird von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung aufgrund gesetzlicher Verpflichtung und in einheitlicher Form angeboten. Für ihn gelten die 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.

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 Arbeitsuchende) oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII - Sozialhilfe) ist.

Hinweis zur Höhe des Beitrags:
Die Beiträge des Basistarifs sind gesetzlich auf den jeweiligen GKV-Höchstbeitrag begrenzt. 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.

Leistungskurzbeschreibung*) Basistarif BT/BT U (Tarifstufen BTN/BTN U und BTB/BTB U)

Tarifstufe	Für Personen ohne Beihilfeanspruch (BTN)	Für Personen mit 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. Erstattungsbeträge 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** Nicht erstattungsfähig sind Kosten für funktionsanalytische u. funktionstherapeutische Maßnahmen und implantologische Leistungen (außer bei besonders schweren Fällen).	
Zahnbehandlung	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 Versicherer 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 Versicherer 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 Versicherer ein Therapie u. Kostenplan vorzulegen	60-75% des versicherten Prozentsatzes für zahnärztliche Standardversorgung der GKV; vor Behandlungsbeginn ist dem Versicherer ein Therapie- u. Kostenplan vorzulegen
Stationäre Heilbehandlung (in Einrichtungen mit Zulassung zur vertragsärztlichen oder vertrags-zahnärztlichen 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 Versicherers; max. 3 Wochen alle 4 Jahre	Erstattungsfähig, sofern entsprechende ambulante Leistungen nicht ausreichen; nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers; 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.

*) 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).

Nähere Informationen zum Tarifwechsel in den Standardtarif

Hauptmerkmale des Standardtarifs

- 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 Versicherer berechtigt, die tariflichen Leistungen entsprechend anzupassen.

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

- mindestens 55 Jahre alt sein und ein jährliches Gesamteinkommen nicht über der Jahresarbeitsentgeltgrenze für 2027 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 2027 haben. In diesen Fällen kann auch der Ehegatte in dem Standardtarif beitragspflichtig versichert werden, wenn er bei Versicherungspflicht des Standardtarifversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei familienversichert wäre.

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. umstellen.

Der Standardtarif wird jährlich kalkulatorisch überprüft und der Beitrag gegebenenfalls im Laufe des Jahres 2027 angepasst.