

Wichtige Hinweise zum Tarif(stufen)wechsel

aus Tarif NK (bisex) in Tarif PRIMO (bisex)

(Unbedingt vor Vertragsänderung vom Versicherungsnehmer unterzeichnen lassen!)

Name des Versicherungsnehmers: _____

Versicherungsnummer: _____

Ich bestätige:

- Mein Versicherer hat mich auf die Leistungsunterschiede zwischen dem bisherigen und dem neuen Tarif bzw. der bisherigen und der neuen Tarifstufe hingewiesen.
- Vergrößert sich durch den Tarif(stufen)wechsel der Leistungsumfang, **löst dies eine neue Risikoprüfung aus, die zu Risikozuschlägen und/oder Leistungsausschlüssen führen kann.** Gleiches gilt, wenn sich der vereinbarte Selbstbehalt durch den gewünschten Wechsel vermindert.
- Mir ist bekannt, dass ich durch den Tarif(stufen)wechsel u.U. niedrigere Leistungen als bisher versichere und **ein späterer Wechsel in Tarife mit besseren Leistungen oder einem niedrigeren Selbstbehalt nur noch mit einer Risikoprüfung** auf Grundlage der dann bestehenden Gesundheitsverhältnisse (einschließlich der bis dann hinzugekommenen Erkrankungen und Beschwerden) erfolgen kann. Dies kann zu Risikozuschlägen und/oder Leistungsausschlüssen führen.
- Ein vertraglich bereits vereinbarter Risikograd wird auch im Zieltarif / in der Zieltarifstufe berücksichtigt. Durch die Risikoprüfung kann sich dieser ggf. noch erhöhen, wodurch sich auch der Risikozuschlag erhöht.
- Über sonstige vertragliche Möglichkeiten zur Beitragsreduzierung innerhalb des bisherigen Tarifprogramms wurde ich ausführlich beraten und möchte diese nicht wahrnehmen.

	NK (bisex)	PRIMO (bisex)
Allgemeines		
jährlicher Selbstbehalt	NK Bonus = versicherte Person erhält einen monatlichen Bonus in Höhe von 60 €, der im Leistungsfall verrechnet wird NK 100 = kein Selbstbehalt NK 3, 31 = 300 € NK 2, 21 = 600 € NK 1, 11 = 1.200 € NK 4, 41 = 3.000 € für Kinder und Jugendliche; 3.300 € für Männer und Frauen Selbstbehalt gilt für alle Leistungsbereiche: ambulant, Zahn, stationär.	PRIMO Bonus = versicherte Person erhält einen monatlichen Bonus in Höhe von 30 €, der im Leistungsfall verrechnet wird PRIMO SB 1 = 300 € PRIMO SB 2 = 600 € PRIMO SB 3 = 1.200 € Selbstbehalt gilt für alle Leistungsbereiche: ambulant, Zahn, stationär.

	NK (bisex)	PRIMO (bisex)
Allgemeines		
Begrenzung auf GOÄ/GOZ	Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) - soweit sachlich und rechtlich begründet, auch über deren Höchstsätze hinaus.	Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der GOÄ bzw. GOZ bis zu deren Höchstsätzen.
Ambulant		
Ambulante Heilbehandlung	100%	100% (bei Einhaltung des Hausarzt-Systems) bzw. 75% (ohne Hausarzt-System)
Hausarzt-System	kein Hausarzt-System	100% für ärztliche Behandlung, wenn zuerst der Hausarzt (Allgemeinarzt, Augenarzt, Gynäkologe, Kinderarzt, Notarzt, Bereitschaftsarzt) aufgesucht wird; 75% bei direkter Facharztbehandlung
Psychotherapie	80% ohne tariflich festgelegte Begrenzung nach Sitzungen im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit und ohne Genehmigungsklausel bei ärztlicher Behandlung.	75% für maximal 30 Sitzungen jährlich im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit und ohne Genehmigungsklausel bei ärztlicher Behandlung.
Heilpraktikerbehandlung	80% bis 2.600 € Rechnungsbetrag, bis zum jeweiligen Höchstbetrag des GebüH (Stand 1985) für alle im GebüH ausdrücklich genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.	75% bis 1.000 € Rechnungsbetrag, bis zum jeweiligen Höchstbetrag des GebüH (Stand 1985) für alle im GebüH ausdrücklich genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.
Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel	Arznei- und Verbandmittel: 100% Heilmittel: 80% nach tariflichem Preis-/Leistungsverzeichnis	Arznei- und Verbandmittel: 75% bis 2.000 €, darüber hinaus 100% Heilmittel: 75% mit tariflichem Preis-/Leistungsverzeichnis
Hilfsmittel	100% Erstattung der tatsächlichen Kosten; kein eng begrenzter Hilfsmittelkatalog.	75% der erstattungsfähigen Aufwendungen, 90% beim Bezug über den Versicherer; mit tariflichem Katalog; mit tariflichen Höchstbeträgen bei bestimmten Hilfsmitteln.
Sehhilfen	100% bis 325 € alle 2 Jahre, bei Dioptrienänderung um mind. 0,5 auch früher.	100% bis 125 € alle 2 Jahre, bei Dioptrienänderung um mind. 0,5 auch früher.
Refraktive Chirurgie	100%	100% (bei Einhaltung des Hausarzt-Systems) bzw. 75% (ohne Hausarzt-System)
Ambulante Vorsorgeuntersuchung	100% für ambulante Vorsorgeuntersuchungen (zur Früherkennung von Krankheiten, auch außerhalb der gesetzlich eingeführten Programme und unabhängig vom Alter).	100% nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzung.
Künstliche Befruchtung	100%	keine Leistung, auch nicht stationär
Stationär		
Stationäre Heilbehandlung	Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt	PRIMO: Mehrbettzimmer PRIMO plus: Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt

	NK (bisex)	PRIMO (bisex)
Zahn		
Zahnbehandlung	NK Bonus, 100, 1-4: 100% für Zahnbehandlung und Zahnersatz bis 550 €, darüber hinaus 75%	100%
Zahnersatz	NK 11-41: 100% für Zahnbehandlung und Zahnersatz bis 550 €, darüber hinaus 50%	PRIMO: 65% PRIMO Z: 75%
Kieferorthopädie	NK Bonus, 100, 1-4: 75% NK 11-41: 50%	75%
Höchstsätze für Zahnleistungen	in den ersten 10 Kalenderjahren	in den ersten 5 Kalenderjahren (Vorver- sicherungszeit wird angerechnet); ab 6. Kalenderjahr jährliche maximale Höchstbegrenzung (5.000 €).
Heil- und Kostenplan	Vorlage bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag für Zahnersatz ab 2.500 €, bei Implantaten immer Vorlage erforderlich; bei Nichtvorlage hälftige Erstattung des übersteigenden Teils.	Vorlage bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag für Zahnersatz ab 2.500 €, bei Implantaten immer Vorlage erforderlich; bei Nichtvorlage hälftige Erstattung des übersteigenden Teils; bei Kieferorthopädie immer Vorlage erforderlich.
Preis-Leistungs- Verzeichnis für zahntechnische Material- und Laborarbeiten	kein Verzeichnis	Verzeichnis über GKV-Niveau
Kur und Sanatorium		
Kur- und Sanatoriumsbehandlung	ohne zeitliche Begrenzung und ohne vorherige Zustimmung; Erstattung der Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Kuranwendungen mit den tarifli- chen Sätzen. Kurtagegeld 11 € für max. 28 Tage/Jahr im Anschluss an 14tägigen Kranken- hausaufenthalt	ohne zeitliche Begrenzung und ohne vorherige Zustimmung; Erstattung der Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Kuranwendungen mit den tarifli- chen Sätzen.
Transporte		
Fahrten/ Transporte zur ambulanten Heilbehandlung	Fahrten zum und vom nächsterreichba- ren geeigneten Arzt bei Gehunfähig- keit, Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie.	Fahrten bei Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie.
Unfall-/ Notfalltransporte	Unfall-/ Notfalltransporte bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.	100% für Notfalltransporte bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.
Transporte		
Mehrkosten für medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland	100% aus Tarif NK; auch Bestattung im Ausland oder Überführung in die Bundesrepublik Deutschland.	100% aus Tarif URZ; auch Bestattung im Ausland oder Überführung in die Bundesrepublik Deutschland.

Bitte beachten Sie, dass sich der Umfang der einzelnen Leistungen aus den Versicherungsbedingungen ergibt.

Achtung:

Anrechnung der Alterungsrückstellung

Haben Sie in Ihrem bisherigen Tarif / Ihrer bisherigen Tarfstufe wegen der höheren tariflichen Leistung eine höhere Alterungsrückstellung gebildet, als in Ihrem künftigen Tarif / Ihrer künftigen Tarfstufe kalkulatorisch erforderlich, geht der „Überschuss“ an Alterungsrückstellung nicht verloren. Er wird sofort in voller Höhe dauerhaft beitragsmindernd angerechnet. Deshalb liegt Ihr Beitrag im künftigen Tarif / in der künftigen Tarfstufe unter dem, den ein Vergleichskunde bezahlen müsste, der seit jeher in diesem Tarif / dieser Tarfstufe versichert ist, obwohl er ansonsten dieselben relevanten Eigenschaften (Alter, Versicherungsdauer, Risikoeinstufung) hat wie Sie.

In manchen Fällen kann die bisher gebildete Alterungsrückstellung nicht in voller Höhe angerechnet werden, weil ansonsten gesetzlich definierte Untergrenzen unterschritten würden. Stattdessen wird der nicht angerechnete Teil der Alterungsrückstellung dann der Rückstellung für Beitragsermäßigung im Alter zugeführt. Ab Vollendung des 65. Lebensjahres wird er für Sie zur Milderung oder vollständigen Finanzierung von Beitragsanpassungen verwendet.

Was passiert bei einer künftigen Beitragsanpassung?

Eine Beitragsanpassung bildet den finanziellen Mehrbedarf ab, der auf die Versicherten zukommt: in Euro gesehen ist dieser für Sie exakt gleich hoch wie für einen Vergleichskunden. Weil Ihr Beitrag jedoch niedriger ist als der des Vergleichskunden, sind Sie prozentual stärker betroffen, obwohl die Erhöhung in Euro identisch ist.

Anpassung von Risikozuschlägen im Rahmen von Beitragsanpassungen

Sofern wir Ihnen den neuen Tarif / die neue Tarfstufe nur gegen Zahlung eines Risikozuschlags ermöglichen können, ist Folgendes zu beachten: Der Risikozuschlag wird im Rahmen von Beitragsanpassungen ebenfalls angepasst. Das bedeutet: Bei einer Beitragserhöhung steigt auch der Risikozuschlag entsprechend. Spätere Wechsel in einen anderen Tarif / eine andere Tarfstufe (dies gilt auch, wenn Sie in Ihren bisherigen Tarif / Ihre bisherige Tarfstufe zurückwechseln würden) führen **nicht** automatisch zu einem Wegfall des dann geltenden Risikozuschlags.

Höhe der Beitragsrückerstattung bei unterjährigem Tarif(stufen)wechsel

Basis für die Beitragsrückerstattung ist Ihr im Januar des jeweiligen Kalenderjahres gültiger Tarifbeitrag. Das ist der Monatsbeitrag einschließlich eventueller Beitragszuschläge. Darin nicht enthalten ist der gesetzliche Zuschlag. Vermindert sich der Beitrag im laufenden Jahr, wird dieser neue Beitrag als Basis herangezogen. Beispiele dafür sind ein höherer Selbstbehalt oder der Wechsel in einen anderen Tarif mit Beitragsrückerstattung.

Selbstbehaltsberechnung bei unterjährigem Tarif(stufen)wechsel

Findet ein Tarif(stufen)wechsel, mit dem eine Änderung des bisherigen Selbstbehaltes einhergeht, nicht zum 1. Januar eines Jahres, sondern „unterjährig“ statt, so gilt nach den Vertragsabreden Folgendes:

In Ihrem bisherigen Tarif / Ihrer bisherigen Tarfstufe ist der dort vorgesehene Jahresselbstbehalt trotz vorzeitiger Beendigung dieses Tarifs / dieser Tarfstufe vollständig zu erfüllen - eine anteilige Begrenzung des Selbstbehalts erfolgt nicht. Der in Ihrem neuen Tarif / Ihrer neuen Tarfstufe vorgesehene Jahresselbstbehalt wird dagegen entsprechend der im laufenden Kalenderjahr verbleibenden Monate begrenzt („Zwölftelregelung“).

Hiervon weichen wir allerdings zugunsten unserer Kunden in der Praxis ab. Der Selbstbehalt gilt bereits dann als erfüllt, wenn die Summe der einbehaltenen Beträge den höchsten während des Kalenderjahres zu beachtenden Selbstbehalt erreicht. D.h., der jeweils höchste tariflich vorgesehene Jahresselbstbehalt bildet die Obergrenze für den kalenderjährlich zu erfüllenden Selbstbehalt.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer