

Wichtige Hinweise zum Tarifwechsel

aus Tarif NK (unisex) in Tarif PRIMO Z (unisex)

(Unbedingt vor Vertragsänderung vom Versicherungsnehmer unterzeichnen lassen!)

Name des Versicherungsnehmers: _____

Versicherungsnummer: _____

Ich bestätige:

- Mein Versicherer hat mich auf die Leistungsunterschiede des Tarifs PRIMO Z gegenüber dem bisher versicherten Tarif NK 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 berücksichtigt, kann sich jedoch anders auswirken, da sich der resultierende Risikozuschlag aus dem Prämienberechnungssystem des Zieltarifs ergibt.
- Über sonstige vertragliche Möglichkeiten zur Beitragsreduzierung innerhalb des bisherigen Tarifprogramms wurde ich ausführlich beraten und möchte diese nicht wahrnehmen.

	NK unisex	PRIMO Z unisex
Allgemeines		
absoluter Selbstbehalt jährlich	NK.Bonus = versicherte Person erhält einen monatlichen Bonus in Höhe von 60 €, der im Leistungsfall verrechnet wird NK.3 = 300 € NK.2 = 600 € NK.1 = 1.200 € NK.4 = 3.000 €	PRIMO.Bonus Z = versicherte Person erhält einen monatlichen Bonus in Höhe von 30 €, der im Leistungsfall verrechnet wird PRIMO.SB 1 Z = 300 € PRIMO.SB 2 Z = 600 € PRIMO.SB 3 Z = 1.200 €
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.

	NK unisex	PRIMO Z unisex
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 und ohne Genehmigungsklausel im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit.	75% für maximal 50 Sitzungen jährlich ohne Genehmigungsklausel im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit.
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%; Hilfsmittel, deren Rechnungsbetrag bei Eigenbezug 350 € übersteigen würde, werden zu 90% erstattet, wenn vor Bezug eine ärztliche Verordnung vorgelegt wird und die Hallesche mit der Auslieferung beauftragt wird; über 10.000 € erstattungsfähige Aufwendungen werden 100% erstattet
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	z.B. LASIK bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € pro Auge, alle 5 Jahre für das jeweilige Auge	z.B. LASIK bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 € pro Auge, alle 5 Jahre für das jeweilige Auge
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	tarifliche Leistung	keine Leistung, auch nicht stationär
Kryokonservierung	100% für eine einmalige Konservierung nach vorheriger schriftlicher Zusage, wenn der Versicherte eine med. notwendige voraussichtlich keimzellschädigende Therapie erhält und Leistungen für künstliche Befruchtung beanspruchen könnte.	keine Leistung

	NK unisex	PRIMO Z unisex
Stationär		
Stationäre Heilbehandlung	Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt	PRIMO Z: Mehrbettzimmer PRIMO Z plus: Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt
Privatkliniken	In Privatkliniken sind die allgemeinen Krankenhausleistungen auf die doppelte Höhe der Abrechnung von öffentlichen Krankenhäusern begrenzt. Die Abrechnung von Wahlleistungen ist nicht begrenzt.	In Privatkliniken sind die allgemeinen Krankenhausleistungen auf die 1,5fache Höhe der Abrechnung von öffentlichen Krankenhäusern begrenzt. Die Abrechnung von Wahlleistungen ist nicht begrenzt.
Zahn		
Zahnbehandlung	100% für Zahnbehandlung und Zahnersatz bis 550 €, darüber hinaus 75%	100%
Zahnersatz		75%
Höchsätze für Zahnleistungen	in den ersten 10 Kalenderjahren	in den ersten 5 Kalenderjahren (Vorversicherungszeit 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 tariflichen Sätzen. 100% für Kurplan und Kurtaxe. Kurtagegeld 11 € für max. 28 Tage/Jahr im Anschluss an 14tägigen Krankenhausaufenthalt	ohne zeitliche Begrenzung und ohne vorherige Zustimmung; Erstattung der Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Kuranwendungen mit den tariflichen Sätzen. 100% für Kurplan und Kurtaxe.
Transporte		
Fahrten/ Transporte zur ambulanten Heilbehandlung	Fahrten und Transporte zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei Gehunfähigkeit, Dialyse, Tiefenbestrahlung, Chemotherapie und ambulanten Operationen.	Fahrten und Transporte zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie.
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 Tarilstufe wegen der höheren tariflichen Leistung eine höhere Alterungsrückstellung gebildet, als in Ihrem künftigen Tarif / Ihrer künftigen Tarilstufe 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 Tarilstufe unter dem, den ein Vergleichskunde bezahlen müsste, der seit jeher in diesem Tarif / dieser Tarilstufe 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 nur gegen Zahlung eines Risikozuschlags ermöglichen können, ist Folgendes zu beachten: Der Risikozuschlag wird im Rahmen von Beitragsanpassungen ebenfalls angepasst. Er unterliegt dann also von seiner Höhe her jeweils einer Änderung. Das bedeutet: Bei einer Beitragserhöhung steigt auch der Risikozuschlag entsprechend. Spätere Wechsel in einen anderen Tarif (dies gilt auch, wenn Sie in Ihren bisherigen Tarif zurückwechseln würden) führen **nicht** zu einem Wegfall des 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.

Selbstbetragsberechnung bei unterjährigem Tarif(stufen)wechsel

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

In Ihrem bisherigen Tarif / Ihrer bisherigen Tarilstufe ist der dort vorgesehene Jahresselbstbehalt trotz vorzeitiger Beendigung dieses Tarifs / dieser Tarilstufe vollständig zu erfüllen - eine anteilige Begrenzung des Selbstbetrages erfolgt nicht. Der in Ihrem neuen Tarif / Ihrer neuen Tarilstufe 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