

Wichtige Hinweise zum Tarifwechsel

aus Tarif NK.select S (unisex) in PRIMO Z (unisex)

(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 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.select S unisex	PRIMO Z unisex
Allgemeines		
absoluter Selbstbehalt jährlich	NK.select S Bonus = Versicherter erhält einen monatlichen Bonus in Höhe von 100 € (für Kinder und Jugendliche bis einschließlich 20 Jahre die Hälfte), der im Leistungsfall verrechnet wird. NK.select S 600 = 600 € NK.select S 1200 = 1.200 € NK.select S 3000 = 3.000 € Selbstbehalt gilt grundsätzlich für alle Leistungsbereiche: ambulant, Zahn, stationär. Leistungen von denen wir keinen Selbstbehalt abziehen: ambulante Vorsorge-Untersuchungen, Schutzimpfungen, Hebammen / Entbindungspfleger, Zahnprophylaxe.	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 € Selbstbehalt gilt für alle Leistungsbereiche: ambulant, Zahn, stationär.
Beitragsbefreiung für Familien	Beitragsfreie Mitversicherung eines Kindes ab Geburt bis zum vollendeten ersten Lebensjahr (ein Elternteil muss mindestens 8 Monate in NK.select S versichert sein).	keine Leistung

	NK.select S unisex	PRIMO Z unisex
Ambulant		
Ambulante Heilbehandlung	100% (bei Einhaltung des Primärarzt-Systems) bzw. 75% (bei direkter Facharztbehandlung)	100% (bei Einhaltung des Hausarzt-Systems) bzw. 75% (ohne Hausarzt-System)
Hausarzt-System	100%, wenn zuerst der Primärarzt (Hausarzt, Augenarzt, Gynäkologe, Kinderarzt, Notarzt, Bereitschaftsarzt oder Arzt/Facharzt, der über unsere Videosprechstunde kontaktiert wird) aufgesucht wird; 75% bei direkter Facharztbehandlung	100% für ärztliche Behandlung, wenn zuerst der Hausarzt (Allgemeinarzt, Augenarzt, Gynäkologe, Kinderarzt, Notarzt, Bereitschaftsarzt) aufgesucht wird; 75% bei direkter Facharztbehandlung
Psychotherapie	70% 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.
Heilpraktiker-Behandlung	keine Leistung	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: 80% bis 4.000 € Rechnungsbetrag, darüber hinaus 100%; Generika zu 100% Heilmittel: 80% bis 4.000 € Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr, darüber hinaus 100% mit tariflichem Preis-/ Leistungsverzeichnis.	Arznei- und Verbandmittel: 75% bis 2.000 €, darüber hinaus 100% Heilmittel: 75% mit tariflichem Preis-/ Leistungsverzeichnis.
Hilfsmittel	80% bis 4.000 € Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr, darüber hinaus 100%; Hilfsmittel, deren Rechnungsbetrag bei Eigenbezug 350 € übersteigen würde bzw. mehrfach bezogen werden, werden zu 100% erstattet, wenn vor Bezug eine ärztliche Verordnung vorgelegt und die Hallesche mit der Auslieferung beauftragt wird.	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 150 € 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	keine Leistung	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.
Stationär		
Stationäre Heilbehandlung	Mehrbettzimmer	PRIMO Z: Mehrbettzimmer PRIMO Z plus: Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt
Ersatzkrankenhaustagegeld	keine Leistung	20 € bei Verzicht auf Zweibettzimmer 25 € bei Verzicht auf Privatarztbehandlung Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche Ersatz-KHT.

	NK.select S unisex	PRIMO Z unisex
Zahn		
Zahnersatz	70%	75%
Kieferorthopädie	70%	75%
Höchstsätze für Zahnleistungen	in den ersten 4 Kalenderjahren; ab 5. Kalenderjahr jährliche maximale Höchstbegrenzung (4.000 €); wenn vor Vertragsschluss 5 Jahre Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden bereits ab dem 4. Kalenderjahr.	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
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.

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 / die neue Tarifstufe 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 Tarifstufe (dies gilt auch, wenn Sie in Ihren bisherigen Tarif / Ihre bisherige Tarifstufe 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 Tarifstufe ist der dort vorgesehene Jahresselbstbehalt trotz vorzeitiger Beendigung dieses Tarifs / dieser Tarifstufe vollständig zu erfüllen - eine anteilige Begrenzung des Selbstbehalts erfolgt nicht. Der in Ihrem neuen Tarif / Ihrer neuen Tarifstufe vorgesehene Jahresselbstbehalt wird dagegen entsprechend der im laufenden Kalenderjahr verbleibenden Monate begrenzt („Zwölfstelregelung“).

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