

Wichtige Hinweise zum Tarifwechsel

aus Tarif NK.select XL (unisex) in Tarif NK.select L (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 Tarfstufe 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 XL unisex	NK.select L unisex
Allgemeines		
absoluter Selbstbehalt jährlich	NK.select XL 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 XL 600 = 600 € NK.select XL 1200 = 1.200 € NK.select XL 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, Kurtagegeld, Zahnprophylaxe, Rücktransport, Überführung, Bestattung außerhalb Deutschlands.	NK.select L 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 L 600 = 600 € NK.select L 1200 = 1.200 € NK.select L 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, Rücktransport, Überführung, Bestattung außerhalb Deutschlands.

	NK.select XL unisex	NK.select L unisex
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.	ambulant, Zahn: Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der GOÄ bzw. GOZ bis zu deren Höchstsätzen. stationär: Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) - soweit sachlich und rechtlich begründet, auch über deren Höchstsätze hinaus.
Beitragsbefreiung für Familien	Beitragsfreie Mitversicherung eines Kindes ab Geburt bis zum vollendeten ersten Lebensjahr (ein Elternteil muss mindestens 8 Monate in NK.select XL versichert sein).	Beitragsfreie Mitversicherung eines Kindes ab Geburt bis zum vollendeten ersten Lebensjahr (ein Elternteil muss mindestens 8 Monate in NK.select L versichert sein).
Familien- und Haushaltshilfe	100% der Kosten bis zu 150 €/Tag	100% der Kosten bis zu 100 €/Tag
Ambulant		
Psychotherapie	90% ohne tariflich festgelegte Begrenzung nach Sitzungen und ohne Genehmigungsklausel im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit.	80% ohne tariflich festgelegte Begrenzung nach Sitzungen und ohne Genehmigungsklausel im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit.
Heilpraktikerbehandlung	80% bis 2.400 € Leistungsbetrag, bis zum jeweiligen Höchstbetrag des GebüH (Stand 1985) für alle im GebüH ausdrücklich genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.	80% bis 1.200 € Leistungsbetrag, bis zum jeweiligen Höchstbetrag des GebüH (Stand 1985) für alle im GebüH ausdrücklich genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.
Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel	100% Heilmittel nach tariflichem Preis-/Leistungsverzeichnis	Arznei- und Verbandmittel: 80% bis 2.000 € Rechnungsbetrag, darüber hinaus 100%; Generika zu 100% Heilmittel: 80% bis 2.000 € Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr, darüber hinaus 100% mit tariflichem Preis-/ Leistungsverzeichnis.
Hilfsmittel	100% Erstattung der tatsächlichen Kosten.	80% bis 2.000 € 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.
Sehhilfen	100% bis 450 € alle 2 Jahre, bei Dioptrienänderung um mind. 0,5 auch früher.	100% bis 300 € alle 2 Jahre, bei Dioptrienänderung um mind. 0,5 auch früher.
Refraktive Chirurgie	z.B. LASIK bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 € pro Auge, alle 5 Jahre für das jeweilige Auge	z.B. LASIK bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € pro Auge, alle 5 Jahre für das jeweilige Auge
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.	80% 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.

	NK.select XL unisex	NK.select L unisex
Stationär		
Stationäre Heilbehandlung	Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt	Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt
Ersatzkrankenhaustagegeld	20 € bei Verzicht auf Einbettzimmer 50 € bei Verzicht auf Zweibettzimmer 60 € bei Verzicht auf Privatarztbehandlung Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche Ersatz-KHT.	30 € bei Verzicht auf Zweibettzimmer 30 € bei Verzicht auf Privatarztbehandlung Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche Ersatz-KHT.
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		
Zahnersatz	90%	80%
Kieferorthopädie	90%	80%
Kur und Sanatorium		
Kur- und Sanatoriumsbehandlung	ohne zeitliche Begrenzung und ohne vorherige Zustimmung; Erstattung der Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Kurwendungen mit den tariflichen Sätzen. 100% für Kurplan und Kurtaxe. Kurtagegeld 20 € für max. 28 Tage/Jahr im Anschluss an 14tägigen Krankenhausaufenthalt.	ohne zeitliche Begrenzung und ohne vorherige Zustimmung; Erstattung der Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Kurwendungen mit den tariflichen Sätzen. 100% für Kurplan und Kurtaxe.

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 Tarifstufe wegen der höheren tariflichen Leistung eine höhere Alterungsrückstellung gebildet, als in Ihrem künftigen Tarif / Ihrer künftigen Tarifstufe 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 Tarifstufe unter dem, den ein Vergleichskunde bezahlen müsste, der seit jeher in diesem Tarif / dieser Tarifstufe 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