

Wichtige Hinweise zum Tarifwechsel**aus Tarif PRIMO M (bisex) in Tarif NK.select XL (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.
- Ich wurde darüber informiert, dass ggf. bestehende Beitragsunterschiede zwischen Bisex- und Unisex-Tarifen nicht dauerhaft garantiert werden können und sich daher künftig auch umkehren können.
- Mir ist bekannt, dass ein Wechsel aus einem Unisex-Tarif in einen Bisex-Tarif aus rechtlichen Gründen nicht möglich ist. Das bedeutet auch, dass ein Wechsel in den Standardtarif zukünftig nicht mehr möglich ist. Für die künftige Vertragsgestaltung stehen mir nach einem Wechsel ausschließlich Unisex-Tarife zur Verfügung.
- Über sonstige vertragliche Möglichkeiten zur Beitragsreduzierung innerhalb des bisherigen Tarifprogramms wurde ich ausführlich beraten und möchte diese nicht wahrnehmen.

	PRIMO M bisex	NK.select XL unisex
Allgemeines		
absoluter Selbstbehalt jährlich	PRIMO M Bonus = versicherte Person erhält einen monatlichen Bonus in Höhe von 30 €, der im Leistungsfall verrechnet wird. PRIMO M SB 1 = 300 € PRIMO M SB 2 = 600 € PRIMO M SB 3 = 1.200 € Selbstbehalt gilt für alle Leistungsbereiche: ambulant, Zahn, stationär. In allen Tarifstufen gilt für Arznei- und Verbandmittel ein gesonderter Selbstbehalt in Höhe von 300 €.	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, Pauschale bei Hausgeburten, Kurtaggeld, Zahnprophylaxe, Rücktransport, Überführung, Bestattung außerhalb Deutschlands.
Begrenzung auf GOÄ/GOZ	Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der GOÄ bzw. GOZ bis zu deren Höchstsätzen.	Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) - soweit sachlich und rechtlich begründet, auch über deren Höchstsätze hinaus.
Beitragsbefreiung für Familien	keine Leistung	Beitragsfreie Mitversicherung eines Kindes ab Geburt bis zum vollendeten ersten Lebensjahr (ein Elternteil muss mindestens 8 Monate in NK.select XL versichert sein)
Familien- und Haushaltshilfe	keine Leistung	100% der Kosten bis zu 150 €/Tag
Kinderbetreuungs-pauschale	keine Leistung	100 €/Tag für max. 10 Tage/Jahr (Kind und Elternteil müssen beide in NK.select XL versichert sein)
Ambulant		
Psychotherapie	75% für maximal 50 Sitzungen jährlich im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit und ohne Genehmigungsklausel bei ärztlicher Behandlung.	90% ohne tariflich festgelegte Begrenzung nach Sitzungen und ohne Genehmigungsklausel im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit.
Heilpraktiker-behandlung	keine Leistung	80% bis 2.400 € Leistungsbetrag, 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% nach 300 € Selbstbehalt; Heilmittel: 75% mit tariflichem Preis-/Leistungsverzeichnis.	100% Heilmittel nach tariflichem Preis-/Leistungsverzeichnis
Hilfsmittel	75% der erstattungsfähigen Aufwendungen, 90% beim Bezug über den Versicherer; mit tariflichem Katalog; mit tariflichen Höchstbeträgen bei bestimmten Hilfsmitteln.	100% Erstattung der tatsächlichen Kosten.

	PRIMO M bisex	NK.select XL unisex
Ambulant		
Sehhilfen	100% bis 125 € alle 2 Jahre, bei Dioptrienänderung um mind. 0,5 auch früher.	100% bis 450 € alle 2 Jahre, bei Dioptrienänderung um mind. 0,5 auch früher.
Refraktive Chirurgie	100%	z.B. LASIK bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 € pro Auge, alle 5 Jahre für das jeweilige Auge
Ambulante Vorsorgeuntersuchung	100% nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzung.	100% für ambulante Vorsorgeuntersuchungen (zur Früherkennung von Krankheiten, auch außerhalb der gesetzlich eingeführten Programme und unabhängig vom Alter).
Schutzimpfungen	100 % für Schutzimpfungen, die von der ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden. Die Kosten des Impfstoffes werden als Arzneimittel erstattet.	100 % für Schutzimpfungen, die von der ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden, auch Reiseschutzimpfungen. Die Kosten des Impfstoffes werden als Arzneimittel erstattet.
Künstliche Befruchtung	keine Leistung, auch nicht stationär	tarifliche Leistung
Kryokonservierung	keine Leistung	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.
Stationär		
Stationäre Heilbehandlung	Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt	Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt
Ersatzkrankenhaustagegeld	20 € bei Verzicht auf Zweibettzimmer 25 € bei Verzicht auf Privatarztbehandlung Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche Ersatz-KHT.	20 € bei Verzicht auf Einbettzimmer 50 € bei Verzicht auf Zweibettzimmer 60 € bei Verzicht auf Privatarztbehandlung Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche Ersatz-KHT.
Privatkliniken	keine Begrenzung bei Aufenthalt in Privatkliniken	In Privatkliniken sind die allgemeinen Krankenhausleistungen auf die doppelte Höhe der Abrechnung von öffentlichen Krankenhäusern begrenzt. Die Abrechnung von Wahlleistungen ist nicht begrenzt.
Zahn		
Zahnersatz	75%	90%
Kieferorthopädie	75%	90%
Höchstsätze für Zahnleistungen	in den ersten 5 Kalenderjahren; ab 6. Kalenderjahr jährliche maximale Höchstbegrenzung (8.000 €).	in den ersten 4 Kalenderjahren (Vorversicherungszeit wird angerechnet); unbegrenzt ab dem 4. Kalenderjahr, wenn vor Vertragschluss 5 Jahre Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden.

	PRIMO M bisex	NK.select XL unisex
Zahn		
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; bei Kieferorthopädie immer Vorlage erforderlich.	Vorlage bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag für zahnärztliche Behandlung ab 2.500 €; bei Nichtvorlage hälftige Erstattung des übersteigenden Teils. Bei Implantaten und KFO immer Vorlage erforderlich; bei Nichtvorlage hälftige Erstattung.
Preis-Leistungs-Verzeichnis für zahntechnische Material- und Laborarbeit	Verzeichnis über GKV-Niveau	kein Verzeichnis
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.	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 20 € für max. 28 Tage/Jahr im Anschluss an 14tägigen Krankenhausaufenthalt
Transporte		
Fahrten/ Transporte zur ambulanten Heilbehandlung	Fahrten bei Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie.	Fahrten und Transporte zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei Gehunfähigkeit, Dialyse, Tiefenbestrahlung, Chemotherapie und ambulanten Operationen.
Unfall-/ Notfalltransporte	100% für Notfalltransporte bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.	Unfall-/ Notfalltransporte zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus.
Krankentransport bei stationärer Heilbehandlung	Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.	Fahrten und Transporte zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus bei Gehunfähigkeit und Chemotherapie.
Mehrkosten für medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland	100% aus Tarif URZ oder CRHD; auch Bestattung im Ausland oder Überführung in die Bundesrepublik Deutschland.	100% aus Tarif NK.select XL; 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 / die neue Tarilstufe 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 Tarilstufe (dies gilt auch, wenn Sie in Ihren bisherigen Tarif / Ihre bisherige Tarilstufe 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 Tarilstufe ist der dort vorgesehene Jahresselbstbehalt trotz vorzeitiger Beendigung dieses Tarifs / dieser Tarilstufe vollständig zu erfüllen - eine anteilige Begrenzung des Selbstbehalts erfolgt nicht. Der in Ihrem neuen Tarif / Ihrer neuen Tarilstufe vorgesehene Jahresselbstbehalt wird dagegen entsprechend der im laufenden Kalenderjahr verbleibenden Monate begrenzt („Zwölfteilerregelung“).

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