

Bestandserhaltung: Informationen zum Tarifwechsel

Informationen zum Tarifwechsel in der privaten Krankenversicherung.

1. Finanzielle Auswirkungen

Sie möchten in einen günstigeren Tarif wechseln, um Beiträge zu sparen. Ein Wechsel bringt für Sie jede Menge Konsequenzen mit sich – wir sagen Ihnen, welche.

So wenig bleibt von einer Beitragsreduzierung tatsächlich übrig.

Von einer Beitragsreduzierung profitieren Sie nicht allein. Auch für das Finanzamt führt Ihr Tarifwechsel zu einer deutlichen Ersparnis. Und bei Arbeitnehmern kann zusätzlich auch noch der Arbeitgeber durch einen

verminderten Arbeitgeberzuschuss sparen. Wird die Beitragsreduzierung obendrein durch die Erhöhung eines Selbstbehaltes erreicht, kommen im ungünstigsten Fall von 100,00 Euro Reduzierung gerade einmal 40,00 Euro bei Ihnen an.

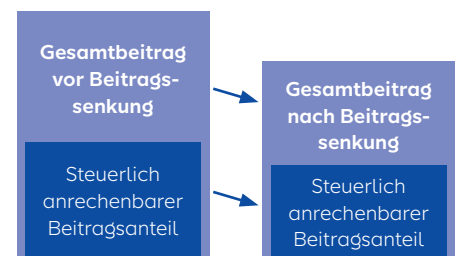
Gesamtersparnis – so wenig bleibt davon übrig.



1. Beitragsreduzierungen mindern Ihre steuerlich anrechenbaren Beiträge

Privat Krankenversicherte können ihre Beiträge in unbegrenzter Höhe steuerlich ansetzen. Die anrechenbaren Beitragsanteile sind tarifabhängig; die konkrete steuerliche Auswirkung der KV-Beiträge ist daher immer individuell zu prüfen. Es gilt der Grundsatz: Je niedriger der Beitrag zur Krankenversicherung, umso geringer ist die Beteiligung des Finanzamtes. Deshalb führen niedrigere Krankenversicherungsbeiträge zu höheren Steuern.

Arbeitgeber weitergegeben; Leistungseinschränkungen hingegen trägt der Kunde vollständig allein. Von einem Hochleistungs-Versicherungsschutz profitieren Sie mehrfach. Sie beteiligen Ihren Arbeitgeber maximal an Ihrem Krankenversicherungsbeitrag und am Aufbau höchstmöglicher Alterungsrückstellungen. Und ganz nebenbei erhalten Sie die bestmögliche Versorgung im Krankheitsfall.

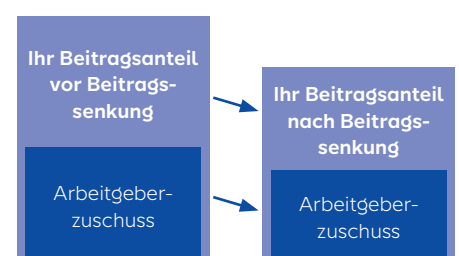


2. Beitragsreduzierungen verringern Ihren Arbeitgeberzuschuss

Für Arbeitnehmer gilt: Eine Beitragsreduzierung durch eine Tarifumstellung wird in der Regel zur Hälfte an den

3. Eine Erhöhung des Selbstbehaltes geht allein zu Ihren Lasten

Um nicht auf Leistungen verzichten zu müssen, können Sie eine Beitragsreduzierung auch durch die Erhöhung eines Selbstbehaltes erreichen. Im Krankheitsfall zahlen Sie dann einen höheren Teil der Rechnung selbst – und damit verpufft ein weiterer Teil Ihrer



angestrebten finanziellen Entlastung. Besonders wichtig für Arbeitnehmer: Ihr Arbeitgeber profitiert zwar von Ihrem geringeren Beitrag, weil er dann einen geringeren Zuschuss zahlen muss; er beteiligt sich aber nicht an Ihrer höheren Selbstbeteiligung – die tragen Sie ganz allein.

Eine Beitragsreduzierung führt auch zu verminderten Leistungen.

Bei einem Wechsel in einen preisgünstigeren Tarif der privaten Krankenversicherung verzichtet der Kunde oftmals auf Teile des gewohnten Versicherungsschutzes. Der Verlust von Leistungen des alten Tarifes wird aber meist erst im Leistungsfall wahrgenommen. Eventuell im neuen Tarif enthaltene Leistungserweiterungen hingegen unterliegen einer Gesundheitsprüfung. Hat sich der Gesundheitszustand seit Versicherungsbeginn verschlechtert, ist ein Risikozuschlag notwendig. Um diesen Zuschlag zu vermeiden, bleibt nur der Verzicht auf sämtliche Mehrleistungen im Zieltarif.

Die Beitragsersparnis ist nur eine Momentaufnahme und nicht für die Zukunft garantiert.

Niemand kann vorhersehen, wie die Beitragsentwicklung jedes einzelnen Krankenversicherers und einzelner Tarife in Zukunft aussehen wird. Demnach ist es auch möglich, dass in den nächsten Jahren nur der neue, aktuell beitragsgünstigere Tarif aufgrund entsprechender Entwicklungen im Beitragsniveau angepasst werden muss. Der bisherige Tarif könnte jedoch beitragsstabil bleiben. Die erzielte Ersparnis durch die Umstellung würde so von Jahr zu Jahr geringer und im Extremfall kann sie bereits nach kurzer Zeit aufgebraucht sein. Dieses wäre dann umso ärgerlicher, wenn hierfür auf hochwertige Leistungsinhalte verzichtet wurde.

Alterungsrückstellungen werden in geringerem Maß aufgebaut.

Alterungsrückstellungen spielen eine wesentliche Rolle bei der zukünftigen Beitragsentwicklung. Sie sind die „Altersvorsorge“ für Ihre Krankenversicherung. Es gilt: Je mehr Alterungsrückstellungen während der Vertragslaufzeit gebildet werden, umso besser ist das für die individuelle Entwicklung der Beiträge in der Zukunft.

Beitragsgünstigere Tarife bilden weniger Alterungsrückstellungen. Mit einem Tarifwechsel „verschenken“ Sie daher eine höhere Beteiligung von Finanzamt und Arbeitgeber am Aufbau Ihrer Alterungsrückstellungen.

Ein Tarifwechsel ist eine finale Entscheidung – die Rückkehr ist weitgehend ausgeschlossen.

Wurde der Versicherungsschutz erst einmal reduziert, ist eine Rückkehr in den leistungsstärkeren Tarif von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig; ein vereinbarter Leistungsausschluss ist nicht mehr rückgängig zu machen. Liegen zusätzlich rechtliche Beschränkungen vor, ist eine Rückkehr generell ausgeschlossen. Ein Tarifwechsel kann also ganz leicht in eine Sackgasse führen.



Tipp:

Ein Tarifwechsel ist komplexer, als man auf den ersten Blick vermutet. Nur eine umfassende Beratung verhindert, dass es später ein böses Erwachen gibt. Entscheiden Sie daher erst, nachdem Sie alle hier genannten Bereiche geprüft haben.

Wichtig zu wissen:

Ein günstigerer Beitrag ist aktuell nicht garantiert für die Zukunft. Obwohl ein Tarifwechsel jetzt Kosten spart, kann der neue Tarif sich in Zukunft anders entwickeln als der alte und die Ersparnis zunichte machen.

Beispiel für Arbeitnehmer – so wenig bleibt von einer Beitragsreduzierung durch Tarifumstellung übrig!

Tarif absoluter Selbstbehalt	A 0 €	B 480 €
Monatsbeitrag gesamt*	624,70 €	346,85 €
Abzüglich Arbeitgeberzuschuss (50% vom Tarifbeitrag, 2026 max. ca. 497 €)	– 312,35 €	– 173,43 €
Abzüglich Beteiligung des Finanzamtes (siehe nachfolgende Berechnung)	– 84,62 €	– 72,49 €
Beitragsanteil des Arbeitnehmers	= 227,73 €	= 100,93 €
monatlicher Anteil des neuen Selbstbehalts (SB) durch Tarifwechsel in Tarif B	–	+ 40,00 €
Beitragsanteil des Arbeitnehmers inkl. SB	= 227,73 €	= 140,93 €

* Das Beispiel berücksichtigt keine mögliche Beitragsrückerstattung.

So ermittelt sich die Beteiligung des Finanzamtes

Tarif A steuerlich ansetzbarer Beitrags- anteil 79,59 %		Tarif B steuerlich ansetzbarer Beitrags- anteil 82,60 %	
79,59% von 624,70 €	497,20 €	82,60% von 346,85 €	286,50 €
Abzüglich Arbeitgeber- zuschuss 50% vom Tarifbeitrag, 2026 max. ca. 497 €	– 312,35 €	Abzüglich Arbeitgeberzuschuss 50% vom Tarifbeitrag, 2026 max. ca. 497 €	– 173,43 €
steuerlich ansetzbarer Beitragsanteil	= 184,85 €	steuerlich ansetzbarer Beitragsanteil	= 113,07 €
Beteiligung des Finanzamtes 45,78% ¹ von 184,85 €	= 84,62 €	Beteiligung des Finanzamtes 45,78% ¹ von 158,33 € ²	= 72,49 €

1 Grenzsteuersatz 42% + 9% Kirchensteuer

2 Die aus dem KV-Beitrag jährlich ansetzbaren 1.356,84 € werden durch weitere Vorsorgeaufwendungen auf den Höchstbetrag von 1.900,00 € aufgefüllt.

Beispiel für Selbstständige – so wenig bleibt von einer Beitragsreduzierung durch Tarifumstellung übrig!

Tarif absoluter Selbstbehalt	A 0 €	B 480 €
Monatsbeitrag gesamt*	624,70 €	346,85 €
Abzüglich Beteiligung des Finanzamtes (siehe nachfolgende Berechnung)	– 227,62 €	– 131,16 €
Tarifbeitrag – Anteil des Selbstständigen	= 397,08 €	= 215,69 €
monatlicher Anteil des neuen Selbstbehalts (SB) durch Tarifwechsel in Tarif B	–	+ 40,00 €
Beitrag des Selbstständigen inkl. SB	= 397,08 €	= 255,69 €

* Das Beispiel berücksichtigt keine mögliche Beitragsrückerstattung.

So ermittelt sich die Beteiligung des Finanzamtes

Tarif A steuerlich ansetzbarer Beitrags- anteil 79,59 %		Tarif B steuerlich ansetzbarer Beitrags- anteil 82,60 %	
79,59% von 624,70 €	= 497,20 €	82,60% von 346,85 €	= 286,50 €
Beteiligung des Finanzamtes 45,78% ¹ von 497,20 €	= 227,62 €	Beteiligung des Finanzamtes 45,78% ¹ von 286,50 €	= 131,16 €

1 Grenzsteuersatz 42% + 9% Kirchensteuer



Aufgepasst!

Weniger als 32 % der Beitragsreduzierung kommen in diesem Beispiel beim Arbeitnehmer an!

Noch ungünstiger sieht die Rechnung aus, wenn für den Tarifwechsel auch noch ein Beratungshonorar gezahlt wurde.

Hinweis:

Rechtsverbindliche Auskunft über die Höhe Ihrer abzugsfähigen Krankenversicherungsbeiträge und deren steuerliche Auswirkung kann nur das zuständige Finanzamt bzw. Ihr Steuerberater erteilen.



Aufgepasst!

Nur rund 50 % der Beitragsreduzierung kommen in diesem Beispiel beim Selbstständigen an!

Noch ungünstiger sieht die Rechnung aus, wenn für den Tarifwechsel auch noch ein Beratungshonorar gezahlt wurde.

Hinweis:

Rechtsverbindliche Auskunft über die Höhe Ihrer abzugsfähigen Krankenversicherungsbeiträge und deren steuerliche Auswirkung kann nur das zuständige Finanzamt bzw. Ihr Steuerberater erteilen.

Fazit:

Für Arbeitnehmer verbleiben in unserem Beispiel aus einer anfänglichen Differenz von monatlich 277,85 € nur 131,16 € als tatsächliche Ersparnis (bei Selbstständigen rund 50%); Leistungsunterschiede sind dabei nicht einmal berücksichtigt. Ein evtl. gezahltes Beratungshonorar für einen Tarifwechsel berechnet sich aus der Bruttoersparnis – hier rund 3.334,00 €. Für Arbeitnehmer „rechnet“ sich der Wechsel

deshalb erst nach rund 25 Monaten. Und im Hinblick auf die Zukunft bedeutet der Tarifwechsel: geringerer Aufbau von Alterungsrückstellungen. Beachten Sie auch, dass zusätzlich die Beitragsrückerstattung niedriger ausfällt. Bei 2 Monatsbeiträgen Rückerstattung würden bei einem Monatsbeitrag von 600,00 € 1.200,00 € gezahlt; reduziert sich der Beitrag z.B. auf 300,00 €, würden nur noch 600,00 € erstattet.

2. Allgemeine Informationen

Für einen Tarifwechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung (PKV) gelten aktuell verschiedenste Rahmenbedingungen.

Grundsätzlich hat jeder Versicherte das Recht, in gleichartige Tarife seines Versicherers zu wechseln. Allerdings sind bestimmte Rahmenbedingungen zu beachten. Rechtliche Grundlagen für einen Tarifwechsel innerhalb der PKV sind der § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), § 6 Abs. 2 VVG-Informationspflichtenverordnung sowie § 12 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung. Der PKV-Verband hat zusätzlich als freiwillige Selbstverpflichtung Leitlinien für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel definiert. Diese Leitlinien ergänzen die gesetzlichen Regelungen und definieren zusätzliche Qualitätsstandards bei der Tarifwechselberatung durch das Unternehmen. Diese Regelungen stecken den Rahmen des grundsätzlich Möglichen ab.

Als zusätzlichen Service finden Sie hier noch weitere wichtige Informationen, die Sie unbedingt in Ihre Entscheidung einbeziehen sollten. Das Thema der erneuten Gesundheitsprüfung verdient dabei besonderes Augenmerk. In einigen Leistungsbereichen enthalten speziell die aktuellen Tarifgenerationen die ein oder andere Mehrleistung. Für diese Mehrleistungen ist eine erneute Gesundheitsprüfung auf Basis des aktuellen Gesundheitszustandes erforderlich. Hat sich der Gesundheitszustand seit Versicherungsbeginn verschlechtert, ist ein medizinischer Wagnisausgleich in Form eines Beitragszuschlages notwendig.

Ein Beitragszuschlag durchkreuzt aber das eigentliche Ziel einer Beitragsreduzierung durch den Tarifwechsel. Um den Beitragszuschlag zu vermeiden, bleibt nur der Verzicht auf die Mehrleistungen im Zieltarif. Im Ergebnis wird dadurch ein Hybrid-Tarif erzeugt, der sich aus den jeweils schlechteren Leistungen des bisherigen und neuen Tarifs zusammensetzt. Über diese Zusammenhänge sollte man sich vor einem Tarifwechsel absolut im Klaren sein.

Und berücksichtigen Sie bitte auch, dass eine Rückkehr in den bisherigen Versicherungsschutz zu den früheren Konditionen nur in den wenigsten Fällen möglich ist.

**Unser Tipp:**

Lassen Sie sich unbedingt umfassend über alle Konsequenzen beraten.

1. Wann erfolgt bei Tarifwechseln eine Gesundheitsprüfung bei Mehrleistungen? Und was sind die Konsequenzen?

Was sind Mehrleistungen?

Bestandteile eines Tarifes gegenüber einem anderen stellen sogenannte „Mehrleistungen“ dar, wenn sie zu höheren Erstattungen als im Vergleichstarif führen.

Mehrleistungen im Überblick:

a)	Tarif Neu sieht ambulante Transportkosten vor, wie z. B. Krankentransporte zwischen Rehabilitationseinrichtung und Krankenhaus oder Fahrten zur Strahlen-, Chemotherapie Tarif Alt ebenfalls, aber lediglich unfallbedingt	Mehrleistung Tarif Neu: Alle nicht unfallbedingten Transportkosten.
b)	Tarif Neu sieht die Erstattung ärztlicher Behandlungskosten vor Tarif Alt sieht die Erstattung ärztlicher Behandlungskosten bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte vor	Mehrleistung Tarif Neu: Alle Beträge, die sich aus der Differenz vom Höchstsatz bis zum vereinbarten Honorar ergeben.
c)	Tarif Neu sieht die Erstattung von 4 Implantaten während der Versicherungsdauer vor Tarif Alt sieht die Erstattung von Implantatkosten bis 100% vor	Mehrleistung Tarif Neu: keine – Tarif Alt hat höhere Leistungen!
d)	Tarif Neu sieht einen jährlichen Selbstbehalt von 480 Euro vor Tarif Alt sieht einen jährlichen Selbstbehalt von 2.700 Euro vor	Mehrleistung: Alle Zahlungen bis zu einer Summe i. H. v. 2.220 Euro jährlich (2.700 Euro minus 480 Euro).

Wo stecken die Mehrleistungen?

In den Beispielen a), b) und d) sind Mehrleistungen im neuen Tarif gegenüber dem alten Versicherungsschutz vorhanden. Im Beispiel c) enthält allerdings der alte Tarif umfassendere Leistungen (keine Begrenzung auf Anzahl einzusetzender Implantate).

Was Ihnen individuell wichtig ist, entscheiden Sie! Bitte denken Sie daran, dass sich Prioritäten im Laufe eines Lebens ändern können. Es wird schwieriger, vorhandene Leistungslücken zu schließen.

Wir prüfen Ihren aktuellen Gesundheitszustand, sobald der neue Versicherungsschutz Mehrleistungen enthält. Dazu beantworten Sie einige Fragen.

Bestehen schon Vorerkrankungen? Dann fällt möglicherweise zusätzlich zum Beitrag ein Zuschlag an.

Leistungsausschluss für Mehrleistungen

Alternativ zum Zuschlag für Vorerkrankungen bieten wir Ihnen einen Leistungsausschluss für alle Mehrleistungen aus dem neuen Versicherungsschutz an.

Aber Achtung: Schließen Sie die Mehrleistungen aus, gilt dies dauerhaft. Sie haben dann zwar einen beitragsgünstigeren Versicherungsschutz als bisher; im Ergebnis wird dadurch jedoch ein Hybrid-Tarif erzeugt, der sich aus den jeweils schlechteren Leistungen des bisherigen und neuen Tarifs zusammensetzt. Über diese Zusammenhänge sollte man sich vor einem Tarifwechsel absolut im Klaren sein.

Auf der folgenden Seite finden Sie ein Beispiel zu dem Leistungsumfang nach einem Tarifwechsel.

Ein vereinfachtes Beispiel:

Tarif Alt:

- keine Heilpraktikerleistungen
- stationäre Wahlleistungen

Tarif Neu:

- Anspruch auf Heilpraktikerleistungen
- keine stationären Wahlleistungen

Zuschlag oder Verzicht auf die Mehrleistungen?

Bei einem Verzicht auf die Mehrleistungen des neuen Versicherungsschutzes zahlen Sie Beiträge für einen geringeren Versicherungsschutz als tariflich vorgesehen.

Sie verzichten möglicherweise auf Leistungen, deren Bedeutung für Sie heute unwichtig ist. In der Zukunft können diese an Bedeutung – abhängig von Ihrem Gesundheitszustand – gewinnen. Sie nehmen damit finanzielle Nachteile in Kauf.

Unser Tipp: Überlegen Sie genau, was Ihnen heute wichtig ist. Denken Sie aber auch daran, dass Ihnen vielleicht später andere Leistungsbestandteile noch sehr nützlich sein können. Verzichten Sie nicht vorschnell darauf, um sich vermeintlich aktuell einen finanziellen Vorteil zu verschaffen.

Unzufrieden im neuen Versicherungsschutz

Sie stellen nach einiger Zeit im neuen Versicherungsschutz fest, dass dieser nicht Ihre Erwartung erfüllt. Eigentlich hätten Sie gern Ihre alten Tarife zurück. Geht das? Und wenn ja, wie?

Da regelmäßig im alten Versicherungsschutz Mehrleistungen gegenüber dem neuen Versicherungsschutz enthalten waren, wäre für die Rückkehr in den früheren Versicherungsschutz wiederum eine Gesundheitsprüfung nötig. Ein Zuschlag könnte dann festgelegt werden.

Leistungsumfang nach Tarifwechsel:

- keine Heilpraktikerleistungen
- Keine stationären Wahlleistungen!



Wichtig:

- Es wird immer die Gesamtheit aller Mehrleistungen ausgeschlossen.
- Die Mehrleistungen aus altem und neuem Versicherungsschutz werden nicht gegeneinander aufgerechnet.
- Der neue Versicherungsschutz bei Vereinbarung eines Leistungsausschlusses für Mehrleistungen ist lediglich eine Schnittmenge aus alten/altem und neuem Tarif/en.

Haben Sie die Bisex-Welt zugunsten eines Tarifs aus der Unisex-Welt verlassen?

Dann ist keine Rückkehr in die Bisex-Welt möglich. Ein Wechsel ist dann in andere Tarife der Unisex-Welt möglich – im Regelfall mit erneuter Gesundheitsprüfung.

2. Bisex- und Unisex Tarife

Warum wurden Unisex-Beiträge eingeführt?

Grundlage für die Einführung von Unisex-Tarifen ist ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH):

Seit dem Stichtag 21.12.2012 dürfen in der Versicherungsbranche im Neugeschäft nur noch Tarife mit geschlechtsunabhängig (=Unisex) kalkulierten Beiträgen genutzt werden. Kunden, die sich neu versichern wollen, können damit auch nur noch diese Tarife abschließen.

Kunden, die sich bereits vor dem Stichtag versichert haben, dürfen ihre geschlechtsabhängig (=Bisex) berechneten Tarife fortführen.

So erkennen Sie, ob Sie einen Bisex- oder Unisex-Vertrag haben:

1. Der Vertrag wurde vor dem 21.12.2012 abgeschlossen; seitdem wurde der Versicherungsschutz nicht verändert.
 - Sie haben so genannte Bisex-Tarife versichert, die geschlechtsabhängig kalkuliert sind. Sie haben Zugangsrecht zu sowohl Bisex- als auch Unisex-Tarifen.
2. Der Vertrag wurde nach dem 21.12.2012 abgeschlossen; seitdem wurde der Versicherungsschutz nicht verändert.
 - Sie haben so genannte Unisex-Tarife versichert, die geschlechtsunabhängig kalkuliert sind. Sie haben Zugangsrecht in andere Unisex-Tarife; es besteht jedoch kein Zugangsrecht in Bisextarife.
3. Der Vertrag wurde vor dem 21.12.2012 abgeschlossen; seitdem wurde der Versicherungsschutz verändert.
 - Eine pauschale Zuordnung ist nicht möglich; bitte wenden Sie sich an Ihren persönlichen Ansprechpartner oder direkt an uns.

3. Informationen zum Standardtarif

Der Standardtarif existiert in den Tarifstufen STN (Vollversicherte) und STB (Beihilfeberechtigte). Der Standardtarif muss von allen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung angeboten werden.

Wer kann sich im Standardtarif versichern?

- **Die Krankheitskosten-Vollversicherung wurde vor dem 01.01.2009 abgeschlossen.**
- Die Vorversicherungszeit von 10 Jahren (in der sogenannten substitutiven Krankenversicherung) ist erfüllt.
- Der Versicherte ist zum Umstellungszeitpunkt mindestens 65 Jahre alt.
- Der Versicherte ist zum Umstellungszeitpunkt mindestens 55 Jahre alt und das jährliche Gesamteinkommen beträgt für 2026 maximal 69.750 Euro jährlich oder 5.812,50 Euro monatlich.
- Der Versicherte ist jünger als 55 Jahre alt, das jährliche Gesamteinkommen beträgt für 2026 maximal 69.750 Euro jährlich oder 5.812,50 Euro monatlich und ein/e Rente/Ruhegehalt wird bezogen oder die Voraussetzungen dafür sind erfüllt und ist beantragt.

Hinweis: Auch die Familienangehörigen können in den Standardtarif wechseln, wenn diese bei einer Versicherungspflicht des Standardtarifversicherten in der GKV nach § 10 SGB V familienversichert wären.

Welchen Versicherungsschutz bietet der Standardtarif (STN / STB)?

Die Leistungen sind mit denen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar. Wenn die Leistungen der GKV sinken, können auch die Leistungen des Standardtarifs vermindert werden. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu den üblichen Tarifen der PKV (=Private Krankenversicherung).

Im Standardtarif gelten Höchstsätze, die von allen Ärzten/ Zahnärzten, die an der Versorgung von gesetzlich Versicherten teilnehmen, zu beachten sind. Sie dürfen nur spezielle Gebührensätze berechnen.

Vor Beginn der Behandlung muss sich der Patient dem Arzt gegenüber als nach dem Standardtarif (STN-/STB) Versicherter ausweisen.



Wichtig:

- Es wird immer die Gesamtheit aller Mehrleistungen ausgeschlossen.
- Die Mehrleistungen aus altem und neuem Versicherungsschutz werden nicht gegeneinander aufgerechnet.
- Der neue Versicherungsschutz bei Vereinbarung eines Leistungsausschluss für Mehrleistungen ist lediglich eine Schnittmenge aus alten/altem und neuem Tarif/en.

Besonderheiten bei der Beitragsberechnung

Der Beitrag ist maximal so hoch wie der Höchstbeitrag der GKV. (Für Beihilfeberechtigte gilt ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs für ambulante Heilbehandlung entspricht.)

Was ist noch zu beachten?

Nicht jeder kann sich in diesem Tarif versichern. Die Aufnahmefähigkeit wird daher gesondert geprüft. Dazu sind weitere Unterlagen nötig, die wir auf Anfrage zur Verfügung stellen.

4. Informationen zum Basistarif

Der Basistarif existiert in den Tarifstufen BTN (Vollversicherte) und BTB (Beihilfeberechtigte). Er muss von allen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung angeboten werden.

Wer kann sich im Basistarif versichern?

- Freiwillig gesetzlich Krankenversicherte innerhalb von 6 Monaten nach Ende der Versicherungspflicht.
- Alle Versicherten, die ab dem 01.01.2009 eine private Krankenversicherung neu abgeschlossen haben.
- Versicherte, die vor dem 31.12.2008 bei uns versichert waren und zum Zeitpunkt der Umstellung älter als 55 Jahre alt sind.
- Versicherte, die vor dem 31.12.2008 bei uns versichert waren, zum Zeitpunkt der Umstellung jünger als 55 Jahre alt sind und für die ein Anspruch auf Rente / Ruhegehalt erfüllt ist und dies/e beantragt oder bezogen wird oder Hilfebedürftigkeit besteht.

Welchen Versicherungsschutz bietet der Basistarif (BTN / BTB)?

Die Leistungen sind mit denen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar. Wenn die Leistungen der GKV sinken, können auch die Leistungen des Basistarifs vermindert werden. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu den üblichen Tarifen der PKV (= Private Krankenversicherung).

Im Basistarif gelten Höchstsätze, die von allen Ärzten/Zahnärzten, die an der Versorgung von gesetzlich Versicherten teilnehmen, zu beachten sind. Sie dürfen nur spezielle Gebührensätze berechnen.

Vor Beginn der Behandlung muss sich der Patient dem Arzt gegenüber als nach dem Basistarif (BTN / BTB) Versicherter ausweisen.

Besonderheiten bei der Beitragsberechnung

Der Beitrag ist maximal so hoch wie der Höchstbeitrag der GKV. (Für Beihilfeberechtigte gilt ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs für ambulante Heilbehandlung entspricht.)

Entsteht durch die Zahlung des Höchstbeitrags Hilfebedürftigkeit oder besteht unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit, reduziert sich der Beitrag auf die Hälfte.

Was ist noch zu beachten?

- Versicherte, die ab 2009 bei SIGNAL IDUNA Krankheitskostenvollversichert sind, können nur in den Basistarif wechseln.
- Versicherte, die bereits vor 2009 Krankheitskostenvollversichert waren, können sowohl den Standardtarif als auch den Basistarif wählen. Im Regelfall ist der Standardtarif die bessere Wahl – es sei denn, es besteht Hilfebedürftigkeit.
- Erfolgt der Tarifwechsel aufgrund einer finanziellen Notlage, kommt gegebenenfalls auch der Notlagentarif infrage.



Wichtig:

Nicht jeder kann sich im Basistarif versichern. Die Aufnahme-fähigkeit wird daher gesondert geprüft. Dazu sind weitere Unterlagen nötig, die wir auf Anfrage zur Verfügung stellen.

3. Rechtliche Grundlagen

Für einen Tarifwechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung (PKV) gelten aktuell verschiedenste Rahmenbedingungen.

1. Auszüge der derzeit gültigen Rechtsgrundlagen

Versicherungsgesetz – § 204 Abs. 1 und 2 VVG

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser:

Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn:

- a) Die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
- b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde.

Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(2) Ist der Versicherungsnehmer auf Grund bestehender Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch nach dem 15. März 2020 in den Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewechselt und endet die Hilfebedürftigkeit des Versicherungsnehmers innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel, kann er innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit in Textform vom Versicherer verlangen, den Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortzusetzen, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in

den Basistarif versichert war. Eintritt und Beendigung der Hilfebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers durch geeignete Unterlagen nachzuweisen; die Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gilt als Nachweis. Beim Wechsel ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Basistarif stand; die im Basistarif erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen sind zu berücksichtigen. Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung des Vertrages in diesem Tarif. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Versicherungsnehmer, bei denen allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entstehen würde. Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 letzter Teilsatz gilt nicht.

Krankenversicherungsaufsichtsverordnung –

§ 12 KVAV: Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz

(1) Als Krankenversicherungstarife mit gleichartigem Versicherungsschutz, in die der Versicherte zu wechseln berechtigt ist, sind Tarife anzusehen, die gleiche Leistungsbereiche wie der bisherige Tarif umfassen und für die der Versicherte versicherungsfähig ist. Leistungsbereiche sind insbesondere:

1. Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung,
2. Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung sowie Krankenhaustagegeldversicherungen mit Kostenersatzfunktion,
3. Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz,
4. Krankenhaustagegeld, soweit es nicht zu Nummer 2 gehört,
5. Krankentagegeld,
6. Kurtagegeld und Kostenerstattung für Kuren,
7. Pflegekosten und -tagegeld.

(2) Versicherungsfähigkeit ist eine personengebundene Eigenschaft des Versicherten, deren Wegfall zur Folge hat, dass der Versicherte bedingungsgemäß nicht mehr in diesem Tarif versichert bleiben kann.

(3) Keine Gleichartigkeit besteht:

1. Zwischen einem gesetzlichen Versicherungsschutz mit Ergänzungsschutz der privaten Krankenversicherung und einer substitutiven Krankenversicherung.
2. Zwischen einem Versicherungsschutz in der Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung ohne

Pflegezulageberechtigung und einer Pflege-Zusatzversicherung mit Pflegezulageberechtigung gemäß § 127 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(4) Schließt der Versicherte unter Kündigung des bisherigen Vertrags gleichzeitig einen Vertrag über einen Basistarif bei einem anderen Krankenversicherer ab, sind Zusatzversicherungen, welche Leistungen abdecken, die im bisherigen Versicherungsschutz, nicht jedoch im Basistarif enthalten sind, und für die der Versicherte versicherungsfähig ist, als Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz anzusehen.

Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen und § 6 Abs. 2 – Informationspflichten während der Laufzeit des Vertrages

(2) Bei der substitutiven Krankenversicherung nach § 146 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes hat der Versicherer bei jeder Prämienerrhöhung unter Beifügung des Textes der gesetzlichen Regelung auf die Möglichkeit des Tarifwechsels (Umstufung) gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes hinzuweisen. Bei Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ist der Versicherungsnehmer auf Tarife, die einen gleichartigen Versicherungsschutz wie die bisher vereinbarten Tarife bieten und bei denen eine Umstufung zu einer Prämienreduzierung führen würde, hinzuweisen. Der Hinweis muss solche Tarife enthalten, die bei verständiger Würdigung der Interessen des Versicherungsnehmers für eine Umstufung besonders in Betracht kommen. Zu den in Satz 2 genannten Tarifen zählen jedenfalls diejenigen Tarife mit Ausnahme des Basistarifs, die jeweils im abgelaufenen Geschäftsjahr den höchsten Neuzugang, gemessen an der Zahl der versicherten Personen, zu verzeichnen hatten. Insgesamt dürfen nicht mehr als zehn Tarife genannt werden. Dabei ist jeweils anzugeben, welche Prämien für die versicherten Personen im Falle eines Wechsels in den jeweiligen Tarif zu zahlen wären. Darüber hinaus ist auf die Möglichkeit eines Wechsels in den Standardtarif oder Basistarif hinzuweisen. Dabei sind die Voraussetzungen des Wechsels in den Standardtarif oder Basistarif, die in diesem Falle zu entrichtende Prämie sowie die Möglichkeit einer Prämienminderung im Basistarif gemäß § 152 Abs. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes mitzuteilen. Auf Anfrage ist dem Versicherungsnehmer der Übertragungswert gemäß § 146 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes anzugeben; ab dem 1. Januar 2013 ist der Übertragungswert jährlich mitzuteilen.

2. Die Leitlinien der Privaten Krankenversicherung für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel

Allgemeines

Die Private Krankenversicherung bietet ihren Versicherten garantierte Leistungen und Wahlfreiheit.

Versicherte können nicht nur zu Vertragsbeginn den tariflichen Leistungsumfang selbst wählen. Sie können insbesondere aufgrund des vertraglich und gesetzlich garantierten Tarifwechselrechts nach § 204 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) den Versicherungsschutz auch nach Vertragschluss jederzeit an die individuellen Bedürfnisse anpassen. Privatversicherte sind somit nicht an ihren Tarif lebenslang gebunden, sondern haben jederzeit den Rechtsanspruch, in andere gleichartige Tarife ihres Versicherers wechseln zu können.

Um diese Wahlfreiheit zwischen Tarifen mit Leistungs- und Preisunterschieden kompetent ausüben zu können, bedarf es einer qualifizierten Beratung, die sich am individuellen Bedarf des Versicherten und seinen Wünschen orientieren muss, und es bedarf der Transparenz über die Tarifalternativen.

Diese Leitlinien beschreiben Kriterien einer guten Praxis des Tarifwechselrechts in der Privaten Krankheitskostenvollversicherung. Die unterzeichnenden Versicherungsunternehmen verpflichten sich, die Leitlinien in der Praxis des eigenen Unternehmens zu verankern. Auch im Ombudsmannverfahren können sich die Versicherten gegenüber den unterzeichnenden Unternehmen auf diese Leitlinien berufen.

1. Das Tarifwechselrecht des Versicherten

Versicherte haben einen vertraglich und gesetzlich garantierten Anspruch auf den Wechsel in andere Tarife ihres Unternehmens. Die aus dem Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden angerechnet. Anfragen der Versicherten zur Durchführung eines Tarifwechsels werden innerhalb von 15 Arbeitstagen beantwortet, ggf. mit weiterführenden Hinweisen zur Sicherstellung einer individuell adäquaten Beratung und einer zügigen Durchführung des Tarifwechselwunschs. Verzögert sich die Bearbeitung im Einzelfall, erfolgt innerhalb der Frist eine Zwischennachricht, ggf. mit der Bitte um Vervollständigung der Unterlagen. Ist anlässlich des Antrags auf Tarifwechsel eine Risikoprüfung erforderlich, wird diese unverzüglich durchgeführt. Das Versicherungsunternehmen nennt eine Telefonnummer oder einen Ansprechpartner.

2. Beratung durch das Versicherungsunternehmen

Versicherte, die ihren Tarif wechseln wollen, erhalten eine individuelle Beratung durch ihr Versicherungsunternehmen. Leitlinie sind dabei der Bedarf und die Wünsche des Versicherten. Diese nimmt das Versicherungsunternehmen detailliert auf und empfiehlt auf dieser Basis entsprechende Tarifalternativen. Der Versicherte sollte daher im Vorfeld prüfen, welches Ziel er mit dem Wechsel verfolgt: einen Wechsel in deutlich leistungsstärkere Tarife, ggf. auch unter Inkaufnahme einer entsprechenden Beitragserhöhung; oder aber eine Beitragsreduzierung, ggf. durch Leistungsänderung oder Leistungsverzicht?

Der Versicherte sollte neben der Klärung der grundsätzlichen Zielrichtung seines Wechselwunsches auch prüfen, welche versicherten Leistungen ihm persönlich auch zukünftig notwendig und welche verzichtbar erscheinen. Diese Vorbereitung ermöglicht ihm gezielte Fragen im Beratungsgespräch.

Das Versicherungsunternehmen weist den Versicherten darauf hin, dass abgewählte Leistungen später nicht mehr ohne weiteres erneut versichert werden können und daher nicht Ersparnis um jeden Preis, sondern möglichst Erhalt und Ausbau des bestehenden Leistungsniveaus bei der Tarifauswahl das Leitmotiv sein sollte.

Im Rahmen der Beratung beim Tarifwechsel hat der Versicherte einen Anspruch auf eine verständliche Darstellung, welche Mehr- und Minderleistungen mögliche Zieltarife gegenüber seinem bestehenden Versicherungsschutz aufweisen, welche Beitragsunterschiede damit einhergehen und ob im Zieltarif eine Risikoprüfung erforderlich wird; im Falle eines Risikozuschlags umfasst die Beratung die Möglichkeit und die Folgen einer Vermeidung des Zuschlags durch Vereinbarung eines Leistungsausschlusses.

Steht in einem Zieltarif eine Beitragsanpassung fest, weist das Versicherungsunternehmen den Versicherten darauf hin. Auf Wunsch des Kunden wird die Beratung dokumentiert.

Das Versicherungsunternehmen klärt über die Besonderheit des Wechsels von geschlechtsabhängig kalkulierten (Bisex-) Tarifen in geschlechtsunabhängig kalkulierte Unisex-Tarife auf, da ein Wechsel zurück in Bisex-Tarife rechtlich nicht mehr möglich wäre. Es klärt auch den Versicherungsnehmer darüber auf, dass der Rückwechsel in den Ursprungstarif mit einer Risikoprüfung verbunden sein kann, wenn dieser Mehrleistungen im Vergleich zum Zieltarif enthält.

Bei der Beratung über Standard- und Basistarif wird über die Voraussetzungen des Wechsels, die zu entrichtende Prämie sowie die Möglichkeit einer Prämienminderung im Basistarif gem. § 152 Abs. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes beraten.

3. Gewährleistung von Transparenz über die Tarifwelt

Sein Tarifwechselrecht im wohlverstandenen Eigeninteresse ausüben kann nur der informierte Kunde. Dazu bedarf es eines verständlichen Überblicks über die für einen Wechsel in Betracht kommenden Tarifalternativen.

Transparenz über die Tarifwelt können die Versicherungsunternehmen dem Versicherten dadurch verschaffen, dass sie ihm das gesamte Spektrum an Tarifalternativen aufzeigen. Um auch bei einer breiten Tariflandschaft die Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit für den Kunden zu erleichtern, können die Unternehmen alternativ auf der Basis eines Auswahlsystems geeignete Tarife für den Kunden auswählen.

Der Umstand, dass es sich um eine Auswahl handelt, muss benannt werden. Die Auswahl soll verkaufsoffene und andere, bestandsstarke Tarife umfassen. Je nach Unternehmensgröße und -historie müssen die Schwellenwerte für die Bestandsgröße vom Unternehmen individuell festgelegt werden. Die der Auswahl zugrunde liegenden Kriterien müssen den Grundsätzen dieses Leitfadens entsprechen und sie müssen die gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen, insbesondere § 12 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, wonach sich das gesetzliche Tarifwechselrecht nur auf Tarife mit „gleichartigem Versicherungsschutz“ bezieht, sowie den § 6 Abs. 2 der VVG-Informationspflichtenverordnung mit den entsprechenden zusätzlichen Informationspflichten bei Beitragsanpassungen. Die Auswahlkriterien und das darauf basierende Auswahlverfahren sind auf ihre Vereinbarkeit mit dem Leitfaden und den gesetzlichen Anforderungen durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft im Rahmen einer Angemessenheitsprüfung zu prüfen.

Zur Sicherung bestmöglicher Transparenz und Verständlichkeit stellt das Versicherungsunternehmen Tarifalternativen derart dar, dass dem Versicherten ein Überblick über die Gruppe der gleichwertigen Tarife sowie über die Gruppe der Tarife mit höherem und niedrigerem Leistungsniveau möglich ist.

Der Versicherer teilt dem Versicherten für die ausgewählten Zieltarife den unter Anrechnung der vorhandenen Alterungsrückstellung zu zahlenden Beitrag mit. Bestehende und die sich aus einer Risikoprüfung ergebenden Risikozuschläge bleiben davon unberührt.

4. Risikoprüfung und Risikozuschläge bei der Absicherung von Mehrleistungen

Der Tarifwechsel erfolgt unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte. Der bei Vertragsabschluss festgestellte Gesundheitszustand wird berücksichtigt, d. h. Versicherte haben grundsätzlich das Recht, mit ihrem ursprünglichen Gesundheitszustand eingestuft zu werden. Wenn die Leistungen im Zieltarif höher oder umfassender als im vorherigen Tarif sind, kann das Versicherungsunternehmen für die Mehrleistungen auf der Grundlage einer Risikoprüfung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und eine Wartezeit verlangen. Der Versicherte muss im Rahmen der Risikoprüfung bei Mehrleistungen entsprechende Gesundheitsfragen des Unternehmens wahrheitsgemäß beantworten und sollte sich dafür ausreichend Zeit nehmen. Auch eine Verringerung des Selbstbehaltes stellt eine Mehrleistung dar, für die eine Gesundheitsprüfung verlangt werden kann. Der Versicherer dokumentiert den Risikozuschlag und den Grund für dessen Erhebung.

5. Die Behandlung von Beschwerden zum Tarifwechsel

Das Versicherungsunternehmen behandelt Kundenbeschwerden zum Tarifwechsel umfassend und rasch. Auf Beschwerden erhält der Versicherte möglichst innerhalb von 15 Arbeitstagen eine umfassende und verständliche, auf die Beschwerde eingehende schriftliche Antwort. Verzögert sich die Bearbeitung im Einzelfall, erfolgt innerhalb der Frist eine Zwischennachricht.

Lassen sich die Meinungsverschiedenheiten nicht ausräumen, weist der Versicherer – unabhängig von der weiteren Behandlung der Beschwerde – den Versicherten auf die Möglichkeit der Durchführung eines Beschwerdeverfahrens beim Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung (<https://www.pkv-ombudsmann.de/>) oder bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) ausdrücklich hin.

6. Information des Versicherten bei Beitragsanpassungen

Von einer Prämienhöhung betroffene Versicherte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, werden auf Tarife hingewiesen, in denen sie bei einem Wechsel eine Prämienreduzierung erzielen würden. Maßgabe der Tarifauswahl sind die Kriterien gemäß § 6 Abs. 2 VVG-Informationspflichtenverordnung.

7. Verbindlichkeit der Leitlinien

Die diesen Leitlinien beitretenden Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. machen diese Leitlinien für sich verbindlich. Sie ergreifen die notwendigen Maßnahmen, um die Regeln dieser Leitlinien in der Praxis des eigenen Unternehmens zu verankern. Die Mitgliedsunternehmen erklären ihren Beitritt zu den Leitlinien gegenüber dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit der Maßgabe, die für die externen Überprüfungen notwendigen Kriterien und Prozesse, soweit sie über die gesetzlichen Anforderungen hinausgehen, bis spätestens zum 1.1.2016 zu implementieren. Der Verband veröffentlicht die Versicherungsunternehmen, die diese Leitlinien als für sich verbindlich anerkennen, auf seiner Homepage und im Rechenschaftsbericht.