

Zusatzinformationen zu Ihrer Beitragsanpassung

Inhalt:

1. Gründe und Methodik der Beitragsanpassung
2. Anpassungssituation in Ihren Tarifen
3. Überprüfung der Beitragsanpassung
4. Allgemeine Informationen zum Tarifwechsel
5. Höchstbeitrag im Standard- und Basistarif
6. Möglichkeiten zur Begrenzung der Beiträge in der Pflegepflichtversicherung
7. Befristeter Zuschlag zur privaten Pflegepflichtversicherung zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben
8. Beitragszahlung

1. Gründe und Methodik der Beitragsanpassung

Der Gesetzgeber verpflichtet uns jährlich auszuwerten, ob wir die Beiträge überprüfen und gegebenenfalls anpassen müssen. Die rechtlichen Grundlagen finden Sie im § 203 (2) des Versicherungsvertragsgesetzes, im § 155 (1), (3) und (4) des Versicherungsaufsichtsgesetzes sowie in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (vor allem §§ 15-17).

Für diese Auswertung werden die Versicherten in der **Krankenversicherung** in jedem Tarif nach ihrem Alter in sogenannte Beobachtungseinheiten unterteilt: in Kinder und Jugendliche (bis 20 Jahre) sowie Erwachsene (ab 21 Jahre). Falls die Beiträge geschlechtsabhängig sind, werden Erwachsene zusätzlich in Männer und Frauen untergliedert.

In der **privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)** gibt es einen Tarif für Beihilferechtigte (PVB) und einen Tarif für Nicht-Beihilferechtigte (PVN). Jeder dieser beiden Tarife entspricht einer Beobachtungseinheit ohne Unterscheidung nach Alter.

Für jede Beobachtungseinheit werden zwei sogenannte Auslösende Faktoren bestimmt:

- (a) Für den Auslösenden Faktor **Versicherungsleistungen (AF Versicherungsleistungen)** wird auf Basis der Leistungsausgaben der vergangenen drei Jahre nach einem vorgeschriebenen Verfahren der zukünftige Bedarf berechnet. Dieser wird mit den einkalkulierten Leistungsausgaben verglichen. Ergibt sich dabei eine Abweichung, die über einem festgelegten Schwellenwert liegt, und ist diese Abweichung nicht nur als vorübergehend anzusehen, so ist eine Anpassung der Beiträge vorgeschrieben. Der Schwellenwert liegt je nach Tarif bei 5% oder bei 10%. Welcher Schwellenwert für Ihren Tarif gilt, können Sie Ihren Versicherungsbedingungen entnehmen.
- (b) Für den Auslösenden Faktor **Sterbewahrscheinlichkeiten (AF Sterbewahrscheinlichkeiten)** werden nach einem vorgeschriebenen Verfahren die aktuellen mit den einkalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Bei einer Abweichung von mehr als 5% ist ebenfalls eine Anpassung der Beiträge vorgeschrieben.

Auslösende Faktoren werden für jeden Tarif und jede Beobachtungseinheit gesondert berechnet. Eine kommentierte Gegenüberstellung aller entsprechenden Größen wird - wie gesetzlich gefordert - der Aufsichtsbehörde (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) sowie einem unabhängigen Treuhänder vorgelegt.

Wenn Leistungsausgaben und Sterbewahrscheinlichkeiten über einen längeren Zeitraum stabil bleiben, wird der Tarif folglich nicht angepasst, auch wenn bei anderen Kalkulationsgrundlagen Anpassungsbedarf bestehen sollte. Die Beitragsanpassung fällt daher in der Regel umso stärker aus, je länger ein Tarif nicht angepasst wurde.

Wenn einer der Auslösenden Faktoren den jeweiligen Schwellenwert überschreitet und nach § 155 VAG diese Überschreitung nicht als vorübergehend angesehen wird, werden **alle** Kalkulationsgrundlagen überprüft und gegebenenfalls angepasst (vgl. z.B. § 2 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung): In die neuen Beiträge

fließen dann vor allem der aktualisierte Rechnungszins, die aktualisierte Lebenserwartung (ermittelt über die Sterbewahrscheinlichkeiten), das aktualisierte Kündigungsverhalten seitens der Versicherten (Stornowahrscheinlichkeiten) sowie die aktualisierten Leistungsausgaben (Kopfschäden) ein.

Veränderungen bei den Kalkulationsgrundlagen haben folgende Auswirkungen auf den Beitrag:

Rechnungszins: Mit steigendem Alter steigen in der Regel auch die Krankheitskosten. Um diesen Effekt auszugleichen, wird in den meisten Tarifen bei Erwachsenen eine Alterungsrückstellung gebildet. Diese Alterungsrückstellung wird über die Vertragslaufzeit wieder abgebaut und wirkt alterungsbedingten Beitragssteigerungen entgegen. Der Rechnungszins gibt an, wie diese Alterungsrückstellung verzinst wird. Eine Senkung des Rechnungszinses bewirkt eine Beitragserhöhung, eine Erhöhung des Rechnungszinses eine Beitragssenkung.

Sterbewahrscheinlichkeiten: Aus den Sterbewahrscheinlichkeiten ergibt sich die Lebenserwartung. Die Lebenserwartung wirkt sich auf die erwartete Laufzeit des Vertrages aus. Eine Senkung der Sterbewahrscheinlichkeiten entspricht einer Erhöhung der Lebenserwartung und bewirkt somit eine Beitragserhöhung. Eine Erhöhung der Sterbewahrscheinlichkeiten entspricht einer Senkung der Lebenserwartung und bewirkt damit eine Beitragssenkung.

Stornowahrscheinlichkeiten: Die Stornowahrscheinlichkeiten bilden das Kündigungsverhalten der Versicherten ab. Die Stornowahrscheinlichkeiten wirken sich auf die erwartete Laufzeit des Vertrages aus. Eine Senkung der Stornowahrscheinlichkeiten bewirkt eine Beitragserhöhung, eine Erhöhung der Stornowahrscheinlichkeiten eine Beitragssenkung.

Kopfschäden: "Kopfschaden" ist ein feststehender technischer Begriff aus der Krankenversicherungsmathematik. Die Kopfschäden spiegeln die durchschnittlichen Leistungsausgaben in einem Tarif wider, die auf einen Versicherten pro Jahr in einem Tarif durchschnittlich entfallen. Eine Erhöhung der Kopfschäden bewirkt eine Beitragserhöhung, eine Senkung der Kopfschäden eine Beitragssenkung.

Der Rechnungszins, die Sterbewahrscheinlichkeiten und die Stornowahrscheinlichkeiten sind in der Regel nicht beitragsrelevant, wenn in einem Tarif keine Alterungsrückstellung aufgebaut wird.

Bei der Kalkulation der Beiträge werden die Kalkulationsgrundlagen wie zum Beispiel Sterbewahrscheinlichkeiten, Kopfschäden und Stornowahrscheinlichkeiten für jedes einzelne Alter getrennt festgelegt. Es können sich daher für verschiedene Alter sehr unterschiedliche Abweichungen ergeben. Somit kann es auch vorkommen, dass es in einigen Altern zu einer Senkung, in anderen Altern zu einer Erhöhung einer Kalkulationsgrundlage kommt. Daher ist auch die Höhe der individuellen Beitragsanpassung je nach Konstellation unterschiedlich und entspricht nicht dem Auslösenden Faktor, der auf einer Durchschnittsbetrachtung der jeweiligen Beobachtungseinheit beruht.

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Die prozentuale Beitragsänderung jedes Einzelnen hängt zudem in starkem Maße von der Höhe des individuellen Beitrags ab. Ist zum Beispiel in einem Tarif für 55-jährige ein Mehrbeitrag von 50 Euro im Monat notwendig, um die zukünftigen Leistungen zu decken, dann steigt der Beitrag für 55-jährige Neukunden von 500 Euro auf 550 Euro. Dies entspricht einer prozentualen Erhöhung von 10%. Ist ein 55-jähriger Kunde in diesem Tarif dagegen schon sehr lange versichert und zahlt deshalb bislang nur 250 Euro, führt die gleiche absolute Erhöhung von 50 Euro zu einer prozentualen Steigerung von 20%.



Vereinfachte, schematische Darstellung: Prozess der Beitragsanpassung

2. Anpassungssituation in Ihren Tarifen

In den folgenden Tabellen sehen Sie für jede versicherte Person in Ihrem Vertrag alle angepassten Tarife mit den maßgeblichen Gründen der jeweiligen Anpassung sowie der Veränderung der wesentlichen Kalkulationsgrundlagen. Die Erläuterungen zu den einzelnen Kalkulationsgrundlagen finden Sie im 1. Abschnitt dieser Zusatzinformationen.

Es ist möglich, dass Tarife in dieser Tabelle aufgeführt sind, bei denen sich der Beitrag nicht ändert. In diesen Fällen haben wir Unternehmensmittel zum Ausgleich der Beitragserhöhung eingesetzt.

Sofern sich die wesentlichen Kalkulationsgrundlagen nicht ändern, z.B. bei Erhöhung des Höchstbeitrags in der sozialen Pflegepflichtversicherung oder im Basis- oder Standardtarif, wird der Tarif in der Tabelle nicht aufgeführt.



Tarif	Warum wird der Tarif angepasst?		Wie ändern sich die Kalkulationsgrundlagen?			
	AF Versicherungsleistungen	AF Sterbewahrscheinlichkeiten	Rechnungszins	Sterbewahrscheinlichkeiten	Stornowahrscheinlichkeiten	Kopfschäden
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

3. Überprüfung der Beitragsanpassung

Bei einer Beitragsanpassung werden alle erforderlichen technischen Berechnungsgrundlagen dem jeweils zuständigen **unabhängigen Treuhänder** vorgelegt. Dies schließt die benötigten kalkulatorischen Herleitungen und statistischen Nachweise ein. Der Treuhänder prüft, ob die Berechnung der Beiträge mit den Rechtsvorschriften im Einklang steht. Die Beitragsanpassung wird erst dann wirksam, wenn der Treuhänder dieser zugestimmt hat. Dies ist hier erfolgt.

Wie gesetzlich geregelt, hat die **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht** überprüft, dass der Treuhänder zuverlässig, fachlich geeignet und unabhängig ist.

4. Allgemeine Informationen zum Tarifwechsel

Sie haben jederzeit das Recht, in einen anderen Tarif mit einem günstigeren Beitrag zu wechseln. Kündigungsfristen spielen dabei keine Rolle: Sie können Ihren Tarif immer zum ersten Tag des folgenden Monats wechseln.

Ein Wechsel in einen Tarif mit gleichen oder geringeren Leistungen erfolgt ohne Gesundheitsprüfung. Die Rückkehr in Ihren vorherigen, gegebenenfalls leistungsstärkeren Tarif ist dann allerdings nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung möglich. Wenn Sie in Ihrem neuen Tarif umfassendere Leistungen erhalten als bisher, sogenannte Mehrleistungen, kann eine Gesundheitsprüfung beim Tarifwechsel notwendig werden. Dabei kann wegen bestehender Erkrankungen ein Risikozuschlag für die Mehrleistungen erhoben werden. Alternativ können Sie auch einen Leistungsausschluss für die Mehrleistungen vereinbaren.

Ihr Recht auf einen Tarifwechsel ist in § 204 Versicherungsvertragsgesetz geregelt. Einen Auszug aus dem Gesetzestext stellen wir Ihnen hier zur Verfügung:

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

1. 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 Vertragsabschluss 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;

(3) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1."

Ihr Vermittler und unser Kundenservice beraten Sie gerne zu einem Tarifwechsel.

5. Höchstbeitrag im Standard- und Basistarif

Die Beiträge im Standard- und Basistarif sind auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Aktuell liegt dieser Wert im Basistarif bei 769,16 Euro und im Standardtarif bei 706,28 Euro.

6. Möglichkeiten zur Begrenzung der Beiträge in der Pflegepflichtversicherung

Wer seit Einführung der Pflegeversicherung (1995) oder seit mindestens fünf Jahren privat pflegeversichert ist, zahlt maximal den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung.

Ehegatten oder Lebenspartner können ihren Beitrag für die Pflegepflichtversicherung auf 150% des Höchstbeitrages in der sozialen Pflegeversicherung begrenzen. Dafür müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Sie oder Ihr Ehe-/ Lebenspartner sind seit dem 1. Januar 1995 durchgehend in der privaten Pflegeversicherung versichert.
- Ein Ehe-/ Lebenspartner hat ein Einkommen, das die Grenze von 470 Euro im Monat nicht überschreitet oder ein Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung von nicht mehr als 450 Euro im Monat.

Wenn beide Voraussetzungen bei Ihnen erfüllt sind, melden Sie sich gerne bei unserem Kundenservice - wir helfen Ihnen dann gerne weiter.

7. Befristeter Zuschlag zur privaten Pflegepflichtversicherung zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben

Die Covid19-Pandemie hat zu außergewöhnlichen Belastungen im Pflegesystem geführt. Gemäß § 110a SGB XI erheben daher alle privaten Versicherungsunternehmen für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2022 in der Privaten Pflegepflichtversicherung über die Prämie hinaus einen monatlichen Zuschlag.

Der Zuschlag wird nicht für Personen erhoben, die

- beitragsfrei versichert sind (z.B. Kinder),
- in einem Risiko-Anwartschaftsverhältnis stehen,
- Anspruch auf Arbeitslosengeld haben,
- Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II haben
- Leistungsbezieher nach § 27a BVG sind
- sonstige Leistungsbezieher nach SGB XII (Sozialhilfe) sind, die nicht unter § 110 (2) Satz 3, 4 SGB XI oder § 110a (6) SGB XI fallen oder
- allein durch die Zahlung des Zuschlags hilfebedürftig im Sinne des SGB II würden.

Sollten Sie bzw. eine versicherte Person in Ihrem Vertrag zu einer dieser Personengruppen gehören und wir dies noch nicht berücksichtigt haben, weisen Sie uns dies bitte nach. Dann können wir es bei der Beitragserhebung umsetzen.

Der unabhängige Treuhänder hat das Vorliegen der Voraussetzungen für die Erhebung des Zuschlags überprüft und der Erhebung zugestimmt.

8. Beitragszahlung

Ihren neuen Beitrag einschließlich des befristeten Zuschlags in der Privaten Pflegepflichtversicherung ziehen wir bei vorhandener Einzugsermächtigung ein. Ansonsten bitten wir Sie, Ihren Dauerauftrag zu ändern bzw. den neuen Beitrag zu überweisen. Werden Ihre Beiträge für einen Mehrmonatszeitraum zu einem anderen Termin abgebucht, wird eine Zwischenabbuchung zum Änderungstermin erforderlich.

Die Punkte 1 bis 3 dieser Zusatzinformationen gelten nicht für eine Anpassung an einen gesetzlich vorgeschriebenen Höchstbetrag (Basistarif/Standardtarif/Private Pflegepflichtversicherung).