



# Häufig gestellte Fragen zu den Tarifen BJunior und KJunior

Stand 07.2016

# 1 Weshalb benötigt eine Familie den Juniortarif?

---

Den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestimmt der Gesetzgeber. Nicht alle Kosten werden von der GKV erstattet. Die Leistungen für Kinder und Jugendliche sind zwar umfassender als die für erwachsene Versicherte, dennoch können Lücken im Leistungsumfang entstehen. Daher ist ein ergänzender Versicherungsschutz für die individuellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sinnvoll. Die Tarife BJunior und KJunior decken diesen individuellen Versicherungsschutz in wichtigen Punkten.

# 2 Welche Leistungen sind versichert?

---

Die ARAG Krankenversicherung bietet die Tarife **BJunior** und **KJunior** an. Im Tarif **KJunior** sind zusätzliche Leistungen versichert (siehe unten).

Folgende Leistungen sind in beiden Tarifen enthalten:

## Vorsorgeuntersuchungen

80 Prozent der Aufwendungen für die Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach U6a, U9a, U9b, J1a (Wiederholungsvorsorgeuntersuchung) sowie Schielvorsorge und Sprachentwicklungstests bis zu einem Betrag von maximal 100 Euro innerhalb von 24 Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt, zu dem erstmals eine Person im Tarif BJunior oder KJunior versichert wird (erstmaliger Versicherungsbeginn).

## Sehhilfen

80 Prozent der auch nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten für Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen, Sportbrillen) bis max. 200 Euro. Die Leistungen können im Tarif BJunior innerhalb von 24 Monaten und im Tarif KJunior innerhalb von 12 Monaten in Anspruch genommen werden. Der Zeitraum von 12 bzw. 24 Monaten beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem erstmals eine Person im Tarif BJunior oder KJunior versichert wird (erstmaliger Versicherungsbeginn).

## Rooming In

100 Prozent der Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson aufgrund eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes von Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren, wenn hierfür keine Kostenübernahme durch die GKV erfolgt. Für Kinder im Vorschulalter (0–5 Jahre) erfolgt keine Leistung aus dem Tarif BJunior oder KJunior, da hier eine generelle Indikation zur Mitaufnahme einer Begleitperson vorliegt und die GKV die Kosten übernimmt.

## Geburtsnahe Leistungen

80 Prozent der Aufwendungen für die Teilnahme an einem PEKiP-Kurs und an einem Geburtsvorbereitungskurs für Männer (weitere Details siehe Antwort zur Frage Nr. 4).

## Kinderkrankentagegeld

Zusätzliche Zahlung von 15 Euro pro Tag und pro Familie, wenn die GKV Kinderkrankengeld für eine versicherte Person zahlt (weitere Details siehe Antwort zur Frage Nr. 5)

## Zahn-Fissurenversiegelung

80 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für eine medizinisch notwendige Zahn-Fissurenversiegelung an bleibenden Zähnen (keine Milchzähne), für die die GKV keine Leistungen übernimmt, maximal jedoch 100 Euro innerhalb von 24 Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt, zu dem erstmals eine Person im Tarif BJunior oder KJunior versichert wird (erstmaliger Versicherungsbeginn).

## Optionsrecht auf Umstellung in Tarif DentalPro Z90Bonus

Wechselrecht mit 21 Jahren ohne Gesundheitsprüfung in den Zahntarif DentalPro Z90Bonus der ARAG-Krankenversicherung (weitere Details siehe Antwort zur Frage Nr. 6).

Der Tarif **KJunior** enthält **zusätzlich** Leistungen für:

## Behandlungen durch Heilpraktiker

80 Prozent der entstandenen Kosten für folgende Leistungen beim Heilpraktiker: Eingehende Untersuchung, Beratung, Homöopathie, Pflanzenheilkunde, Akupunktur bei Schmerzen, Eigenblutinjektionen, Osteopathie. Erstattet werden max. 500 Euro innerhalb von 24 Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt, zu dem erstmals eine Person im Tarif KJunior versichert wird (erstmaliger Versicherungsbeginn).

Der Tarif **KJunior** erstattet Heilpraktikerleistungen gemäß dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) bis zum jeweiligen Höchstsatz ausschließlich für die oben genannten Behandlungsmaßnahmen sowie für die im Rahmen der Behandlung verordneten Arznei- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen.

Über die zuvor genannten Behandlungsmaßnahmen hinausgehende Leistungen sind nicht versichert. Von Ärzten durchgeführte Naturheilverfahren sind ebenfalls nicht mitversichert.

### **Zahn-Kunststofffüllungen**

80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, maximal 500 Euro innerhalb von 24 Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt, zu dem erstmals eine Person im Tarif KJunior versichert wird (erstmaliger Versicherungsbeginn).

### **Zusätzliche kieferorthopädische Leistungen**

80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen (Mehrleistungen), die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung nach KIG 3, 4 oder 5 erbracht werden, wenn für die Mehrleistungen kein Leistungsanspruch aus der GKV besteht. Für die Mehrleistungen werden während der gesamten Vertragslaufzeit max. 1000 Euro erstattet (weitere Details siehe Antwort zur nächsten Frage).

## **3 Welche Leistungen sind bei einer kieferorthopädischen Behandlung versichert?**

---

Zu den erstattungsfähigen Mehrleistungen zählen Leistungen, die vom Kieferorthopäden zusätzlich zur Kassenleistung in Rechnung gestellt werden. Dazu zählen zum Beispiel Mini- oder Keramikbrackets, Bracketumfeldversiegelung, superelastische Bögen, professionelle Zahnreinigung, Zwischendiagnostik, Funktionsanalyse und Lingualtechnik. Voraussetzung ist, dass das nach Tarif KJunior versicherte Kind in eine der KIG-Stufen 3, 4 oder 5 eingestuft ist und somit die GKV für die kieferorthopädische Behandlung leistet.

Mehrleistungen bei kieferorthopädischen Behandlungen werden bis zu 1.000 Euro während der gesamten Vertragslaufzeit erstattet. Das bedeutet, für alle in einem Vertrag jemals versicherten Personen stehen über die gesamte Vertragsdauer insgesamt maximal 1.000 Euro zu Verfügung.

### **Beispiel:**

Bei einer Familie mit drei Kindern werden für das erste Kind 700 Euro an kieferorthopädischen Mehrleistungen in Anspruch genommen. So können für die beiden weiteren Kinder noch insgesamt 300 Euro erstattet werden. Werden für das zweite Kind die restlichen 300 Euro ausgeschöpft, ist für das dritte Kind aufgrund der Obergrenze von 1000 Euro eine Erstattung der Mehrleistungen nicht mehr möglich.

## **4 Was ist unter geburtsnahen Leistungen zu verstehen?**

---

Zu den geburtsnahen Leistungen zählen:

- die Teilnahme an einem PEKiP-Kurs für Kinder bis zum ersten Geburtstag
- die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs für Männer

Für jedes versicherte Kind können beide Kurse jeweils einmal in Anspruch genommen werden.

Beim Geburtsvorbereitungskurs können die Kursgebühren rückwirkend tariflich erstattet werden, wenn zum Zeitpunkt der Teilnahme am Kurs – also während der Schwangerschaft – noch kein Versicherungsschutz nach Tarif BJunior oder KJunior besteht. Voraussetzung hierfür ist, dass das neugeborene Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Geburt rückwirkend zum Geburtstag versichert wird.

## **5 Was ist Kinderkrankentagegeld und wie erhält man es?**

---

In der gesetzlichen Krankenversicherung hat jeder Elternteil Anspruch auf Kinderkrankengeld, wenn dieser wegen einer Erkrankung des Kindes zu Hause bleiben muss – für jedes Kind 10 Arbeitstage pro Kalenderjahr (bei Alleinerziehenden 20 Arbeitstage).

Leben mehrere Kinder in der Familie, beträgt der maximale Anspruch 25 Arbeitstage (bei Alleinerziehenden 50 Arbeitstage). Voraussetzung ist, dass das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und eine andere im Haushalt lebende Person das Kind nicht betreuen, beaufsichtigen oder pflegen kann.

Ähnlich wie beim gesetzlichen Krankengeld bleibt jedoch auch beim Kinderkrankengeld der GKV eine Lücke zum tatsächlichen Arbeitsentgelt bestehen. Die Tarife BJunior und KJunior knüpfen hier an und erstatten zusätzlich 15 Euro pro Tag und pro Familie, wenn die GKV Kinderkrankengeld für eine versicherte Person zahlt.

Um das Kinderkrankentagegeld zu erhalten, muss ein Beleg der GKV über die Anzahl der Krankheitstage, für die Kinderkrankengeld gezahlt wurde, vorgelegt werden. Erst danach erfolgt die Auszahlung des Kinderkrankentagegeldes nach Tarif BJunior oder KJunior.

## 6 Welchen Vorteil bietet das Optionsrecht?

---

Zum Ende des Jahres (31. Dezember), in dem ein versichertes Kind das 20. Lebensjahr vollendet (also seinen 20. Geburtstag feiert), endet für das betroffene Kind die Versicherung nach Tarif BJunior beziehungsweise KJunior.

Das Optionsrecht ermöglicht der versicherten Person, in unmittelbarem Anschluss (01. Januar des Folgejahres) in Tarif DentalPro Z90Bonus zu wechseln. Wird die Umstellung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung des Tarifs BJunior oder KJunior beantragt, so erfolgt die Umstellung ohne Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten.

Die summenmäßigen Begrenzungen des Tarifs Z90Bonus gelten ab Umstellungszeitpunkt. Für zum Umstellungszeitpunkt bereits laufende, angeratene oder beabsichtigte kieferorthopädische Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz nach Tarif Z90Bonus.

Das Optionsrecht gilt nur für Personen, die zum Umstellungszeitpunkt bereits mindestens 24 Monate nach Tarif BJunior oder KJunior versichert waren.

## 7 Ist für diesen Tarif eine Gesundheitsprüfung erforderlich?

---

Nein. Für den Abschluss der Tarife BJunior und KJunior ist keine Gesundheitsprüfung erforderlich.

## 8 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

---

Ja. Die allgemeinen Wartezeiten betragen 3 Monate. Für Kieferorthopädie betragen die besonderen Wartezeiten 8 Monate.

Für die tarifliche Erstattung der Kursgebühren für einen Geburtsvorbereitungskurs gelten keine Wartezeiten.

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn bei uns innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung ein ärztlicher sowie ein zahnärztlicher Befundbericht mit entsprechendem Untersuchungsergebnis eingereicht wird. Alle Wartezeiten entfallen bei Unfällen. Ferner gelten keine Wartezeiten bei der Kindernachversicherung (weitere Details siehe Antwort zur Frage Nr. 10).

## 9 Wer kann in den Tarifen BJunior und KJunior versichert werden?

---

In den Tarifen BJunior und KJunior können Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres versichert werden, für die Versicherungsschutz in einer deutschen GKV besteht.

Das gilt für alle leiblichen und adoptierten Kinder des Versicherungsnehmers sowie für alle Kinder und Jugendlichen, die mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben.

Die leiblichen und adoptierten Kinder des Versicherungsnehmers sind somit unabhängig vom Wohnsitz versicherbar. Das bedeutet, dass auch Kinder, die nach einer Trennung beim anderen Elternteil leben mitversichert werden können. Auch Jugendliche, die zum Beispiel aufgrund einer Ausbildung bereits einen eigenen Wohnsitz haben, sind versicherbar.

Versicherungsfähig sind weiterhin Kinder/Jugendliche, die mit dem Versicherungsnehmer in einer häuslichen Gemeinschaft leben, und zwar auch dann, wenn sie weder leibliche noch adoptierte Kinder des Versicherungsnehmers sind. Diese Regelung soll der Lebenswirklichkeit von Patchwork-Familien entgegenkommen.

## 10 Sind neugeborene Kinder automatisch mitversichert?

---

Nein. Neugeborene Kinder sind nicht automatisch mitversichert. Sie können jedoch ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt mitversichert werden, wenn am Tage der Geburt eine Versicherung nach Tarif BJunior oder KJunior (z.B. für ein älteres Geschwisterkind) bei der ARAG mindestens drei Monate bestand und das Neugeborene innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt rückwirkend zum Tage der Geburt schriftlich angemeldet wird. Eine formlose Beantragung ist möglich.

## 11 Wann ist der früheste Versicherungsbeginn?

---

Frühester Versicherungsbeginn ist jeweils der erste des Monats, der auf die Antragstellung folgt. Nur im Rahmen einer Mitversicherung ab Geburt fällt bei rechtzeitiger Anmeldung der Beginn auf den Geburtstag des zu versichernden Kindes (weitere Details hierzu siehe Antwort zur Frage Nr. 10).

**Beispiel:**

Das zu versichernde Kind wird am 15.09.2014 geboren. Wenn das Neugeborene nicht ab Geburt im Tarif KJunior oder BJunior versichert werden kann, weil die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, fällt der Versicherungsbeginn auf den 01.10.2014.

## 12 Wann endet der Versicherungsschutz für versicherte Kinder?

---

Der Versicherungsschutz endet automatisch zum Ende des Kalenderjahres, in dem das versicherte Kind das 20. Lebensjahr vollendet, das heißt zum 31. Dezember des Jahres, in dem das Kind seinen 20. Geburtstag feiert.

Weiterhin endet der Versicherungsschutz, wenn ein nicht-leibliches und nicht-adoptiertes Kind des Versicherungsnehmers die häusliche Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer verlässt. Zum Beispiel wenn die vom Versicherungsnehmer nicht adoptierte Tochter seiner Lebensgefährtin mit 18 Jahren eine Ausbildung beginnt und deshalb in eine andere Stadt zieht.

## 13 Wie lange zahle ich Prämien in den Familientarif und worauf muss ich achten, wenn der Versicherungsschutz endet?

---

Sobald der Versicherungsschutz für das letzte Kind endet, endet automatisch die Prämienzahlung für den Tarif BJunior oder KJunior. Ein gesondertes Kündigungsschreiben vom Versicherungsnehmer an uns ist nicht erforderlich (weitere Details siehe Antwort zur Frage Nr. 12).

## 14 Steigt die Prämie, wenn mehrere Kinder versichert sind?

---

Nein. Es gibt nur einen Beitrag für alle Kinder, unabhängig davon wie viele Kinder in einem Vertrag mit Tarif BJunior oder KJunior versichert sind. Auch das Alter der Kinder spielt keine Rolle für die Höhe des Beitrages. (weitere Details siehe Antwort zur Frage Nr. 9).

## 15 Erhöhen sich die summenmäßigen Begrenzungen (Erstattungsobergrenzen), wenn mehrere Kinder versichert sind?

---

Nein. Die summenmäßigen Begrenzungen verändern sich nicht mit der Anzahl der versicherten Kinder.

## 16 Was bedeutet „summenmäßige Begrenzung alle 24 Monate“?

---

Die Leistungsarten „Rooming In“ und „geburtsnahe Leistungen“ sowie das Kinderkrankentagegeld sind summenmäßig nicht begrenzt. Bei allen anderen Leistungsarten gibt es summenmäßig Obergrenzen innerhalb eines Zeitraums. Der 24- bzw. 12-Monatszeitraum beginnt mit dem Versicherungsbeginn für das erste versicherte Kind im Tarif BJunior oder KJunior. (erstmaliger Versicherungsbeginn).

**Beispiel:**

- Die Versicherung nach Tarif KJunior beginnt am 01.09.2014. Der erste 24-Monatszeitraum beginnt somit am 01.09.2014 und endet am 31.08.2016. In diesem Zeitraum werden für alle versicherten Kinder insgesamt maximal 500 Euro an Heilpraktikerleistungen erbracht.
- Der zweite 24-Monatszeitraum beginnt am 01.09.2016 und endet am 31.08.2018. Für diesen Zeitraum stehen wieder maximal 500 Euro für alle Kinder insgesamt zur Verfügung.

Eine Versicherung von weiteren Kindern im Tarif BJunior oder KJunior hat keinen Einfluss auf den 24- bzw. 12-Monatszeitraum. Diese Zeiträume hängen ausschließlich vom erstmaligen Versicherungsbeginn des ersten versicherten Kindes ab.

## 17 Was ist hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit zu beachten?

---

Wenn für eine versicherte Leistung auch ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, so müssen die Leistungen der GKV zuerst in Anspruch genommen werden. Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) sind demnach nur dann erstattungsfähig, wenn die Maßnahmen nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

Wir empfehlen daher, sich von der GKV bestätigen zu lassen, welche Leistungen erbracht wurden. Reichen Sie bei uns am besten Originalrechnungen beziehungsweise Duplikate zusammen mit dem Erstattungsvermerk der GKV ein.

Unabhängig davon können aus einem Leistungsbereich sowohl Leistungen der GKV als auch Leistungen nach den Tarifen BJunior oder KJunior in Anspruch genommen werden.

### **Beispiel:**

Der Versicherungsnehmer reicht eine Brillenrechnung für sein Kind in Höhe von 100 Euro ein. Die GKV erstattet einen Betrag in Höhe von 20 Euro. Der Versicherungsnehmer erhält aus dem Restbetrag der Rechnung die tariflichen Leistungen gemäß Tarif KJunior: 80 Prozent von 80 Euro = 64 Euro Erstattung, d.h. innerhalb des 24-Monatszeitraums stehen noch 436 Euro von 500 Euro für alle versicherten Kinder zur Verfügung.

## **18 Ist ein Tarifwechsel von BJunior in den höherwertigen Tarif KJunior möglich?**

---

Ja, ein Tarifwechsel von Tarif BJunior in KJunior und umgekehrt ist jederzeit möglich. Bei einem Tarifwechsel von Tarif BJunior in KJunior greifen jedoch Wartezeiten für die Mehrleistungen. Diese Mehrleistungen können Sie der Frage Nr. 2 entnehmen.

Die allgemeinen Wartezeiten betragen 3 Monate. Für Kieferorthopädie betragen die besonderen Wartezeiten 8 Monate.

Eine Gesundheitsprüfung fällt nicht an, da diese auch bei Neuabschluss nicht anfällt.

## **19 Welche Kombinationsmöglichkeiten bestehen mit anderen Tarifen?**

---

Die Tarife BJunior und KJunior können mit allen anderen Zusatztarifen kombiniert werden – sofern für diese Versicherungsfähigkeit besteht.

Die Tarife BJunior und KJunior selbst können jedoch nicht miteinander kombiniert werden.

## **20 Was passiert, wenn der Versicherungsnehmer Leistungsanspruch aus zwei verschiedenen Tarifen hat?**

---

Der Versicherungsnehmer kann jederzeit zusätzlich zu einer bereits bestehenden Zusatzversicherung den Tarif BJunior oder KJunior abschließen. Grundsätzlich erbringen wir aus beiden Tarifen die versicherte Leistung. Es greift allerdings das gesetzliche Bereicherungsverbot, wonach nicht mehr als 100 Prozent des finanziellen Schadens als Leistung ausgezahlt werden.

## **21 Was passiert, wenn bereits vor Antragstellung ein Versicherungsfall eingetreten ist?**

---

Gemäß den Musterbedingungen der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) §2 Teil I (1) besteht für Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsabschluss eingetreten sind, kein Versicherungsschutz.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Erstdiagnose durch den Arzt und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr gegeben ist.

Betroffen hiervon sind insbesondere Versicherungsfälle, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, wie beispielsweise die Behandlung einer chronischen Erkrankung.

Diese Regelung gilt, bezogen auf das Leistungsspektrum des jeweiligen Juniortarifes, bei Heilpraktikerbehandlungen, bei Rooming In-Leistungen sowie bei einer bereits angeratenen oder laufenden kieferorthopädischen Behandlung von Kindern mit Vorerkrankungen, die nicht ab Geburt mitversichert werden können.

Behandlungen, die in keinem Zusammenhang mit der jeweiligen Diagnose bzw. Erkrankung stehen, sind dagegen mitversichert.

Neugeborene, die im Rahmen der Kindernachversicherung fristgemäß ab Geburt in den Vertrag aufgenommen werden können, sind von dieser Regelung nicht betroffen. Hier besteht z.B. auch für angeborene Krankheiten Versicherungsschutz.

### **Beispiel:**

Für ein 5 Jahre altes Kind wird der Juniortarif abgeschlossen. Das Kind leidet an einer chronischen Erkrankung, die bereits seit Geburt, also vor Antragstellung, besteht. Da es sich hier um einen gedehnten Versicherungsfall handelt (chronisches Krankheitsbild dauert fortlaufend an), besteht für die Erkrankung und die in dem Zusammenhang stehenden Behandlungen kein Versicherungsschutz.

Maßgeblich für den Leistungsumfang sind die dem Versicherungsvertrag konkret zugrunde gelegten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Herausgeber: ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München