



Häufig gestellte Fragen zu den Budgettarifen

BudgetFlex Komfort BL
BudgetFlex Premium BL
BudgetFlex Komfort
BudgetFlex Premium

Stand 10.2022

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.

Inhalt

1	Was versteht man unter einem Budgettarif?	4
2	Warum ist es sinnvoll, einen Budgettarif zu haben bzw. abzuschließen?	4
3	Welche bKV-Budgettarife werden angeboten und wo liegen die Unterschiede?	4
4	Welche Leistungen sind versichert?.....	5
	Ambulante Leistungen.....	5
	Zahnleistungen.....	6
	Weitere Leistungen	6
5	Können sowohl GKV- als auch PKV-Versicherte in den Budgettarifen versichert werden und was ist jeweils zu beachten?	7
6	Gilt das Bereicherungsverbot?.....	7
7	Was ist zu beachten, wenn bereits eine private Krankenzusatzversicherung besteht?.....	7
8	Was passiert, wenn das Budget nicht aufgebraucht wird?	7
9	Woher weiß die versicherte Person, welches Budget sie hat?	7
10	Welches Budget hat die versicherte Person bei unterjährigem Beginn oder Ende zur Verfügung?	8
11	Sieht der Tarif Wartezeiten vor?	8
12	Gibt es Ausschlussklauseln?	8
13	Erstattungsbeispiele	8

1 Was versteht man unter einem Budgettarif?

Budgettarife bieten Leistungen in verschiedenen Leistungsbereichen an. Bei der ARAG sind dies im Wesentlichen Leistungen im ambulanten Bereich sowie umfangreiche Zahnleistungen. Darüber hinaus hat die ARAG einige besondere Leistungen für Familien aufgenommen, darunter ein Kinderkrankentagegeld. Nähere Informationen zu den Leistungen finden sich unter Ziffer 4 der häufig gestellten Fragen (FAQ) oder in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Das Besondere an den Budgettarifen ist, dass sie einen jährlich zur Verfügung stehenden maximal Erstattungsbetrag über alle versicherten Leistungen haben. Bis zu dieser Budgetgrenze werden in der Regel 100 Prozent der Kosten erstattet. Ausnahmen können dadurch entstehen, dass der Tarif in einer Teilleistung ein Unterbudget (sog. Sublimit) vorsieht, das maximal pro Jahr erstattet wird. In der Komfort-Produktlinie gibt es Sublimits für professionelle Zahnreinigung und Sehhilfen, in der Premium-Produktlinie der ARAG gibt es solche Unterbudgetgrenzen nicht. Das Budget steht in jedem Kalenderjahr in derselben Höhe zur Verfügung. Einzige Ausnahme ist in den WF-Tarifen BudgetFlex Komfort und BudgetFlex Premium bei unterjährigem Beginn das erste Versicherungsjahr (vgl. hierzu auch Ziffer 10). Verschiedene Erstattungsbeispiele, die das Prinzip näher erläutern, sind unter Ziffer 13 zu finden.

Abgerundet wird der Versicherungsschutz durch verschiedene Services, die die versicherten Personen in Anspruch nehmen können.

2 Warum ist es sinnvoll, einen Budgettarif zu haben bzw. abzuschließen?

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind in den vergangenen Jahren deutlich gesunken – sowohl im ambulanten wie auch im Zahnbereich. Für Brillen leistet die GKV zum Beispiel in der Regel gar nichts mehr, für Zahnersatz wird nur noch der befundbezogene Festzuschuss geleistet. Es ist klar, dass ohne zusätzliche Absicherung ein großer Teil dieser Kosten aus eigener Tasche beglichen werden muss. Genau hier setzt der Budgettarif an und bietet Leistungen insbesondere dort, wo die GKV nichts oder nur sehr eingeschränkt zahlt.

Aber auch privat krankenversicherte Personen können den Budgettarif sinnvoll nutzen, um entweder Selbstbehalte oder Eigenanteile (z. B. im Bereich Zahnersatz) in ihrer Vollversicherung zu reduzieren. Alternativ kann der Budgettarif dazu genutzt werden, um die PKV-Vollversicherung komplett leistungsfrei zu halten und dort eine Beitragsrückerstattung zu erhalten.

Da der Budgettarif Leistungen aus verschiedenen Bereichen vorsieht, aus denen die versicherten Personen frei nach ihren Bedürfnissen wählen können, bietet er somit für jeden eine sinnvolle Ergänzung zum bestehenden Versicherungsschutz.

3 Welche bKV-Budgettarife werden angeboten und wo liegen die Unterschiede?

In der bKV werden die Tarife in erster Linie als arbeitgeberfinanzierte Tarifvarianten (sog. BusinessLine- oder kurz BL-Tarife) angeboten. Die ARAG hat hier zwei neue Budgettarif-Produktlinien konzipiert: ARAG BudgetFlex Komfort BL und ARAG BudgetFlex Premium BL. In jeder Produktlinie gibt es fünf unterschiedliche Tarife, die sich hinsichtlich der verschiedenen angebotenen Budgethöhen unterscheiden. Diese sind: 300, 600, 900, 1.200 und 1.500 Euro.

Die beiden Produktlinien unterscheiden sich an drei Stellen: In der Komfort-Produktlinie gibt es in den beiden Bereichen „Sehhilfen“ und „Zahnvorsorge“ jeweils ein Unterbudget. In der Premium-Produktlinie gibt es diese Unterbudgetgrenzen nicht. Ein weiterer Unterschied der beiden Produktlinien ist die zusätzliche Familienleistung in der Premium-Produktlinie. Nähere Informationen zu den Unterbudgetgrenzen und der Familienleistung sind unter Ziffer 4 zu finden.

Neben den arbeitgeberfinanzierten BL-Tarifen gibt es beide Produktlinien auch in der Weiterführung und für Familienangehörige: ARAG BudgetFlex Komfort und ARAG BudgetFlex Premium (WF-Tarife).

Grundsätzlich sind die tariflichen Leistungen der BL-Tarife und der entsprechenden WF-Tarife identisch. Die Tarife unterscheiden sich jedoch hinsichtlich des versicherbaren Personenkreises:

Die **BL-Tarife** gelten im Rahmen der arbeitgeberfinanzierten Kollektivversicherung für Mitarbeiter der jeweiligen Unternehmen.

Die **WF-Tarife** gelten für:

- Arbeitnehmer nach Beendigung der jeweiligen Kollektivversicherung, inklusive deren Familienangehörige
- Arbeitnehmer nach Ausscheiden aus der Firma, inklusive deren Familienangehörige
- Familienangehörige von im BL-Tarif versicherten Arbeitnehmern

4 Welche Leistungen sind versichert?

Die Budgettarife sehen ergänzende Leistungen zur GKV bzw. zu einer PKV-Vollversicherung vor. Es werden verschiedene Leistungsbereiche abgedeckt, wobei das Budget frei für die Leistungen verwendet werden kann – ganz nach dem Bedarf der versicherten Person.

Ambulante Leistungen

• **Behandlung durch Heilpraktiker und Naturheilverfahren bei Ärzten**

Aus den Budgettarifen werden Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker bis zum jeweiligen Höchstsatz erstattet, wenn der Heilpraktiker seine Leistungen im Rahmen des jeweils geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) abrechnet.

Auch werden die Kosten erstattet, die bei einer Heilbehandlung durch Ärzte mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung entstehen, wenn es sich um Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der besonderen Therapierichtungen handelt und die Abrechnung bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

• **Arznei- und Verbandmittel**

Bekommt man beim Arzt oder Heilpraktiker ein Rezept für Arznei- oder Verbandmittel und wird das Rezept dann bei der ARAG eingereicht, werden die entstandenen Kosten aus den Budgettarifen erstattet.

Zu beachten: Arzneimittel, die der individuellen Lebensführung dienen (z. B. Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung, Haarwuchsmittel), sind nicht erstattungsfähig.

Nähr- und Stärkungsmittel sind als Nahrungsergänzungsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn sie im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden, zum Beispiel durch Enzymmangelkrankheiten, verordnet wurden.

Hinweis für PKV-Vollversicherte: Es sind zusätzlich die Aufwendungen für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln erstattungsfähig, das heißt, es werden auch die Kosten für die Erstellung des Rezeptes übernommen.

• **Heil- und Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen)**

Stellt ein Arzt oder Heilpraktiker ein Rezept für Heil- oder Hilfsmittel aus und wird das Rezept bei der ARAG eingereicht, werden die entstandenen Aufwendungen aus den Budgettarifen erstattet.

Auch werden Kosten für osteopathische und chiropraktische Behandlungen beim Physiotherapeuten übernommen, wenn

- der Physiotherapeut eine entsprechende Zusatzausbildung absolviert hat und
- die osteopathische/chiropraktische Behandlung durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnet wurde.

Hinweis für PKV-Vollversicherte: Es sind zusätzlich die Aufwendungen für die Verordnung der vorgenannten Heil- und Hilfsmittel bzw. Behandlungen erstattungsfähig, das heißt, es werden auch die Kosten für die Erstellung des Rezeptes übernommen.

Definition von Heil- und Hilfsmitteln:

- Heilmittel sind zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlungen sowie Logopädie und Ergotherapie.
- Hilfsmittel wiederum sind zum Beispiel Gehhilfen, Prothesen und Hörgeräte.
Auch die Aufwendungen für die Einweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln, deren Reparatur und Wartung sind erstattungsfähig, wobei die Höhe der Erstattungen für Reparaturen auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt ist. Nicht erstattungsfähig sind allerdings die Aufwendungen für den Betrieb (z. B. Strom, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln sowie für Zusatzgarantieleistungen.

Weitere Informationen zu den Heil- und Hilfsmitteln finden sich in § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 4 und Ziffer 5 der AVB sowie in der Tarifbeschreibung (Teil III der AVB) unter Ziffer 2 Buchstabe c).

• **Sehhilfen**

Der Budgettarif sieht auch Erstattungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) sowie deren Reparaturen vor. Es ist kein ärztliches Rezept erforderlich, sofern zuvor eine Refraktionsbestimmung durch einen Optiker durchgeführt wurde.

Zu beachten:

- In den BudgetFlex Komfort-Produktlinien gibt es ein Sublimit für diese Leistungsart in Höhe von 180 Euro pro Kalenderjahr, das heißt, es werden Aufwendungen nur bis maximal zu dieser Höhe erstattet. In den Premium-Produktlinien gibt es diese zusätzliche Limitierung nicht.
- Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Reinigung und Pflege von Kontaktlinsen.

• **Operation zur Sehschärfenkorrektur**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für brechkraftverändernde Augenoperationen wie zum Beispiel LASIK oder LASEK.

Hinweis für GKV-Versicherte: Für die Leistungsbereiche Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel sowie Sehhilfen zählen auch die von GKV-Versicherten zu leistenden gesetzlichen Zuzahlungen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

Zahnleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie, soweit die Abrechnung nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) erfolgt, sowie für Material- und Laborkosten.

- **Professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen**

Aus den Budgettarifen werden Kosten für professionelle Zahnreinigung und zahnprophylaktische Leistungen (z. B. Fissurenversiegelung) erstattet.

Zu beachten: In den BudgetFlex Komfort-Produktlinien gibt es ein Sublimit für diese Leistungsart in Höhe von 80 Euro pro Kalenderjahr, das heißt es werden Aufwendungen nur bis maximal zu dieser Höhe erstattet. In den Premium-Produktlinien gibt es diese zusätzliche Limitierung nicht.

- **Zahnbehandlung und Zahnersatz**

Aus den Budgettarifen werden Kosten für Zahnbehandlung (z. B. hochwertige Füllungen) und Zahnersatz (z. B. Kronen, Implantate) erstattet. Dazu gehören auch schmerz- und angstlindernde Maßnahmen wie z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung und Dämmerschlaf, sofern sie in einer zahnärztlichen Praxis in Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahme durchgeführt wurden.

- **Kieferorthopädie**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, soweit diese durch einen Unfall verursacht sind.

Hinweis für GKV-Versicherte: Für die Leistungsbereiche professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Kieferorthopädie zählen auch die von GKV-Versicherten zu leistenden gesetzlichen Zuzahlungen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

Weitere Leistungen

- **Digitaler Arztbesuch**

Aus den Budgettarifen werden Kosten für die Inanspruchnahme eines digitalen Arztbesuchs erstattet.

Zu beachten:

- Die Abrechnung muss nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach den GOÄ-Ziffern 1, 2, 3 bzw. 75 erfolgen.
- Ein klassischer Vor-Ort-Besuch beim Arzt ist nicht Teil des Leistungsumfangs.

- **Kinderkrankentagegeld**

Muss die versicherte Person der Arbeit fernbleiben, um ihr erkranktes Kind zu beaufsichtigen, zu betreuen oder zu pflegen, erhält sie für jeden solchen Tag ein Kinderkrankentagegeld in Höhe von 15 Euro.

Voraussetzungen für diese Leistung sind:

1. Das erkrankte Kind hat das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet,
2. die versicherte Person ist für das Kind sorgeberechtigt und
3. keine andere im Haushalt lebende Person kann die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege übernehmen.

Zu beachten: Für die Inanspruchnahme des Kinderkrankentagegeldes ist die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses notwendig, das die Erkrankung des Kindes sowie die Notwendigkeit der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes bestätigt (es wird in der Regel vom Kinderarzt ausgestellt), sowie eine Bescheinigung des Arbeitgebers über die unbezahlte Freistellung der versicherten Person von der Arbeit während der Dauer der Erkrankung des Kindes.

Bezieht die versicherte Person für das erkrankte Kind Kinderkrankentagegeld von der GKV, so gilt dieser Beleg über den Bezug des Kinderkrankentagegeldes durch die GKV als ausreichender Nachweis.

- **Familienleistung (nur in den Produktlinien BudgetFlex Premium und BudgetFlex Premium BL)**

Es werden unabhängig von der tariflich vereinbarten Budgethöhe für die ambulanten und zahnmedizinischen Leistungen, den digitalen Arztbesuch und das Kinderkrankentagegeld zusätzlich bis zu 300 Euro pro Kalenderjahr für Aufwendungen für medizinisch notwendige Maßnahmen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft bzw. Entbindung erstattet.

Voraussetzung ist, dass die Aufwendungen im versicherten Zeitraum entstanden sind und von der versicherten Person (Mutter bzw. Vater) in Anspruch genommen wurden.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen der (werdenden) Mutter zählen zum Beispiel:

- zusätzliche ärztliche Vorsorgeuntersuchungen aufgrund von Schwangerschaft,
- Geburtsvorbereitungskurse,
- die Inanspruchnahme eines Ein- bzw. Zweibettzimmers oder Familienzimmers bei stationärer Entbindung oder
- die nachgeburtliche Beratung und Unterstützung durch die Hebamme.

Der Vater als versicherte Person kann zum Beispiel auch das Familienzimmer bei stationärer Entbindung seines Kindes in Anspruch nehmen.

Zu beachten: Zusätzlich zur Rechnung ist ein Nachweis über die Schwangerschaft (der versicherten Frau) oder eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes (der versicherten Frau bzw. des versicherten Mannes) einzureichen.

5 Können sowohl GKV- als auch PKV-Versicherte in den Budgettarifen versichert werden und was ist jeweils zu beachten?

Ja, es können sowohl GKV-Versicherte als auch PKV-Versicherte in den Budgettarifen versichert werden.

Zu beachten ist im Leistungsfall Folgendes:

- Für GKV-Versicherte macht es immer Sinn, etwaige Leistungen der GKV zuerst in Anspruch zu nehmen. Damit ist sichergestellt, dass das Budget nur für die Leistungen verwendet wird, die die GKV nicht übernimmt. Die Erstattung aus den Budgettarifen erfolgt aber auch dann, wenn keine Vorleistung in Anspruch genommen wurde (vgl. hierzu auch die Erstattungsbeispiele unter Ziffer 13.) Dies gilt zudem für etwaige PKV-Zusatzversicherungen: auch diese sollten idealerweise zuerst in Anspruch genommen werden.
- Für PKV-Versicherte ist es abhängig von der Vollversicherung und der aktuellen individuellen Situation, ob es sinnvoll ist, eine Vorleistung aus dem Haupttarif zuerst in Anspruch zu nehmen oder nicht. Dies kann sich auch von Jahr zu Jahr ändern. Kann zum Beispiel durch die Inanspruchnahme des Budgettarifs der Haupttarif „geschont“ werden und behält man dort somit seinen Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, macht es Sinn, zuerst den Budgettarif auszuschöpfen. Die Erstattung aus den Budgettarifen erfolgt aber in jedem Fall, egal ob eine Vorleistung in Anspruch genommen wurde oder nicht (vgl. hierzu auch die Erstattungsbeispiele unter Ziffer 13.)

6 Gilt das Bereicherungsverbot?

Ja. Grundsätzlich dürfen auch in Zusammenhang mit den Budgettarifen nicht mehr Kostenerstattungen in Anspruch genommen werden, als tatsächlich Kosten angefallen sind. Das bezieht sich auf die Summe der Leistungen aller Kostenträger. Das heißt, dass die tarifliche Leistung der Budgettarife gemeinsam mit einer Vorleistung der GKV/PKV bzw. einer etwaigen Krankenzusatzversicherung (sofern vorhanden) auf 100 Prozent der Gesamtaufwendungen beschränkt ist.

7 Was ist zu beachten, wenn bereits eine private Krankenzusatzversicherung besteht?

Grundsätzlich ist das kein Problem. Es empfiehlt sich aber in der Regel, im Leistungsfall dann zuerst die anderweitige Zusatzversicherung in Anspruch zu nehmen und erst im Anschluss den Budgettarif. Siehe hierzu auch den ARAG-Tipp unter Ziffer 5 und die Erstattungsbeispiele unter Ziffer 13.

Auch hierbei ist das Bereicherungsverbot zu beachten (vgl. Ziffer 6).

8 Was passiert, wenn das Budget nicht aufgebraucht wird?

Das Budget gilt pro Kalenderjahr und verfällt zum 31. Dezember eines Jahres. Zum 1. Januar des Folgejahres steht dann das gesamte Budget für das neue Kalenderjahr in voller Höhe wieder zur Verfügung.

Grundsätzlich werden die erstattungsfähigen Aufwendungen und Leistungen jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt, in dem die Heilbehandlung erfolgte, die Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel bezogen wurden, bzw. der Zeitraum liegt, für den das Kinderkrankentagegeld bezogen wurde.

9 Woher weiß die versicherte Person, welches Budget sie hat?

Welcher Tarif vorliegt und welche Budgethöhe versichert ist, kann der Police entnommen werden.

10 Welches Budget hat die versicherte Person bei unterjährigem Beginn oder Ende zur Verfügung?

In den BL-Tarifen steht auch bei einem unterjährigem Beginn der Versicherung oder einem unterjährigem Ende das volle Jahresbudget zur Verfügung. Es wird also nichts anteilig gekürzt.

In den WF-Tarifen verringert sich bei unterjährigem Beginn der Versicherung die zur Verfügung stehende Budgethöhe für dieses erste Versicherungsjahr für jeden nicht versicherten Monat um ein Zwölftel des versicherten Jahresbudgets. Bei unterjährigem Ende der Versicherung hingegen steht auch hier für das angebrochene Kalenderjahr die volle Budgethöhe zur Verfügung. Die Sublimits für Sehhilfen und professionelle Zahnreinigung in den Komfort-Produktlinien verändern sich hierdurch nicht. Sofern die gesamte zur Verfügung stehende Budgethöhe für das erste Versicherungsjahr niedriger ist als das Sublimit, ist in diesem Fall die tarifliche Budgethöhe maßgeblich für den Erstattungsanspruch.

11 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein. Die bedingungsgemäßen Wartezeiten gemäß § 3 der MB/KK entfallen für diese Tarife.

12 Gibt es Ausschlussklauseln?

Nein, weder in den BL-Tarifen noch in den WF-Tarifen sind Ausschlussklauseln vorgesehen.

13 Erstattungsbeispiele

Beispiel 1:

Tarif BudgetFlex Komfort 600 BL, GKV-versicherter Arbeitnehmer

- **März:** professionelle Zahnreinigung für 100 Euro. Keine Beteiligung der GKV, Budgettarif der ARAG übernimmt die Kosten in Höhe von 80 Euro (hier greift das Sublimit bzgl. PZR, daher keine volle Erstattung der 100 Euro). Restbudget: 520 Euro.
- **Juni:** Arbeitnehmer braucht eine neue Brille für 300 Euro. GKV übernimmt 100 Euro, von den 200 Euro Restkosten werden 180 Euro aus dem Budgettarif erstattet (hier greift das Sublimit bzgl. Sehhilfen, daher keine volle Erstattung der verbleibenden 200 Euro). Restbudget: 340 Euro.
- **September:** Arbeitnehmer geht zum Heilpraktiker, es entstehen Kosten in Höhe von 400 Euro. Keine Beteiligung der GKV, Budgettarif der ARAG übernimmt die Kosten bis zur Budgethöhe. Das Budget ist somit vollständig aufgebraucht. Die Restkosten von 60 Euro müssen von der versicherten Person getragen werden.

Im laufenden Kalenderjahr können keine weiteren Leistungen mehr in Anspruch genommen werden. Ab 1. Januar stehen dann erneut 600 Euro für das neue Kalenderjahr zur Verfügung.

Beispiel 2:

Tarif BudgetFlex Komfort 600 BL, PKV-versicherter Arbeitnehmer

- **März:** professionelle Zahnreinigung für 100 Euro, PKV beteiligt sich mit 80 Euro (ohne dass die Beteiligung die Beitragsrückerstattung beeinträchtigt). Budgettarif der ARAG übernimmt die restlichen 20 Euro. Restbudget: 580 Euro.
- **Juni:** Arbeitnehmer braucht eine neue Brille für 300 Euro. Keine Erstattung aus der PKV, da der Arbeitnehmer die Rechnung nicht einreicht, um die Beitragsrückerstattung nicht zu gefährden. Von den 300 Euro werden 180 Euro aus dem Budgettarif bezahlt (hier greift das Sublimit bzgl. Sehhilfen, daher keine volle Erstattung der 300 Euro). Restbudget: 400 Euro.
- **September:** Arbeitnehmer geht zum Heilpraktiker, es entstehen Kosten in Höhe von 250 Euro. Keine Beteiligung der PKV, da der Arbeitnehmer die Rechnung nicht einreicht, um die Beitragsrückerstattung nicht zu gefährden, Budgettarif der ARAG übernimmt die Kosten. Restbudget: 150 Euro.

Somit bleiben 150 Euro Restbudget, die im Laufe des Jahres noch verwendet werden können. Wenn es im Laufe des aktuellen Kalenderjahres nicht mehr benötigt wird, verfällt es. Ab 1. Januar stehen dann erneut 600 Euro für das neue Kalenderjahr zur Verfügung.

Beispiel 3:

Tarif BudgetFlex Premium 600 BL, GKV-versicherte Arbeitnehmerin

- **März:** professionelle Zahnreinigung für 100 Euro. Keine Beteiligung der GKV, Budgettarif der ARAG übernimmt die Kosten zu 100 Prozent, da es in der Premium-Produktlinie keine Sublimits gibt. Restbudget: 500 Euro.
- **Juni:** Arbeitnehmerin braucht eine neue Brille für 300 Euro. GKV übernimmt 100 Euro, die 200 Euro Restkosten werden aus dem Budgettarif erstattet. Restbudget: 300 Euro.
- **September:** Arbeitnehmerin geht zum Heilpraktiker, es entstehen Kosten in Höhe von 400 Euro. Keine Beteiligung der GKV, Budgettarif der ARAG übernimmt die Kosten bis zur Budgethöhe. Das Budget ist somit vollständig aufgebraucht. Die Restkosten von 100 Euro müssen von der versicherten Person getragen werden.
- Aufgrund einer Schwangerschaft der versicherten Person werden im laufenden Kalenderjahr Kosten für Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen in Höhe von 260 Euro fällig. Da hierfür ein „Sonderbudget“ von 300 Euro je Kalenderjahr zur Verfügung steht, werden die Kosten komplett übernommen.

Somit bleibt ein Restbudget von 40 Euro für Kosten rund um Schwangerschaft und Geburt, das im Laufe des Jahres noch verwendet werden kann. Wenn es im Laufe des aktuellen Kalenderjahres nicht mehr benötigt wird, verfällt es. Für ambulante und zahnärztliche Leistungen sowie Kinderkrankentagegeld können im laufenden Kalenderjahr keine weiteren Leistungen mehr in Anspruch genommen werden. Ab 1. Januar stehen dann erneut 600 Euro für das neue Kalenderjahr zur Verfügung sowie 300 Euro zusätzliches Budget für versicherte Leistungen rund um Schwangerschaft und Geburt.

Beispiel 4:

Tarif BudgetFlex Premium 600 BL, PKV-versicherte Arbeitnehmerin

- **März:** professionelle Zahnreinigung für 100 Euro, PKV beteiligt sich mit 80 Euro (ohne dass die Beteiligung die Beitragsrückerstattung beeinträchtigt wird.) Budgettarif der ARAG übernimmt die restlichen 20 Euro. Restbudget: 580 Euro.
- **Juni:** Arbeitnehmerin braucht eine neue Brille für 300 Euro. Keine Erstattung aus der PKV, da die Arbeitnehmerin die Rechnung nicht einreicht, um die Beitragsrückerstattung nicht zu gefährden. Die 300 Euro werden aus dem Budgettarif erstattet. Restbudget: 280 Euro.
- **September:** Arbeitnehmerin geht zum Heilpraktiker, es entstehen Kosten in Höhe von 250 Euro. Keine Erstattung aus der PKV, da die Arbeitnehmerin die Rechnung nicht einreicht, um die Beitragsrückerstattung nicht zu gefährden. Die 250 Euro werden aus dem Budgettarif erstattet. Restbudget: 30 Euro.
- Aufgrund einer Schwangerschaft der versicherten Person werden im laufenden Kalenderjahr Kosten für Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen für 260 Euro fällig. Da hierfür ein „Sonderbudget“ von 300 Euro zur Verfügung steht, werden die Kosten komplett übernommen.

Somit bleiben 30 Euro Restbudget sowie 40 Euro für Kosten rund um Schwangerschaft und Geburt, die im Laufe des Jahres noch verwendet werden können. Wenn es im Laufe des aktuellen Kalenderjahres nicht mehr benötigt wird, verfällt es. Ab 1. Januar stehen dann erneut 600 Euro für das neue Kalenderjahr zur Verfügung sowie 300 Euro zusätzliches Budget für versicherte Leistungen rund um Schwangerschaft und Geburt.

Beispiel 5:

Tarif BudgetFlex Premium 600 BL, GKV-versicherte Arbeitnehmerin + private Zahnzusatzversicherung mit 80 Prozent Erstattung

- **März:** professionelle Zahnreinigung für 100 Euro. Keine Beteiligung der GKV, aber die private Zahnzusatzversicherung übernimmt 80 Prozent der Kosten, also 80 Euro. Budgettarif der ARAG übernimmt die restlichen 20 Euro. Restbudget: 580 Euro.
- **Juni:** Arbeitnehmerin braucht eine neue Brille für 300 Euro. GKV übernimmt 100 Euro, die 200 Euro Restkosten werden aus dem Budgettarif erstattet. Restbudget: 380 Euro.
- **September:** Arbeitnehmerin geht zum Heilpraktiker, es entstehen Kosten in Höhe von 250 Euro. Keine Beteiligung der GKV, Budgettarif der ARAG übernimmt die Kosten. Restbudget: 130 Euro.
- **November:** Die versicherte Person hat eine fünfjährige Tochter, die einen grippalen Infekt bekommen hat und daher fünf Tage nicht in den Kindergarten gehen kann. Die Arbeitnehmerin muss ihr erkranktes Kind zu Hause betreuen und kann an diesen Tagen nicht arbeiten gehen. Sie beantragt Kinderkrankengeld von der GKV und erhält zusätzlich aus dem Budgettarif 5x 15 Euro Kinderkrankentagegeld, also 75 Euro. Restbudget: 55 Euro.

Somit bleiben 55 Euro Restbudget sowie das volle „Sonderbudget“ von 300 Euro für Kosten rund um Schwangerschaft und Geburt, die im Laufe des Jahres noch verwendet werden können. Wenn es im Laufe des aktuellen Kalenderjahres nicht mehr benötigt wird, verfällt es. Ab 1. Januar stehen dann erneut 600 Euro für das neue Kalenderjahr zur Verfügung sowie 300 Euro zusätzliches Budget für versicherte Leistungen rund um Schwangerschaft und Geburt.

Maßgeblich für den Vertragsinhalt sind die dem Versicherungsvertrag konkret zugrunde gelegten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (inkl. der in den WF-Tarifen ergänzenden Sondervereinbarungen) sowie der Versicherungsschein und Nachträge zum Versicherungsschein.

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