



Häufig gestellte Fragen zur stationären Zusatzversicherung (MedKlinik-Tarife)

Stand 11.2021

Inhalt

1.	Allgemeine Fragen	3
1.1	Wer kann die Tarife abschließen?	3
1.2	Warum ist eine stationäre Zusatzversicherung sinnvoll?	3
1.3	Welche stationären Zusatzversicherungstarife bietet die ARAG? Was sind die Unterschiede zwischen den Tarifen?	3
1.4	Für welche Kunden eignen sich die Tarife MedKlinik S bzw. MedKlinik L?	3
1.5	Welche Kostenblöcke entstehen bei einem Krankenhausaufenthalt?	4
1.6	Wozu dient die ARAG Gesundheitskarte im Krankenhaus?	4
1.7	Besteht freie Krankenhauswahl?	4
1.8	Werden stationäre Behandlungen im Ausland erstattet?	4
2.	Leistungen	5
2.1	Prüft die ARAG die medizinische Notwendigkeit des Krankenhausaufenthalts?	5
2.2	Sehen die MedKlinik-Tarife Wartezeiten vor?	5
2.3	Welche stationären Leistungen sind versichert?	5
2.4	Leisten die MedKlinik-Tarife auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus?	5
2.5	Leisten die MedKlinik-Tarife auch für ambulante Operationen?	5
2.6	Leisten die MedKlinik-Tarife auch für vor- und nachstationäre Behandlungen?	5
2.7	Leisten die MedKlinik-Tarife auch für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen?	5
2.8	Was versteht man unter „Rooming-in“ und wann wird diese Leistung übernommen?	6
2.9	Leisten die MedKlinik-Tarife für die gesetzliche Zuzahlung von 10 Euro?	6
2.10	Leisten die MedKlinik-Tarife auch für stationäre Psychotherapie?	6
2.11	Leisten die MedKlinik-Tarife auch für Reha und stationäre Kur?	6
2.12	Übernehmen wir auch Kosten für eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)?	6
2.13	Was ist bei der Wunschverlegung zu beachten?	6
2.14	Was ist bei einer stationären Entbindung zu beachten?	6
2.15	Was geschieht, wenn versicherte Leistungen im Versicherungsfall nicht in Anspruch genommen werden?	7
3.	Besonderheiten zum Tarifkonstrukt	8
3.1	Ist es möglich, von einem MedKlinik-S-Tarif in den jeweils leistungsgleichen MedKlinik-L-Tarif zu wechseln?	8
3.2	Was passiert, wenn die versicherte Person nicht aktiv aus dem MedKlinik-S-Tarif in den entsprechenden MedKlinik-L-Tarif wechselt?	8
3.3	Ist es möglich, von den MedKlinik-2-Bett-Tarifen in die MedKlinik-1-Bett-Tarife und umgekehrt zu wechseln?	8

1 Allgemeine Fragen

1.1 Wer kann die Tarife abschließen?

Die MedKlinik-Tarife können grundsätzlich Personen abschließen, die in Deutschland gesetzlich krankenversichert sind und ihren Wohnsitz in Deutschland haben. Die beiden MedKlinik-S-Tarife können Personen bis zum Alter von 43 Jahren abschließen. Für Personen, die freie Heilfürsorge erhalten, sind die Tarife mit einem Zusatzformular abschließbar. Für Beihilferechtigte sind die Tarife nicht abschließbar.

1.2 Warum ist eine stationäre Zusatzversicherung sinnvoll?

Im stationären Bereich stellt die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Grundabsicherung dar. Hierzu zählen die Behandlung im nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus durch den diensthabenden Stationsarzt und die Unterbringung im Mehrbettzimmer.

Doch gerade im stationären Bereich kann es von großer Bedeutung sein, von einem Spezialisten behandelt zu werden bzw. eine passende Fachklinik selbst wählen zu können. Außerdem bietet die Unterbringung im 1- oder 2-Bett-Zimmer sowohl bei kurzen als auch insbesondere bei längeren Krankenhausaufenthalten einen zusätzlichen Komfort, auf den man im Krankheitsfall ungern verzichten möchte.

Diese und weitere Leistungen werden mit einer stationären Zusatzversicherung abgesichert.

1.3 Welche stationären Zusatzversicherungstarife bietet die ARAG? Was sind die Unterschiede zwischen den Tarifen?

- MedKlinik 1-Bett S (Kalkulation nach Art der Schadenversicherung, d. h. ohne Alterungsrückstellungen)
- MedKlinik 2-Bett S (Kalkulation nach Art der Schadenversicherung, d. h. ohne Alterungsrückstellungen)
- MedKlinik 1-Bett L (Kalkulation nach Art der Lebensversicherung, d. h. mit Alterungsrückstellungen)
- MedKlinik 2-Bett L (Kalkulation nach Art der Lebensversicherung, d. h. mit Alterungsrückstellungen)
- 261 (Kalkulation nach Art der Lebensversicherung, d. h. mit Alterungsrückstellungen)
- 262 (Kalkulation nach Art der Lebensversicherung, d. h. mit Alterungsrückstellungen)

Die MedKlinik-Tarife bieten im Vergleich zu den Tarifen 261 und 262 erweiterte Leistungen.

Die MedKlinik-1-Bett-Zimmer-Tarife unterscheiden sich von den MedKlinik-2-Bett-Zimmer-Tarifen lediglich in der Unterbringung. Die jeweiligen MedKlinik-S- und -L-Tarife sind leistungsgleich. Der Unterschied zwischen den Tarifikürzeln „S“ und „L“ besteht im Kalkulationsprinzip. Die MedKlinik-S-Tarife bilden keine Alterungsrückstellungen, d. h., sie sind für junge Erwachsene günstiger als der jeweilige MedKlinik-L-Tarif. Dafür aber steigen die Beiträge zu festen Zeitpunkten, wenn bestimmte Altersstufen erreicht werden. In den MedKlinik-S-Tarifen ist das neben der Umstellung von Kindern auf Jugendliche (im Alter von 16 Jahren) und der Umstellung von Jugendlichen auf Erwachsene (im Alter von 21 Jahren), die es auch in den MedKlinik-L-Tarifen gibt, zusätzlich im Alter von 31 Jahren der Fall. Die Umstellung erfolgt dabei immer bereits zum 01.01. des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person 16 bzw. 21 bzw. 31 Jahre alt wird. In den MedKlinik-L-Tarifen gibt es den Beitragssprung im Alter von 31 Jahren nicht, denn die MedKlinik-L-Tarife bilden bereits ab einem Alter von 21 Jahren Alterungsrückstellungen.

1.4 Für welche Kunden eignen sich die Tarife MedKlinik S bzw. MedKlinik L?

Die MedKlinik-S-Tarife eignen sich vor allem für junge Kunden, die noch nicht über einen entsprechend großen finanziellen Spielraum verfügen und trotzdem schon von unseren stationären Leistungen profitieren möchten. In dieser Phase werden jedoch noch keine Alterungsrückstellungen gebildet. Sobald die Kunden die finanziellen Möglichkeiten haben, bietet sich der Umstieg auf die MedKlinik-L-Tarife an, da ab dann die Alterungsrückstellungen angespart werden können. Ein Wechsel in die MedKlinik-L-Tarife sollte daher baldmöglichst durchgeführt werden, spätestens geschieht dies automatisch zum 01.01. des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person 45 Jahre alt wird (siehe Frage 3.2).

Für Kunden, die bereits ab einem Alter von 21 Jahren Alterungsrückstellungen ansparen möchten und ab diesem Zeitpunkt keine altersbedingten Beitragssprünge haben wollen, eignen sich die MedKlinik-L-Tarife von Beginn an.

1.5 Welche Kostenblöcke entstehen bei einem Krankenhausaufenthalt?

Wird eine stationäre Behandlung notwendig, so werden vom Krankenhaus drei Arten von Kosten berechnet:

Allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistungen)

- Notwendige medizinische Versorgung und Pflege, Betreuung durch Stationsärzte und Krankenpflegepersonal, Unterbringung und Verpflegung im Mehrbettzimmer. Diese Kosten werden in der Regel von der GKV erstattet.

Wahlleistungen für die Unterbringung im 1- oder 2-Bett-Zimmer

- Wunschleistungen, die über den Umfang der Krankenkassenleistungen hinausgehen und frei vom Patienten gewählt werden können, z. B. im Bereich Unterbringung (1-/2-Bett-Zimmer).

Wahlleistungen für die privatärztliche Behandlung, z. B. durch den Chefarzt oder Belegarzt

- Wunschleistungen, die über den Umfang der Krankenkassenleistungen hinausgehen und frei vom Patienten gewählt werden können, z. B. privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt oder Belegarzt.

1.6 Wozu dient die ARAG Gesundheitskarte im Krankenhaus?

Nach Versicherungsbeginn bekommen Versicherte unserer MedKlinik-Tarife, sofern kein Leistungsausschluss vereinbart wurde, die ARAG Gesundheitskarte zugesandt. Die ARAG Gesundheitskarte ermöglicht es Krankenhäusern, direkt mit uns abzurechnen. Mit der ARAG Gesundheitskarte garantiert die ARAG die Kostenübernahme für die gesondert berechenbare Unterbringung im 1- bzw. 2-Bett-Zimmer.

Wichtig bei der Chefarztbehandlung: Mit dem behandelnden Arzt schließt der Patient einen Behandlungsvertrag ab und erhält hierfür eine Rechnung. Diese Rechnung ist vom Versicherungsnehmer (VN) zur Erstattung bei der ARAG einzureichen. Dies ist ganz bequem über die ARAG GesundheitsApp möglich.

Rechnungen online einreichen

Schicken Sie uns Rechnungen, Rezepte und andere Dokumente einfach digital. Mit der **ARAG GesundheitsApp** sparen Sie sich das Porto und den Weg zum Briefkasten.

Mehr Infos unter : www.ARAG.de/GesundheitsApp

App kostenlos runterladen:



(für iOS)



(für Android)

1.7 Besteht freie Krankenhauswahl?

Ja, es besteht freie Krankenhauswahl.

In den MedKlinik-Tarifen sind grundsätzlich in jedem zugelassenen Krankenhaus die stationären Wahlleistungen, wie z. B. die Chefarztbehandlung und der Zimmerzuschlag, erstattungsfähig.

In den allermeisten Fällen suchen Patienten die Klinik auf, in die sie der niedergelassene behandelnde Arzt nach einem gemeinsamen Gespräch einweist. Sollte die versicherte Person eine andere Klinik als die vorgesehene wünschen, kann es sein, dass die Allgemeinen Krankenhausleistungen dort höher sind. Dies kann bedeuten, dass die GKV die Höhe der Kostenübernahme für die Allgemeinen Krankenhausleistungen entsprechend kürzt. In diesem Fall übernehmen wir die Differenz unter der Voraussetzung, dass die Klinik nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnet.

1.8 Werden stationäre Behandlungen im Ausland erstattet?

Die Tarife sind ausgerichtet auf stationäre Behandlungen in Deutschland. In den MedKlinik-Tarifen sind die stationären Wahlleistungen, wie z. B. die Chefarztbehandlung und der Zimmerzuschlag, grundsätzlich auch im europäischen Ausland erstattungsfähig, während im außereuropäischen Ausland nur in den ersten 3 Monaten eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes Versicherungsschutz besteht. Weitere Leistungen über die stationären Wahlleistungen hinaus werden nicht aus den MedKlinik-Tarifen erstattet. Sofern auch die GKV hierfür nicht leistungspflichtig ist, müssen die Kosten (Allgemeine Krankenhausleistungen) von der versicherten Person selbst getragen werden.

Um im Ausland optimal abgesichert zu sein, empfiehlt sich in jedem Fall der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung.

2 Leistungen

2.1 Prüft die ARAG die medizinische Notwendigkeit des Krankenhausaufenthalts?

Wenn die GKV die Allgemeinen Krankenhausleistungen übernimmt und damit die medizinische Notwendigkeit anerkennt, verzichtet die ARAG auf die erneute Prüfung der medizinischen Notwendigkeit des Krankenhausaufenthalts und leistet im tariflichen Umfang. Fehlt eine Vorleistung der GKV für die Allgemeinen Krankenhausleistungen, so wird die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung durch die ARAG geprüft.

2.2 Sehen die MedKlinik-Tarife Wartezeiten vor?

Die allgemeine Wartezeit von 3 Monaten entfällt bei den MedKlinik-Tarifen. Die besonderen Wartezeiten von 8 Monaten für z. B. Entbindung und Psychotherapie gelten.

Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Behandlungen aufgrund eines Unfalls.

2.3 Welche stationären Leistungen sind versichert?

Gesondert berechenbare Unterbringung:

- Tarife MedKlinik 1-Bett S und MedKlinik 1-Bett L: Unterbringung im 1-Bett-Zimmer
- Tarife MedKlinik 2-Bett S und MedKlinik 2-Bett L: Unterbringung im 2-Bett-Zimmer

Privatärztliche Behandlung:

- 100 % Kostenerstattung für die gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung im Krankenhaus

2.4 Leisten die MedKlinik-Tarife auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus?

Ja, die Tarife leisten bei einem stationären Aufenthalt oder bei einer ambulanten, stationsersetzenden Operation im tariflichen Umfang über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

Voraussetzung ist, dass eine wirksame individuelle Honorarvereinbarung vorliegt.

Empfehlung der ARAG: Um Unstimmigkeiten bzgl. der Wirksamkeit der Honorarvereinbarung zu vermeiden, sollte vor Abschluss einer Honorarvereinbarung mit der Leistungsabteilung der ARAG Kontakt aufgenommen werden.

2.5 Leisten die MedKlinik-Tarife auch für ambulante Operationen?

Ja. Wird in einem Krankenhaus eine ambulante Operation, die eine vollstationäre Heilbehandlung ersetzt, durchgeführt, so sind die Aufwendungen für privatärztliche Behandlungen zu 100 % erstattungsfähig. Die ambulanten, stationsersetzenden Operationen sind im sog. „AOP-Katalog“ nach § 115b SGB V aufgelistet.

2.6 Leisten die MedKlinik-Tarife auch für vor- und nachstationäre Behandlungen?

Ja. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung ist grundsätzlich auf maximal sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung begrenzt.

2.7 Leisten die MedKlinik-Tarife auch für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen?

Ja, die Tarife leisten für eine ambulante Aufnahmeuntersuchung, sofern diese innerhalb von 7 Tagen vor Beginn der jeweiligen Behandlung stattfindet, sowie für eine ambulante Abschlussuntersuchung, sofern diese innerhalb von 14 Tagen nach Ende der jeweiligen Behandlung durchgeführt wird. Dies gilt sowohl für eine stationäre Behandlung als auch für eine ambulante, stationsersetzende Operation (siehe Frage 2.5).

2.8 Was versteht man unter „Rooming-in“ und wann wird diese Leistung übernommen?

Als Rooming-in bezeichnet man die Mitaufnahme einer Begleitperson ins Krankenhaus. Wir erstatten die Kosten für die Unterbringung einer erwachsenen Begleitperson, wenn das Kind bei Beginn des Krankenhausaufenthalts unter 12 Jahre alt ist.

2.9 Leisten die MedKlinik-Tarife für die gesetzliche Zuzahlung von 10 Euro?

Nein, die Tarife leisten nicht für die gesetzliche Zuzahlung, die für GKV-Versicherte pro Tag des Krankenhausaufenthalts anfällt. Ist eine solche Absicherung gewünscht, empfiehlt sich der Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung.

Hinweis: Wir erstatten allerdings die gesetzliche Zuzahlung bei Krankentransporten und Krankenfahrten.

2.10 Leisten die MedKlinik-Tarife auch für stationäre Psychotherapie?

Ja. Die versicherten Leistungen werden auch bei stationärer Psychotherapie tarifgemäß erbracht.

2.11 Leisten die MedKlinik-Tarife auch für Reha und stationäre Kur?

Nein.

2.12 Übernehmen wir auch Kosten für eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)?

Sofern die GKV der Kostenträger für AHB ist, erstatten wir die Kosten für die Unterbringung, sofern die tariflichen Voraussetzungen gegeben sind. Hierzu gehört z. B., dass die AHB direkt an einen Krankenhausaufenthalt anschließt.

Eine AHB darf nicht mit einer Reha oder Kur verwechselt werden – denn dafür leistet die ARAG nicht (siehe Frage 2.11).

2.13 Was ist bei der Wunschverlegung zu beachten?

Wir organisieren und bezahlen einmalig pro Versicherungsfall die Wunschverlegung innerhalb Deutschlands in ein anderes Krankenhaus, wenn die versicherte Person während eines Krankenhausaufenthalts aus persönlichen Gründen das Krankenhaus wechseln möchte.

Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn

- es sich bei der stationären Heilbehandlung nicht um eine Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt,
- das Zielkrankenhaus mindestens 50 km vom Ursprungskrankenhaus entfernt ist,
- die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird,
- die GKV die Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen im Zielkrankenhaus übernimmt,
- der Verlegung keine medizinischen Gründe entgegenstehen und
- die Verlegung von der ARAG organisiert wird.

2.14 Was ist bei einer stationären Entbindung zu beachten?

Wir leisten im Falle einer Entbindung im Krankenhaus sowohl für die Unterkunft (1- bzw. 2-Bett-Zimmer) als auch für die privatärztliche Behandlung.

Außerdem gibt es folgende Besonderheiten im Zusammenhang mit einer stationären Entbindung:

Familienzimmer

- Nach der Entbindung leisten wir für die Unterbringung im Familienzimmer, sofern die Mutter im Tarif MedKlinik 1-Bett S oder MedKlinik 1-Bett L versichert ist.
- Ist die Mutter im Tarif MedKlinik 2-Bett S oder MedKlinik 2-Bett L versichert, erstatten wir bei Unterbringung in einem Familienzimmer die Kosten, die für die Unterbringung im 2-Bett-Zimmer angefallen wären.

Beleghebamme

Diese Leistung ist nicht über die MedKlinik-Tarife versichert. In der Regel rechnet die Beleghebamme über die GKV ab.

Da werdende Mütter mit einer stationären Zusatzversicherung bei einer Entbindung im Krankenhaus oftmals vollständig als Privatpatienten geführt werden, kann es dazu kommen, dass Hebammen ihre erbrachten Leistungen privat abrechnen. In diesen

Fällen ist es wichtig, die Hebamme auf die Abrechnung über die GKV hinzuweisen, um eine Privatabrechnung und dadurch anfallende privat zu tragende Kosten zu vermeiden.

2.15 Was geschieht, wenn versicherte Leistungen im Versicherungsfall nicht in Anspruch genommen werden?

Leistungsverzicht wird belohnt.

Wenn die versicherte Person während eines stationären Aufenthaltes bestimmte versicherte Leistungen nicht in Anspruch nimmt, wird dies von der ARAG durch die Zahlung eines sogenannten Ersatz-Krankenhaustagegeldes (Ersatz-KHT) honoriert, wobei die Ersatzleistungen auch nebeneinander in Anspruch genommen werden können. Die versicherte Person kann in den Bereichen Unterbringung (1-/2-Bett-Zimmer) und Komfortelemente (wie z. B. vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, Bereitstellungsgebühren für TV/Radio, Telefon und Internet) sowie privatärztliche Behandlung auf Leistungen verzichten.

MedKlinik 1-Bett S und L

Voraussetzung	Erwachsene*	Kinder/Jugendliche
Bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und Komfortelementen in € je Krankenhaustag	50	25
Bei Nichtinanspruchnahme gesondert berechenbarer privatärztlicher Leistungen während des gesamten Krankenhausaufenthalts in € je Krankenhaustag	50	25

* Versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben.

MedKlinik 2-Bett S und L

Voraussetzung	Erwachsene*	Kinder/Jugendliche
Bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und Komfortelementen in € je Krankenhaustag	30	15
Bei Nichtinanspruchnahme gesondert berechenbarer privatärztlicher Leistungen während des gesamten Krankenhausaufenthalts in € je Krankenhaustag	50	25

* Versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben.

Ausnahmen:

Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und von Komfortelementen, sofern es sich um eine Fallkonstellation handelt, in der keine gesonderte Berechnung für die Unterbringung durch das Krankenhaus vorgesehen ist, z. B.:

- bei Unterbringung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation,
- bei Unterbringung auf einer Station, auf der das 2-Bett-Zimmer bzw. das 1-Bett-Zimmer Regelleistung ist, oder
- bei teilstationärer Behandlung in einer Tagesklinik.

3 Besonderheiten zum Tarifkonstrukt

3.1 Ist es möglich, von einem MedKlinik-S-Tarif in den jeweils leistungsgleichen MedKlinik-L-Tarif zu wechseln?

Ja, das ist jederzeit ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeit möglich. Die jeweiligen MedKlinik-S- und MedKlinik-L-Tarife sind leistungsgleich.

Ein früher Wechsel vom MedKlinik-S-Tarif in den entsprechenden MedKlinik-L-Tarif wirkt sich positiv auf die Beitragsentwicklung im Alter aus, da ab dem Zeitpunkt des Wechsels in den L-Tarif Alterungsrückstellungen aufgebaut werden. Um große Beitrags-sprünge in höherem Alter zu vermeiden, werden in unseren MedKlinik-S-Tarifen versicherte Personen zum 01.01. des Kalenderjahres, in dem sie 45 Jahre alt werden, automatisch auf den entsprechenden, leistungsgleichen MedKlinik-L-Tarif umgestellt (siehe Frage 3.2).

3.2 Was passiert, wenn die versicherte Person nicht aktiv aus dem MedKlinik-S-Tarif in den entsprechenden MedKlinik-L-Tarif wechselt?

Die Tarife MedKlinik S enden mit Ablauf des 31.12. des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person 44 Jahre alt wird.

Es erfolgt somit zum 01.01. des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person 45 Jahre alt wird, eine automatische Umstellung in den jeweils leistungsgleichen Tarif MedKlinik L.

Der Versicherungsnehmer (VN) wird mindestens 1 Monat vor dem Umstellungszeitpunkt von der ARAG schriftlich informiert. Er kann bis zum Umstellungszeitpunkt Widerspruch einlegen. In diesem Falle endet der Vertrag mit Ablauf des 31.12. des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person 44 Jahre alt wird.

Neben der Widerspruchsmöglichkeit hat der VN ein Sonderkündigungsrecht. Der VN kann den Vertrag für die betroffene versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach dem Umstellungszeitpunkt rückwirkend zum Umstellungszeitpunkt kündigen.

3.3 Ist es möglich, von den MedKlinik-2-Bett-Tarifen in die MedKlinik-1-Bett-Tarife und umgekehrt zu wechseln?

Von MedKlinik 1-Bett auf MedKlinik 2-Bett: Ein Wechsel ist zum nächsten Monatsersten auf Antrag jederzeit möglich.

Von MedKlinik 2-Bett auf MedKlinik 1-Bett: Aufgrund der enthaltenen Mehrleistungen ist ein Wechsel generell nur mit erneuter Gesundheitsprüfung möglich. Es gibt jedoch in den MedKlinik-2-Bett-Tarifen ein Optionsrecht. Zu Beginn des 3. sowie des 6. Versicherungsjahres kann auf Antrag ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten in den entsprechenden MedKlinik-1-Bett-Tarif gewechselt werden. Die Voraussetzungen hierfür sind:

- Die Versicherung im Tarif MedKlinik 2-Bett S oder L hat für die versicherte Person ununterbrochen 2 bzw. 5 Versicherungsjahre bestanden.
- Die Versicherungsfähigkeit ist zum Umstellungszeitpunkt gegeben.
- Der Antrag auf Umstellung muss vor Beginn des 3. bzw. des 6. Versicherungsjahres bei der ARAG eingegangen sein.

Hinweis: Das 1. Versicherungsjahr läuft vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Versicherung begonnen hat. Alle weiteren Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

Maßgeblich für den Vertragsinhalt sind die dem Versicherungsvertrag konkret zugrunde gelegten Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Versicherungsschein und Nachträge zum Versicherungsschein.

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