



Richtlinien für den Abschluss eines Versicherungsvertrags

Ausgabe 1.2024

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.

Inhaltsverzeichnis

1	Tarifübersicht.....	5
2	Tariferläuterungen.....	7
A	Selbstständige Tarife.....	7
1	Tarif K (Komfortklasse).....	7
2	Tarif ME (MedExtra).....	8
3	Tarif MB (MedBest).....	9
4	Tarif BHB (BeihilfeBest).....	11
5	Tarif 20.....	12
6	Tarif 21.....	13
7	Tarif 22.....	14
8	Tarif 23.....	14
9	Tarif 24.....	15
10	Tarife 31–39.....	16
11	Tarife KTV21–KTV364.....	18
12	Tarif 11.....	20
13	Tarif RK-J, RK-JF, RK-J70.....	20
B	Zusatztarife (nur in Verbindung mit Haupttarifen möglich).....	22
14	Tarif 27.....	22
15	Tarife BHEB (BeihilfeErgänzungBest).....	23
16	Tarife BHK und BAK (BeihilfeKlinik).....	24
17	Tarife BH1 und BA1 (BeihilfeEinbett).....	25
18	Tarif 52.....	25
19	Tarif 54.....	26
20	Tarif FlexiPro.....	27
21	Beitragsentlastungskomponente BEK.....	28
C	Tarife für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).....	29
22	Tarif 28.....	29
23	Tarife Z100, Z70.....	30
24	Tarif Z90Bonus.....	31
25	Tarif Z50/90.....	32
26	Tarife Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100.....	32
27	Tarif 482.....	34
28	Tarif 483.....	35
29	Tarif V100.....	36
30	Tarif 18.....	36
31	Tarif 26.....	38
32	Tarif MedKlinik.....	39
33	Tarife BJunior und KJunior.....	40
D	Tarife zur Pflegeversicherung.....	42
34	Tarif PV.....	42
E	Tarife zur Pflege-Zusatzversicherung.....	44
35	Tarif 68.....	44
36	Tarif 69.....	45
37	Tarif PF.....	45
38	Tarif PIN.....	46

3	Annahmerichtlinien	48
1	Antragsausfüllung.....	48
2	Nachweise für die Pflege-Pflichtversicherung	48
3	Anträge mit ärztlicher Untersuchung.....	48
4	Versicherung von Nicht-EU-Bürgern	49
5	Personen mit Wohnsitz im Ausland.....	49
6	Beitragszahlung	49
7	Vorerkrankungen	49
8	Eintrittsalter	53
9	Erwerbsminderung	53
10	Mitversicherung von Neugeborenen	54
11	Alleinversicherung von Kindern	54
12	Rückdatierungen	54
13	Wartezeiten/Wartezeitentfall	55
14	Zahnschäden	56
15	Berufe – Annahmerichtlinien.....	59
16	Allgemeines	65
17	Berechnung Absicherung Krankentagegeld.....	65
18	Tarifikombinationen.....	70
19	Mindestbeitrag.....	71
20	Personen ohne Vorversicherung.....	71
4	Vertragsgestaltung	72
1	Auslandsaufenthalt	72
2	Umstufungen/Rabatt.....	72
3	Anwartschaftsversicherung.....	73
4	Beginnverlegung.....	73
5	Versicherungsbedingungen (AVB)	74
1	Musterbedingungen 2009 des Verbands der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Tarifbedingungen (TB/KK 2013 und TB/KK 2019)	74
2	Musterbedingungen 2009 des Verbands der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Tarifbedingungen (TB/KT 2013 und TB/KT 2019).....	74
3	Musterbedingungen PPV 2024 und Tarifbedingungen	74
4	Musterbedingungen EPV 2017 des Verbands der privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (TB/EPV 2013).....	74
5	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RK-J, RK-JF und RK-J70	74
6	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2022) und Tarifbedingungen (TB/GEPV 2014).....	74

1 Tarifübersicht

A Selbstständige Tarife		
K	Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung mit unterschiedlichen Selbstbehaltstufen	KomfortKlasse
ME	Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung mit unterschiedlichen Selbstbehaltstufen	MedExtra
MB	Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung mit unterschiedlichen Selbstbehaltstufen	MedBest
BHB	Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung	BeihilfeBest
20	Ambulante Heilbehandlung mit Selbstbeteiligung in Euro	Ambulante Tarife
21	Ambulante Heilbehandlung mit Selbstbeteiligung in Prozent bzw. ohne Selbstbeteiligung bzw. mit prozentualer gedeckelter Selbstbeteiligung	
22	Stationäre Heilbehandlung/Einbettzimmer	Stationäre Tarife
23	Stationäre Heilbehandlung/Drei- oder Mehrbettzimmer	
24	Stationäre Heilbehandlung/Zweibettzimmer	
31	Krankentagegeld ab 8. Tag der Arbeitsunfähigkeit	Krankentagegeldtarife
32	Krankentagegeld ab 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
34	Krankentagegeld ab 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
35	Krankentagegeld ab 365. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
36	Krankentagegeld ab 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
37	Krankentagegeld ab 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
38	Krankentagegeld ab 92. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
39	Krankentagegeld ab 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
KTV21	Krankentagegeld ab 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
KTV28	Krankentagegeld ab 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
KTV42	Krankentagegeld ab 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
KTV70	Krankentagegeld ab 71. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
KTV91	Krankentagegeld ab 92 Tag der Arbeitsunfähigkeit	
KTV105	Krankentagegeld ab 106. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
KTV133	Krankentagegeld ab 134. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
KTV182	Krankentagegeld ab 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
KTV273	Krankentagegeld ab 274. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
KTV364	Krankentagegeld ab 365. Tag der Arbeitsunfähigkeit	
11	Krankenhaustagegeld-Versicherung	Krankenhaustagegeldtarife
RK-J	Auslandsreise-Krankenversicherung, Einzelversicherung	Auslandsreisetarif
RK-J70	Auslandsreise-Krankenversicherung, Einzelversicherung	
RK-JF	Auslandsreise-Krankenversicherung, Familienversicherung	
B Zusatztarife (nur in Verbindung mit Haupttarifen möglich)		
27	Ergänzungsversicherung für Beihilfeberechtigte	Beihilfe-Ergänzungstarif
BHEB	Ergänzungsversicherung für Beihilfeberechtigte	Beihilfeergänzungstarif
BHK	Ergänzungsversicherung für Beihilfeberechtigte	BeihilfeKlinik
BH1	Ergänzungsversicherung für Beihilfeberechtigte	BeihilfeEinbett
52	Zahnbehandlung und Zahnersatz: keine Höchstsätze nach Ablauf des 2. Jahres ab Versicherungsbeginn	Zahntarife
54	Zahnbehandlung: ohne Höchstsätze Zahnersatz: mit jährlich steigenden Höchstsätzen	
FlexiPro	Optionstarif	Optionstarif
BEK	Beitragsentlastungskomponente	Beitragsentlastung
C Tarife für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)		
28, 48	Ergänzungsversicherung	Ergänzungstarif
V100	Ergänzungsversicherung	
BJunior, KJunior	Ergänzungsversicherung für GKV-versicherte Kinder/Jugendliche	

Z100	Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie	Zahnergänzungstarife
Z90Bonus	Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie	
Z70	Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie	
Z50/90	Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie	
Dent70	Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays, Zahn- und Kieferorthopädie	
Dent90	Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays, Zahn- und Kieferorthopädie	
Dent90+	Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays, Zahn- und Kieferorthopädie	
Dent100	Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays, Zahn- und Kieferorthopädie	
18	Zusatzversicherung für GKV-Versicherte	GKV-Zusatz-Tarif
26	Krankenhauskosten-Zusatzversicherung	Stationärer Tarif
Medklinik S	Krankenhauskosten-Zusatzversicherung nach Art der Schaden	Stationärer Tarif
Medklinik L	Krankenhauskosten-Zusatzversicherung nach Art der Leben	
D	Tarif zur Pflegeversicherung	
PV	Private Pflege-Pflichtversicherung	Pflege-Pflichttarif
E	Tarife zur Pflege-Zusatzversicherung	
68	Pflegekosten	Pflegekostentarif
69	Pflegetagegeld	Pflegetagegeldtarif
PIN	Pflegetagegeld	Pflegetagegeldtarif
PF	Geförderte ergänzende Pflegeversicherung	Geförderter Pflegetagegeldtarif

Nachfolgend wird unter anderem ein kurzer Auszug aus dem Leistungsspektrum aller verkaufsoffenen Tarife dargestellt.

Maßgebend sind für alle Leistungen neben dem Tarif die Musterbedingungen des Verbands der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen.

2 Tarifierläuterungen

A Selbstständige Tarife

1 Tarif K (Komfortklasse)

Krankheitskosten-Versicherung mit ambulanten, stationären und zahnärztlichen Leistungen und unterschiedlichen Selbstbehaltstufen

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Leistungsstufen

Leistungsstufe K0	=	0 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe K300	=	300 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe K600	=	600 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe K900	=	900 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe K1200	=	1.200 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe K1500	=	1.500 Euro	Selbstbeteiligung*

1. Ambulante Heilbehandlung

- Ärztliche Behandlung: 100 Prozent nach Hausarztprinzip, sonst 80 Prozent, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ
- Gebührenordnung für Ärzte: Für ärztliche Leistungen wird maximal bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gezahlt.
- Labor und Apparatemedizin: 100 Prozent nach Primärarztprinzip, ansonsten 80 Prozent, für technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG, die Durchführung von Dialysen sowie bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen, CT, MRT und Sonographie)
- Heilpraktiker: 80 Prozent, maximal 500 Euro je Kalenderjahr
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen): 80 Prozent bis 2.500 Euro Rechnungsbetrag je Kalenderjahr, darüber hinaus 100 Prozent (nur verschreibungspflichtige Medikamente; Hilfsmittel in Standardausführung)
- Sehhilfen: 100 Prozent bis maximal 150 Euro; erneuter Anspruch frühestens nach 36 Monaten
- Psychotherapie: 50 Behandlungsstunden pro Jahr zu 80 Prozent
- Vorsorge, Früherkennung und Schutzimpfungen: 100 Prozent nach Hausarztprinzip, sonst 80 Prozent

2. Stationäre Heilbehandlung

- 100 Prozent Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung (auch über GOÄ hinaus)

3. Zahn

- 100 Prozent Zahnbehandlung
- 80 Prozent Zahnersatz und Kieferorthopädie

Die maximale Erstattung ist begrenzt auf:

1.000 Euro im ersten Jahr 2.000 Euro im zweiten Jahr
3.000 Euro im dritten Jahr 4.000 Euro im vierten Jahr
5.000 Euro im fünften Jahr

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet. Höchstsätze entfallen bei Unfall.

Pauschalerstattung

Bei den Leistungsstufen K0 und K300 wird unter gewissen Voraussetzungen eine Pauschalerstattung gewährt, die zur selbstständigen Abgeltung kleinerer Rechnungsbeträge dient. Die Pauschalerstattung beträgt für Erwachsene 600 Euro in Leistungsstufe K0, 300 Euro in Leistungsstufe K300 und für Kinder und Jugendliche jeweils die Hälfte.

* Die Selbstbeteiligung fällt bei allen tariflichen Leistungen an (Ausnahme: Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen laut Tarifverzeichnis). Sie gilt pro Person und Kalenderjahr. Für Kinder und Jugendliche halbiert sich die Selbstbeteiligung.

Optionsrecht

Zum 1. Januar des sechsten Versicherungsjahres** kann der Versicherungsschutz in höherwertige Kostentarife – ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten – umgestellt werden, sofern eine Versicherung nach Tarif K ununterbrochen fünf Versicherungsjahre bestanden hat und vor Abschluss des Tarifs K keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung, mit Ausnahme von Tarif E, bei der ARAG abgeschlossen war. Für Versicherte, die bei Abschluss des Tarifs K jünger als 21 Jahre waren, gilt dies nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils.

** Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite und jedes weitere Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

Tarif K

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

2 Tarif ME (MedExtra)

Krankheitskosten-Versicherung mit ambulanten, stationären und zahnärztlichen Leistungen und unterschiedlichen Selbstbehaltstufen

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Leistungsstufen

Leistungsstufe ME0	=	0 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe ME300	=	300 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe ME600	=	600 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe ME900	=	900 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe ME1200	=	1.200 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe ME1500	=	1.500 Euro	Selbstbeteiligung*

1. Ambulante Heilbehandlung

- Ärztliche Behandlung: 100 Prozent bis zu den Höchstsätzen der GOÄ
- Heilpraktiker: 100 Prozent bis zum Höchstsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH), maximal 1000 Euro je Kalenderjahr
- Arznei-, Verband-, und Hilfsmittel: 100 Prozent
- Heilmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 Euro pro Kalenderjahr 80 Prozent, darüber hinaus 100 Prozent
- Sehhilfen: 100 Prozent bis maximal 300 Euro; erneuter Anspruch frühestens nach 24 Monaten
- Psychotherapie: 80 Prozent bis zur 30. Sitzung pro Kalenderjahr, ab der 31. Sitzung 100 Prozent

2. Stationäre Heilbehandlung

- 100 Prozent Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung

3. Zahn

- 100 Prozent Zahnbehandlung
- 80 Prozent Zahnersatz und Kieferorthopädie

Die maximale Erstattung ist begrenzt auf:
1.000 Euro im ersten Jahr
2.000 Euro im zweiten Jahr
3.000 Euro im dritten Jahr
jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

Pauschalerstattung

Bei den Leistungsstufen ME0 und ME300 wird unter gewissen Voraussetzungen eine Pauschalerstattung gewährt, die zur selbstständigen Abgeltung kleinerer Rechnungsbeträge dient. Die Pauschalerstattung beträgt für Erwachsene 600 Euro in Leistungsstufe ME0, 300 Euro in Leistungsstufe ME300 und für Kinder und Jugendliche jeweils die Hälfte.

* Die Selbstbeteiligung fällt bei allen tariflichen Leistungen an (Ausnahme: Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen laut Tarifverzeichnis). Sie gilt pro Person und Kalenderjahr. Für Kinder und Jugendliche halbiert sich die Selbstbeteiligung.

Optionsrecht

Zum 1. Januar des sechsten Versicherungsjahres** kann der Versicherungsschutz in höherwertige Kostentarife – ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten umgestellt werden, sofern die Versicherung nach Tarif ME ununterbrochen fünf Versicherungsjahre bestanden hat und vor Abschluss des Tarifs ME keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der ARAG abgeschlossen war. Für Versicherte, die bei Abschluss des Tarifs ME jünger als 21 Jahre waren, gilt dies nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils.

** Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite und jedes weitere Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

Beitragsbefreiung während der Elternzeit

Während der ersten sechs Monate des Bezugs von Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) entfällt rückwirkend die Pflicht zur Beitragszahlung im Tarif ME für diejenige versicherte Person, die Elterngeld bezieht. Es erfolgt jedoch keine Beitragsbefreiung einer ggf. vereinbarten Beitragsentlastung.

Tarif ME

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

3 Tarif MB (MedBest)

Krankheitskosten-Versicherung mit ambulanten, stationären und zahnärztlichen Leistungen und unterschiedlichen Selbstbehaltstufen

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Leistungsstufen

Leistungsstufe MB0	=	0 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe MB300	=	300 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe MB600	=	600 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe MB900	=	900 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe MB1200	=	1.200 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe MB1500	=	1.500 Euro	Selbstbeteiligung*

1. Ambulante Heilbehandlung

- Ärztliche Behandlung: 100 Prozent
- Heilpraktiker: 100 Prozent bis zum Höchstsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), maximal 2000 Euro je Kalenderjahr
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel: 100 Prozent
- Sehhilfen: 100 Prozent bis maximal 600 Euro; erneuter Anspruch frühestens nach 24 Monaten
- Psychotherapie: 100 Prozent

2. Stationäre Heilbehandlung

- 100 Prozent Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung

3. Zahn

- 100 Prozent Zahnbehandlung
- 90 Prozent Zahnersatz und Kieferorthopädie

Die maximale Erstattung ist begrenzt auf:

1.000 Euro im ersten Jahr

2.000 Euro im zweiten Jahr

3.000 Euro im dritten Jahr

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

Pauschalerstattung

Bei den Leistungsstufen MB0, MB300 und MB600 wird unter gewissen Voraussetzungen eine Pauschalerstattung gewährt, die zur selbstständigen Abgeltung kleinerer Rechnungsbeträge dient. Die Pauschalerstattung beträgt für Erwachsene 900 Euro in Leistungsstufe MB0, 600 Euro in Leistungsstufe MB300, 300 Euro in Leistungsstufe MB600 und für Kinder und Jugendliche jeweils die Hälfte.

* Der Selbstbehalt fällt bei allen tariflichen Leistungen an, ausgenommen davon sind Leistungen für die im Verzeichnis für Vorsorgeleistungen aufgeführten Maßnahmen, Leistungen für Schutzimpfungen sowie die Beitragsbefreiung während der Elternzeit.

Optionsrecht

Zum 1. Januar des sechsten Versicherungsjahres** kann der Versicherungsschutz in höherwertige Kostentarife – ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten umgestellt werden, sofern die Versicherung nach Tarif MB ununterbrochen fünf Versicherungsjahre bestanden hat und vor Abschluss des Tarifs MB keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der ARAG abgeschlossen war. Für Versicherte, die bei Abschluss des Tarifs MB jünger als 21 Jahre waren, gilt dies nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils.

** Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite und jedes weitere Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

Beitragsbefreiung während der Elternzeit

Während der ersten sechs Monate des Bezugs von Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) entfällt rückwirkend die Pflicht zur Beitragszahlung im Tarif MB für diejenige versicherte Person, die Elterngeld bezieht. Es erfolgt jedoch keine Beitragsbefreiung einer ggf. vereinbarten Beitragsentlastung.

Tarif MB

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

4 Tarif BHB (BeihilfeBest)

Krankheitskosten-Versicherung für Beihilfeberechtigte mit ambulanten, stationären und zahnärztlichen Leistungen

Versicherungsfähig sind Personen, für die im Krankheitsfall ein Anspruch auf Beihilfe besteht (Beihilfeberechtigte sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige).

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Ambulante Heilbehandlung

- ärztliche Leistungen
- Heilpraktiker bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH)
- Sehhilfen bis 600 Euro Rechnungsbetrag (erneuter Anspruch nach 24 Monaten)
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- Ambulante Psychotherapie

2. Stationäre Heilbehandlung

- allgemeine Krankenhausleistungen (d.h. Behandlung durch den Stationsarzt und Unterbringung im Drei- oder Mehrbettzimmer)

3. Zahnärztliche Heilbehandlung

- Zahnbehandlung, Inlays, chirurgische Leistungen, Onlays, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Optionsrecht

Mit Wirkung zum Beginn (1. Januar) des sechsten Versicherungsjahres** kann der Versicherungsschutz in alle für den Neuzugang geöffneten Krankheitskostentarife für Personen mit Anspruch auf Beihilfe – ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten umgestellt werden, sofern die Versicherung nach Tarif BHB ununterbrochen fünf Versicherungsjahre bestanden hat und vor Abschluss des Tarifs BHB keine andere Krankheitskosten-Vollversicherung bei der ARAG abgeschlossen war. Für Versicherte, die bei Abschluss des Tarifs BHB jünger als 21 Jahre waren, gilt dies nur gleichzeitig mit der Ausübung der Option mindestens eines Elternteils.

** Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite und jedes weitere Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

Tarifstufe

a) für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe

Geleistet wird aus der

Tarifstufe	BHB50	BHB40	BHB35	BHB30	BHB25	BHB20	BHB20T	BHB15	BHB10
Erstattung in %	50 %	40 %	35 %	30 %	25 %	20 %	20 %	15 %	10%

b) für Personen mit Anspruch auf einen erhöhten Beihilfebemessungssatz für stationäre Leistungen (Beihilfeträger Hessen)

Geleistet wird aus der

Tarifstufe	BHB50H	BHB45H	BHB40H	BHB35H	BHB30H	BHB25H	BHB20H
Erstattung in % ambulant/Zahn	50 %	45%	40%	35%	30%	25%	20%
Erstattung in % stationär	35 %	30 %	25 %	20 %	15 %	15 %	15 %

c) für Beamte in Vorbereitungszeit (Beamte auf Widerruf) mit Anspruch auf Beihilfe

Geleistet wird aus der

Tarifstufe	BAB100	BAB50	BAB30	BAB10	BAB30H
Erstattung in % ambulant/Zahn	100 %	50 %	30 %	10 %	30 %
Erstattung in % stationär	100 %	50 %	30 %	10 %	15 %

Tarif BHB

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

5 Tarif 20

Krankheitskosten-Versicherung für ambulante Heilbehandlung mit Selbstbeteiligung in Euro

Leistungsart(Kurzdarstellung)

1. Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung – auch durch Heilpraktiker – (ausgenommen Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz) und ambulante Entbindung werden nach Abzug der vereinbarten Selbstbeteiligung mit 100 Prozent erstattet, ebenso Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel sowie Kontaktlinsen. Einschränkungen bei der Erstattung von Hilfsmitteln finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) § 4 Teil II(2) 5.
2. Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kurbehandlung werden nach Abzug der vereinbarten Selbstbeteiligung in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.
3. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden.

Nicht versicherungsfähig

Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben (siehe Tarifierläuterungen Tarif 21)

Leistungsstufen

Leistungsstufe 200	=	102 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe 201	=	220 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe 203	=	330 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe 205	=	440 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe 207	=	550 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe 208	=	770 Euro	Selbstbeteiligung*
Leistungsstufe 209	=	1.250 Euro	Selbstbeteiligung*

* pro Person und Kalenderjahr

Tarif 20

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

6 Tarif 21

Krankheitskosten-Versicherung

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung – auch durch Heilpraktiker – (ausgenommen Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz) und ambulante Entbindung werden entsprechend der gewählten Leistungsstufe mit 10 Prozent bis 100 Prozent der Rechnungsbeträge erstattet, ebenso Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel. Einschränkungen bei der Erstattung von Hilfsmitteln finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) § 4 Teil II(2) 5.
2. Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kurbehandlung werden in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.

Versicherungsfähiger Personenkreis

LST 210, 21P70–21P90 gelten für Selbstständige, freie Berufe, Gewerbetreibende, Angestellte und Arbeiter.
LST211–2110 gelten für Personen mit Beihilfeanspruch. Die Leistungsstufe muss so gewählt werden, dass prozentuale Leistung und Beihilfe zusammen nicht mehr als 100 Prozent ergeben.

Geleistet wird in Prozent der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge:

Tarifstufe	210	217	216	215	214	213	212	211	2110
	100 %	50 %	45 %	40 %	35 %	30 %	25 %	20 %	10%

LST 21P70–21P90

Geleistet wird bis zu einem Rechnungsbetrag von 5.000 Euro je Person und Kalenderjahr zu folgenden Prozentsätzen:

Tarifstufe	21P90	21P80	21P70
	90 %	80 %	70 %

Für Rechnungsbeträge, die 5.000 Euro im Kalenderjahr übersteigen, betragen die Erstattungsprozentsätze für den übersteigenden Anteil jeweils 100 Prozent.

Daraus ergeben sich die folgenden maximalen Selbstbehalte (SB) je Person und Kalenderjahr (in Euro):

Tarifstufe	21P90	21P80	21P70
Maximaler SB	500	1.000	1.500

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel bezogen werden.

Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich die Grenze von 5.000 Euro und damit der maximale Selbstbehalt im ersten Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.

Tarif 21

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

Wichtiger Hinweis

Beihilfeberechtigte können bei Verminderung oder Wegfall ihres Beihilfeanspruchs eine entsprechende Anpassung für ihre bei unserer Gesellschaft bestehenden Tarife in der Krankheitskosten-Versicherung beantragen.

Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung gewährt, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird.

Nähere Hinweise sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu finden.

7 Tarif 22

Krankheitskosten-Versicherung für stationäre Heilbehandlung

Sonderklasse (Einbettzimmer)

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung werden – unabhängig von der Pflegeklasse – entsprechend der gewählten Leistungsstufe mit 10 Prozent bis 100 Prozent erstattet.
2. Bei Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse (Drei- oder Mehrbettzimmer) wird zusätzlich zur prozentualen Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt, dessen Höhe von der gewählten Leistungsstufe abhängt.
3. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.

Versicherungsfähiger Personenkreis

Leistungsstufe 220 gilt für Selbstständige, freie Berufe, Gewerbetreibende, Angestellte und Arbeiter.
Leistungsstufen 221–2210 gelten für Personen mit Beihilfeanspruch. Die Leistungsstufe muss so gewählt werden, dass prozentuale Leistung und Beihilfe zusammen nicht mehr als 100 Prozent ergeben.

Geleistet wird aus der

Tarifstufe	220	227	226	225	224	223	222	221	2210
	100 %	50 %	45 %	40 %	35 %	30 %	25 %	20 %	10 %

der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Tarif 22

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

Wichtiger Hinweis

Beihilfeberechtigte können bei Verminderung oder Wegfall ihres Beihilfeanspruchs eine entsprechende Anpassung für ihre bei unserer Gesellschaft bestehenden Tarife in der Krankheitskosten-Versicherung beantragen.

Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung gewährt, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird.

Nähere Hinweise sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu finden.

8 Tarif 23

Krankheitskosten-Versicherung für stationäre Heilbehandlung

Allgemeine Pflegeklasse

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse (Drei- oder Mehrbettzimmer) werden entsprechend der gewählten Leistungsstufe mit 10 Prozent bis 100 Prozent erstattet.
2. Bei Aufenthalt in der Sonderklasse (Ein- oder Zweibettzimmer) sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die bei einer stationären Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse entstanden wären.
3. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.

Versicherungsfähiger Personenkreis

Leistungsstufe 230 gilt für Selbstständige, freie Berufe, Gewerbetreibende, Angestellte und Arbeiter.
Leistungsstufen 231–2310 gelten für Personen mit Beihilfeanspruch. Die Leistungsstufe muss so gewählt werden, dass prozentuale Leistung und Beihilfe zusammen nicht mehr als 100 Prozent ergeben.

Geleistet wird aus der

Tarifstufe	230	237	236	235	234	233	232	231	2310
	100 %	50 %	45 %	40 %	35 %	30 %	25 %	20 %	10%

der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Tarif 23

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

Wichtiger Hinweis

Beihilfeberechtigte können bei Verminderung oder Wegfall ihres Beihilfeanspruchs eine entsprechende Anpassung für ihre bei unserer Gesellschaft bestehenden Tarife in der Krankheitskosten-Versicherung beantragen.

Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung gewährt, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird.

Nähere Hinweise sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu finden.

9 Tarif 24

Krankheitskosten-Versicherung für stationäre Heilbehandlung

Sonderklasse (Zweibettzimmer)

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer oder in der Allgemeinen Pflegeklasse werden entsprechend der gewählten Leistungsstufe mit 10 Prozent bis 100 Prozent erstattet.
2. Bei Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse (Drei- oder Mehrbettzimmer) wird zusätzlich zur prozentualen Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt, dessen Höhe von der gewählten Leistungsstufe abhängt.
3. Bei Behandlung im Einbettzimmer werden die Kosten erstattet, die im Zweibettzimmer entstanden wären.
4. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.

Versicherungsfähiger Personenkreis

Leistungsstufe 240 gilt für Selbstständige, freie Berufe, Gewerbetreibende, Angestellte und Arbeiter.
Leistungsstufen 241–2410 gelten für Personen mit Beihilfeanspruch. Die Leistungsstufe muss so gewählt werden, dass prozentuale Leistung und Beihilfe zusammen nicht mehr als 100 Prozent ergeben.

Geleistet wird aus der

Tarifstufe	240	247	246	245	244	243	242	241	2410
	100 %	50 %	45 %	40 %	35 %	30 %	25 %	20 %	10%

der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Tarif 24

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

Wichtiger Hinweis

Beihilfeberechtigte können bei Verminderung oder Wegfall ihres Beihilfeanspruchs eine entsprechende Anpassung für ihre bei unserer Gesellschaft bestehenden Tarife in der Krankheitskosten-Versicherung beantragen.

Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung gewährt, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird.

Nähere Hinweise sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu finden.

10 Tarife 31–39

Krankentagegeld-Versicherung

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Krankentagegeld wird bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen vom ersten Leistungstag an für jeden Tag der weiteren völligen Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

Bei weiblichen Versicherten: Verdienstausfall im Rahmen des versicherten Tagessatzes während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist.

Es gelten jedoch Deckungsbeschränkungen.

2. Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens am ersten Leistungstag des Tarifs der Hauptverwaltung zu melden.

Erster Leistungstag ist

bei Tarif 31 der 8. Tag

bei Tarif 32 der 15. Tag

bei Tarif 36 der 22. Tag

bei Tarif 34 der 29. Tag

bei Tarif 37 der 43. Tag

bei Tarif 38 der 92. Tag

bei Tarif 39 der 183. Tag

bei Tarif 35 der 365. Tag

der Arbeitsunfähigkeit.

3. Die Zahlung erfolgt auch für Sonn- und Feiertage sowie bei stationärer Heilbehandlung und auch dann, wenn Anspruch auf Krankengeld bei einer gesetzlichen Krankenkasse besteht. Erforderlich ist eine ärztliche Bescheinigung, aus der der Name des Patienten, die Bezeichnung der Krankheit oder der Unfallfolgen und die voraussichtliche Dauer der völligen Arbeitsunfähigkeit hervorgehen.

Versicherungsfähiger Personenkreis

1. Nach Tarif 31–39

Alle Personen, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und das aus selbstständiger Tätigkeit erzielte Einkommen versteuern.

2. Nach Tarif 37, 38, 39 und 35

Auch solche Personen, die als Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuer- bzw. einkommensteuerpflichtig sind.

3. Geschäftsführende Gesellschafter

Ohne Gehaltsfortzahlung = Tarife 31–39

Mit Gehaltsfortzahlung = Tarife 37, 38, 39 und 35 möglich.

Im Zweifel ist Einblick in den Arbeitsvertrag zu nehmen. Maßgebend ist das vereinbarte Bruttogehalt abzüglich Lohnsteuer – nicht Gewinnbeteiligung, Tantiemen etc.

Höhe der Tagessätze

1. Allgemeines

Krankentagegeld (KT) kann in 1-Euro-Stufen in bedarfsgerechter Höhe beantragt werden. Die Höhe des versicherbaren Tageshöchstsatzes ist wie folgt begrenzt:

- Für PKV-Versicherte ohne eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei der ARAG und für freiwillig in der GKV-Versicherte ist ein maximaler Tagessatz von 200 Euro versicherbar.
- Für Personen mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei der ARAG ist ein maximaler Tagessatz von 500 Euro versicherbar.
- Das KT darf zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- Grundlage für die Berechnung der Einkommenslücke im Bereich Krankentagegeld ist das durchschnittliche Nettoeinkommen. Das durchschnittliche Nettoeinkommen bestimmt den maximal versicherbaren Tagessatz. Informationen zur Ermittlung des Nettoeinkommens und des versicherbaren Tagessatzes finden Sie im Abschnitt „3 Annahmerichtlinien“ unter Punkt „17 Berechnung Absicherung Krankentagegeld“.

2. Tarif 31

2.1 Tarif 31 **ohne** Vollkostenversicherung bei unserer Gesellschaft (Tarife 20 oder 21 und 22, 23 oder 24 oder Tarife K, ME oder MB) bis 50 Euro möglich.

Ein höheres KT kann kombiniert mit den Tarifen 32, 36, 34, 37, 38, 39 und 35 beantragt werden.

2.2 Tarif 31 mit Vollkostenversicherung bei unserer Gesellschaft (Tarife 20 oder 21 und 22, 23 oder 24 oder Tarife K, ME oder MB) bis 100 Euro möglich.

Ein höheres KT kann kombiniert mit den Tarifen 32, 36, 34, 37, 38, 39 und 35 beantragt werden.

3. Tarife 32, 36, 34

3.1 KT ist allein oder kombiniert in bedarfsgerechter Höhe möglich.

4. Tarife 37, 38, 39, 35

4.1 KT ist allein oder kombiniert in bedarfsgerechter Höhe möglich.

5. Einschränkungen bei Existenzgründung

Bei Personen, die ihren Beruf als Selbstständige beginnen, ist in der Anfangszeit das versicherbare Krankentagegeld in den Tarifen 31–39 auf maximal 85 Euro pro Tag begrenzt, wobei die versicherte Tagegeldhöhe dem durchschnittlichen Nettoeinkommen entsprechen muss. Aus den Tarifen 31, 32, 36 und 34 können dabei höchstens 60 Euro Krankentagegeld, entsprechend dem Nettoeinkommen, abgeschlossen werden, wobei aber die Tagegeldhöhe aus den Tarifen 31 und 32 zusammen nicht mehr als 25 Euro betragen darf.

Diese Einschränkungen können entfallen, wenn ein entsprechendes Einkommen nachgewiesen werden kann (Einzelfallprüfung erforderlich).

6. Einschränkungen des versicherungsfähigen Personenkreises

Nähere Ausführungen sind unter Annahmerichtlinien (Berufe) zu entnehmen.

7. Gehaltsnachweis

Bei einer Krankentagegeld-Versicherung mit einem Tagessatz von über 200 Euro (inklusive Krankentagegeld bei anderen Unternehmen und Krankengeld der GKV) ist ein **Gehaltsnachweis** von neutraler Stelle (Einkommensteuerbescheid, Gehaltsabrechnung) mit dem Antrag einzureichen.

Wichtiger Hinweis

Eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens ist ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeit möglich, wenn innerhalb von zwei Monaten nach Einkommenserhöhung ein Antrag auf höheres Krankentagegeld gestellt wird. Das höhere Nettoeinkommen ist nachzuweisen.

Tarif 31–39

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.2	A 839 und A 842 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807, A 842 (für Tarif 37)	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

11 Tarife KTV21–KTV364

Krankentagegeld-Versicherung

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Krankentagegeld wird bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen vom ersten Leistungstag an für jeden Tag der weiteren Arbeitsunfähigkeit gemäß § 1 Teil I Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen – auch für Sonn- und Feiertage – gezahlt.

Bei weiblichen Versicherten: Verdienstausfall im Rahmen des versicherten Tagessatzes während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Es gelten jedoch Deckungsbeschränkungen.

2. Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens am ersten Leistungstag des Tarifs der Hauptverwaltung zu melden.

Erster Leistungstag ist

bei Tarif KTV21	der 22. Tag	(21 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV28	der 29. Tag	(28 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV42	der 43. Tag	(42 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV70	der 71. Tag	(70 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV91	der 92. Tag	(91 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV105	der 106. Tag	(105 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV133	der 134. Tag	(133 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV182	der 183. Tag	(182 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV273	der 274. Tag	(273 Tage Karenzzeit)
bei Tarif KTV364	der 365. Tag	(364 Tage Karenzzeit)

der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise seit Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

3. Kinderkrankengeld. Es gelten jedoch Deckungsbeschränkungen.
4. Dynamik. Der Tarif sieht eine regelmäßige Leistungsanpassung vor.

Versicherungsfähiger Personenkreis

1. Nach Tarif KTV21 und KTV28

Nach den Tarifen KTV21 und KTV28 sind nur Selbstständige im Sinne von § 1 Teil II Absatz 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen versicherungsfähig, wenn für sie als versicherte Person gleichzeitig eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei der ARAG besteht.

Eine Krankheitskosten-Vollversicherung im Sinne dieses Tarifs liegt vor, wenn eine substitutive Krankheitskosten-Vollversicherung mit Anspruch auf Versicherungsleistungen beim Versicherer besteht. Ausgenommen ist die Versicherung im Basis-tarif.

2. Nach Tarif KTV42, KTV70, KTV91, KTV105, KTV133, KTV182, KTV273 und KTV364

Nach den Tarifen KTV42, KTV70, KTV91, KTV105, KTV133, KTV182, KTV273 und KTV364 sind außerdem Arbeitnehmer im Sinne von § 1 Teil II Absatz 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen versicherungsfähig, wenn für sie als versicherte Person gleichzeitig eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei der ARAG besteht.

Eine Krankheitskosten-Vollversicherung im Sinne dieses Tarifs liegt vor, wenn eine substitutive Krankheitskosten-Vollversicherung mit Anspruch auf Versicherungsleistungen beim Versicherer besteht. Ausgenommen ist die Versicherung im Basis-tarif.

3. Geschäftsführende Gesellschafter

Ohne Gehaltsfortzahlung = Tarife KTV21–KTV364

Mit Gehaltsfortzahlung = Tarife KTV42, KTV70, KTV91, KTV105, KTV133, KTV182, KTV273 und KTV364 möglich.

Im Zweifel ist Einblick in den Arbeitsvertrag zu nehmen. Maßgebend ist das vereinbarte Bruttogehalt abzüglich Lohnsteuer – nicht Gewinnbeteiligung, Tantiemen etc.

Höhe der Tagessätze

1. Allgemeines

Krankentagegeld (KT) kann in 1-Euro-Stufen in bedarfsgerechter Höhe beantragt werden – die Höhe des versicherbaren Tageshöchstsatzes ist grundsätzlich nicht begrenzt –, sofern nachstehend nichts anderes festgelegt ist. Das KT darf zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herführende Nettoeinkommen nicht übersteigen.

Grundlage für die Berechnung der Einkommenslücke im Bereich Krankentagegeld ist das durchschnittliche Nettoeinkommen. Das durchschnittliche Nettoeinkommen bestimmt den maximal versicherbaren Tagessatz. Informationen zur Ermittlung des Nettoeinkommens und des versicherbaren Tagessatzes finden Sie im Abschnitt „3 Annahmerichtlinien“ unter Punkt „17 Berechnung Absicherung Krankentagegeld“.

2. Einschränkungen bei Existenzgründung

Bei Personen, die ihren Beruf als Selbstständige beginnen, ist in der Anfangszeit das versicherbare Krankentagegeld in den Tarifen KTV21–KTV364 auf maximal 85 Euro pro Tag begrenzt, wobei die versicherte Tagegeldhöhe dem durchschnittlichen Nettoeinkommen entsprechen muss. Aus den Tarifen KTV21 und KTV28 können dabei höchstens 60 Euro Krankentagegeld, entsprechend dem Nettoeinkommen, abgeschlossen werden. Diese Einschränkungen können entfallen, wenn ein entsprechendes Einkommen nachgewiesen werden kann (Einzelfallprüfung erforderlich).

3. Einschränkungen des versicherungsfähigen Personenkreises

Nähere Ausführungen sind unter Annahmerichtlinien (Berufe) zu entnehmen.

4. Gehaltsnachweis

Bei einer Krankentagegeld-Versicherung mit einem Tagessatz von über 200 Euro (inklusive Krankentagegeld bei anderen Unternehmen und Krankengeld der GKV) ist ein **Gehaltsnachweis** von neutraler Stelle (Einkommensteuerbescheid, Gehaltsabrechnung) mit dem Antrag einzureichen.

Wichtiger Hinweis

Eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens ist ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeit möglich, wenn innerhalb von zwei Monaten nach Einkommenserhöhung ein Antrag auf höheres Krankentagegeld gestellt wird. Das höhere Nettoeinkommen ist nachzuweisen.

Tarif KTV21–KTV364

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.2	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

12 Tarif 11

Krankenhaustagegeld-Versicherung

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Krankenhaustagegeld wird in der vereinbarten Höhe für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung gezahlt, auch bei Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt.

Zahlung erfolgt ohne Kostennachweis, auch für Sonn- und Feiertage. Erforderlich ist eine Bescheinigung des Krankenhauses, aus der der Name des Patienten, die Diagnose sowie Beginn und Ende der stationären Heilbehandlung hervorgehen. Formulare erhält jeder Versicherungsnehmer zusammen mit dem Versicherungsschein.

Leistungsstufen

1. Krankenhaustagegeld kann von 1 Euro bis 150 Euro pro Tag beantragt werden; es soll in der beantragten Höhe dem monatlichen Nettoeinkommen (laut Antrag) der zu versichernden Person angemessen sein, wobei 75 Euro pro Tag grundsätzlich versicherbar sind.
2. Kinder bis 15 Jahre können höchstens mit 50 Euro Krankenhaustagegeld versichert werden.

Revieraufenthalt

Angehörige der Bundeswehr oder bundeswehrrähnlicher Formationen erhalten das Krankenhaustagegeld auch bei Revieraufenthalt ab dem sechsten Tag in der versicherten Höhe, wenn der Revieraufenthalt anstelle stationärer Krankenhausbehandlung durchgeführt wird.

Tarif 11

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 und A 842 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807, A 842	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

Ausnahme

- a) Bei stationärer Behandlung tuberkulöser Erkrankungen in Tbc-Heilstätten oder Tbc-Sanatorien werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen gezahlt.
Versicherte, die diese Leistungen erhielten, haben nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom letzten Tage an, für den eine Leistung gezahlt wurde, Anspruch auf eine einmalige Wiederholung der gleichen Leistungen.
- b) Bei stationärer Behandlung von Geisteskrankheiten und psychischen Erkrankungen – gleich welchen Ursprungs – werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen innerhalb der Vertragsdauer gezahlt.
- c) Für die Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen – sogenannte gemischte Anstalten –, ist nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorher eine schriftliche Zusage einzuholen.
- d) Für reine Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung besteht kein Leistungsanspruch.

13 Tarif RK-J, RK-JF, RK-J70

Auslandsreise-Krankenversicherung

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Erstattet werden zu 100 Prozent für die ersten 42 Tage jeder Urlaubsreise die erstattungsfähigen Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, Verschlechterung des Gesundheitszustands oder Folgen eines Unfalls.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten für

- a) ambulante Heilbehandlung
- b) Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern, medizinische Packungen, Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden
- c) schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Zahnersatz
- d) Röntgendiagnostik
- e) stationäre Heilbehandlung (einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten), Rooming-in für eine nahestehende Person – bei einem Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes bis zu zwölf Jahren
- f) den Transport zum nächsterreichbaren medizinisch geeigneten Krankenhaus sowie notwendige Verlegungstransporte
- g) Rücktransport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus in Wohnortnähe, soweit medizinisch sinnvoll und vertretbar
- h) Bestattung am Ort oder Überführungskosten (maximal 10.250 Euro)

Im Tarif RK-JF können der Ehepartner bzw. Lebensgefährte des Versicherungsnehmers und die im gemeinsamen Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mitversichert werden.

Personen ab dem vollendeten 70. Lebensjahr können ausschließlich den Tarif RK-J70 abschließen.

Tarif RK-J, RK-JF, RK-J70

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.5	A 826	
Antragsformular		A 826	
Geltungsbereich	4.1		

Wegen bestimmter Einschränkungen bei der Leistungserstattung, zum Beispiel bei Vorerkrankungen oder absehbaren Erkrankungen, wird auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) des Tarifs hingewiesen.

14 Tarif 27

Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte

Der Tarif kann nur Personen angeboten werden, die Anspruch auf Beihilfe haben.

Der Tarif kann nur abgeschlossen werden, wenn gleichzeitig der Tarif 21 (ambulante Heilbehandlung), einer der Tarife 22, 24 oder 23 (stationäre Heilbehandlung) und der Tarif 52 (zahnärztliche Heilbehandlung) abgeschlossen werden oder bereits bestehen (Grundabsicherung).

In Kombination mit Tarif 23 besteht Anspruch auf Erstattung von Kosten für Wahlleistungen im stationären Bereich nur in Verbindung mit Tarif 26.

Endet die Versicherung nach einem der Tarife der Grundabsicherung, so endet die Versicherung auch nach Tarif 27.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Bei der Kostenerstattung werden die Leistungsstufen der Grundabsicherung zugrunde gelegt, deren Erstattungsprozentsätze zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz nicht weniger als 100 Prozent betragen. Leistungsanspruch aus dem vorliegenden Tarif besteht immer dann, wenn auch aus den Tarifen der Grundabsicherung und nach den jeweils gültigen Beihilfevorschriften eine Leistung vorgesehen ist.

In den Beihilfevorschriften vorgesehene Selbstbeteiligungen sind nicht erstattungsfähig.

- a) Erstattet werden zu 100 Prozent die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und Grundabsicherung verbleibenden Kosten für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen, mit Ausnahme von Aufwendungen für Arzneien und Verbandmittel sowie Kurbehandlung.

Für die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge bei zahnärztlicher Heilbehandlung gelten folgende Höchstbeträge:

im ersten Jahr 1.025 Euro

im zweiten Jahr 2.050 Euro

ab dem dritten Jahr unbegrenzt

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

- b) Auch für Behandlungen durch Heilpraktiker wird im Rahmen der Grundabsicherung geleistet.

Für die folgenden Punkte besteht auch dann Leistungspflicht, wenn die Tarife der Grundabsicherung und/oder die Beihilfevorschriften keine Kostenerstattung zulassen:

- a) Bei Versorgung mit Sehhilfen gemäß § 4 Abs. 2 5. der Tarifbedingungen.
- b) Bei Versorgung mit Zahnersatz (zum Beispiel große Brücken).
- c) Bei gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen sowie für Schutzimpfungen.
- d) Bei Auslandsreisen besteht Versicherungsschutz für die ersten 42 Tage jeder Reise. Kostenerstattung erfolgt auch für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat, wenn aufgrund des Krankheitsbilds oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 Kilometer. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen. Kosten, die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, sind bis zu 10.250 Euro erstattungsfähig; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

Leistungsstufen

Abgeschlossen werden kann bei einem Beihilfebemessungssatz für ambulante und zahnärztliche Aufwendungen von

90%	die Tarifstufe 2710
80 %	die Tarifstufe 271
75 %	die Tarifstufe 272
70 %	die Tarifstufe 273
65 %	die Tarifstufe 274
60 %	die Tarifstufe 275
55 %	die Tarifstufe 276
50 %	die Tarifstufe 277

Tarif 27

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

15 Tarife BHEB (BeihilfeErgänzungBest)

Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte

Versicherungsfähig sind Personen, für die im Krankheitsfall ein Anspruch auf Beihilfe besteht (Beihilfeberechtigte sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige).

Der Tarif BHEB kann nur abgeschlossen werden, wenn gleichzeitig der Tarif BHK und BHB abgeschlossen werden oder bereits bestehen (Grundabsicherung).

Der Tarif BAEB kann nur abgeschlossen werden, wenn gleichzeitig der Tarif BAK und BAB abgeschlossen werden oder bereits bestehen (Grundabsicherung).

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Ambulante Heilbehandlung

- ärztliche Leistungen für Gebührenanteile über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
- Heilpraktiker bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH)
- Sehhilfen bis 600 Euro Rechnungsbetrag (erneuter Anspruch nach 24 Monaten)
- beihilfefähige Heil- und Hilfsmittel
- Arzneimittel
- Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten sowie Schutzimpfungen

2. Stationäre Heilbehandlung

- privatärztliche Leistungen für Gebührenanteile über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte
- allgemeine Krankenhausleistungen (d.h. Behandlung durch den Stationsarzt und Unterbringung im Drei- oder Mehrbettzimmer)

3. Zahnärztliche Heilbehandlung

- Zahnersatz einschließlich zahntechnischer Leistungen (Material- und Laborkosten)
- zahntechnische Leistungen im Rahmen einer beihilfefähigen Zahnbehandlung oder beihilfefähigen Kieferorthopädie

Tarifstufe (in Abhängigkeit vom Grundtarif)

a) für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe

Tarifstufe

Beihilfeergänzungstarifstufe

BHEB50 BHEB40 BHEB35 BHEB30 BHEB25 BHEB20 BHEB15 BHEB10

Versicherbar mit

Beihilfegrundtarifstufe BHB30+BHB20T BHB40 BHB35 BHB30 BHB25 BHB20 BHB15 BHB10

b) für versicherte Personen mit Anspruch auf einen erhöhten Beihilfebemessungssatz für stationäre Leistungen (Beihilfeträger Hessen)

Tarifstufe

Beihilfeergänzungstarifstufe

BHEB50H BHEB45H BHEB40H BHEB35H BHEB30H BHEB25H BHEB20H

Versicherbar mit

Beihilfegrundtarifstufe BHB50H BHB45H BHB40H BHB35H BHB30H BHB25H BHB20H

c) für Beamte in Vorbereitungszeit (Beamte auf Widerruf) mit Anspruch auf Beihilfe

Tarifstufe

Beihilfeergänzungstarifstufe BAEB50 BAEB30 BAEB10 BAEB30H

Versicherbar mit Beihilfegrundtarifstufe BAB50 BAB30 BAB10 BAB30H

Tarife BHEB und BAEB

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

16 Tarife BHK und BAK (BeihilfeKlinik)

Tarif für Beihilfeberechtigte mit Anspruch auf Beihilfe

Versicherungsfähig sind Personen, für die im Krankheitsfall ein Anspruch auf Beihilfe besteht (Beihilfeberechtigte sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige).

Der Tarif BHK kann nur abgeschlossen werden, wenn gleichzeitig der Tarif BHB abgeschlossen wurde oder bereits besteht.
Der Tarif BAK kann nur abgeschlossen werden, wenn gleichzeitig der Tarif BAB abgeschlossen wurde oder bereits besteht.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Wahlärztliche Leistungen
2. Die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer

Tarifstufe

a) für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe

Geleistet wird aus der

Tarifstufe	BHK100	BHK50	BHK35	BHK30	BHK25	BHK20	BHK20T	BHK15	BHK10
Erstattung in %	100 %	50 %	35 %	30 %	25 %	20 %	20 %	15 %	10 %

b) für Beamte im Vorbereitungsdienst (Beamte auf Widerruf) mit Anspruch auf Beihilfe

Geleistet wird aus der

Tarifstufe	BAK100	BAK50	BAK30	BAK15	BAK10
Erstattung in %	100 %	50 %	30 %	15 %	10 %

Tarife BHK und BAK

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

17 Tarife BH1 und BA1 (BeihilfeEinbett)

Versicherungsfähig sind Personen, für die im Krankheitsfall ein Anspruch auf Beihilfe besteht (Beihilfeberechtigte sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige).

Der Tarif BeihilfeEinbett ist nur in einer Tarifstufe abschließbar, die mit BH1 bezeichnet wird. Für Beamte im Vorbereitungsdienst (Beamte auf Widerruf) mit Anspruch auf Beihilfe lautet die Tarifbezeichnung BA1. Dabei kann BA1 auch übergangsweise bis zu zwölf Monate nach Beendigung des Vorbereitungsdienstes und Wegfall der Beihilfe bestehen

Der Tarif BH1 kann nur abgeschlossen werden, wenn gleichzeitig der Tarif BHK abgeschlossen wurde oder bereits besteht.
Der Tarif BA1 kann nur abgeschlossen werden, wenn gleichzeitig der Tarif BAK abgeschlossen wurde oder bereits besteht.

Leistungsart(Kurzdarstellung)

Erstattung von 100 % der Differenzkosten zwischen Ein- und Zweibettzimmer

Tarife BH1 und BA1

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

18 Tarif 52

Zahnkosten-Zusatzversicherung

Die Zusatzversicherung kann nur in Verbindung mit einem Tarif für ambulante und stationäre Heilbehandlung (Tarife 20 oder 21 und 22, 23 oder 24) beantragt werden.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Aufwendungen für medizinisch notwendige/n Zahnbehandlung/Zahnersatz werden entsprechend der gewählten Leistungsstufe für Zahnbehandlung mit 10 Prozent bis 100 Prozent des Rechnungsbetrags, für Zahnersatz (auch Kronen) sowie für Kieferorthopädie (Zahn- und Kieferregulierung) mit 10 Prozent bis 80 Prozent des Rechnungsbetrags erstattet. Für die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge gelten folgende Höchstsätze:

im ersten Jahr 1.025 Euro

im zweiten Jahr 2.050 Euro

ab dem dritten Jahr unbegrenzt

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

Für Aufwendungen, die als Folge eines Unfalls notwendig werden, entfallen die Höchstbeträge.

Leistungsstufen (LST)

Die einzelnen LST des Tarifs 52 können in nachstehenden Kombinationen beantragt werden, zusätzlich muss in der Vollversicherung ein Tarif für stationäre Heilbehandlung abgeschlossen werden oder bereits bestehen.

Haupttarif

a) Tarif 20

b) Tarif 21, LST 219, 210, 21P70–21P90

Tarif 52

mit LST 520, 521–5210

mit LST 520, 521–5210

Im Übrigen darf der Erstattungssatz für Zahnbehandlung der LST des Tarifs 52 nicht höher sein als der Erstattungssatz der LST des Tarifs 21 (zum Beispiel 217/527). Dabei gilt der Erstattungssatz der LST 21P70–21P90 als 100 Prozent.

Geleistet wird aus der

Tarifstufe	529	520	528	527	526	525	524	523	522	521	5210
	100%/80%	100%/60%	70%	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%	10%

der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Tarif 52

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

Wichtiger Hinweis

Beihilfeberechtigte können bei Verminderung oder Wegfall ihres Beihilfeanspruchs eine entsprechende Anpassung für ihre bei unserer Gesellschaft bestehenden Tarife in der Krankheitskosten-Versicherung beantragen.

Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung gewährt, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird.

Nähere Hinweise sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu finden.

19 Tarif 54

Zahnkosten-Zusatzversicherung

Die Zusatzversicherung kann nur in Verbindung mit einem Tarif für ambulante und stationäre Heilbehandlung (Tarife 20 oder 21 und 22, 23 oder 24) beantragt werden.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Aufwendungen für medizinisch notwendige/n Zahnbehandlung/Zahnersatz werden entsprechend der gewählten Leistungsstufe für Zahnbehandlung mit 1, Prozent bis 100 Prozent des Rechnungsbetrags, für Zahnersatz (auch Kronen) sowie für Kieferorthopädie (Zahn- und Kieferregulierung) mit 10 Prozent bis 80 Prozent des Rechnungsbetrags erstattet.

- Für die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge bei Zahnbehandlung gelten keine Höchstbeträge.
- Für die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung gelten folgende Höchstbeträge:

im ersten Jahr	1.025 Euro
im zweiten Jahr	2.050 Euro
im dritten Jahr	3.075 Euro
im vierten Jahr	4.100 Euro
im fünften Jahr	5.125 Euro
im sechsten Jahr	6.150 Euro
im siebten Jahr	7.175 Euro
im achten Jahr	8.200 Euro
im neunten Jahr	9.225 Euro
ab dem zehnten Jahr	unbegrenzt

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

Für Aufwendungen, die als Folge eines Unfalls notwendig werden, entfallen die Höchstbeträge.

Geleistet wird aus der

Tarifstufe	549	540	548	547	546	545	544	543	542	541	5410
	100%/80%	100%/60%	70%	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%	10%

der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Leistungsstufen (LST)

Die einzelnen LST des Tarifs 54 können in nachstehenden Kombinationen beantragt werden, zusätzlich muss in der Vollversicherung ein Tarif für stationäre Heilbehandlung abgeschlossen werden oder bereits bestehen:

Haupttarif

a) Tarif 20

b) Tarif 21, LST 219, 210, 21P70–21P90

Tarif 54

mit LST 540, 541–5410

mit LST 540, 541–5410

Im Übrigen darf der Erstattungssatz für Zahnbehandlung der LST des Tarifs 54 nicht höher sein als der Erstattungssatz der LST des Tarifs 21 (zum Beispiel 217/547). Dabei gilt der Erstattungssatz der LST 21P70–21P90 als 100 Prozent.

Wichtiger Hinweis

Beihilfeberechtigte können bei Verminderung oder Wegfall ihres Beihilfeanspruchs eine entsprechende Anpassung für ihre bei unserer Gesellschaft bestehenden Tarife in der Krankheitskosten-Versicherung beantragen.

Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung gewährt, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird.

Nähere Hinweise sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu finden.

Tarif 54

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

20 Tarif FlexiPro

Optionstarif

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, für die gleichzeitig bei der ARAG Krankenversicherungs-AG eine Krankheitskosten-Vollversicherung abgeschlossen wird oder bereits besteht, sowie Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Der Tarif FlexiPro kann nur in Verbindung mit mindestens einem der Zusatztarife 181–183, Medklinik 1/2 S/L, 261/262, 482/483, Z70, Z100, Z50/90, Z90Bonus, Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100 oder einer Krankheitskosten-Vollversicherung abgeschlossen werden.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

- Der Tarif FlexiPro enthält eine Tarifwechsoption für Versicherte in der Krankheitskosten-Vollversicherung:
 - Für die Umstufung in höherwertige Vollkostentarife ohne erneute Gesundheitsprüfung und unter Anrechnung der Vorversicherungszeiten nach Tarif FlexiPro.
 - Ausübung des Optionsrechts jeweils zum 1. Januar eines Jahres für die Dauer von maximal zehn Jahren bis zum 50. Lebensjahr.
- Der Tarif FlexiPro enthält eine Tarifwechsoption für GKV-Versicherte:
 - Für den Wechsel in die Vollkostenversicherung (ambulant, stationär und Zahnbereich) eine Krankentagegeld-Versicherung mit mindestens 42 Tagen Karenzzeit für Arbeitnehmer bzw. mit mindestens 21 Tagen Karenzzeit für Selbstständige sowie die Pflege-Pflichtversicherung.
 - Die Option kann ausgeübt werden bei Wegfall der Versicherungspflicht bzw. bei Wegfall des Anspruchs auf beitragsfreie Familienversicherung, bei freiwillig Versicherten nach Ablauf von 36 bzw. 60 Monaten seit Versicherungsbeginn.
 - Die Vertragslaufzeit beträgt maximal 15 Jahre bis zum 50. Lebensjahr.

- d) Zur Ausübung des Optionsrechts muss die Umstellung
- Innerhalb von 2 Monaten nach Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht beziehungsweise des Anspruchs auf Familienversicherung bzw.
 - Vor dem Ablauf von 36 bzw. 60 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro bei freiwillig GKV-Versicherten in Textform beim Versicherer beantragt werden. Die Umstellung wird in unmittelbarem Anschluss an diesen Termin wirksam

Tarif FlexiPro

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 und A 842 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807, A 842	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		entfallen

21 Beitragsentlastungskomponente BEK

Mit der Beitragsentlastungskomponente BEK wird ein monatlicher Beitragsnachlass auf bestimmte Tarife der Krankheitskostenversicherungen der ARAG Krankenversicherungs-AG vereinbart. Sie kann nur zusammen mit einer sogenannten Grundversicherung bestehen. Eine Grundversicherung im Sinne dieser Besonderen Bedingungen umfasst die Tarife KO bis K1500 der Komfortklasse, die Tarife MedExtra mit den Tarifstufen ME0 bis ME1500 und MedBest mit den Tarifstufen MB0 bis MB1500 sowie die ambulanten Tarife 200 bis 209, 21P70 bis 21P90 und 210 der Premiumklasse. Die BEK wird mit dem Entlastungsalter 63 und 67 angeboten.

Muss ein Tarifwechsel in der Krankheitskostenversicherung durchgeführt werden um eine BEK-fähige Grundversicherung zu erhalten, ist für die Höherversicherung eine neue Gesundheitsprüfung erforderlich und es gelten Wartezeiten.

Das Mindestaufnahmearter beträgt 21 Jahre.

Das Höchstaufnahmearter beträgt

- 58 Jahre für das Entlastungsalter 63 und
- 62 Jahre für das Entlastungsalter 67.

Der Entlastungsbetrag kann in 1-Euro-Stufen beantragt werden.

Die Mindestentlastungshöhe beträgt 20 Euro.

Die maximale Entlastungshöhe ist die Summe aus

- dem Beitrag der Grundversicherung (ohne Zuschläge) +
- dem Beitrag der Beitragsentlastungskomponente,

maximal jedoch 2.000 Euro.

Die Kombination einer Beitragsentlastungskomponente BEK mit einer Beitragsentlastung BE ist nicht möglich. Eine Kombination der Entlastungsalter ist nicht möglich.

Beitragsentlastungskomponente

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		

22 Tarif 28

Ergänzungstarif

Der Tarif kann nur Personen angeboten werden, die in der deutschen GKV versichert sind. Es sind auch alle im Geschäftsgebiet der ARAG Krankenversicherungs-AG wohnenden Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge haben, versicherungsfähig. Bei Heilfürsorgeberechtigten ist das Formular „Zusätzliche Erklärung für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge“ mit dem Antrag einzureichen.

Leistungsart Tarifstufen 281 und 282 (Kurzdarstellung)

1. Zahnersatz (nur Tarifstufe 281)

Es werden 20 Prozent der Aufwendungen für die im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführte medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz und Kronen erstattet. Einschließlich der Vorleistung der GKV dürfen 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.

Die Leistung des Versicherers ist in den ersten beiden Jahren ab Versicherungsbeginn folgendermaßen begrenzt:

im 1. Jahr 205 Euro
im 2. Jahr 410 Euro

2. Sehhilfen

Für Sehhilfen werden 80 Prozent der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten bis zu 155 Euro pro Versicherungsjahr erstattet. Ohne Vorleistung entsteht ein erneuter Anspruch nach 36 Monaten oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

3. Heilmittel

Heilmittel werden nach Vorleistung der GKV zu 100 Prozent erstattet.

4. Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind die Kosten für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses sowie für die von ihm verordneten Medikamente, Heil- und Verbandmittel zu 50 Prozent des Rechnungsbetrags, jedoch höchstens 260 Euro pro Versicherungsjahr. Leistungen der GKV werden auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

5. Leistungen im Ausland

Bei Auslandsreisen bis zu 42 Tage Dauer werden die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, Verschlechterung des Gesundheitszustands oder Folgen eines Unfalls erstattet. Der Versicherungsschutz beinhaltet auch einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport. Außerdem sind im Falle des Todes der versicherten Person entstehende Bestattungs- oder Überführungskosten erstattungsfähig (maximal 10.250 Euro).

Hinweis

Der Tarif 28 sieht keine Leistungen für ambulante Behandlungskosten vor (Ausnahme: Heilpraktiker und Auslandsreise).

Tarif 28

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 und A 842 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 842	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

23 Tarife Z100, Z70

Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

Abweichend von den Tarifbedingungen (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)) können die Tarife selbstständig abgeschlossen werden.

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben. Es sind auch alle im Geschäftsgebiet der ARAG Krankenversicherungs-AG wohnenden Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge haben, versicherungsfähig.

Eine Versicherung nach den Tarifen Z100/Z70 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde.

Bei Heilfürsorgeberechtigten ist das Formular „Zusätzliche Erklärung für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge“ mit dem Antrag einzureichen.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II (4) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Alle Behandlungen müssen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen, also von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt und im Rahmen der kassenärztlichen Vorschriften abgerechnet werden. Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Maßnahmen von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt werden und nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

Die Höhe der tariflichen Leistungen hängt von der Höhe der Leistungen der GKV ab. Die tariflichen Leistungen ergeben zusammen mit der Leistung der GKV eine Gesamtleistung (Tarif Z100/Z70 + GKV) in Prozent der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge gemäß nachfolgender Tabelle. Erfolgt kein Anspruch auf Leistungen der GKV, wird somit diese Gesamtleistung in vollem Umfang aus den Tarifen Z100/Z70 erbracht.

Leistungsbereiche	Tarif Z100	Tarif Z70
Zahnbehandlung	100 %	--
Zahnersatz Standard*	100 %	70 %
Zahnersatz Extra*	80 %	70 %
Inlays	80 %	70 %
Kieferorthopädie**	80 %	70 %

* Zahnersatz Standard: wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung)

Zahnersatz Extra: wenn die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthält

** wenn kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf:

Tarif	Z100	Z70
im 1. Jahr	500 Euro	400 Euro
im 2. Jahr	1.000 Euro	800 Euro

ab dem 3. Jahr unbegrenzt, jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet. Die Begrenzungen entfallen bei Unfall.

Tarife Z100/Z70

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	PDF273011 und A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	PDF273011	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

24 Tarif Z90Bonus

Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

Abweichend von den Tarifbedingungen (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)) kann der Tarif selbstständig abgeschlossen werden.

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben. Es sind auch alle im Geschäftsgebiet der ARAG Krankenversicherungs-AG wohnenden Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge haben, versicherungsfähig.

Eine Versicherung nach Tarif Z90Bonus ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für den zahnärztlichen Versorgungsbereich kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde.

Die Versicherung nach Tarif Z90Bonus wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; es wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

Bei Heilfürsorgeberechtigten ist das Formular „Zusätzliche Erklärung für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge“ mit dem Antrag einzureichen.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II (4) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Behandler über eine Kassenzulassung verfügt und den Teil der Behandlung, der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen kann, entsprechend über die GKV abrechnet.

Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser als Leistung der GKV. Dies gilt auch für den in der GKV vorgesehenen Eigenanteil des Versicherten für kieferorthopädische Behandlung in Höhe von 20 Prozent bzw. 10 Prozent, der bis zum Abschluss der Behandlung vom Versicherten vorzustrecken ist.

Gesamtleistung inklusive Leistung der GKV

90 Prozent für Zahnbehandlung

2 x 60 Euro pro Kalenderjahr für professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat; bei Beginn nach dem 30. Juni eines Jahres 1 x 60 Euro im ersten Jahr

90 Prozent für Zahnersatz, wenn Rechnung ohne privatärztliche Vergütungsanteile (Regelversorgung)

80 Prozent – 90 Prozent für Zahnersatz, wenn Rechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen; 90 Prozent gelten, wenn mindestens fünf Jahre Vorsorge im Bonusheft nachgewiesen sind

80 Prozent – 90 Prozent für Inlays, 90 Prozent gelten, wenn mindestens fünf Jahre Vorsorge im Bonusheft nachgewiesen sind

80 Prozent für Zahn- und Kieferregulierung, wenn keine Leistung durch GKV; bei Leistung durch GKV 80 Prozent der Mehrleistungen, maximal 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit

Höchstleistung

im ersten Jahr	1.000 Euro
in den ersten zwei Jahren insgesamt	2.000 Euro
in den ersten drei Jahren insgesamt	3.000 Euro
in den ersten vier Jahren insgesamt	4.000 Euro
in den ersten fünf Jahren insgesamt	5.000 Euro
ab dem sechsten Jahr und bei Unfällen	unbegrenzt

Tarif Z90Bonus

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	PDF273011 und A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	PDF273011	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

25 Tarif Z50/90

Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

Abweichend von den Tarifbedingungen (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)) kann der Tarif selbstständig abgeschlossen werden.

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben. Es sind auch alle im Geschäftsgebiet der ARAG Krankenversicherungs-AG wohnenden Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge haben, versicherungsfähig.

Eine Versicherung nach Tarif Z50/90 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde.

Bei Heilfürsorgeberechtigten ist das Formular „Zusätzliche Erklärung für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge“ mit dem Antrag einzureichen.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Erstattet werden 50 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II Abs. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Einschließlich der Vorleistung der GKV dürfen für die Rechnungspositionen, für die vorgeleistet wurde, 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. Privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann. Die Leistung des Versicherers ist in den ersten beiden Jahren ab Versicherungsbeginn begrenzt:

im 1. Jahr 310 Euro

im 2. Jahr 620 Euro

Für Aufwendungen, die als Folge eines Unfalls notwendig werden, entfallen die Begrenzungen.

Tarif Z50/90

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	PDF273011 und A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	PDF273011	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

26 Tarife Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100

Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben. Es sind auch alle im Geschäftsgebiet der ARAG Krankenversicherungs-AG wohnenden Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge haben, versicherungsfähig.

Eine Versicherung nach den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der GKV für den zahnärztlichen Versorgungsbereich kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Die Versicherung nach den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; es wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

Bei Heilfürsorgeberechtigten ist das Formular „Zusätzliche Erklärung für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge“ mit dem Antrag einzureichen.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II (4) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Behandelnde über eine Kassenzulassung verfügt und den Teil der Behandlung, der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen kann, entsprechend über die gesetzliche Krankenkasse abrechnet. Wird stattdessen nur eine reine Privatrechnung erstellt, ohne

dass mögliche Leistungen von der GKV in Anspruch genommen werden, besteht aus den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 kein Leistungsanspruch (Ausnahme ist der tarifliche Leistungsbereich 2. a) 3. reine Privatrechnung für Wurzelbehandlung). Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV; dies gilt ebenso für den in der GKV vorgesehenen Eigenanteil des Versicherten für kieferorthopädische Behandlungen in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent, der bis zum Abschluss der Behandlung vom Versicherten vorzustrecken ist.

Leistungsbereiche	Tarif Dent70	Tarif Dent90	Tarif Dent90+	Tarif Dent100
Zahnbehandlung	75 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz Standard*	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz Extra*	70 %	80/90 %	90 %	90/100 %
Inlays	70 %	80/90 %	90 %	90/100 %
Kieferorthopädie Erwachsene	-	90 % bei Unfall	90 % bei Unfall	90 %
Kieferorthopädie Kinder	70 %	80 %	90 %	90 %
Kieferorthopädie Mehrleistungen Kinder	70 % max. 1.000 €	80 % max. 1.000 €	90 % max. 1.500 €	90 % max. 2.000 €
Schmerztherapien	-	-	max. 250 € pro Kalenderjahr	max. 350 € pro Kalenderjahr
Zahnaufhellung	-	-	-	max. 300 € in 2 Kalenderjahren

* Zahnersatz Standard: wenn die Rechnung keine privatärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung)
Zahnersatz Extra: wenn die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthält

Summenmäßige Begrenzungen der tariflichen Leistung (jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet)

Tarif	Tarif Dent70	Tarif Dent90	Tarif Dent90+	Tarif Dent100
im ersten Kalenderjahr	500 €	1.000 €	1.000 €	1.500 €
in den ersten 2 Kalenderjahren	1.000 €	2.000 €	2.000 €	3.000 €
in den ersten 3 Kalenderjahren	1.500 €	3.000 €	3.000 €	4.500 €
in den ersten 4 Kalenderjahren	2.000 €	4.000 €	4.000 €	6.000 €
in den ersten 5 Kalenderjahren	2.500 €	5.000 €	5.000 €	7.500 €
ab Beginn des 6. Kalenderjahres unbegrenzt				

Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Die angegebene Höchstleistung für den Zeitraum der ersten fünf Versicherungsjahre kann sich aufgrund der Risikoprüfung noch verringern. Die abweichenden Höchstleistungsbeträge finden Sie unter Punkt 14 Zahnschäden.

Tarife Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 899 und A 842 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 899, A842	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		entfallen
Zahnschäden	3.14		

27 Tarif 482

Ergänzungstarif

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel

100 Prozent der im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung festgesetzten Zuzahlungsbeträge (außer für Sehhilfen), bei Vorlage einer Kopie der ärztlichen Verordnung mit Zuzahlungsbeleg.

2. Sehhilfen

100 Prozent der auch nach einer eventuellen Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten für medizinisch notwendige Sehhilfen bis zu 175 Euro. Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten.

3. Heilpraktiker

60 Prozent für Behandlung im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker bis zum jeweiligen Höchstsatz sowie für die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel.

4. Auslandsreise

Die Leistungen entsprechen im Wesentlichen denen des Tarifs RK-J/RK-JF/RK-J70.

Optionsrecht

Bei Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung kann der Versicherungsschutz bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres innerhalb der ersten zehn Kalenderjahre nach Vertragsabschluss in eine Vollversicherung – ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten – umgestellt werden.

Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt 50 Euro im Versicherungsjahr (Kinder und Jugendliche 25 Euro).

Das Versicherungsjahr ist bei der ARAG Krankenversicherungs-AG mit dem Kalenderjahr identisch. Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich der Selbstbehalt im ersten Versicherungsjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres.

Der Selbstbehalt bezieht sich nicht auf Leistungen der Auslandsreise-Krankenversicherung.

Tarif 482

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 und A 842 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807, A 842	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

28 Tarif 483

Ergänzungstarif

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel

100 Prozent der im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung festgesetzten Zuzahlungsbeträge (außer für Sehhilfen), bei Vorlage einer Kopie der ärztlichen Verordnung mit Zuzahlungsbeleg.

2. Sehhilfen und Operation zur Sehschärfekorrektur

100 Prozent der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten für medizinisch notwendige Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen)

- für Erwachsene (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben) bis zu 330 Euro; ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten,
- für Kinder und Jugendliche (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr noch nicht vollenden und auch noch nicht vollendet haben) bis zu 165 Euro pro Kalenderjahr; erfolgt keine Vorleistung der GKV, entsteht ein erneuter Anspruch frühestens nach Ablauf von 36 Monaten oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

Bis zu 1.000 Euro für Restkosten für brechkraftverändernde Augenoperationen (auch Laseroperation) als einmalige Leistung nach mindestens 36 Monaten Vertragsdauer.

3. Naturheilverfahren bei Heilpraktikern und Ärzten

90 Prozent des Rechnungsbetrags für Behandlung im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker und Ärzte bis zum jeweiligen Höchstsatz sowie für die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel bis zu 2.500 Euro Rechnungsbetrag innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

4. Differenzkosten für allgemeine Krankenhausleistungen

100 Prozent Restkosten für die Allgemeine Pflegeklasse bei Wahl eines von der Einweisung abweichenden Krankenhauses in Deutschland.

5. Auslandsreise

Die Leistungen entsprechen im Wesentlichen denen des Tarifs RK-J/RK-JF/RK-J70. Erstattung bis zu 56 Tagen.

Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen

Erstattung bei Leistungsfreiheit von 50 Euro pro Kalenderjahr bei Erwachsenen, bei Kindern/Jugendlichen 25 Euro.

Optionsrecht

Der Versicherungsschutz kann bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit in eine Vollversicherung umgestellt werden. Das Optionsrecht kann ausgeübt werden:

- innerhalb der ersten zehn Kalenderjahre bei Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht
- nach 36 Monaten und
- nach 60 Monaten seit Versicherungsbeginn, wenn die Person zu Beginn des Tarifs 483 freiwillig in der GKV versichert war

Tarif 483

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 und A 842 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807, A 842	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

29 Tarif V100

Ergänzungstarif

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben und kein Kostenerstattungsprinzip gewählt haben.

Es sind auch alle im Geschäftsgebiet der ARAG Krankenversicherungs-AG wohnenden Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge haben, versicherungsfähig.

Bei Heilfürsorgeberechtigten ist das Formular „Zusätzliche Erklärung für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge“ mit dem Antrag einzureichen.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Vorsorgeuntersuchungen

100 Prozent der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten bis zu 1.000 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

Die erstattungsfähigen Maßnahmen sind dem Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen des Tarifs V100 zu entnehmen.

2. Schutzimpfungen

100 Prozent der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für

- Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission
- unabhängig von einer bestehenden Empfehlung vorgenommene Schutzimpfungen gegen Tollwut, Hepatitis und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
- Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen

Tarif V100

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 und A 842 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807, A 842	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

30 Tarif 18

Die Tarife können nur Personen angeboten werden, die in der deutschen GKV versichert sind.

Tarifstufen 181–183

Ambulante Heilbehandlung – Zusatzversicherung

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Es werden bei Behandlung als Privatpatient die nach Vorleistung durch die GKV verbleibenden Kosten für ambulante Heilbehandlung – bei den Tarifen 181 und 182 auch durch Heilpraktiker – (ausgenommen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Hilfsmittel) und für ambulante Entbindung mit 100 Prozent erstattet. Sofern keine Vorleistung durch die GKV erfolgt, werden die nachgewiesenen Kosten mit folgenden Sätzen erstattet:

Tarif	181	182	183
Erstattungsprozentsatz	30	60	0

Selbstbehalt

Der Selbstbehalt gilt pro Person und Kalenderjahr gemäß folgender Tabelle:

Tarif	181	182	183
Selbstbehalt €	0	75	150

Tarifstufen 184 und 185

Zahn-Zusatzversicherung

Eine Versicherung nach Tarif 184 oder 185 ist nur möglich, wenn gleichzeitig einer der Tarife 181, 182 oder 183 abgeschlossen wird oder bereits besteht. Für die zu versichernde Person darf keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen bestehen.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Alle Behandlungen müssen von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt werden.

Die Höhe der tariflichen Leistungen hängt von der Höhe der Leistungen der GKV ab. Die tariflichen Leistungen ergeben zusammen mit der Leistung der GKV eine Gesamtleistung (Tarif 184/185 + GKV) in Prozent der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge gemäß nachfolgender Tabelle. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV, wird somit diese Gesamtleistung in vollem Umfang aus den Tarifen 184/185 erbracht.

Leistungsbereiche	Tarif 184	Tarif 185
Zahnbehandlung	70 %	100 %
Zahnersatz, Inlays, Kieferorthopädie	70 %	70 %

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf:

Tarif	184	185
im ersten Jahr	400 Euro	500 Euro
im zweiten Jahr	800 Euro	1.000 Euro

ab dem dritten Jahr unbegrenzt, jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet. Die Begrenzungen entfallen bei Unfall.

Tarif 18

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		
Zahnschäden	3.14		

Hinweis

Der Abschluss von Tarif 18 ist grundsätzlich nur empfehlenswert für Personen, die in der GKV Kostenerstattung gewählt haben.

31 Tarif 26

Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

Die Leistungsstufen 261/262 können nur Personen angeboten werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben. Es sind auch alle im Geschäftsgebiet der ARAG Krankenversicherungs-AG wohnenden Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge haben, versicherungsfähig. Auch können solche Beihilfeberechtigte versichert werden, deren beihilfefähigen Aufwendungen auf eine Behandlung im Mehrbettzimmer begrenzt sind.

Bei Heilfürsorgeberechtigten ist das Formular „Zusätzliche Erklärung für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge“ mit dem Antrag einzureichen.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Es werden die Kosten der stationären Heilbehandlung gemäß der versicherten Leistungsstufe erstattet (inklusive ambulanter Vor- und Nachbehandlung bei LST 261/262).
2. Werden versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld von 16 Euro bis 42 Euro gezahlt.
3. Wird in der Tarifstufe 262 die Wahlleistung der Unterbringung im Einbettzimmer in Anspruch genommen, so werden die Kosten erstattet, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären.
4. Erfolgt **keine** Vorleistung durch die GKV oder durch andere Kostenträger, werden die tariflichen Leistungen insoweit gezahlt, als sie bei Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers verblieben wären.

Leistungsstufen

Leistungsstufe 261

100-prozentige Erstattung der nach Vorleistung durch die GKV oder andere Kostenträger verbleibenden zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (I. od. II. Pflegeklasse) und für gesondert berechenbare ärztliche Leistung.

Leistungsstufe 262

100-prozentige Erstattung der nach Vorleistung durch die GKV oder andere Kostenträger verbleibenden zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer (II. Pflegeklasse) und für gesondert berechenbare ärztliche Leistung.

Leistungsstufe 261/262

Erstattung der nach einer eventuellen Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für privatärztliche Behandlungen bei ambulanten Operationen als Ersatz für eine an sich gebotene vollstationäre Heilbehandlung. Verbleiben bei der Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses nach Vorleistung der GKV Kosten für die Allgemeine Pflegekasse, so sind diese für Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland gleichfalls erstattungsfähig. Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung.

Tarif 26

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 und A 842 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807, A 842	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

32 Tarif MedKlinik

Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

MedKlinik S

Die Leistungsstufen MedKlinik 1-Bett S (MK1S) und MedKlinik 2-Bett S (MK2S) können nur Personen angeboten werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben, bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie das 43. Lebensjahr vollenden.

Es sind auch alle im Geschäftsgebiet der ARAG Krankenversicherungs-AG wohnenden Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge haben, versicherungsfähig.

Bei Heilfürsorgeberechtigten ist das Formular „Zusätzliche Erklärung für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge“ mit dem Antrag einzureichen.

MedKlinik L

Die Leistungsstufen MedKlinik 1-Bett L (MK1L) und MedKlinik 2-Bett L (MK2L) können nur Personen angeboten werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Es sind auch alle im Geschäftsgebiet der ARAG Krankenversicherungs-AG wohnenden Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge haben, versicherungsfähig.

Bei Heilfürsorgeberechtigten ist das Formular „Zusätzliche Erklärung für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge“ mit dem Antrag einzureichen.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Es werden die Kosten der stationären Heilbehandlung gemäß dem versicherten Tarif erstattet (inklusive ambulanter Vor- und Nachbehandlung und Anschlussheilbehandlung).
2. Werden versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro bis 100 Euro gezahlt (abhängig von Tarif und Umfang des Verzichts, für Kinder und Jugendliche 50 %).
3. Wird in den Tarifen MedKlinik 2-Bett S/L die Wahlleistung der Unterbringung im Einbettzimmer in Anspruch genommen, so werden die Kosten erstattet, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären.
4. Erfolgt keine Vorleistung durch die GKV oder durch andere Kostenträger, werden die tariflichen Leistungen insoweit gezahlt, als sie bei Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers verblieben wären.

Leistungsstufen

Leistungsstufe MedKlinik 1-Bett S/L

100-prozentige Erstattung der nach Vorleistung durch die GKV oder andere Kostenträger verbleibenden zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare ärztliche Leistung.

Im Rahmen einer stationären Entbindung entsprechende Erstattung für gesondert berechenbare Unterkunft im Familienzimmer.

Leistungsstufe MedKlinik 2-Bett S/L

100-prozentige Erstattung der nach Vorleistung durch die GKV oder andere Kostenträger verbleibenden zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare ärztliche Leistung.

Im Rahmen einer stationären Entbindung entsprechende Erstattung für gesondert berechenbare Unterkunft im Familienzimmer maximal in Höhe der Kosten, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären.

Zusätzlich besteht ein Optionsrecht, nach Ablauf des zweiten bzw. fünften Versicherungsjahres in den Tarif MedKlinik 1-Bett S bzw. L ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten zu wechseln.

Leistungsstufe MedKlinik 1-Bett S/L und MedKlinik 2-Bett S/L

Erstattung der nach einer eventuellen Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für privatärztliche Behandlungen bei ambulanten Operationen als Ersatz für eine an sich gebotene vollstationäre Heilbehandlung. Verbleiben bei der Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses nach Vorleistung der GKV Kosten für die Allgemeine Pflegekasse, so sind diese für Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland, die nach Krankenhausentgeltgesetz oder Bundespflegegesetzverordnung abrechnen, gleichfalls erstattungsfähig. Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung.

Rooming-In wird erstattet bei in diesen Tarifen versicherten Kindern, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Einmalig pro Versicherungsfall werden unter bestimmten Voraussetzungen Aufwendungen für eine Verlegung innerhalb Deutschlands in ein anderes Krankenhaus erstattet. Zusätzlich wird bei Krankenfahrten und -transporten die gesetzliche Zuzahlung zu den Transportkosten erstattet.

Tarif MedKlinik

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839, PDF 27852 und A 842 Bedingungenheft	
Antragsformular	3.1	A 807, A 842	
Aufnahmehöchstalter*			43 Jahre**
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

* Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns

**Das Aufnahmehöchstalter gilt nur für die Tarife MedKlinik 1-Bett S und MedKlinik 2-Bett S

33 Tarife BJunior und KJunior

Ergänzungstarife für GKV-versicherte Kinder/Jugendliche

Nach diesen Tarifen können nur Kinder/Jugendliche versichert werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach den Tarifen BJunior/KJunior ist dabei nur für Kinder/Jugendliche möglich, die

- a) leibliche oder adoptierte Kinder des Versicherungsnehmers sind oder
- b) mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben.

Die Versicherung nach den Tarifen BJunior/KJunior endet für die jeweilige versicherte Person mit Ablauf des Kalenderjahres, in welchem diese das 20. Lebensjahr vollendet.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt, in dem z.B. die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei-, Heil und Verbandmittel bezogen wurden.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

BJunior

Nachfolgend dargestellte Maximalwerte gelten gemeinsam für alle versicherten Personen im Tarif BJunior:

- 1. Vorsorgeuntersuchungen**
80 Prozent für Vorsorgeuntersuchungen (U6a, U9a, U9b, J1a, Sprachentwicklungstest und Schielvorsorge) bis maximal 100 Euro alle 24 Monate.
- 2. Sehhilfen**
80 Prozent für Sehhilfen für die Restkosten bis maximal 200 Euro alle 24 Monate
- 3. Rooming In**
100 Prozent für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus bei Kindern von 6 bis 12 Jahren (Rooming In).
- 4. Kinderkrankentagegeld**
15 Euro Kinderkrankentagegeld je Krankheitstag eines Kindes, für den die GKV ein Kinderkrankengeld erbringt.
- 5. Fissurenversiegelung**
80 Prozent für Fissurenversiegelung an Zähnen, für die die GKV nicht leistet, bis maximal 100 Euro alle 24 Monate.
- 6. Geburtsnahe Leistungen**
80 Prozent für Geburtsnahe Leistungen (Geburtsvorbereitungskurs für Männer, PEKiP-Kurs).
- 7. Optionsrecht**
Optionsrecht auf Umstellung in Tarif Z90Bonus.

KJunior

Nachfolgend dargestellte Maximalwerte gelten gemeinsam für alle versicherten Personen im Tarif KJunior:

- 1. Heilpraktiker**
80 Prozent der Kosten für Heilbehandlung durch Heilpraktiker (Eingehende Untersuchung, Beratung, Homöopathie, Pflanzenheilkunde, Akupunktur bei Schmerzen, Eigenblutinjektionen und Osteopathie) einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel bis maximal 500 Euro alle 24 Monate.
- 2. Vorsorgeuntersuchungen**
80 Prozent für Vorsorgeuntersuchungen (U6a, U9a, U9b, J1a, Sprachentwicklungstest und Schielvorsorge) bis maximal 100 Euro alle 24 Monate.
- 3. Sehhilfen**
80 Prozent für Sehhilfen für die Restkosten bis maximal 200 Euro alle 12 Monate
- 4. Rooming In**
100 Prozent für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus bei Kindern von 6 bis 12 Jahren (Rooming In).
- 5. Kinderkrankentagegeld**
15 Euro Kinderkrankentagegeld je Krankheitstag eines Kindes, für den die GKV ein Kinderkrankengeld erbringt.
- 6. Fissurenversiegelung**
80 Prozent für Fissurenversiegelung an Zähnen, für die die GKV nicht leistet, bis maximal 100 Euro alle 24 Monate.
- 7. Kunststofffüllungen**
80 Prozent für Kunststofffüllungen bis maximal 500 Euro alle 24 Monate.
- 8. Kieferorthopädie**
80 Prozent für Mehrleistung Kieferorthopädie bis maximal 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit
- 9. Geburtsnahe Leistungen**
80 Prozent für Geburtsnahe Leistungen (Geburtsvorbereitungskurs für Männer, PEKiP-Kurs).
- 10. Optionsrecht**
Optionsrecht auf Umstellung in Tarif Z90Bonus.

Tarife BJunior, KJunior

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.1	A 839 und A 842 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 842	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.13		
Wartezeitentfall	3.13		

34 Tarif PV

Private Pflege-Pflichtversicherung

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Die Leistungen entsprechen denen der sozialen Pflegeversicherung.

1. Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe je Kalendermonat

für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu	761 Euro
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu	1.432 Euro
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu	1.778 Euro
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu	2.200 Euro

2. Pflegegeld

für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2	332 Euro
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3	573 Euro
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4	765 Euro
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5	947 Euro

Für die Beratung werden in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet.

3. Kostenerstattung für häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

je Kalenderjahr	bis zu	1.612 Euro
-----------------	--------	------------

4. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (vergleiche Ziffer 4 der Tarifbedingungen)

5. Kostenerstattung für teilstationäre Pflege je Kalendermonat

bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2	bis zu	689 Euro
bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3	bis zu	1.298 Euro
bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4	bis zu	1.612 Euro
bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5	bis zu	1.995 Euro

6. Allgemeine Pflegeleistungen bei vollstationärer Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

je Kalenderjahr	bis zu	1.774 Euro
-----------------	--------	------------

7. Allgemeine Pflegeleistungen bei vollstationärer Pflege je Kalendermonat

für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2	in Höhe von	770 Euro
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3	in Höhe von	1.262 Euro
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4	in Höhe von	1.775 Euro
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5	in Höhe von	2.005 Euro

Bei Pflege von versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe werden 15 Prozent des Heimentgelts (maximal 266 Euro monatlich im Einzelfall) gezahlt.

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) – Sechstes Buch (VI) – (siehe Anhang) in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, dem Pflegegrad und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

9. Leistungen der Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

- 10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- 11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag
- 12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung
- 13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen
- 14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen
- 15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen
- 16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

Versicherungsfähiger Personenkreis

Leistungsstufe PVN gilt für Personen ohne Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit.
 Leistungsstufe PVB gilt für Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit.

Leistungsstufen

Geleistet wird in der Leistungsstufe
 PVN 100 Prozent
 PVB je nach Beihilfesatz
 der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

- 17. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

Tarif PV

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.3	A 839 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 807	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.15		

35 Tarif 68

Pflege-Kostenversicherung

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die in der Pflege-Pflichtversicherung nach den Vorschriften des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) versichert oder versicherungspflichtig sind.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

1. Kostenerstattung

Die Kostenerstattung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung bei Aufwendungen für die Leistungsarten

- häusliche Pflege
- häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)
- Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)
- Kurzzeitpflege
- vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag
- zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen
- Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen
- Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen
- Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

2. Pflegegeld

Erhält der Versicherte durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung ein Pflegegeld, so wird dieser Betrag entsprechend der versicherten Tarifstufe um 20 Prozent bis 200 Prozent erhöht.

Erfolgt keine Vorleistung der Pflege-Pflichtversicherung, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch auch dann, wenn bei der Pflege-Pflichtversicherung im Gegensatz zum vorliegenden Pflegekostentarif noch Wartezeiten bestehen. In diesen Fällen wird eine Vorleistung in dem Umfang angerechnet, auf den bei Leistungspflicht der Pflege-Pflichtversicherung Anspruch bestehen würde.

Beihilfe- oder Heilfürsorgeberechtigte erhalten die Leistungen, die eine nicht beihilfe- oder heilfürsorgeberechtigte Person bei gleicher versicherter Tarifstufe erhalten würde.

Zum Nachweis der Vorleistung durch die Pflege-Pflichtversicherung, die Heilfürsorge oder Beihilfe sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung des anderen Kostenträgers über die gezahlten Leistungen einzureichen. Die Belege müssen ausreichend spezifiziert sein, sie sollen insbesondere den Leistungsbetrag, Art und Datum der Leistung enthalten.

Leistungsstufen

Geleistet wird aus der

Tarifstufe	681	682	683	684	685	686	687	688	689	680
	20 %	40 %	60 %	80 %	100 %	120 %	140 %	160 %	180 %	200 %

der Kostenerstattung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung.

Tarif 68

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.4	A 839 und A 885 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 885	
Aufnahmemindestalter*			13 Jahre
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.15		entfallen

* Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns

Tarif 68 kann (ohne Kombination mit Tarif 69) mit den Leistungsstufen 681–689 oder 680 abgeschlossen werden. In Kombination mit Tarif 69 können aus Tarif 68 die Leistungsstufen 681–685 abgeschlossen werden; Tarif 69 kann dabei höchstens mit einem Tagessatz von 50 Euro abgeschlossen werden.

36 Tarif 69

Pflegetagegeld-Versicherung

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die in der Pflege-Pflichtversicherung nach den Vorschriften des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) versichert oder versicherungspflichtig sind.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Das Pflegetagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden 2 bis 5 in der vereinbarten Höhe für jeden Tag der vollstationären Pflege gezahlt. Ein Anspruch entsteht jedoch frühestens nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Voraussetzung ist, dass eine Leistung der Pflege-Pflichtversicherung erfolgt. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch auch dann, wenn bei der Pflege-Pflichtversicherung im Gegensatz zum vorliegenden Pflegetagegeld-Tarif noch Wartezeiten bestehen, aber alle sonstigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt wären.

Der Pflegegrad muss dem Versicherer durch Vorlage des Einstufungsbescheids der Pflege-Pflichtversicherung oder des vom Versicherer beauftragten medizinischen Dienstes nachgewiesen werden, die vollstationäre Pflege durch Vorlage der Kostenrechnung des Pflegedienstleisters oder einen anderen geeigneten Nachweis. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit ist unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen.

Leistungsanpassung

Der Versicherer ermittelt spätestens alle drei Jahre die durchschnittlichen Kosten für die vollstationäre Pflege. Bei einem Anstieg von mindestens 10 Prozent gegenüber den der letzten Leistungsanpassung zugrunde liegenden Durchschnittskosten wird das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend angepasst. Nähere Einzelheiten hierzu können dem Tarif entnommen werden.

Das Pflegetagegeld kann von 1 Euro bis 100 Euro abgeschlossen werden.

Tarif 69

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	6.4	A 839 und A 885 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A885	
Aufnahmemindestalter*			13 Jahre
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.15		entfallen

*Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns

Tarif 69 kann (ohne Kombination mit Tarif 68) mit einem Tagessatz von maximal 100 Euro abgeschlossen werden. In Kombination mit Tarif 68 kann Tarif 69 höchstens mit einem Tagessatz von 50 Euro abgeschlossen werden; aus Tarif 68 können dabei die Leistungsstufen 681–685 abgeschlossen werden.

Der Mindesttagessatz beträgt 5 Euro.

37 Tarif PF

Geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, Teil I (Musterbedingungen MB/GEPV 2022) und Teil II (Tarifbedingungen).

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Der Tarif leistet bei Pflegebedürftigkeit für jeden Monat den vereinbarten Tagessatz. Die Auszahlung erfolgt für jeden Monat mit 30 Tagessätzen.

Das Pfl egetagegeld betr ägt bei Pflegebedürftigkeit nach

- Pflegegrad 1 10 Prozent
- Pflegegrad 2 20 Prozent
- Pflegegrad 3 30 Prozent
- Pflegegrad 4 40 Prozent
- Pflegegrad 5 100 Prozent

des vertraglich vereinbarten Pfl egetagegelds für Pflegegrad 5.

Leistungsanpassung

Der Versicherer passt das Pfl egetagegeld ab 2014 alle drei Jahre der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten um bis zu 10% an. Die jeweiligen Tagessätze für die Pflegegrade 1, 2, 3 und 4 berechnen sich gemäß der bei der Leistungsart beschriebenen Pflegegrade. Der Versicherer legt den „Verbraucherpreisindex für Deutschland – insgesamt“ des Statistischen Bundesamts zu Grunde. Der Tarif muss mindestens 24 Monate vor der Leistungsanpassung bestanden haben. Der Versicherungsnehmer kann die Anpassung innerhalb eines Monats nach Mitteilung ablehnen. Lehnt er die Ablehnung zweimal hintereinander ab, erlischt der Anspruch auf Anpassungen.

Maßgebend sind für alle Leistungen neben dem Tarif die Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen.

Tarif PF

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.4	A 839 und A 885 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 885	
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.15		

38 Tarif PIN

Pfl egetagegeld-Versicherung PIN1–PIN5

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die in der Pflege-Pflichtversicherung (soziale oder private Pflichtversicherung) nach den Vorschriften des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) versichert oder versicherungspflichtig sind. Endet die Versicherung in der Pflege-Pflichtversicherung, kann eine bereits bestehende Versicherung nach Tarif PIN weitergeführt werden.

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Der Tarif leistet ein Pfl egetagegeld in den Pflegegraden 1–5. Die Höhe des Pfl egetagegeldes wird individuell vereinbart. Der Pfl egetagegeld-Tarif kann in den jeweiligen Leistungsstufen mit einem Tagessatz in Schritten von 1 Euro abgeschlossen werden.

Ein Leistungsanspruch besteht dabei in der Leistungsstufe

- PIN1 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1,
- PIN2 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2,
- PIN3 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3,
- PIN4 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4,
- PIN5 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 5.

Die Einstufung in einen höheren Pflegegrad schließt Leistungen für einen niedrigeren Pflegegrad aus.

Leistungsanpassung

Der Versicherer passt das Pfl egetagegeld ab 2017 alle drei Jahre der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten um bis zu 10 Prozent an. Er legt den „Verbraucherpreisindex für Deutschland – insgesamt“ des Statistischen Bundesamts zu Grunde.

Die Leistungsanpassung findet in der jeweiligen Leistungsstufe nur statt, sofern

- während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung eine Versicherung nach dieser Leistungsstufe bestand,
- sich während dieser Zeit die vereinbarten Tagessatzhöhen nicht geändert haben und
- keine Beitragsbefreiung des Tarifs besteht.

Einmalleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit

Bei erstmaliger Gewährung eines Pfl egetagegelds nach diesem Tarif erfolgt zusätzlich eine einmalige Sonderzahlung.

Diese beträgt das 60-fache des erstmals zu leistenden Tagegeldbetrags.

Die einmalige Sonderzahlung wird während der gesamten Vertragslaufzeit nur einmal gewährt.

Die Einmalleistung entfällt, wenn für die versicherte Person bereits zu einem früheren Zeitpunkt aus einem anderen Pflegeergänzungstarif des Versicherers eine Einmalleistung erbracht wurde.

Maßgebend sind für alle Leistungen neben dem Tarif die Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen.

Folgende Tagegeldhöhen je Pflegegrad sind max. versicherbar:

PIN1 → 100 Euro

PIN2 → 100 Euro

PIN3 → 100 Euro

PIN4 → 100 Euro

PIN5 → 100 Euro

Der Mindesttagessatz beträgt 5 Euro in jeder versicherten Tarifstufe.

Tarif PIN

	Punkt	Artikelnummer	Hinweise
Allgemeine Versicherungsbedingungen	5.4	A 839 und A 885 Bedingungsheft	
Antragsformular	3.1	A 885	
Aufnahmemindestalter*			13 Jahre
Geltungsbereich	4.1		
Wartezeiten	3.15		entfallen

*Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns

In Kombination von Tarif 68 mit Tarif PIN kann in Tarif PIN max. 50 Euro Tagessatz je Pflegegrad abgeschlossen werden.

In Kombination von Tarif 69 mit Tarif PIN können in den Pflegegraden 1–5 in Summe max. 100 Euro Tagessatz abgeschlossen werden.

In Kombination von Tarif 68 mit Tarif 69 und Tarif PIN können ebenso max. 50 Euro Tagessatz je Pflegegrad abgeschlossen werden.

3 Annahmerichtlinien

Die Annahmerichtlinien bilden den Rahmen für die Antragstellung und Antragsverarbeitung. Ein Anspruch auf Annahme eines Antrags ist daraus nicht abzuleiten.

1 Antragsausfüllung

- Der Standardantrag – Artikelnummer A 807 zu verwenden für Abschluss und Änderung aller Tarife, mit der Ausnahme der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (Tarif PF)
- Der Zahnzusatzantrag – Artikelnummer A 899 zu verwenden für den Abschluss und Änderung in die Tarife Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100
- Der Zusatzantrag – Artikelnummer A 842 zu verwenden für den Abschluss und Änderung der Tarife MedKlinik 1-Bett S, MedKlinik 2-Bett S, MedKlinik 1-Bett L, MedKlinik 2-Bett L, 261, 262, 282, 482, 483, 37, 11, Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100, V100, BJunior, KJunior und FlexiPro
- Der Pflegezusatzantrag – Artikelnummer A 885 zu verwenden für den Abschluss und Änderung der Tarife PIN, 68, 69 und PF
- Der Zusatzantrag – PDF-Nr. 273011 zu verwenden für den Abschluss und Änderung der Tarife MedKlinik 1-Bett S, MedKlinik 2-Bett S, MedKlinik 1-Bett L, MedKlinik 2-Bett L, 261, 262, 282, 482, 483, 37, 11, Z100, Z70, Z50/90, Z90Bonus, V100, BJunior, KJunior und FlexiPro

Der Antrag ist in allen Teilen ordnungsgemäß auszufüllen, alle Fragen sind sorgfältig und vollständig zu beantworten.

Striche oder die Antwort „entfällt“ sind unzulässig.

Bei den Gesundheitsfragen sind ausreichende Angaben zu machen, insbesondere über Behandlungszeit, Diagnose, Behandlungsverlauf und beabsichtigte Arzt/Zahnarztbehandlungen.

Bei Vorerkrankungen bitte möglichst die Vordrucke „Medizinische Zusatzklärungen“ verwenden.

Vereinbarte Leistungsausschlüsse/Beitragszuschläge sind im Antrag zu vermerken und gesondert unterschreiben zu lassen.

Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Krankenhaustagegeld, Krankentagegeld oder Pflegetagegeld, auch aus einer Unfallversicherung, unbedingt den Tagessatz und den ersten Leistungstag angeben.

Alle Änderungen eines Antrags sind vom Antragsteller unterschriftlich zu bestätigen.

2 Nachweise für die Pflege-Pflichtversicherung

Bei jedem Wechsel von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zur ARAG KV, mit der Krankenvollversicherung ohne Pflege-Pflichtversicherung, der Pflege-Pflichtversicherung alleine oder beiden gemeinsam sind über sämtliche Vorversicherungszeiten in der privaten Pflege-Pflichtversicherung seit 1. Januar 1995 Bescheinigungen einzureichen.

Beitragsdeckelung bei Ehegatten

Ebenso sind für die Beitragsdeckelung bei Ehe- bzw. Lebenspartnern* diese Bescheinigungen für beide Ehegatten erforderlich.

* eingetragene Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz

Beitragsfreie Versicherung von Kindern

Für die beitragsfreie Versicherung von Kindern in der privaten Pflege-Pflichtversicherung ist die Bescheinigung über die bestehende private Pflege-Pflichtversicherung von mindestens einem Elternteil einzureichen und die Bescheinigungen über zurückgelegte Vorversicherungszeiten in der privaten Pflege-Pflichtversicherung seit 1. Januar 1995 für das zu versichernde Kind.

Wichtig ist, dass aus diesen Bescheinigungen eindeutig hervorgeht, von wann bis wann die jeweilige Person bei diesem Unternehmen pflegeversichert war bzw. ist, in welchem Tarif und die Höhe des Beitrags.

3 Anträge mit ärztlicher Untersuchung

Bei Anträgen mit ärztlicher Untersuchung ist der Untersuchungsbericht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung einzureichen, andernfalls wird der Versicherungsantrag als Antrag ohne ärztliche Untersuchung behandelt.

Eine Annahmestätigung kann erst nach Erhalt des Untersuchungsberichts mit entsprechendem Ergebnis erfolgen.

Die Kosten der ärztlichen Untersuchung sind vom Antragsteller zu tragen.

4 Versicherung von Nicht-EU-Bürgern

Zu Versicherungsanträgen auf Krankheitskosten-Vollversicherungen ist bei Nicht-EU-Bürgern die Vorlage einer Kopie des „elektronischen Aufenthaltstitels“ (Kreditkartenformat) notwendig.

Es muss zum Zeitpunkt der Antragstellung eine mindestens zweijährige Aufenthaltsgenehmigung vorliegen.

5 Personen mit Wohnsitz im Ausland

Eine Versicherung von Personen mit Wohnsitz im Ausland ist nicht möglich.

6 Beitragszahlung

Beitragszahlung ist durch Einzugsermächtigung zu vereinbaren. Die Abbuchung ist zum 01. und 15. eines Monats möglich.

Die Beitragszahlung kann monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich erfolgen.

Bei halbjährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von 2 Prozent, bei jährlicher Beitragszahlung in Höhe von 4 Prozent gewährt.

7 Vorerkrankungen

Zur Beurteilung des zu übernehmenden Risikos sind im Antragsformular und in den zur Verfügung stehenden „Medizinischen Zusatzerklärungen“ genaue Angaben über Art, Verlauf und Dauer bestehender oder bestandener Erkrankungen und verbliebener Folgen sowie über erlittene Unfälle und Unfallfolgen zu machen. Nachbearbeitungen lassen sich hierdurch häufig vermeiden.

Vorerkrankungen können zu einem Beitragszuschlag, Leistungsausschluss oder zur Ablehnung des Antrags führen.

7.1 Medizinische Zusatzerklärungen

Für bestimmte Vorerkrankungen ist es erforderlich, dass mit dem Antrag eine medizinische Zusatzerklärung eingereicht wird (siehe Orientierungshilfe unter Punkt 7.3).

Folgende medizinische Zusatzerklärungen stehen im Intranet, dem Tarifrechner oder unter www.arag-partnervertrieb.de zur Verfügung:

- Allergische Erkrankungen
- Atemwegserkrankungen
- Augenerkrankungen
- Bluthochdruck, Hypertonie
- Covid 19
- Erhöhte Blutfettwerte, Fettstoffwechselstörung
- Erhöhte Harnsäurewerte
- Gehörererkrankungen, Schwerhörigkeit
- Gelenkerkrankungen
- Gynäkologische Erkrankungen
- Hämorrhoiden
- Hauterkrankungen
- Herz-, Gefäß-, Kreislaufkrankungen
- Krampfadern, Venenerkrankungen
- Leber-, Gallen-, Bauchspeicheldrüsenerkrankungen
- Magen-, Darm-, Speiseröhrenerkrankungen
- Migräne, Kopfschmerzen
- Nieren-, Harnwegs-, Prostataerkrankungen
- Psychotherapie
- Schilddrüsenerkrankungen
- Verletzungen und Unfälle
- Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenschäden
- Sonstige Krankheiten

7.2 Beitragszuschläge

Erkrankungen und deren Folgen, die vor Antragstellung aufgetreten sind (Vorerkrankungen), sind nicht in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

Viele dieser Vorerkrankungen können jedoch gegen Zahlung eines Beitragszuschlags versichert werden, sofern zum Zeitpunkt der Antragstellung das künftige Risiko eingrenzbar ist.

Zur Risikoeinschätzung werden mehrere Faktoren herangezogen. Diese sind zum Beispiel:

- Art und Dauer der Vorerkrankung
- Art und Dauer der Behandlung
- Art und Höhe des gewünschten Versicherungsschutzes

Die Zuschlagsprozentsätze werden bei Neu- und Änderungsanträgen durch die Hauptverwaltung festgelegt.

Für die Berechnung des Beitragszuschlags in der Krankheitskostenvollversicherung wird in den Leistungsstufen 205, 207, 208, 209 sowie 21P70–21P90 jeweils der Beitrag der Leistungsstufe 203 zugrunde gelegt.

In den Tarifen K, ME, MB und 25 werden die einzelnen Zuschlagsprozentsätze für ambulant, stationär und Zahn je nach Risikogruppe in einem bestimmten Verhältnis gewichtet und zu einem Gesamtzuschlag verrechnet.

Beitragszuschläge werden centgenau gerundet.

7.3 Beitragszuschläge in der Krankheitskostenvollversicherung – Orientierungshilfe

(Diese Liste ist lediglich ein Hilfsmittel zur Risikoeinschätzung und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit)

Die nachfolgenden Prozentsätze sind als Richtwerte in der Krankheitskostenvollversicherung anzusehen, die durch Aktenunterlagen, ärztliche Atteste, „Medizinische Zusatzklärungen“, Klinik- oder Kurberichte oder sonstige ärztliche Unterlagen von der Hauptverwaltung geändert werden können.

Die Höhe des Beitragszuschlags richtet sich nach der Anzahl und Schwere der Vorerkrankung sowie der bisherigen Behandlungsbedürftigkeit.

Liegt mehr als eine Vorerkrankung vor, so können die nachstehenden Prozentsätze nicht mehr angewendet werden.

Vorerkrankung	Zuschlag in %	Einzureichende medizinische Unterlagen
Allergie mit asthmatischen Beschwerden	40 amb., stat. und KT	ZE „Allergische Erkrankungen“ und Attest
Bandscheibenleiden/-Vorfall	--	ZE „Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenschäden“ und ÄB
Blutdruck, erhöhter	20 amb. und KT	ZE „Bluthochdruck, Hypertonie“
Gebärmutterentzündung	--	ZE „Gynäkologische Erkrankungen“ und ÄB
Gelenkentzündung eines Gelenks (Arthritis)	20 amb.	ZE „Gelenkerkrankungen“
Gicht (Hyperurikämie)	20 amb. und KT	ZE „Erhöhte Harnsäurewerte“
Grüner Star (Glaukom)	20 amb.	ZE „Augenerkrankungen“
Halswirbelsäulensyndrom (HWS-Syndrom)	20–50 amb. und KT	ZE „Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenschäden“
Hämorrhoiden	10–30 amb. und KT	ZE „Hämorrhoiden“
Harnwegsinfektion (chronisch)	30 amb.	ZE „Nieren-, Harnwegs-, Prostataerkrankungen“
Hypercholesterinämie (erhöhte Cholesterinwerte)	20 amb. und KT	ZE „Erhöhte Blutfettwerte, Fettstoffwechselstörung“
Hyperurikämie (erhöhte Harnsäurewerte)	20 amb. und KT	ZE „Erhöhte Harnsäurewerte“
Ischias, einmalig	20–40 amb. und KT	ZE „Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenschäden“
Krampfadern, nicht operiert	10–30 amb. und KT	ZE „Krampfadern, Venenerkrankungen“
Leberentzündung (Hepatitis), Typ A	--	ZE „Leber-, Gallen-, Bauchspeicheldrüsenerkrankungen“ und ÄB
Lendenwirbelsäulensyndrom (LWS-Syndrom)	20–50 amb. und KT	ZE „Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenschäden“
Magengeschwür	--	ZE „Magen-, Darm-, Speiseröhrenerkrankungen“ und ÄB
Magenschleimhautentzündung (Gastritis)	--	ZE „Magen-, Darm-, Speiseröhrenerkrankungen“
Migräne	20 amb.	ZE „Migräne, Kopfschmerzen“
Pollinosis (Heuschnupfen)	10–20 amb. oder krankheitsbezogener Selbstbehalt (siehe Punkt 7.4)	ZE „Allergische Erkrankungen“
Schilddrüsenüberfunktion	--	ZE „Schilddrüsenenerkrankungen“, akt. Sono/Szintigraphiebefund und akt. Laborwerte
Schilddrüsenunterfunktion	10–20 amb. oder krankheitsbezogener Selbstbehalt (siehe Punkt 7.4)	ZE „Schilddrüsenenerkrankungen“

Vorerkrankung	Zuschlag in %	Einzureichende medizinische Unterlagen
Schuppenflechte (Psoriasis), ohne Gelenkbeteiligung	20–30 amb. und KT	ZE „Hauterkrankungen“
Sinusitis (Nasennebenhöhlenentzündung), chronisch	20–40 amb. und KT	ZE „Sonstige Krankheiten“
Tinnitus	10–20 amb. und KT	ZE „Gehörerkrankungen, Schwerhörigkeit“
Übergewicht (*siehe nachfolgende Erläuterung)	20–40 amb. und KT	ggf. ÄB

Erläuterung: ZE = Medizinische Zusatzklärung; -/- = Festlegung durch Antragsabteilung; ÄB = Ärztlicher Untersuchungsbericht; amb. = ambulant; stat. = stationär; KT = Krankentagegeld

*Berechnung Beitragszuschlag bei Vorliegen eines Übergewichts

Im Versicherungsantrag sind unter anderem auch Angaben über Größe und Körpergewicht der zu versichernden Person zu machen. Übergewicht ist ein Risikofaktor, der ab einer bestimmten Größenordnung zu einem Beitragszuschlag oder einer Ablehnung führen kann.

Berechnung des Normalgewichts bei Erwachsenen: Körpergröße (in cm) – 100

Beispiele:

Die zu versichernde Person ist 180 cm groß: Das Normalgewicht beträgt somit 80 kg

Die zu versichernde Person ist 165 cm groß: Das Normalgewicht beträgt somit 65 kg

Berechnung des Übergewichts

Das Gewicht der zu versichernden Person ist in das Verhältnis zum „Normalgewicht“ zu setzen.

Bei Überschreitung des Normalgewichts

- um 20 – 29 % = 20 % Beitragszuschlag in den Tarifen für ambulante Heilbehandlung
- um 30 – 39 % = 30 % Beitragszuschlag in den Tarifen für ambulante Heilbehandlung
- um 40 – 49 % = Ärztlicher Bericht erforderlich
- ab 50 % = Versicherungsschutz nicht möglich

Die Grenzwerte für Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen weichen von denen für Erwachsene ab. Aus diesem Grund erfolgt die Prüfung und Auswertung dieser Risiken in der Hauptverwaltung.

7.4 Krankheitsbezogener Selbstbehalt

Im ambulanten Tarif der Krankheitskostenvollversicherung kann für die Vorerkrankungen

- Pollinosis (Heuschnupfen)
- Schilddrüsenunterfunktion

als Alternative zu einem Beitragszuschlag ein krankheitsbezogener Selbstbehalt von jeweils 500 Euro pro Kalenderjahr vereinbart werden.

Für erstattungsfähige Behandlungen gilt ab Versicherungsbeginn ein Selbstbehalt von 500 Euro je Kalenderjahr. Von diesem Selbstbehalt erfasst werden Leistungen von Ärzten, Heilpraktikern, Arzneimittel und bei der Pollinose (Heuschnupfen) zusätzlich für Testverfahren und Hyposensibilisierung.

Der krankheitsbezogene Selbstbehalt ist auch in Kombination mit einem anderweitigen Risikozuschlag möglich und gilt zusätzlich zu einem eventuell tariflich vereinbarten Selbstbehalt.

Die abschließende Prüfung, ob anstelle eines Beitragszuschlags der krankheitsbezogene Selbstbehalt gewählt werden kann, erfolgt durch die Hauptverwaltung.

7.5 Leistungsausschlüsse in der Krankenzusatzversicherung – Orientierungshilfe

(Diese Liste ist lediglich ein Hilfsmittel zur Risikoeinschätzung und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit)

Anstelle eines Beitragszuschlags werden in der Krankenzusatzversicherung größtenteils Leistungsausschlüsse für die jeweilige Vorerkrankung vergeben.

Im Fall eines Leistungsausschlusses ist mit Antragseinreichung der Leistungsausschluss für Ursachen und Folgen der Vorerkrankung zu vereinbaren und vom Antragsteller durch Unterschrift gesondert bestätigen zu lassen.

Sind mehr als drei Leistungsausschlüsse erforderlich, ist kein Versicherungsschutz möglich.

In der Pflegezusatzversicherung sowie den Tarifen 181–183 ist der Ausschluss von Vorerkrankungen nicht möglich.

Vorerkrankung	Benennung des Leistungsausschlusses
ADS/ADHS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)	ADS oder ADHS
Akne, bestehend	Akne
Bandscheibenleiden/-Vorfall	Wirbelsäulen und Bandscheibenerkrankungen
Divertikulose, bestehend	Divertikulose
Gallenstein, vorhanden	Steinerkrankungen der Gallenblase und Gallengänge
Gastritis (Magenschleimhautentzündung), bestehend oder chronisch	Magenerkrankungen
Gonarthrose (Kniegelenksarthrose)	Knieerkrankungen
Grauer Star (Katarakt)	Grauer Star oder Katarakt
Grüner Star (Glaukom)	Grüner Star oder Glaukom
Halswirbelsäulensyndrom (HWS-Syndrom)	Wirbelsäulen und Bandscheibenerkrankungen
Hämorrhoiden, bestehend	Hämorrhoiden
Kalkschulter (Tendinosis calcarea), bestehend	Schultererkrankungen
Kreuzbandruptur (-riss)	Knieerkrankungen
Künstliches Hüftgelenk	Hüfterkrankungen
Künstliches Kniegelenk	Knieerkrankungen
Lendenwirbelsäulensyndrom (LWS-Syndrom)	Wirbelsäulen und Bandscheibenerkrankungen
Migräne	Migräne
Nabelbruch (Nabelhernie), nicht operiert	Nabelbruch
Nasenscheidewandverbiegung (Nasenseptumdeviation), nicht operiert	Nasenscheidewandverbiegung oder Septumdeviation
Netzhautablösung, nicht operiert	Augenerkrankungen
Nierenstein, bestehend	Steinerkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege
Ovarialzyste (Eierstockzyste), bestehend	Unterleibserkrankungen
Refluxösophagitis	Refluxösophagitis
Schilddrüsenüberfunktion	Schilddrüsenerkrankungen
Schultergelenksarthrose (Omarthrose)	Schultererkrankungen
Schuppenflechte (Psoriasis), ohne Gelenkbeteiligung	Schuppenflechte oder Psoriasis
Skoliose	Wirbelsäulen und Bandscheibenerkrankungen
Tinnitus	Tinnitus
Überbein (Ganglion), bestehend	Überbein oder Ganglion
Varizen (Krampfadern), bestehend	Beinvenenerkrankungen

7.6 Ablehnungsdiagnosen in der Krankheitskostenvoll- und -zusatzversicherung – Orientierungshilfe

(Diese Liste ist lediglich ein Hilfsmittel zur Risikoeinschätzung und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit).

Lässt sich eine Vorerkrankung nicht mit einem Beitragszuschlag oder Leistungsausschluss regeln, kann es dazu kommen, dass der Antrag abgelehnt werden muss.

Nachfolgend eine Auflistung von Vorerkrankungen, die zu einer Ablehnung führen.

Nicht versicherbare Vorerkrankungen
Absolute Arrhythmie (Herzrhythmusstörung)
Aids/HIV
Alkoholabhängigkeit
Alzheimer-Krankheit/Demenz
Angina Pectoris (Herzkranzgefäßerkrankung)
Asthma bronchiale
Bauchspeicheldrüsenerkrankung, chronisch
Bluterkrankheit
Bulimie (Ess-Brechsucht)
COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
Depressive Störung
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
Down-Syndrom
Fettleber
Herzfehler, angeboren
Herzinfarkt
Herzklappenfehler
Karzinom (Krebserkrankung/bösartiger Tumor)
Koronare Herzkrankheit
Leberentzündung (Hepatitis) Typ B, C, D, E
Leukämie (Blutkrebs)
Magersucht (Anorexie)
Morbus Crohn (chronische Darmerkrankung)
Multiple Sklerose
Osteoporose
Rheuma
Schlafapnoe-Syndrom
Schlaganfall (Apoplexie, Hirninfarkt, Insult)
Ulcus cruris (Unterschenkelgeschwür)
Wasserkopf (Hydrocephalus)
Zystenleber (polyzystische Lebererkrankung)
Zystenniere (polyzystische Nierenerkrankung)

8 Eintrittsalter

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

9 Erwerbsminderung

Sofern die diesbezügliche Frage im Antrag bejaht wird, ist dem Antrag eine Kopie des Versorgungsbescheids (mit Krankheitsbezeichnungen) beizufügen.

10 Mitversicherung von Neugeborenen

Die Mitversicherung eines Neugeborenen ist nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten möglich wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Die Selbstbeteiligung eines mitzuversichernden Kindes darf auch niedriger als die eines Elternteils sein.

Wird als Versicherungsbeginn der Erste des Folgemonats gewünscht, erfolgt eine Risikoprüfung. Die Wartezeiten sind zu durchlaufen. In diesem Falle ist der Antragsteller ausdrücklich auf diese Nachteile hinzuweisen. Im Antrag ist ein entsprechender Vermerk anzubringen und vom Antragsteller zu unterschreiben.

Im **Rahmen der Mitversicherung ab Geburt** kann der Zahntarif in den ersten beiden Jahren über eine Anwartschaft versichert werden.

Die Wiederinkraftsetzung des Zahntarifs erfolgt dann ohne neue Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten. Die Zeit der Anwartschaft wird auf die in den Zahntarifen geltende Staffelung der Höchstsätze angerechnet.

Der gewünschte Zeitraum der Anwartschaftsversicherung – maximal zwei Jahre – für den Zahntarif muss bei Antragstellung bereits vom Versicherungsnehmer bestimmt werden.

11 Alleinversicherung von Kindern

Bei der Alleinversicherung von Kindern sind folgende Besonderheiten zu beachten:

11.1 Krankheitskosten-Vollversicherung

Eine Alleinversicherung von Kindern ab Geburt ist nicht möglich (Ausnahme ist die bedingungsgemäße Mitversicherung von Neugeborenen – s. Punkt 10 Mitversicherung von Neugeborenen).

Eine Alleinversicherung von Kindern in der Krankheitskostenvollversicherung kann unter den folgenden Voraussetzungen geprüft werden:

- nahtloser Übertritt aus einer deutschen gesetzlichen oder deutschen privaten Krankenversicherung
- zusammen mit dem Antrag sind die U-Untersuchungen einzureichen (max. bis zur U9), ab dem 6. Lebensjahr ist die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag ausreichend. Zur Risikoeinschätzung können im Bedarfsfall weitere ärztliche Unterlagen erforderlich sein

11.2 Krankheitskosten-Zusatzversicherung

In der Zusatzversicherung ist eine Alleinversicherung von Kindern möglich. Eine Alleinversicherung von Kindern ab Geburt ist nicht möglich (Ausnahme ist die bedingungsgemäße Mitversicherung von Neugeborenen – s. Punkt 10 Mitversicherung von Neugeborenen).

12 Rückdatierungen

Rückdatierungen sind nur in folgenden Ausnahmefällen möglich:

- a) Bei Übertritt aus einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse, oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskosten-Vollversicherung oder beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens drei Monate nach Beendigung der Vorversicherung bzw. der Heilfürsorge beantragt wurde und der Versicherungsschutz in unmittelbarem Anschluss beginnen soll.
- b) Bei Mitversicherung eines Kindes ab Geburt, sofern die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Tage der Geburt erfolgt und am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei unserer Gesellschaft versichert ist.
- c) Bei rückwirkender Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung und bei Ausübung des Wahlrechts von privat Krankenversicherten bezüglich des Unternehmens für die private Pflege-Pflichtversicherung innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Fristen.

13 Wartezeiten/Wartezeitentfall

Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

A Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeld-Versicherung

Die allgemeine Wartezeit sowie die Wartezeit für Zahnbehandlung betragen drei Monate. Die besondere Wartezeit beträgt acht Monate für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

In den Krankentagegeldtarifen 31–39 und KTV21–KTV364 beträgt die besondere Wartezeit acht Monate für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Für konservierende und operative Zahnbehandlung beträgt die Wartezeit hier ebenfalls nur drei Monate.

Die Wartezeiten gelten auch für Mehrleistungen und/oder kürzere Karenzzeiten infolge einer Vertragsänderung.

Wartezeitentfall

Bei **Unfällen** entfallen die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.

Bei **erstmaligem Abschluss** einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei der ARAG Krankenversicherung entfallen die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.

Bei **erstmaligem Abschluss** einer Krankentagegeld-Versicherung bei der ARAG Krankenversicherung entfallen ebenfalls die allgemeinen und besonderen Wartezeiten, sofern **gleichzeitig** eine Krankheitskosten-Vollversicherung abgeschlossen wird.

Bei **erstmaligem Abschluss** einer Krankenhaustagegeld-Versicherung bei der ARAG Krankenversicherung entfallen ebenfalls die allgemeinen und besonderen Wartezeiten, sofern **gleichzeitig** eine Krankheitskosten-Vollversicherung abgeschlossen wird.

Bei **Eheschließung** entfällt die allgemeine Wartezeit von drei Monaten für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten bei uns versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach Eheschließung beantragt wird. Dies gilt jedoch **nicht** für die Tarife 31–39 und KTV21–KTV364 (Krankentagegeld-Versicherung).

Bei **Mitversicherung ab Geburt** beginnt der Versicherungsschutz (nicht höher als der eines Elternteils) für das Neugeborene ohne Wartezeit und ohne Gesundheitsprüfung, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

- am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und
- die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Tage der Geburt erfolgt.

Bei **ärztlicher Untersuchung und entsprechendem Untersuchungsergebnis** können für Neuaufnahmen und Vertragsänderungen die Wartezeiten in sämtlichen Tarifen der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeld-Versicherung entfallen.

Der ärztliche Befundbericht ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung einzureichen, andernfalls wird der Versicherungsantrag als Antrag ohne ärztliche Untersuchung behandelt.

Übertritt aus einer gesetzlichen Krankenversicherung

Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung (auch aus dem EU-Ausland) oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskosten-Vollversicherung oder dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungs- bzw. Dienstzeit auf alle Wartezeiten angerechnet, wenn die Versicherung

- spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wird,
- in unmittelbarem Anschluss daran in Kraft treten soll und
- Beginn und Ende der Vorversicherung bzw. der Heilfürsorge nachgewiesen werden.

Hinweis: Bei **erstmaligem Abschluss** einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei der ARAG Krankenversicherung entfallen die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.

Bei den Tarifen 31–39 und KTV21–KTV364 (Krankentagegeld) wird Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung (auch aus dem EU-Ausland) ausscheiden, die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf alle Wartezeiten angerechnet, wenn

- Krankentagegeld zusammen mit Tarif 20/21 und/oder 22/23/24, K, **ME oder MB** innerhalb zweier Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wird,
- der Versicherungsschutz in unmittelbarem Anschluss daran beginnen soll und
- Beginn und Ende der Vorversicherung nachgewiesen werden.

Hinweis: Bei **erstmaligem Abschluss** einer Krankentagegeld-Versicherung bei der ARAG Krankenversicherung entfallen ebenfalls die allgemeinen und besonderen Wartezeiten, sofern **gleichzeitig** eine Krankheitskosten-Vollversicherung abgeschlossen wird.

Beim Wechsel von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen (auch aus dem EU-Ausland) **zur ARAG Krankenversicherungs-AG** wird für alle Tarife einer Krankheitskosten-Vollversicherung die bisher zurückgelegte Vorversicherungszeit auf alle Wartezeiten angerechnet, wenn

- die Versicherung in unmittelbarem Anschluss an die bisherige Versicherung erfolgt und
- Beginn und Ende der Vorversicherung nachgewiesen werden.

Für Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldtarife, die gemeinsam mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt werden, gilt dies analog.

Hinweis: Bei **erstmaligem Abschluss** einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei der ARAG Krankenversicherung entfallen die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.

Bei **erstmaligem Abschluss** einer Krankentagegeld-Versicherung bei der ARAG Krankenversicherung entfallen ebenfalls die allgemeinen und besonderen Wartezeiten, sofern **gleichzeitig** eine Krankheitskosten-Vollversicherung abgeschlossen wird.

B Private Pflege-Pflichtversicherung

Im Tarif PV betragen die Wartezeiten bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrags zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrags mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

Wartezeitentfall

Personen, die aus der **sozialen Pflegeversicherung** ausscheiden, wird die direkt vor dem Wechsel zur ARAG nachweislich dort **ununterbrochen** zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet. Unterbrechungen von weniger als einem Monat sind dabei unschädlich.

Zeiten, in denen Versicherungspflicht bei einem anderen Unternehmen der **privaten Pflege-Pflichtversicherung** innerhalb der letzten zehn Jahre bestand, werden ebenfalls auf die Wartezeiten angerechnet. Unterbrechungen der Vorversicherung sind hier – unabhängig von ihrer Dauer – unerheblich.

Die Wartezeiten entfallen für Personen, deren private Pflege-Pflichtversicherung am 1. Januar 1995 beginnt.

Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

C Pflege-Zusatzversicherung

Für die Tarife PIN, 68 und 69 bestehen keine Wartezeiten.

D Staatliche geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Die Wartezeit beträgt fünf Jahre.

Wartezeitentfall

Die Wartezeit entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit

14 Zahnschäden

Krankenvollversicherung

Bei Antragstellung können bis zu fünf fehlende und bis zu sieben durch Prothesen ersetzte Zähne (herausnehmbarer Zahnersatz) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

Bis zu vier fehlende Zähne können mit einem Beitragszuschlag in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

- a) Für fehlende Zähne (wenn noch nicht ersetzt; ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben; ohne Milch- oder Weisheitszähne) sind bei Antragstellung folgende Beitragszuschläge – centgenau gerundet – aus dem Tarifbeitrag zu vereinbaren: bis zu vier fehlenden Zähnen, je fehlender Zahn 10 Prozent auf die beantragten Zahntarife, wenn noch nicht ersetzt. Diese Vereinbarung gilt nur, wenn derzeit keine zahnärztliche Behandlung durchgeführt wird oder notwendig, angeraten oder beabsichtigt ist.
- b) Werden zum Zeitpunkt der Antragstellung Maßnahmen durchgeführt oder ist bei Antragstellung bekannt, dass in absehbarer Zeit eine zahnärztliche Behandlung erforderlich wird, ist ein Zahnstatus (zahnärztlicher Befundbericht – Artikelnummer A 804) vorzulegen.

Sind mehr als die Hälfte der vorhandenen Zähne mit

- b (Brücken),
- k (überkronten Zähnen),
- i (Implantaten),
- y (Inlays) oder
- t (Konus- /Teleskopkronen)

versorgt – zu den vorhandenen Zähnen zählen dabei **keine** Weisheitszähne sowie Zähne, die im Zahnbefund mit

- s (sanierungsbedürftig),
- c (kariös),
- z (zerstört),

- f (fehlend) oder
 - e (prothetisch ersetzt)
- bezeichnet sind, dann führt das zu einer Ablehnung.
- Beitragszuschläge für fehlende Zähne sind ein Bestandteil des Gesamtbeitrags und in voller Höhe für die gesamte Vertragsdauer zu zahlen.
 - Wird derzeit oder wurde innerhalb der letzten drei Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt, ist ein aktueller Parodontal-Status vorzulegen.
- Wird ein Zuschlag nicht akzeptiert oder
 - werden derzeit Maßnahmen durchgeführt oder steht bei Antragstellung fest, dass in absehbarer Zeit eine zahnärztliche Behandlung **erforderlich** wird,

ist ein zeitlich unbefristeter Leistungsausschluss für die betroffenen Zähne sowie Ersatz fehlender Zähne sowie für alle in diesem Zusammenhang anfallenden Zahnbehandlungs- und Ersatzmaßnahmen möglich; hierfür ist die Vorlage eines zahnärztlichen Befundberichts – Artikelnummer A 804 notwendig.

Übersicht/Matrix für Krankenvollversicherung

Fehlende Zähne	Durch Prothesen ersetzte Zähne *	Mit RZ** (je fehlenden/ersetzten Zahn 10 %)	Oder mit LA*** für fehlende Zähne	Zahnärztlicher Befundbericht erforderlich
1	0	ja, 10 %	ja	ja, bei LA
2	0	ja, 20 %	ja	ja, bei LA
3	0	ja, 30 %	ja	ja, bei LA
4	0	ja, 40 %	ja	ja, bei LA
5	0	nein	ja	ja
6 und mehr		Versicherungsschutz nicht möglich		
0	1-7	ohne Erschwernis		
1	1-7	ja, 10 %	ja	ja, bei LA
2	1-7	ja, 20 %	ja	ja, bei LA
3	1-7	ja, 30 %	ja	ja, bei LA
4	1-7	ja, 40 %	ja	ja, bei LA
5	1-7	nein	ja	ja
0	8 und mehr	Versicherungsschutz nicht möglich		

* durch Prothesen ersetzt = herausnehmbarer Zahnersatz / ** RZ = Risikozuschlag / *** LA = Leistungsausschluss

Krankenzusatzversicherung für die Tarife Z100, Z90Bonus, Z70, Z50/90, Z81, 184 und 185

Bei Antragstellung können bis zu drei fehlende und/oder durch Prothesen ersetzten Zähnen (herausnehmbarer Zahnersatz) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

Ab vier fehlenden und/oder durch Prothesen ersetzten Zähnen (herausnehmbarer Zahnersatz) ist eine Annahme nicht möglich.

Es wird nicht zwischen fehlenden und oder durch Prothesen ersetzten Zähnen unterschieden.

- Für fehlende Zähne (wenn noch nicht ersetzt; ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben; ohne Milch- oder Weisheitszähne) und/oder durch Prothesen ersetzte Zähne (herausnehmbarer Zahnersatz) sind bei Antragstellung folgende Beitragszuschläge – centgenau gerundet – aus dem Tarifbeitrag zu vereinbaren: bis zu drei Zähnen, je Zahn 20 Prozent auf die beantragten Zahntarife. Diese Vereinbarung gilt nur, wenn derzeit keine zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlung durchgeführt wird oder notwendig, angeraten oder beabsichtigt ist und derzeit oder innerhalb der letzten drei Jahre keine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt wurde.
- Werden zum Zeitpunkt der Antragstellung Maßnahmen durchgeführt oder ist bei Antragstellung bekannt, dass in absehbarer Zeit eine zahnärztliche Behandlung erforderlich wird, ist ein Zahnstatus (zahnärztlicher Befundbericht – Artikelnummer A 804) vorzulegen.
- Beitragszuschläge für fehlende Zähne und/oder durch Prothesen ersetzte Zähnen (herausnehmbarer Zahnersatz) sind ein Bestandteil des Gesamtbeitrags und in voller Höhe für die gesamte Vertragsdauer zu zahlen.
- Wird derzeit oder wurde innerhalb der letzten drei Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt, ist ein aktueller Parodontal-Status vorzulegen.

Wird ein Beitragszuschlag nicht akzeptiert, gilt bei bis zu drei fehlenden und/oder durch Prothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzten Zähnen folgender Leistungsausschluss als vereinbart:

„Für die bei Antragstellung fehlenden und/oder durch Prothesen ersetzten Zähne (herausnehmbarer Zahnersatz) und allen hiermit zusammenhängenden Maßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.“

Ein zahnärztlicher Befundbericht ist bei der Vereinbarung des Leistungsausschlusses nicht erforderlich.

Bei Personen ab **Eintrittsalter 50** ist für den Abschluss der Zahnzusatztarife Z100, Z90Bonus, Z70, Z50/90, 281, 184 und 185 stets die Vorlage eines aktuellen zahnärztlichen Befundberichts (Artikelnummer A 804) erforderlich.

Dabei werden alle Erkenntnisse des Befundberichts in die Bewertung der Versicherungsfähigkeit einbezogen.

Sind mehr als die Hälfte der vorhandenen Zähne mit

- b (Brücken),
- k (überkronten Zähnen),
- i (Implantaten),
- y (Inlays) oder
- t (Konus- /Teleskopkronen)

versorgt – zu den vorhandenen Zähnen zählen dabei **keine** Weisheitszähne sowie Zähne, die im Zahnbefund mit

- s (sanierungsbedürftig),
- c (kariös),
- z (zerstört),
- f (fehlend) oder
- e (prothetisch ersetzt)

bezeichnet sind, dann führt das zu einer Ablehnung.

Krankenzusatzversicherung für die Tarife Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100

Bei Antragstellung können bis zu drei fehlende und/oder durch Prothesen ersetzten Zähnen (herausnehmbarer Zahnersatz) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

Ab vier fehlenden und/oder durch Prothesen ersetzten Zähnen (herausnehmbarer Zahnersatz) ist eine Annahme nicht möglich.

Es wird nicht zwischen fehlenden und oder durch Prothesen ersetzten Zähnen unterschieden.

a) Für fehlende Zähne (wenn noch nicht ersetzt; ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben; ohne Milch- oder Weisheitszähne) und/oder durch Prothesen ersetzte Zähne (herausnehmbarer Zahnersatz) sind bei Antragstellung folgende Beitragszuschläge – centgenau gerundet – aus dem Tarifbeitrag zu vereinbaren: bis zu drei Zähnen, je Zahn 20 Prozent auf die beantragten Zahntarife. Diese Vereinbarung gilt nur, wenn derzeit keine zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlung durchgeführt wird oder notwendig, angeraten oder beabsichtigt ist und derzeit oder innerhalb der letzten drei Jahre keine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt wurde.

b) Beitragszuschläge für fehlende Zähne und/oder durch Prothesen ersetzte Zähnen (herausnehmbarer Zahnersatz) sind ein Bestandteil des Gesamtbeitrags und in voller Höhe für die gesamte Vertragsdauer zu zahlen.

Wird ein Beitragszuschlag nicht akzeptiert, gilt bei bis zu drei fehlenden und/oder durch Prothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzten Zähnen folgender Leistungsausschluss als vereinbart:

„Für die bei Antragstellung fehlenden und/oder durch Prothesen ersetzten Zähne (herausnehmbarer Zahnersatz) und allen hiermit zusammenhängenden Maßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.“

Ein zahnärztlicher Befundbericht ist bei der Vereinbarung des Leistungsausschlusses nicht erforderlich.

c) Werden zum Zeitpunkt der Antragstellung Maßnahmen durchgeführt oder ist bei Antragstellung bekannt, dass in absehbarer Zeit eine zahnärztliche Behandlung erforderlich wird, ist für diese Maßnahmen folgende Vereinbarung erforderlich:

„Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Zahnbehandlungen, Zahnersatzversorgungen sowie kieferorthopädische und kieferchirurgische Maßnahmen, die bei Antragstellung der zu versichernden Person

- bereits begonnen haben oder
- bereits notwendig oder beabsichtigt waren bzw. vom Zahnarzt bereits empfohlen worden sind.“

Ein zahnärztlicher Befundbericht ist bei der Vereinbarung des Leistungsausschlusses nicht erforderlich.

d) Wird derzeit oder wurde innerhalb der letzten drei Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt, ist folgende Vereinbarung erforderlich:

„Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle parodontalen Erkrankungen und alle darauf zurückzuführenden Zahnbehandlungen sowie Zahnersatzversorgungen.“

Ein zahnärztlicher Befundbericht ist bei der Vereinbarung des Leistungsausschlusses nicht erforderlich.

e) Sofern eine Vereinbarung bei c) und/oder d) erforderlich ist, gelten abweichend von Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) folgende summenmäßige Begrenzungen:

Tarif	Dent70	Dent90	Dent90+	Dent100
im ersten Kalenderjahr	250 €	500 €	500 €	750 €
in den ersten 2 Kalenderjahren	500 €	1.000 €	1.000 €	1.500 €
in den ersten 3 Kalenderjahren	750 €	1.500 €	1.500 €	2.250 €
in den ersten 4 Kalenderjahren	1.000 €	2.000 €	2.000 €	3.000 €
in den ersten 5 Kalenderjahren	1.250 €	2.500 €	2.500 €	3.750 €

Ab Beginn des sechsten Kalenderjahres leisten wir unbegrenzt.

Bei Personen ab **Eintrittsalter 50** ist für den Abschluss der Zahnzusatztarife Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 stets die Vorlage eines aktuellen zahnärztlichen Befundberichts (Artikelnummer A 804) erforderlich.

Dabei werden alle Erkenntnisse des Befundberichts in die Bewertung der Versicherungsfähigkeit einbezogen.

Sind mehr als die Hälfte der vorhandenen Zähne mit

- b (Brücken),
- k (überkronten Zähnen),
- i (Implantaten),
- y (Inlays) oder
- t (Konus- /Teleskopkronen)

versorgt – zu den vorhandenen Zähnen zählen dabei **keine** Weisheitszähne sowie Zähne, die im Zahnbefund mit

- s (sanierungsbedürftig),
- c (kariös),
- z (zerstört),
- f (fehlend) oder
- e (prothetisch ersetzt)

bezeichnet sind, dann führt das zu einer Ablehnung.

15 Berufe – Annahmerichtlinien

Die Aufstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Bei einer gewünschten Krankentagegeldabsicherung prüfen Sie bitte im Abschnitt 15.2, ob für den Beruf spezielle Regelungen gelten.

15.1 Nicht oder nur bedingt versicherbare Berufe

I. Nicht versicherbare Berufe in der Krankheitskostenvollversicherung (inkl. Pflegepflichtversicherung), Krankenzusatzversicherung und Pflegezusatzversicherung

- Abonnentenwerber/in
- Akrobat/in
- Ambulante Händler/in
- animateur/in
- Arbeitslose/r
- Archäologe/in
- Artist/in
- Bademeister/in (Saisonarbeit)
- Badewärter/in (Saisonarbeit)
- Ballonfahrer/in
- Bereiter/in
- Berufe im Umgang mit explosiven Stoffen
- Berufe mit Umgang bzw. Kontakt mit gesundheitsgefährdenden und/oder radioaktiven Substanzen
- Berufshubschrauberführer/in
- Berufssportler/in
- Binnenfischer/in
- Binnenschiffer/in
- Bohrarbeiter/in (Bohrinsel)
- Botschafter/in
- Call-Center Agent/in
- Diplomat/in
- Diskjockey
- Dompteur/in
- Eisverkäufer/in (Saisonarbeit)
- E-Sportler/in (Gamer/in)
- Fahrzeugüberführer/in
- Feuerschlucker/in
- Fotomodell
- Fremdenführer/in (Ausland)
- Hundefriseur/in (ohne festen Ladensitz)
- Imbissverkäufer/in (ohne festen Verkaufsstand)
- Juicer/in für E-Scooter
- Kampfmittelbeseitiger/in
- Magier/in
- Mechaniker/in – Erdöl/Erdgasförderung
- Mönch
- Nonne
- Pfarrer/in
- Personen im amourösen Gewerbe (z.B. Prostituierte, Callboy, Eskortservice)
- Personen mit Saisonberufen
- Personen, die ein ambulantes Gewerbe ausüben (z.B. ambulante Händler/in)
- Piercer/in (ohne festen Ladensitz)
- Promoter/in
- Schaukämpfer/in
- Schausteller/in
- Seeleute
- Segellehrer/in
- Segler/in (Profi)
- Skilehrer/in
- Spargelbauer/Spargelbäuerin
- Straßensänger/in
- Stuntfrau/Stuntmann
- Surflehrer/in
- Tätowierer/in / ohne festen Ladensitz
- Testpilot
- Trauerredner/in
- Türsteher/in
- Unterwasserschweißer/in
- Wildheger/in
- Zauberer/in
- Zeitungsverkäufer/in

II. Berufe, für die ausschließlich nachfolgend genannte Zusatzversicherungstarife beantragt werden können (die Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung und/oder anderweitiger Tarife ist nicht möglich)

Welcher Tarif zu welchem Beruf beantragt werden kann, ist nachfolgend dargestellt.

	Z50/90, Z70, Z90Bonus, Z100, Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100 BJunior, KJunior, V100	282	Pflegezusatztarife
Astronaut			
Atomkraftwerkspersonal im Sperr- oder Kontrollbereich	o	o	-
Auslieferungsfahrer/in	o	o	-
Barkeeper/in	o	o	o
Bergleute	o	-	-
Bergretter/in	o	-	-
Bergungstaucher/in	o	o	-
Berufstaucher/in	o	o	-
Bodyguard	o	o	-
Detektiv/in (Waffenträger)	o	o	-
Drachenfluglehrer/in	o	o	-
Fahrradkurier/in	o	o	-
Fallschirmsprunglehrer/in	o	o	-
Friseur/in (ohne festen Ladensitz)	o	o	o
Holzfäller/in	o	o	-
Industriekletterer/in	o	o	-
Personenschützer und ähnliche Berufe, wenn Waffenträger	o	o	-
Pyrotechniker/in	o	o	-
Spielhallenaufseher/in	o	o	-
Tauchlehrer/in	o	o	-
Tennislehrer/in (ohne Hallenbetrieb)	o	o	-
Testfahrer/in	o	o	-
Waldarbeiter/in	o	o	-

(o = Beantragung möglich, - = Beantragung nicht möglich)

15.2 Krankentagegeld – nicht versicherbare und bedingt versicherbare Berufe

I. Keine Krankentagegeld-Versicherung

- Au-pair
- Ausgrabungshelfer/in
- Bäuerin/Bauer
- Beamter/in
- Erntearbeiter/in
- Feuerwehrfrau/mann
- Fischwirt/in
- Golf-Lehrer/in
- Hausfrau/Hausmann
- Hilfskräfte (z.B. Lagerhelfer, Kochgehilfe, Montagehelfer, Baugehilfe)
- Internethändler/in
- Minister
- Parlamentsstenograf/in
- Personen in Land- und Forstwirtschaft
- Pferdepfleger/in
- Pferdewirt/in
- Polizist/in
- Reitlehrer/in
- Sägewerker/in
- Seelsorgehelfer/in
- Schüler/in
- Städtereinigungs-, Entsorgungshelfer/in
- Starkstrommonteur/in
- Student/in
- Tagesmutter/Tagesvater
- Tanzlehrer/in (ohne eigenes Tanzstudio)
- Tierlehrer/in
- Tierpfleger/in
- Tierwirt/in
- Viehpfleger/in (mit Festanstellung)
- Wehrdienstleistende/r
- Weinbauer/in
- Zoowärter/in

II. Krankentagegeld-Versicherung mit 30 % Beitragszuschlag

- Fliegendes Personal (z. B. Pilot/in, Copilot/innen, Flugbegleiter/in, Purser/in, etc.)

III. Krankentagegeld-Versicherung ab Tag 22 und nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung möglich

(Für Arbeitnehmer ist eine Absicherung im Rahmen der gesetzlichen Entgeltfortzahlung auch ohne Krankheitskostenvollversicherung möglich)

- Akquisiteur/in
- Aktienanalyst/in
- Analyst/in
- Antiquar/in
- Anlageberater/in
- Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/in
- Auslieferungsfahrer/in (nicht Verkaufsfahrer/in)
- Außenhandelskauffrau/mann
- Autoersatzteilverkäufer/in
- Autohändler/in
- Automobilkauffrau/mann
- Autoverkäufer/in
- Bankkauffrau/mann
- Behälter- und Apparatebauer/in
- Berufskraftfahrer/in
- Beton- und Stahlbetonbauer/in
- Betonstahlbieger/in und -flechter/in
- Blumenhändler/in
- Börsenmakler/in
- Brennschneider/in
- Broker/in
- Buchhändler/in
- Busfahrer/in
- Chauffeur/in
- Detektiv/in (kein Waffenträger)
- Diamantenhändler/in (nicht ambulante Händler, Ladengeschäft)
- Dozent/in
- Drogist/in
- Duty-Officer
- Einzelhandelskauffrau/mann
- Eishockey-Trainer/in
- Eisläufer-Trainer/in
- Erdbewegungsmaschinenführer/in
- Erzieher/in
- Event-Manager/in
- Expedient/in
- Fachverkäufer/in (Nahrungsmittel, Lebensmittelhandwerk)
- Fachverkäufer/in Textilien, Bekleidung
- Facility-Manager/in
- Fahrradhändler/in
- Fahrzeugpfleger/in
- Fassadenmonteur/in
- Finanzmakler/in
- Fitness-Trainer/in
- Fondsmanager/in
- Food-and-Beverage-Manager/in
- Fluglotse/in
- Funker/in (nicht Soldat/in)
- Fußball-Trainer/in
- Gabelstaplerfahrer/in
- Gebäude-, Grundstückswächter/in (unbewaffnete Einsatzkräfte)
- Gefahrguttransporteur/in
- Geldtransporterfahrer/in (unbewaffnete Einsatzkräfte)
- Gerätewart/in
- Gerüstbauer/in
- Gesanglehrer/in
- Gießereimechaniker/in
- Gleisbauer/in
- Golfplatzwart/in
- Greenkeeper/in
- Groß- und Außenhandelskaufmann/-frau
- Gummiverarbeiter/in
- Gymnastiklehrer/in
- Handelsvertreter/in
- Haus- und Familienpfleger/in
- Hausmeister/in
- Hochschuldozent/in
- Idea- und Innovations-Manager/in
- Immobilienkauffrau/mann
- Immobilienmakler/in
- Kassierer/in
- Kauffrau/mann im Gesundheitswesen
- Kaufmann/-frau - Marketingkommunikation
- Kaufmann/-frau für Kurier-, Express und Postdienstleistungen
- Kaufmann/-frau für Verkehrsservice
- Kaufmann/-frau im E-Commerce
- Kaufmann/-frau im Eisenbahn- und Straßenverkehr
- Kaufmann/-frau im Reederei- und Schiffsmaklergewerbe
- Kaufmann/-frau in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft
- Kaufmann/-frau für Versicherungen und Finanzen
- Kerzenhersteller/in und Wachsbildner/in
- Klempner/in
- Kommunikationstrainer/in
- Kontakter/in, Werbeberater/in
- Kraftfahrzeughändler/in
- Kraftfahrzeugkauffrau/mann
- Kranführer/in
- Kunst-, Antiquitätenhändler/in
- Kunst-, Zeichenlehrer/in
- Kunststoffverarbeiter/in
- Kurier/in
- Küchenplaner/in
- Kürschner/in
- Kutscher/in

- Landmaschinenführer/in
- Leasing-Berater/in
- Lederarbeiter/in
- Lehrer (z.B. Grund-, Haupt-, Real-, Hoch-, Berufsschulen, Gymnasien)
- LKW-Fahrer/in
- Markthändler/in (mit Ladengeschäft)
- Maschinenbediener/in
- Maschinenführer/in
- Milchtechnologe/-technologin
- Milchwirtschaftliche/r Fachberater/in
- Milchwirtschaftliche/r Laborant/in
- Monteur/in
- Musiklehrer/in
- Nachtwächter/in (unbewaffnete Einsatzkräfte)
- Niederlassungsleiter/in
- Objektschützer/in (unbewaffnete Einsatzkräfte)
- Oberflächenbeschichter/in
- Obst- und Gemüsehändler/in
- Pädagoge/in
- Pannendienstfahrer/in
- Platz-, Gerätewart/in
- Privatdetektiv/in (kein Waffenträger)
- Pumpen-, Wasserwerksmaschinist/in, -wärter/in
- Präzisionswerkzeugmechaniker/in
- Rettungssanitäter/in
- Schiffsmakler/in
- Schilder- und Lichtreklamehersteller/in
- Schleifer/in
- Schrotthändler/in
- Schulleiter/in
- Schweißer/in
- Schwimmlehrer/in
- Sozialarbeiter/in
- Spediteur/in (überwiegend als Kraftfahrer tätig)
- Spediteur/in (überwiegend kaufmännische Tätigkeit)
- Speditionskauffrau/mann
- Stahlwerker/in
- Staplerfahrer/in
- Stenograf/in
- Streetworker/in
- Tae Bo-Instruktor/in
- Tankwagenfahrer/in
- Tanzlehrer/in (mit eigenem Tanzstudio)
- Taxifahrer/in
- Taxiunternehmer/in
- Tennislehrer/in (mit Hallenbetrieb)
- Veranstaltungskauffrau/mann
- Veranstaltungsmanager/in
- Verkäufer/in
- Versicherungskauffrau/mann
- Versicherungsmakler/in
- Versicherungsvertreter/in
- Vertriebsassistent/in
- Vertriebsleiter/in
- Wachfrau/mann (unbewaffnete Einsatzkräfte)
- Weinhändler/in
- Werkschutzfrau/mann (unbewaffnete Einsatzkräfte)
- Werkzeugschärfer/in (mit Ladengeschäft)
- Wirtschaftler/in
- Visagist/in
- Wärme-, Kälte- und Schallschutzisolierer/in
- Wasserbauer/innen
- Werksteinhersteller/in
- Wertpapieranalyst/in
- Yogalehrer/in
- Zoohändler/in

IV. Krankentagegeld-Versicherung ab Tag 29 und nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung möglich

(Für Arbeitnehmer ist eine Absicherung im Rahmen der gesetzlichen Entgeltfortzahlung auch ohne Krankheitskostenvollversicherung möglich)

- Alltags-/ Altenbetreuer/in
- Altenpflegehelfer/in
- Altenpfleger/in
- Außendienstmitarbeiter/in
- Bedienung
- Caterer/in
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Imbissverkäufer/in (mit festem Verkaufsstand)
- Kellner/in
- Kioskbetreiber/in
- Lotteriannehmer/in (mit Ladengeschäft)
- Leiter/in – Beherbergungsbetrieb
- Leiter/in – Gastronomiebetrieb
- Museologe/in
- Museumsassistent/in
- Museumsaufseher/in
- Museumsleiter/in
- Museumspädagoge/ pädagogin
- Partyservicebetreiber/in
- Pflegefachmann/ frau
- Saucier
- Restaurantleiter/in

V. Krankentagegeld-Versicherung (auch ohne Krankheitskostenvollversicherung – mit Ausnahme des Tarifs KTV) ab Tag 22 möglich

- Abdichter/in
- Abfüller/in
- Aktuar/in
- Anlagen-, Konstruktionsmechaniker/in
- Anlagenmechaniker/in - Sanitär-, Heizungs- und Klimatechnik
- Asphaltbauer/in
- Aufbereitungsmechaniker/in

- Automatenmechaniker/in
- Band-, Fließbandarbeiter/in
- Bankkettler/in
- Bau- und Möbeltischler/in
- Bauarbeiter/in
- Bauvorarbeiter/in
- Bauwerksmechaniker/in für Abbruch und Betontrenntechnik
- Behälter-, Rohrreiner/in
- Betonstein- und Terrazzohersteller/in
- Blitzableiterbauer/in
- Bodenleger/in
- Bodensteward/ess
- Bohrarbeiter/in (auf dem Festland)
- Bootsbauer/in
- Börsenmakler/in
- Botaniker/in
- Böttcher/in
- Brunnenbauer/in
- Büchsen-, Systemmacher/in
- Büromaschinenmechaniker/in
- Bürsten- und Pinselmacher/in
- Chirurgiemechaniker/in
- Dachdecker/in
- Diamentschleifer/in
- Dockarbeiter/in
- Drahtwarenmacher/in
- Drechsler/in
- Einrichtungsberater/in
- Eiskremhersteller/in
- Elektromechaniker/in
- Entremetier
- Ernährungsberater/in
- Estrich-, Terrazzoleger/in
- Fachfrau/mann für Kurier-, Express- und Postdienstleistungen
- Fachkraft - Abwassertechnik
- Fachkraft - Fahrbetrieb
- Fachkraft - Kurier-, Express- und Postdienstleistungen
- Fachkraft - Lederherstellung und Gerbereitechnik
- Fachkraft - Marketing/Verkauf/Vertrieb
- Fachkraft - Möbel-, Küchen- und Umzugservice
- Fachkraft - Rohr-, Kanal- und Industrieservice
- Fachkraft - Schutz und Sicherheit
- Fachkraft für Kreislauf- und Abfallwirtschaft
- Fachkraft für Lagerlogistik
- Fachkraft für Metalltechnik
- Fachlagerist/in
- Fahrradmonteur/in
- Fahrzeuglackierer/in
- Fassaden-, Verblendmaurer/in
- Feinwerkmechaniker/in
- Feuerungs- und Schornsteinbauer/in
- Fitness-Studiobetreiber/in
- Flechtwarenmacher/in
- Fliesen-, Platten- und Mosaikleger/in
- Florist/in
- Fremdenführer/in (Inland)
- Friedhofsarbeiter/in
- Friseur/in (mit festem Ladensitz)
- Fußpfleger/in (kosmetisch)
- Gärtner/in
- Gebäudereiniger/in
- Gerichtsvollzieher/in
- Gipser/in
- Glas- und Porzellanmaler/in
- Glasmacher/in
- Hafenarbeiter/in
- Holz(fach)werker/in
- Hotelkauffrau/mann
- Hotelfachfrau/in
- Hundefriseur/in (mit festen Ladensitz)
- Hut-, Mützenmacher/in
- Industrieanlagenmechaniker/in
- Industrieisolierer/in
- Industriemechaniker/in
- Inkassobeauftragte/r (im Außendienst)
- Instrumentenmacher/in
- Investmentfondskauffrau/mann
- Kabelmonteur/in (Fern-, Frei- und Fahrleitungsbau)
- Kachelofen- und Luftheizungsbauer/in
- Kanalbauer/in
- Karosserie- und Fahrzeugbauer/in (Fahrzeugbau und Karosseriebau)
- Kindergärtner/in
- Klavierstimmer/in
- Koch/Köchin
- Kompressorenmechaniker/in
- Konstruktionsmechaniker/in
- Korb, Flechtwarenmacher/in
- Kosmetiker/in
- Küchenchef/in
- Kundendienstberater/in
- Kundendienstmechaniker/in
- Lager- und Transportarbeiter/in
- Lagerist/in
- Landmaschinenmechaniker/in
- Leichtflugzeugbauer/in
- Lokomotivführer/in
- Lötter/in
- Maler- und Lackierer/in
- Maschinen-, Anlagenreiner/in
- Maschinen- und Anlagenmonteur/in
- Masseur/in
- Maurer/in
- Mechaniker/in Reifen- und Vulkanisationstechnik
- Medizinische Fußpfleger/in
- Melk- und Kühlanlagenmechaniker/in
- Messebauer/in
- Modellbauer/in
- Modist/in
- Montagearbeiter/in

- Monteur/in (mit Ausnahme von Starkstrom- und Fassaden)
- Musikinstrumentenbauer/in
- Natur- und Landschaftspfleger/in
- Optikgerätemechaniker/in
- Orthopädiemechaniker/in
- Orthopädiemechaniker/in und Bandagist/in
- Orthopädienschuhmacher/in
- Packer/in
- Pappmacher/in
- Parkettleger/in
- Pâtissier/in
- Pensions-, Gasthofbesitzer/in
- Personalberater/in
- Personalkauffrau/mann
- Pfisterer/in
- Piercer/in (mit festem Ladensitz)
- Plattenleger/in
- Polier/in
- Rettungsassistent/in
- Rohrleitungsbauer/in
- Rohrnetzbauer/in
- Rohrvorrichter/in
- Rolladen- und Sonnenschutzmechatroniker/in
- Rolladen- und Jalousiebauer/in
- Sandstrahler/in
- Sanitäter/in
- S-Bahn-Fahrer/in
- Schädlingsbekämpfer/in
- Schienenfahrzeugreiniger/in
- Schiffsmechaniker/in
- Schloss- und Schlüsselmacher/in
- Schreiner/in
- Schuhmacher/in
- Segelmacher/in
- Sekretär/in
- Servicetechniker/in
- Speiseeishersteller/in
- Spielzeughersteller/in
- Spielzeugmacher/in
- Sportgerätebauer/in
- Sport- und Fitnesskauffrau/mann
- Sportmanager/in, -ökonom/in
- Steinmetz und Steinbildhauer/in
- Steinschleifer/in, -polierer/in
- Straßenwart/Straßenwärterin
- Stuckateur/in
- Stylist/in
- Suppen-, Beilagenkoch/in
- Süßwarenhersteller/in
- Tabakwarenhersteller/in
- Tankreiniger/in
- Tankwart/in
- Tätowierer/in (mit festem Ladensitz)
- Thermometermacher/in
- Tischler/in
- Treppenbauer/in
- Tunnelbauer/in
- U-Bahn-Fahrer/in
- Uhrmacher/in
- Verfahrensmechaniker/in
- Verfuger/in
- Verpackungsmittelhersteller/in
- Warenpacker/in
- Wärme- und Kälteisolierer/in
- Wartungs- und Servicetechniker/in
- Werftarbeiter/in
- Werkzeugmechaniker/in
- Zerspanungsmechaniker/in
- Zimmerer/in
- Zweiradmechatroniker/in

VI. Krankentagegeld-Versicherung (auch ohne Krankheitskostenvollversicherung – mit Ausnahme des Tarifs KTV) ab Tag 43 möglich

- Putzfrau/mann

VII. Krankentagegeld-Versicherung (auch ohne Krankheitskostenvollversicherung – mit Ausnahme des Tarifs KTV) ab Tag 29 möglich

- Art-Buyer/in

15.3 Berufe, die mittels Einzelfallentscheidung durch die Hauptverwaltung geprüft werden müssen

- Astrologe/in
- Aufnahmeleiter/in
- Aufnahmeleiterassistent/in
- Autor/in
- Balletttänzer/in
- Bauchredner/in
- Bildberichterstatte/in
- Bildhauer/in
- Bildjournalist/in
- Box-Manager/in
- Choreograph/in
- Chorsänger/in
- Croupier/ère
- Designer/in
- Diakon/in
- Dirigent/in
- Drehbuchautor/in
- Entertainer/in
- Entwicklungshelfer/in
- Filmproduzent/in

- Fotograf/in
- Fotojournalist/in
- Franchise Unternehmer/in
- Geschäftsführer/in
- Influencer/in
- Journalist/in
- Kabarettist/in
- Kirchenmusiker/in
- Komponist/in
- Korrespondent/in
- Künstler/in
- Künstlervermittler/in
- Küster/in
- Manager für Künstler, Berufssportler/innen u. ä.
- Missionar/in
- Modedesigner/in
- Moderator/in
- Musik-Producer/in
- Musiker/in
- Opersänger/in
- Orchesterleiter/in
- Orchestermusiker/in
- Ordensbruder/schwester
- Pastor/in
- Pastoralreferent/in
- Priester/in
- Publizist/in
- Radio- und Fernsehmoderator/in
- Reality TV-ler/in
- Redaktionsassistent/in
- Regisseur/in
- Reiseführer/in
- Reiseleiter/in
- Rundfunk-, Fernsehsprecher/in
- Sänger/in
- Schauspieler/in
- Schmuckdesigner/in
- Schriftsteller/in
- Seelsorger/in
- Showproduzent/in
- Synchronsprecher/in
- Tänzer/in
- Textildesigner/in
- Tierpsychologe/in
- TikToker/in
- Varietékünstler/in
- Verleger/in (Medien, Musik)
- Vikar/in
- Vortragskünstler/in
- Youtuber/in

16 Allgemeines

16.1 Wirtschaftsauskunft

Anträge mit negativer Wirtschaftsauskunft (Eintragung in Schuldnerliste beim Amtsgericht) werden ohne weitere Prüfung abgelehnt.

16.2 Gehaltsnachweis

Bei einer Krankentagegeld-Versicherung mit einem Tagessatz von über 200 Euro (inklusive Krankentagegeld bei anderen Unternehmen und Krankengeld der GKV) ist ein **Gehaltsnachweis** von neutraler Stelle (Einkommensteuerbescheid, Gehaltsabrechnung) mit dem Antrag einzureichen.

17 Berechnung Absicherung Krankentagegeld

Seit dem Haushaltbegleitgesetz 1984 müssen als Angestellte oder Arbeiter beschäftigte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung vom Kranken- bzw. Verletztengeld Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflege-Pflichtversicherung zahlen; je zur Hälfte die gesetzliche Krankenkasse und das GKV-Mitglied.

Nach Beendigung der Lohn- oder Gehaltszahlung im Krankheitsfall (meistens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit) erhalten Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ein Krankengeld, das maximal 70 Prozent der für die Beiträge zur Krankenversicherung geltenden Bemessungsgrenze, maximal 90 Prozent des Nettoeinkommens beträgt.

Für Privatkrankenversicherte besteht am Ende der Gehaltsfortzahlung keine Beitragspflicht zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. Sofern keine Befreiung vorliegt, können Beiträge zur Rentenversicherung jedoch auf Antrag freiwillig gezahlt werden. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Ende der Gehaltsfortzahlung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV-Bund, früher BfA) zu stellen. Dadurch ist sichergestellt, dass diese Krankheitszeiten später bei der Rentenberechnung als Anrechnungszeiten gewertet werden.

Es ist von Privatversicherten der volle Beitrag zur Rentenversicherung aufzubringen.

Zugunsten der privatversicherten Arbeitnehmer zahlt die Gesellschaft für Zeiten nach Ende der Gehaltsfortzahlung die Beiträge für die Arbeitslosenversicherung an die Bundesagentur für Arbeit.

Die sich durch diese Gesetzespflicht bzw. bei Privatkrankenversicherten durch freiwillige Leistung ergebenden finanziellen Einbußen können die davon betroffenen Personen durch den Abschluss unserer Krankentagegeld-Versicherung absichern.

17.1 Bestimmung Nettoeinkommen nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Grundlage für die Berechnung der maximal möglichen Absicherung im Krankentagegeld-Bereich ist daher das Nettoeinkommen.

Nettoeinkommen wird in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen wie nachfolgend definiert:

Selbstständige:

Abweichend von Teil I Absatz 2 Satz 2 ist bei Selbstständigen für die Berechnung des Nettoeinkommens das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgebend. Als das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gilt bei Selbstständigen der aus der selbstständigen Tätigkeit in dem maßgeblichen Kalenderjahr erzielte Gewinn im Sinne von § 4 Absatz 3 Einkommensteuergesetz (Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben) nach Abzug der hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag).

Für Versicherte, die als freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) versicherte Selbstständige grundsätzlich Anspruch auf Leistungen aus der GKV mit einem Anspruch auf Krankengeldzahlung haben, ist bei der Bestimmung des Nettoeinkommens von dem nach Satz 2 ermittelten Betrag zusätzlich abzuziehen:

- der bezogen auf die selbstständige Tätigkeit vom Selbstständigen zu entrichtende Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Arbeitnehmer:

Als das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gilt bei Arbeitnehmern monatlich ein Zwölftel des regelmäßigen jährlichen Nettoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit, welches dem Bruttojahresarbeitsentgelt (einschließlich fester und etwaiger, bereits wiederholt vereinbarter variabler Vergütungsbestandteile, ohne einmalige Sonderzahlungen) abzüglich der hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag) entspricht.

- Für Versicherte der Krankheitskosten-Vollversicherung (PKV-Vollversicherte) sind bei der Bestimmung des Nettoeinkommens zu dem nach Satz 1 ermittelten Betrag
 - die Arbeitgeberanteile der Beiträge zur Kranken- und Pflegepflicht-Versicherung
 - sowie die Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. zu gleichzusetzenden berufsständischen Versorgungswerken hinzuzurechnen
 - und der Arbeitnehmeranteil für die Arbeitslosenversicherung abzuziehen.
- Für Versicherte, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) als Pflichtversicherte oder freiwillig Versicherte Anspruch auf Leistungen haben, ist bei der Bestimmung des Nettoeinkommens von dem nach Satz 1 ermittelten Betrag zusätzlich abzuziehen:
 - der Arbeitnehmeranteil des Beitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Für die Bestimmung des Netto nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) werden je nach Versicherungsstatus verschiedene Unterlagen/Informationen benötigt (Gehaltsabrechnungen der letzten 12 Monate bzw. Jahreswerte; Einkommensteuerbescheide). Die Mitarbeiter der Hauptverwaltung sowie Ihr zuständiger Personenversicherungsspezialist oder Direktionsbeauftragter unterstützen bei der Ermittlung des Netto nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

17.2 Berechnung des maximal versicherbaren Tagessatzes auf Grundlage des Nettoeinkommens nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Für die Berechnung der maximalen Absicherung nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) werden je nach Versicherungsstatus weitere Unterlagen/Informationen benötigt (Höhe des Krankengeld-Anspruchs bzw. Höhe des Arbeits-einkommens auf das Beiträge entrichtet werden muss). Die Mitarbeiter der Hauptverwaltung sowie Ihr zuständiger Personenversicherungsspezialist oder Direktionsbeauftragter unterstützen bei der Ermittlung des versicherbaren Tagessatzes.

Falls ein anderweitiges Krankentagegeld besteht, muss der maximal versicherbare Tagessatz, um die bereits bestehende Absicherung gekürzt werden.

A) Arbeitnehmer, der gesetzlich krankenversichert ist

Vom Netto nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) muss noch der gesetzliche Anspruch auf Krankengeld abgezogen werden.

$$\begin{array}{r} \text{Netto laut AVB} \\ - \text{ gesetzliches, monatliches Krankengeld*} \\ \hline = \text{ maximal versicherbare Einkommenslücke} \\ \\ \text{Einkommenslücke} \\ / \quad 30 \\ \hline = \text{ maximal versicherbarer Tagessatz} \end{array}$$

* Arbeitnehmer, die in der GKV krankenversichert sind, haben nach Ablauf der Lohnfortzahlung Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld der GKV. Es beträgt 90 % des gesetzlichen Netto bzw. 70 % des Brutto, maximal 70 % der Beitragsbemessungsgrenze Krankenversicherung. Der niedrigere Betrag ist dann das relevante Brutto-Krankengeld, maximal 3.622,50 Euro in 2024. Aus dem berechneten Brutto-Krankengeld sind Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten. Die Beiträge zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung werden sowohl vom Leistungsträger, also der gesetzlichen Krankenkasse, als auch vom Versicherten getragen. Der Versichertenanteil wird vom Brutto-Krankengeld bereits vor Auszahlung in Abzug gebracht und entsprechend abgeführt. Zur Auszahlung kommt dann das Netto-Krankengeld.

B) Arbeitnehmer PKV-Vollversichert

$$\begin{array}{r} \text{Netto laut AVB (monatlich)} \\ / \quad 30 \\ \hline = \text{ maximal versicherbarer Tagessatz} \end{array}$$

**C) Selbstständiger, der privat krankenversichert ist sowie
Selbstständiger, der gesetzlich krankenversichert ist und keinen Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld aus der GKV hat**

$$\begin{array}{r} \text{Gewinn aus selbstständiger Arbeit abzgl. darauf entfallene Steuern (= Netto nach AVB bei Selbstständigen)} \\ / \quad 12 \\ \hline = \text{ monatliches Einkommen} \\ \\ \text{monatliches Einkommen} \\ / \quad 30 \\ \hline = \text{ maximal versicherbarer Tagessatz} \end{array}$$

D) Selbstständiger, der gesetzlich krankenversichert ist und Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld aus der GKV hat

Vom monatlichen Einkommen nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) muss noch der gesetzliche Anspruch auf Krankengeld abgezogen werden.

$$\begin{array}{r} \text{Gewinn aus selbstständiger Arbeit abzgl. darauf entfallene Steuern (= Netto nach AVB bei Selbstständigen)} \\ / \quad 12 \\ \hline = \text{ monatliches Einkommen} \\ \\ \text{monatliches Einkommen} \\ - \text{ gesetzliches, monatliches Krankengeld* (= max. 3.622,50 Euro in 2024)} \\ \hline = \text{ maximal versicherbare Einkommenslücke} \\ \\ \text{Einkommenslücke} \\ / \quad 30 \\ \hline = \text{ maximal versicherbarer Tagessatz} \end{array}$$

* Das tägliche Krankengeld der GKV ab dem 43. Tag ist so hoch wie 70 % des täglichen Arbeitseinkommens des Versicherten. Maximal beträgt es bis zu 120,75 Euro (Wert 2024). Es wird aus dem Arbeitseinkommen berechnet, für das der Versicherte zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Beiträge gezahlt hat.

17.3 PAUSCHALE Berechnung eines Tagessatzes

Grundlage für die Berechnung der Einkommenslücke ist das durchschnittliche Nettoeinkommen. Dieses bestimmt den maximal versicherbaren Tagessatz.

Die Praxis zeigt, dass die – für eine genaue Berechnung des Nettoeinkommens nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie des Krankengeldes GKV – benötigten Informationen in Beratungsgesprächen häufig nicht zur Verfügung stehen.

Weiterhin besteht bei Kunden – insbesondere bei Arbeitnehmern – ein unterschiedliches Verständnis zum Begriff „Nettoeinkommen“. So denken die Einen an den Überweisungsbetrag und Andere an den als „Gesetzliches Netto“ auf der Gehaltsabrechnung ausgewiesenen Betrag. Das Gesetzliche Netto (auch als Netto-Verdienst oder Netto auf Gehaltsabrechnungen ausgewiesen) ist das Gesamtbrutto laut Gehaltsabrechnung abzüglich der Steuern und Sozialversicherungswerte.

Nachfolgend finden Sie pragmatische Herangehensweisen für die pauschale Berechnung eines Krankentagegeldes. Ein so vereinfacht ermittelter Tagessatz entspricht in der Regel dem Vorgehen der Branche, liegt aber etwas unter dem Tagessatz, der unter vollständiger Berücksichtigung des durchschnittlichen Nettoeinkommen nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ermittelt würde.

WICHTIG: Wenn die Empfehlung des versicherbaren Tagessatz auf einer vereinfachten Berechnung (also nicht auf Ermittlung Netto nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)) beruht, ist der Kunde darauf hinzuweisen, dass es sich um eine pauschale Ermittlung der Einkommenslücke handelt, die seine individuelle Situation nicht exakt berücksichtigt.

A) PAUSCHALE Berechnung für Arbeitnehmer, der gesetzlich krankenversichert ist

Es wird empfohlen das Gesetzliche Netto laut Gehaltsabrechnung als Grundlage für die Berechnung zu verwenden. Der Auszahlungsbetrag ist in der Regel geringer, da vom Gesetzlichen Netto noch verschiedene persönliche Abzüge (z.B.: vWL, BAV, Kantinenbesuche etc.) abgehen.

$$\begin{array}{r} \text{monatliches Netto (Gesetzliches Netto)} \\ - \text{ Krankengeld Netto} \\ \hline = \text{ maximal versicherbare Einkommenslücke} \\ \\ \text{Einkommenslücke} \\ / \quad 30 \\ \hline = \text{ versicherbarer Tagessatz} \end{array}$$

* Vom Krankengeld Brutto sind die Arbeitnehmerbeiträge zur Sozialversicherung zu zahlen. Die Werte werden im Rechner bei Bedarf aktualisiert. Im Jahr 2024 betragen sie für die gesetzliche Rentenversicherung 9,30 %, für die Arbeitslosenversicherung 1,3 % und für die Pflegeversicherung 1,70 % bzw. 2,30 % für PPV Kinderlose.

Zur Orientierung dienen Ihnen die Werte in der Tabelle

Gesetzliches Netto	Tagessatz
750 €	5 €
1.000 €	7 €
1.250 €	9 €
1.500 €	11 €
1.750 €	12 €
2.000 €	14 €
2.250 €	16 €
2.500 €	18 €
2.750 €	20 €
3.000 €	22 €
3.250 €	23 €
3.500 €	25 €
3.750 €	27 €
4.000 €	29 €
4.250 €	36 €
4.500 €	45 €

B) PAUSCHALE Berechnung für Arbeitnehmer, der privat krankenversichert ist

$$\begin{array}{r} \text{gesetzliches Netto (monatlich)} \\ + \text{ Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung} \\ \quad \text{(bis zum maximal zuschussfähigen Beitrag KV, in 2024 liegt der Wert bei max. 424,76Euro)} \\ + \text{ Arbeitgeberzuschuss zur Pflege-Pflichtversicherung} \\ \quad \text{(bis zum maximal zuschussfähigen Beitrag PPV, in 2024 liegt der Wert bei max. 87,98Euro)} \\ + \text{ Höchstsatz Rentenbeitrag} \\ \quad \text{(in 2024 liegt der Wert bei 1.404,30 Euro)} \\ \hline = \text{ maximal versicherbare Einkommenslücke} \end{array}$$

$$\begin{array}{r} \text{Einkommenslücke} \\ / \quad 30 \\ \hline = \text{ versicherbarer Tagessatz} \end{array}$$

C) PAUSCHALE Berechnung für Selbstständigen, der privat krankenversichert ist sowie Selbstständigen, der gesetzlich krankenversichert ist und keinen Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld aus der GKV hat

Siehe 17.2 C – Vereinfachung nicht möglich

D) PAUSCHALE Berechnung für Selbstständigen, der gesetzlich krankenversichert ist und einen Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld aus der GKV hat

$$\begin{array}{r} \text{Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit abzgl. Steuern} \\ / \quad 12 \\ \hline = \text{ monatliches Einkommen} \\ \\ \text{monatliches Einkommen} \\ - \text{ Krankengeld-Anspruch GKV (=70 \% des monatlichen Einkommen bzw. max. 70 \% der BBG KV)*} \\ \hline = \text{ maximal versicherbare Einkommenslücke} \end{array}$$

$$\begin{array}{r} \text{Einkommenslücke} \\ / \quad 30 \\ \hline = \text{ maximal versicherbarer Tagessatz} \end{array}$$

* Als Krankengeld werden vereinfacht 70 % des angegebenen Netto/monatlichen Einkommens bzw. der Maximalwert (= 70 % der BBG KV; in 2024 also 3.622,50 Euro monatlich bzw. 120,75 Euro täglich) berücksichtigt.

17.4 Geringfügige Beschäftigung (Minijob)

Geht die betroffene Person einer geringfügigen Beschäftigung (Minijob) nach, ist die Absicherung einer Krankentagegeldversicherung nicht möglich. Bei gleichzeitiger Ausübung einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung und einer geringfügigen Beschäftigung, kann der Einkommensanteil aus der geringfügigen Beschäftigung nicht auf das versicherbare Nettoeinkommen angerechnet werden.

18 Tarifkombinationen

Nachfolgend sind für den Ergänzungsbereich die grundsätzlichen Kombinationsmöglichkeiten der ambulanten Tarife und der wichtigsten Ergänzungs-, Stationär- und Zahntarife dargestellt.

	181 182 183	261 262	Medklinik 1 S/L MedKlinik 2 S/L	281	282	482 483	184 185	Z100 Z70 Z50/90 Z90Bonus	Dent70 Dent90 Dent90+ Dent100	V100	FlexiPro	BJunior/ KJunior
181/182/183	–	ja	ja	ja**	ja	nein	ja	ja**	ja**	nein	ja	ja
261/262	ja	–	nein	ja	ja	ja	ja*	ja	ja	ja	ja	ja
MedKlinik 1/2 S/L	ja	nein	-	ja	ja	ja	ja*	ja	ja	ja	ja	ja
281	ja**	ja	ja	–	nein	nein	nein	nein	nein	ja	ja***	ja
282	ja	ja	ja	nein	–	nein	ja*	ja	ja	ja	ja***	ja
482/483	nein	ja	ja	nein	nein	–	nein	ja	ja	ja	ja	ja
184/185	ja	ja*	ja*	nein	ja*	nein	–	nein	nein	nein	ja***	ja*
Z100, Z70, Z50/90, Z90Bonus	ja**	ja	ja	nein	ja	ja	nein	–	nein	ja	ja	ja
Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100	ja**	ja	ja	nein	ja	ja	nein	nein	–	ja	ja	ja
V100	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	–	ja***	ja
FlexiPro	ja	ja	ja	ja***	ja***	ja	ja***	ja	ja	ja***	–	ja***
BJunior/ KJunior	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja*	ja	ja***	ja	ja***	–

* In der GKV-Zusatzversicherung können die Tarife 184 bzw. 185 nur dann abgeschlossen werden, wenn zusätzlich Tarif 181, 182 oder 183 versichert ist.

** Die Tarife Z50/90, Z70, Z100, Z90Bonus, Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100 und 281 können für Personen, die in der deutschen GKV kein Kostenerstattungsprinzip für den zahnärztlichen Versorgungsbereich gewählt haben, mit einem der Tarife 181–183 kombiniert werden.

*** Der Tarif FlexiPro kann nur in Verbindung mit mindestens einem der Tarife 181–183, MedKlinik 1/2 S/L, 261/262, 482/483 oder Z50/90, Z70, Z100, Z90Bonus, Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100 abgeschlossen werden.

Hinweis

Es darf bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen kein gleichartiger Versicherungsschutz bestehen bzw. beantragt sein.

Aus den wichtigsten übrigen Zusatztarifen der ARAG (Krankenhaustagegeldtarif 11, Krankentagegeldtarife 31–39, Pflegekostentarif 68 und Pfl egetagegeldtarife PIN und 69) entstehen keine weiteren Restriktionen zu den oben dargestellten Kombinationsmöglichkeiten. Der Auslandsreisetarif RK kann nicht mit den Tarifen 281, 282, 482 oder 483 kombiniert werden.

Die **Pflegezusatztarife** 68 (Pflegekosten) und 69 (Pfl egetagegeld) können sowohl einzeln als auch miteinander kombiniert abgeschlossen werden. In Kombination kann jeder der beiden Tarife bis maximal zur Hälfte seiner jeweiligen Einzel-Höchstgrenze abgeschlossen werden. Beim Abschluss beider Tarife gemeinsam ist somit die höchstmögliche Kombination:

100 Prozent Kostenerstattung (Tarifstufe 685) und 50 Euro Pfl egetagegeld (Tarif 69).

Wird nur einer der beiden Tarife gewünscht, kann bis zur Höchstgrenze von 200 Prozent Kostenerstattung (Tarifstufe 680) bzw. 100 Euro Pfl egetagegeld (Tarif 69) ausgewählt werden.

In Kombination von Tarif 68 mit Tarif PIN kann in Tarif PIN max. 50 Euro je Pflegegrad abgeschlossen werden.

In Kombination von Tarif 69 mit Tarif PIN können in den Pflegegraden 1–5 in Summe max. 100 Euro abgeschlossen werden.

In Kombination von Tarif 68 mit Tarif 69 und Tarif PIN können ebenso max. 50 Euro je Pflegegrad abgeschlossen werden.

19 Mindestbeitrag

Unabhängig von der gewählten Zahlungsweise beträgt die monatliche Mindestbeitragshöhe für Neuabschlüsse pro Vertrag **4 Euro** (einschließlich bereits bestehender Tarife). Ausgenommen hiervon ist die Auslandsreise-Krankenversicherung (Tarif RK).

20 Personen ohne Vorversicherung

Folgendes gilt in der Krankheitskosten-Vollversicherung:

Eine Versicherung von Personen mit mehr als sechs Monaten ohne Vorversicherung ist nicht möglich. Eine Versicherung von Personen ohne Vorversicherung bzw. von Personen, die unmittelbar vor dem beantragten Versicherungsbeginn länger als drei Monate unversichert waren, ist nur mit ärztlichem Untersuchungsbericht möglich.

4 Vertragsgestaltung

1 Auslandsaufenthalt

Bei allen Tarifen, mit Ausnahme des Tarifs PV, PF und der Tarife 68 und 69, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlung in Europa. In der Pflegekosten-Versicherung (Tarif 68) und in Tarif PF erstreckt sich der Versicherungsschutz neben der Pflege in der Bundesrepublik Deutschland auch auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz.

In der Pflagegeldversicherung (Tarif PIN) erstreckt sich der Versicherungsschutz neben der Pflege in der Bundesrepublik Deutschland auch auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

Zu den Tarifen 31–39 und KTV 21–364 wird auf die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung verwiesen.

Mit Ausnahme der Tarife 31–39, KTV21–364, des Tarifs PV und der Tarife 68, 69 und PF erstreckt sich der Versicherungsschutz für **drei** Monate ohne Beitragszuschlag auch auf **außereuropäische** Länder.

Muss der Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen einer notwendigen Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Bei vorübergehenden Aufenthalten in **außereuropäischen** Ländern von mehr als drei Monaten kann ein zeitlich befristeter Versicherungsschutz gegen Zahlung eines Beitragszuschlags vereinbart werden, sofern der Versicherungsnehmer dies spätestens 14 Tage vor Antritt der Reise schriftlich beantragt.

2 Umstufungen/Rabatt

Umstufung ist der Übergang von einer Leistungsstufe in eine andere gleichartige Leistungsstufe – zum Beispiel 220 in 240 usw.

Bei jeder Umstufung ist die bisherige Versicherungsdauer durch eine eventuelle Rabattgewährung bei der Beitragsberechnung zu berücksichtigen.

Bei **Höher-** und **Rückstufungen** erfolgt die Festlegung des Rabatts wegen der dafür notwendigen umfangreichen mathematischen Berechnung ausschließlich durch die Hauptverwaltung.

Bei Umstufungen sind daher die Versicherungsnehmer darauf hinzuweisen, dass sich durch Anrechnung der bisherigen Versicherungsdauer und eines eventuell bereits vorhandenen Rabatts ein niedrigerer Monatsbeitrag als im Tarif angegeben ergeben kann.

Bei Höherstufungen gelten für die Mehrleistung grundsätzlich eine erneute Risikoprüfung und Wartezeiten. Ausnahmen ergeben sich zum Beispiel bei Höherstufungen aufgrund von Verminderung oder Wegfall von Beihilfeansprüchen.

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz, so kann der Versicherte beantragen, die private Krankheitskosten-Versicherung entsprechend anzupassen.

Für eine Höherversicherung sind die Gesundheitsfragen nicht neu zu beantworten und der hinzukommende Teil des Versicherungsschutzes beginnt ohne neue Wartezeiten, wenn der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung der Beihilfe gestellt wird. Es ist eine Bescheinigung der Beihilfestelle über den neuen Beihilfeprozentsatz sowie den Änderungszeitpunkt vorzulegen.

Ferner wird bei einer Umstufung **innerhalb der ambulanten Vollversicherungstarife** (200–209; 210; 21P70–21P90) in einen Tarif mit niedrigerem Selbstbehalt auf eine erneute Risikoprüfung verzichtet. Hier sind lediglich die Wartezeiten für die Mehrleistung zu beachten. Gleiches gilt für Umstufungen innerhalb des Tarifs E, ME, MB sowie des Tarifs K.

Nach Herabsetzung des Versicherungsschutzes (zum Beispiel Erhöhung des Selbstbehalts; Herabsetzung der stationären Zimmerklasse) zu Beginn einer **Elternzeit** kann einmalig zum Datum der Beendigung der **Elternzeit** eine **Höherstufung bis zum ursprünglichen Zustand** ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten erfolgen, wenn innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Elternzeit entsprechende Anträge gestellt werden. Spätestens bei der Höherstufung ist ein Nachweis über Beginn und Ende der Elternzeit einzureichen.

Bei Wechsel des Zahntarifs – innerhalb einer Vollversicherung – wird die Vorversicherungszeit aus dem bisherigen Tarif auf die Summenbegrenzungen des Zieltarifs angerechnet.

Bei Umstufungen zwischen Tarifstufen des Ambulanttarifs 20 mit unterschiedlichen Selbstbehalten wird, abhängig vom Umstellungszeitpunkt, ein gesonderter Selbstbehalt ermittelt. Im auf die Umstellung folgenden Kalenderjahr gilt dann der Selbstbehalt der neuen Tarifstufe.

Gleiches gilt für Umstufungen innerhalb des Tarifs K, ME und MB

Beispiel

Umstellung T200 (SB: 102 Euro) in T201 (SB: 220 Euro) zum 01. Juli ergibt einen Selbstbehalt für das Jahr der Umstellung von 161 Euro.

3 Anwartschaftsversicherung

Nach den „Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung“ kann diese sowohl für bestehende als auch für gleichzeitig abzuschließende Krankheitskosten-Versicherungen, Krankenhaustagegeld-Versicherungen, Krankentagegeld-Versicherungen und Pflege-Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Für die Tarife Basistarif, Standardtarif und für die Pflege-Pflichtversicherung sowie die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung gelten nicht diese, sondern abweichende Bedingungen. Für den Notlagentarif und den Optionstarif FlexiPro ist eine Anwartschaftsversicherung nicht möglich.

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen aus den Tarifen, für die eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen ist.

Anwartschaftsversicherung ist mit dem Standardantrag zu beantragen. An der dafür vorgesehenen Stelle ist zu jedem Anwartschaftstarif ein „A“ anzugeben.

Voraussetzungen

Der Abschluss der Anwartschaftsversicherung ist für eine versicherte Person möglich

- für die Dauer der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (für Krankheitskosten-Vollversicherungen sowie für Krankentagegeld-Versicherungen),
- für die Dauer eines Anspruchs auf Familienversicherung (für Krankheitskosten-Vollversicherungen sowie für Krankentagegeld-Versicherungen),
- für die Dauer des Anspruchs auf Heilfürsorge,
- für die Dauer eines vorübergehenden Beihilfeanspruchs,
- in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (für Tarife der Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung), bis erneut ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht,
- für die Dauer eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts.

In der Krankentagegeld-Versicherung ist ferner eine Anwartschaftsversicherung für eine versicherte Person möglich für die Dauer einer Berufsunfähigkeit, einer Unterbrechung der Erwerbstätigkeit oder des Bezugs einer Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeitsrente, eines Mutterschutzes oder einer Elternzeit.

Ferner kann durch eine individuelle Vereinbarung bei Vorliegen besonderer Umstände eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden.

4 Beginnverlegung

Der Versicherungsbeginn kann verlegt werden, wenn seit dem Monat der Antragstellung auf Versicherungsschutz (maßgebend ist das Datum, an dem der Antrag, dessen Beginn verlegt werden soll, gestellt wurde) bis zu dem beantragten neuen Versicherungsbeginn nicht mehr als sieben Monate vergangen sind. Monat der Antragstellung und Monat des neuen Versicherungsbeginns sind mitzurechnen.

Der neue Versicherungsbeginn kann nicht rückdatiert werden.

Das Eintrittsalter, der zu zahlende Monatsbeitrag, die bedingungsgemäßen Wartezeiten und das erste Versicherungsjahr rechnen vom neuen Versicherungsbeginn an.

Beginnverlegung kann unter Angabe der Begründung grundsätzlich auch formlos beantragt werden.

In der Krankheitskosten-Vollversicherung ist ein Nachweis über das Ende der Vorversicherung notwendig.

Beginnverlegung ist während der Vertragsdauer nur einmal möglich.

Nur bei verspäteter Kündigung der Vorversicherung werden gezahlte Monatsbeiträge auf den neuen Versicherungsbeginn angerechnet.

5 **Versicherungsbedingungen (AVB)**

1 **Musterbedingungen 2009 des Verbands der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Tarifbedingungen (TB/KK 2013 und TB/KK 2019)**

Diese AVB-Artikelnummer A 839 gelten für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung, ausgenommen dem Tarif unter Punkt 2. (siehe unten).

Die Musterbedingungen (Teil I der AVB) sind Empfehlungen des PKV-Verbands. Sie können von den einzelnen Unternehmen übernommen werden. Die Tarifbedingungen (Teil II) dagegen sind speziell auf das Tarifwerk des jeweiligen Unternehmens zugeschnitten.

2 **Musterbedingungen 2009 des Verbands der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Tarifbedingungen (TB/KT 2013 und TB/KT 2019)**

Diese AVB-Artikelnummer A 839 gelten für die Krankentagegeld-Versicherung.

Die Musterbedingungen (Teil I der AVB) sind Empfehlungen des PKV-Verbands. Sie können von den einzelnen Unternehmen übernommen werden. Die Tarifbedingungen (Teil II) dagegen sind speziell auf das Tarifwerk des jeweiligen Unternehmens zugeschnitten.

3 **Musterbedingungen PPV 2024 und Tarifbedingungen**

Diese AVB-Artikelnummer A 839 gelten für die private Pflege-Pflichtversicherung.

4 **Musterbedingungen EPV 2017 des Verbands der privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (TB/EPV 2013)**

(MB/EPV 2017) und Tarifbedingungen

Diese AVB-Artikelnummer A 839 gelten für die Pflege-Zusatzversicherung.

Die Musterbedingungen (Teil I der AVB) sind Empfehlungen des PKV-Verbands. Sie können von den einzelnen Unternehmen übernommen werden. Die Tarifbedingungen (Teil II) dagegen sind speziell auf das Tarifwerk des jeweiligen Unternehmens zugeschnitten.

5 **Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RK-J,RK-JF und RK-J70**

Diese AVB-Artikelnummer A 826 gelten für die Auslandsreise-Krankenversicherung.

6 **Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2022) und Tarifbedingungen (TB/GEPV 2014)**

Diese AVB-Artikelnummer A 839 gelten für staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung.

Die Musterbedingungen (Teil I der AVB) sind Empfehlungen des PKV-Verbands. Sie können von den einzelnen Unternehmen übernommen werden. Die Tarifbedingungen (Teil II) dagegen sind speziell auf das Tarifwerk des jeweiligen Unternehmens zugeschnitten.

