

Profitieren Sie von unserer Erfahrung

Als unabhängiger Qualitätsversicherer bieten wir als ARAG Konzern knapp sechs Millionen Kunden in 19 Ländern ausgezeichnete Versicherungen rund um die Themen Recht, Absicherung, Gesundheit und Vorsorge. Wir stehen für Produkte und Leistungen, die individuell auf die Bedürfnisse unserer Kunden abgestimmt sind.



Gut zu wissen

Wichtiges zu Ihrem Gesundheits-Schutz

Wir beraten Sie gerne

Herzlich Willkommen bei der ARAG

Es freut uns, dass Sie beim Schutz Ihrer Gesundheit der ARAG vertrauen. Damit Sie unsere Leistungen und unseren Service bestmöglich nutzen können, geben wir Ihnen hiermit wichtige Hinweise zu Ihrer privaten Krankenversicherung.

Sie finden hier, was organisatorisch zu beachten ist, worauf Sie Anspruch haben und wie unkompliziert wir Dinge für Sie regeln. Die ausführliche und maßgebliche Leistungsbeschreibung können Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen nachlesen.

Bleiben Sie gesund. Wir jedenfalls sind rund um Ihre Gesundheit für Sie da.

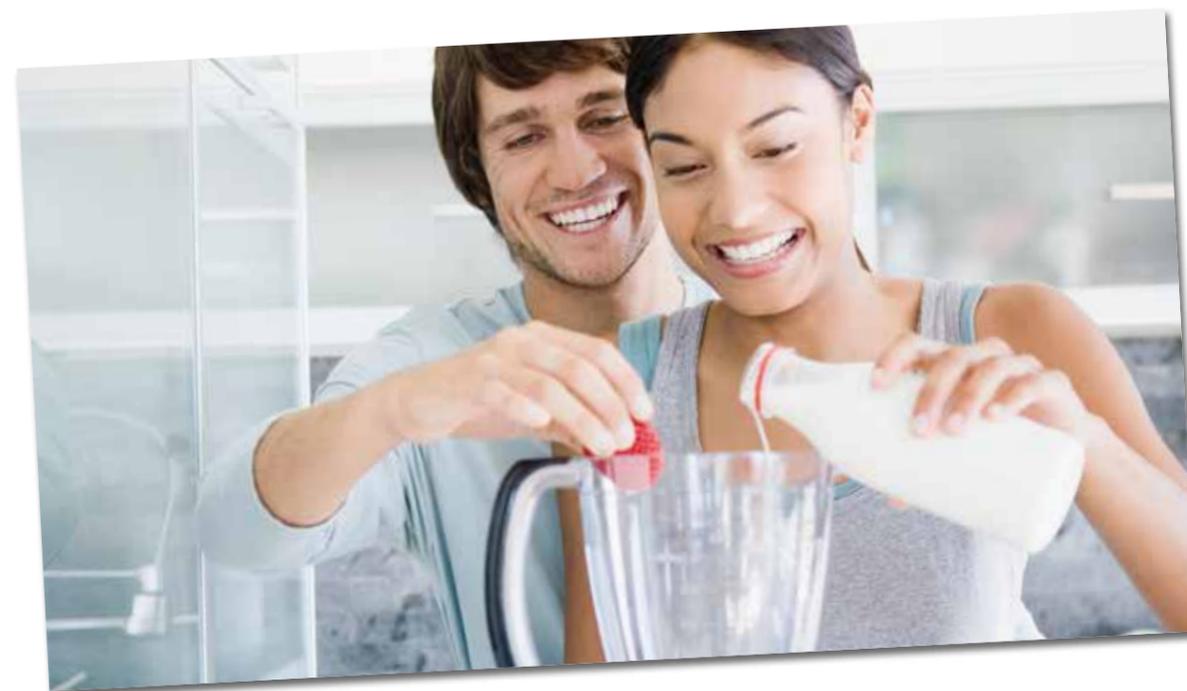


Überblick

Seite

Stark für Ihre Gesundheit	3
Ambulante Behandlung	4
Arzneimittel und Hilfsmittel	5
Klinik, OP und Krankentransport	6
Zusätzliche finanzielle Absicherung	7
Krankheit im Ausland	8
Zusatzversicherungen für gesetzlich Krankenversicherte	9
Services im Überblick	10
Organisatorisches zu Ihrem ARAG Gesundheits-Schutz	12
Rechtsschutz für privat Krankenversicherte bei der ARAG	14

Stark für Ihre Gesundheit



Wenn Sie mehr für Ihre Gesundheit tun wollen, ist die ARAG Krankenversicherung erste Wahl. Seit über 80 Jahren sind wir in diesem wichtigen Bereich ein starker Partner. Wirtschaftlich solide, mit langfristig stabilen Tarifen – das ist unsere traditionelle Seite. Zu der gehört auch, dass die ARAG nach wie vor ein unabhängiges Unternehmen in Familienbesitz ist.

Innovativ denken wir, wenn es darum geht, Leistung und Service für unsere Kunden zu verbessern. Das zeichnet uns als modernen Krankenversicherer aus.

Mehr als finanzieller Rückhalt

Sie wollen möglichst das Beste für Ihre Gesundheit tun – vorbeugend und im Krankheitsfall. Dafür erwarten Sie von uns, dass wir dies finanziell möglich machen und die Kosten für die medizinischen Leistungen übernehmen.

Doch bei der ARAG können Sie mit weit mehr rechnen. Rund um Ihre Gesundheit leisten wir für Sie wertvollen Service. Wir beraten Sie in allen Gesundheitsfragen und helfen Ihnen bei der Suche nach einem Arzt. Und wir bieten Ihnen Programme, die Sie dabei unterstützen, aktiv Krankheiten vorzubeugen.

Außerdem profitieren Sie davon, dass wir einer der führenden Rechtsschutz-Spezialisten sind. Als Krankenversicherungs-Kunde haben Sie die Möglichkeit, den ARAG Online Rechts-Service zu nutzen. Über 1.000 rechtliche Musterschreiben, Verträge und Dokumente können Sie downloaden und individualisiert sofort einsetzen. Mehr dazu auf Seite 11.

Jederzeit für Sie da

Die ARAG Krankenversicherung bietet Ihnen also nicht nur finanziellen Rückhalt. Bei der ARAG arbeiten viele qualifizierte Menschen dafür, dass Sie ein Optimum an Leistung und Service bekommen. Wir möchten, dass Sie sich gut aufgehoben fühlen.

Ambulante Behandlung

Beim Arzt oder Zahnarzt

Als Versicherter in einer Krankenvollversicherung erhalten Sie von uns etwa vier Monate nach Vertragsbeginn die ARAG Card. Damit können Sie sich beim Arzt oder Zahnarzt als Privatpatient ausweisen. Für seine Leistungen stellt er Ihnen eine Rechnung entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) aus. Versichert ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung, die wegen einer Krankheit oder aufgrund eines Unfalls notwendig wird. Untersuchungen und Behandlungen in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft sind ebenfalls versichert. Das gilt auch für Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Früherkennung von Krankheiten sowie Schutzimpfungen.

In der Komfort-Klasse gilt das Primärarztprinzip. Sie erhalten die Kosten zu 100 Prozent erstattet, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte nachgewiesen wird:

- Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt)
- Internist mit hausärztlicher Versorgung
- Facharzt für Kinderheilkunde
- Facharzt für Gynäkologie
- Facharzt für Augenheilkunde
- Not- oder Bereitschaftsarzt

Aufwendungen für Heilbehandlungen durch oben nicht aufgeführte Ärzte sind gleichfalls zu 100 Prozent erstattungsfähig, wenn der Hausarzt, der Internist mit fachärztlicher Versorgung oder ein Facharzt für Kinderheilkunde die Weiterbehandlung veranlasst und die Überweisung, die formlos erfolgen kann, dem Leistungsantrag beigefügt wird.

Die Überweisung gilt, bis nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit beim Facharzt wegen der entsprechenden Diagnose nicht mehr besteht.

Beim Heilpraktiker

Sie können auch einen Heilpraktiker aufsuchen, der im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes praktiziert. Von ihm bekommen Sie eine Rechnung, die sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) richtet.

Beim Psychotherapeuten

Die Aufwendungen für Psychotherapie sind erstattungsfähig, wenn diese als Heilbehandlung einer Krankheit medizinisch notwendig ist. Sie wird von einem niedergelassenen und approbierten Arzt bzw. von einem niedergelassenen und im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten (Diplom-Psychologen) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis in eigener Praxis durchgeführt.

Der ärztliche Psychotherapeut stellt eine Rechnung entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aus. Für den nichtärztlichen Psychotherapeuten (Diplom-Psychologe) gilt die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).

Beim Physiotherapeuten

Bei bestimmten Krankheitsbildern überweist Sie Ihr Arzt an einen Physiotherapeuten. In seinen Tätigkeitsbereich fallen zum Beispiel Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie, Packungen, Wärmebehandlungen und Lichttherapie. Diese Behandlungen fasst man unter dem Begriff Heilmittel zusammen. Auch die Behandlung durch Logopäden und Ergotherapeuten ist möglich. Die Honorare für physikalische Therapien unterliegen keiner amtlichen Gebührenordnung. Daher orientieren wir uns an den Sätzen, die das Bundesinnenministerium für die Beihilfeberechtigten definiert hat.

Gebührenordnung und Honorarvereinbarung

Welches Honorar für ärztliche Leistungen in Rechnung gestellt werden darf, ergibt sich aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) oder Psychotherapeuten (GOP) sowie dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH). Für Versicherte in der Premium-Klasse: Abweichend von GOÄ und GOZ kann das Honorar auch individuell vereinbart werden, wenn es hierfür objektive Gründe gibt. Wir empfehlen Ihnen, in solchen Fällen vorab mit uns zu sprechen.

Arzneimittel und Hilfsmittel

In der Apotheke

Arzneimittel, die Ihnen Ihr Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet, können Sie in Ihrer Apotheke oder auch über eine Versandapotheke beziehen.



Unser Tipp: Sprechen Sie Ihren Arzt oder Apotheker auf Generika an.

Für neu entwickelte Arzneiwirkstoffe besteht einige Jahre ein Patentschutz. Läuft dieser ab, dürfen auch andere Firmen Medikamente mit diesem Wirkstoff unter anderem Namen verkaufen. Solche Präparate nennt man Nachahmerprodukte oder Generika. Diese müssen dem Originalpräparat therapeutisch gleichwertig sein und brauchen eine behördliche Zulassung. Generika entsprechen in Qualität und Wirksamkeit den Originalen.

Die Nachahmerprodukte sind meist viel preiswerter, weil keine klinische Forschung refinanziert werden muss. Zudem führt auch der Wettbewerb zwischen den zahlreichen Generika-Herstellern zu niedrigeren Preisen.

Das wissenschaftliche Institut der privaten Krankenversicherungen hat anhand von Rezeptdaten festgestellt, dass der Generika-Anteil bei Privatversicherten nur 40 Prozent, bei gesetzlich Versicherten aber 75 Prozent beträgt. Privatversicherte werden also nach Ablauf des Patentschutzes in viel geringerem Maße auf Generika umgestellt.

Was spricht gegen Generika für Privatpatienten?

Die ARAG Krankenversicherung möchte, dass Sie immer die für Sie beste Arzneimittelversorgung erhalten. Ihr Arzt kann Ihnen also immer ein patentgeschütztes, innovatives Originalpräparat verordnen. Wenn aber keine Neuentwicklung auf dem Pharma-Markt existiert oder die bewährten Wirkstoffe für Sie genau richtig sind, sollten Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt oder Apotheker überlegen, ob für Sie nicht auch ein Generikum in Frage kommt. Unter Berücksichtigung der jeweiligen therapeutischen Situation spricht üblicherweise überhaupt nichts gegen die Verordnung von Generika. Diese

Medikamente tragen wesentlich dazu bei, die Kosten im Arzneimittelbereich zu senken, und dienen damit letztlich auch der Beitragsstabilität in der privaten Krankenversicherung.

Die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel – also zum Beispiel Vitamine, Mineralstoffe und Sondennahrung – werden erstattet, wenn deren Gabe im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen medizinisch indiziert ist.

Beim Optiker

Wenn Sie eine Brille oder Kontaktlinsen verordnet bekommen, können Sie diese beim Optiker Ihrer Wahl beziehen. Sie erhalten von ihm eine Rechnung.

Im Sanitätshaus

Ihr Arzt kann Ihnen ein Hilfsmittel verordnen, das Sie dann im Sanitätshaus bekommen. Hilfsmittel dienen dazu, körperliche Behinderungen zu mildern, zu heilen oder auszugleichen. Es handelt sich zum Beispiel um Krankenfahrstühle, Hörgeräte, Beatmungsgeräte oder orthopädische Schuheinlagen. Hilfsmittel mit einem Bezugspreis von unter 1.000 Euro sind ohne vorherige Genehmigung erstattungsfähig. Wird ein Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 Euro ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers bezogen, werden 80 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für die funktionale Standardausführung für die tarifliche Erstattung zugrunde gelegt. Als Bezugspreis gilt der Preis für die gesamte Versorgung.

Rufen Sie uns einfach an, wenn Sie ein Hilfsmittel verordnet bekommen haben. Wir können über Kooperationspartner viele Hilfsmittel preiswerter einkaufen. Geschultes Fachpersonal liefert Ihnen das benötigte Gerät nach Hause und weist sie sorgfältig in die Bedienung ein.

Auch die Reparatur von Hilfsmitteln ist erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Gebrauch – zum Beispiel Batterien, die Wartung und die Pflege von Hilfsmitteln.

Klinik, OP und Krankentransport



Im Krankenhaus

Wird eine stationäre Behandlung notwendig, so werden von der Klinik drei Arten von Kosten berechnet,

- die allgemeinen Krankenhausleistungen,
- die Behandlung durch den Chefarzt oder Belegarzt und
- gegebenenfalls der Zuschlag für das Ein- oder Zweibettzimmer.

Wenn Sie der Klinikverwaltung Ihre ARAG Card vorlegen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zimmerzuschlag direkt mit uns abgerechnet. Vom Chefarzt erhalten Sie dagegen eine Rechnung.

Wenn Sie sich gezielt in einer Klinik im Ausland behandeln lassen wollen, empfehlen wir Ihnen, vorher mit uns zu sprechen.

Gut zu wissen für privat Versicherte (Tarif MedExtra, MedBest)

Wechseln Sie auf Wunsch in eine Klinik Ihrer Wahl: Wir organisieren Ihre Verlegung innerhalb Deutschlands und übernehmen die Kosten. Voraussetzung ist, dass das neue Krankenhaus mindestens 50 Kilometer entfernt ist und Ihr Krankenhausaufenthalt nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens eine Woche andauert.

Ambulante Operationen

Der medizinische Fortschritt macht es möglich, dass heute in vielen Fällen eine Operation im Krankenhaus ambulant durchgeführt werden kann, für die früher ein mehrtägiger stationärer Aufenthalt notwendig war. Ihr Arzt wird Sie entsprechend beraten.

Krankentransport

Bei einer ambulanten Behandlung erstatten wir die Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Dazu brauchen wir eine ärztliche Bescheinigung.

Bei eindeutigen Krankheitsbildern (zum Beispiel bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung) können wir vereinbaren, auf diese Bescheinigung zu verzichten. Bei Unfällen oder medizinischen Notfällen ist eine Bescheinigung selbstverständlich nicht erforderlich.

Bei einer stationären Behandlung werden die Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte bis zu 100 Kilometer Entfernung zwischen Wohn- und Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück erstattet.

Zusätzliche finanzielle Absicherung

Krankentagegeld

Krankentagegeld soll den Verdienstausfall ausgleichen, der sich durch eine krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ergibt.

Sind Sie arbeitsunfähig, informieren Sie uns bitte spätestens am ersten Leistungstag. Wir schicken Ihnen dann ein Formular, auf dem der Arzt alle 14 Tage Ihre Arbeitsunfähigkeit bestätigt.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie Ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend

- in keiner Weise ausüben können, auch nicht mitarbeitend, leitend oder Aufsicht führend,
- sie auch nicht ausüben und
- keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgehen.

Krankenhaustagegeld

Auch wenn Sie gut versichert sind, könnten Ihnen und Ihren Angehörigen während eines Krankenhausaufenthaltes zusätzliche Kosten entstehen. Es fallen Gebühren für den Fernseher und das Telefon an. Vielleicht brauchen Sie eine Haushaltshilfe. Ein individuell vereinbartes Krankenhaustagegeld kann diese Kosten auffangen.

Es wird Ihnen automatisch ausgezahlt, wenn wir die Kosten für den Krankenhausaufenthalt erstatten. Wenn Sie keinen stationären Tarif bei uns haben, brauchen wir eine Bescheinigung der Klinik mit Diagnose und Aufenthaltsdauer. Einen Vordruck können Sie bei uns anfordern.

Pflege-Pflichtversicherung

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingt in Ihrer Selbstständigkeit und in Ihren Fähigkeiten beeinträchtigt sind, sodass sie die Hilfe anderer benötigen. Und das auf Dauer, zumindest jedoch für voraussichtlich sechs Monate.

Leistungen können Sie nur auf Antrag und ab der Antragstellung beziehen. Daher ist es wichtig, dass Sie uns die Pflegebedürftigkeit sofort melden. Wir beauftragen dann den Medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherung mit der Untersuchung. Er legt den Grad der Pflegebedürftigkeit und die notwendigen Pflegeleistungen fest.

Die wichtigsten Leistungsarten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind Kostenerstattung für häusliche Pflege, Pflegegeld, Pflegehilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege.

Pflege-Zusatzversicherung

Um im Pflegefall gut versorgt zu sein, ist es wichtig, sich zusätzlich zur Pflege-Pflichtversicherung finanziell abzusichern. Mit den Pflege-Zusatztarifen der ARAG können Versorgungslücken teilweise, weitgehend oder möglichst umfassend abgedeckt werden.

Bei einer Pfl egetagegeldversicherung erhalten Sie im Pflegefall täglich einen vereinbarten Geldbetrag. Über dieses Tagegeld können Sie dann frei verfügen.

Die Pflegekostenversicherung übernimmt tatsächlich angefallene Pflegekosten. Hier gibt es individuelle Leistungsniveaus: Zum Beispiel können Sie das staatliche Pflegegeld verdoppeln oder verdreifachen.

Natürlich stehen wir Ihnen zu allen Fragen rund um Ihre Pflegeversicherung zur Verfügung. Auch im Pflegefall stehen wir Ihnen beratend zur Seite.

Krankheit **im Ausland**



Geltungsbereich

In Europa haben Sie zeitlich unbegrenzt Versicherungsschutz, weltweit für drei Monate.

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.

Anspruch auf Krankentagegeld besteht nur in Deutschland. Ausnahme: Innerhalb Europas zahlen wir Krankentagegeld auch bei stationärer Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern oder Privatkliniken. Die Kosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland werden im Rahmen des stationären Tarifs erstattet.

Gut zu wissen, dass Sie sich auch im Ausland auf uns verlassen können.

ARAG Auslands-Notruf

**Wir bieten Ihnen eine 24-Stunden-Notrufnummer:
+49 89 474414**

Anruf genügt – und Sie erhalten umfassende Informationen und praktische Hilfe.

- Wir nennen Ihnen Krankenhäuser, Spezialkliniken und deutsch- oder englischsprachige Ärzte im Reiseland.
- Wenn medizinisch notwendig, werden Ihnen in Absprache mit dem Hausarzt die Arzneimittel, die im Ausland nicht erhältlich sind, nachgesendet.
- Unser Fachärzte-Team setzt sich gegebenenfalls mit dem behandelnden Arzt in Verbindung und stellt den Kontakt mit dem Hausarzt her.
- Im Notfall werden Nachrichten an Angehörige oder Arbeitgeber übermittelt.
- Das Team organisiert eine ärztlich notwendige Krankenhausverlegung oder einen Krankenrücktransport in die Heimat.

Unser Auslands-Service gilt für unsere privat krankenversicherten Kunden, für Zusatzversicherte mit entsprechendem Tarif und für Kunden der Auslandsreise-Krankenversicherung. Bitte prüfen Sie vor Antritt der Reise, ob Sie bei der ARAG ausreichend versichert sind. Bereits vor der Abreise steht Ihnen unser Service zur Verfügung. Die Experten beraten beispielsweise bei der Zusammenstellung der Reiseapotheke.

Zusatzversicherungen für **gesetzlich Krankenversicherte**

Mit diesen Tarifen können Sie den Versicherungsschutz Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ergänzen.

Krankenhaus-Zusatzversicherung

Wird eine stationäre Behandlung notwendig, so berechnet die Klinik drei Arten von Kosten,

- die allgemeinen Krankenhausleistungen,
- die Behandlung durch den Chefarzt oder Belegarzt und
- gegebenenfalls den Zuschlag für Ein- oder Zweibettzimmer.

Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Wenn Sie der Klinikverwaltung Ihre ARAG Card vorlegen, wird der Zimmerzuschlag direkt mit uns abgerechnet.

Vom Chefarzt erhalten Sie dagegen eine Rechnung. Vorsicht bei gemischten Krankenanstalten: Versicherungsschutz besteht für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung. Wenn Sie in einer so genannten gemischten Krankenanstalt behandelt werden, in einem Haus also, das auch Kuren, Sanatoriumsbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen durchführt, müssen Sie vor dem Antritt der Behandlung unsere schriftliche Erstattungszusage einholen. Fehlt diese, so entfällt schon alleine aus diesem Grund unsere Leistungspflicht.

Zahn-Zusatzversicherung

Für Zahnersatz zahlt die gesetzliche Krankenversicherung nur noch einen befundbezogenen Festzuschuss – egal, für welche Art der Versorgung Sie sich zusammen mit dem Zahnarzt entscheiden. Diese Festzuschüsse decken im Allgemeinen nicht einmal die im Rahmen der kassenärztlichen Regelversorgung tatsächlich anfallenden Kosten.

Bei einer zahnärztlichen Maßnahme steht in vielen Fällen nicht nur die Regelversorgung zur Auswahl, sondern auch eine über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung oder eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung.

Ihr Zahnarzt erstellt Ihnen einen Heil- und Kostenplan. Diesen reichen Sie bei Ihrer gesetzlichen Kasse ein, von der Sie ihn mit einem Vermerk über die Kassenleistung zurück erhalten. Nun legen Sie uns den Heil- und Kostenplan bitte in Kopie vor. In bestimmten Fällen brauchen wir das Röntgenbild, zum Beispiel bei Implantaten. Sobald uns alle Unterlagen vorliegen, informieren wir Sie über unsere Leistung.

Services im Überblick

ARAG GesundheitsApp

Schicken Sie uns Rechnungen, Rezepte und andere Dokumente einfach **online**.

Mit der **ARAG GesundheitsApp** sparen Sie sich das Porto und den Weg zum Briefkasten.

- **Belege online einreichen** und Bearbeitungsstand bequem verfolgen
- **Leistungsabrechnung per App**, Kosten werden schneller erstattet
- **Wichtige Gesundheitsdaten** haben Sie immer dabei
- **Alle Details** zu Ihrem Versicherungsschutz auf einen Blick

Mehr Infos unter: www.ARAG.de/GesundheitsApp



ARAG Card

Wenn Sie der Klinikverwaltung Ihre ARAG Card vorlegen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zimmerzuschlag direkt mit uns abgerechnet. Vom Chefarzt erhalten Sie dagegen eine Rechnung.

Eine ARAG Card erhalten Sie, wenn

- Ihr Vertrag die stationäre Heilbehandlung beinhaltet,
- Ihnen der Wartezeiterlass bestätigt wurde oder
- Ihr Vertrag seit mindestens drei Monaten ununterbrochen besteht,
- kein Leistungsausschluss vereinbart ist,
- kein Mahnverfahren anhängig ist,
- der Versicherungsschutz nicht durch eine Anwartschaftsversicherung unterbrochen ist.

ARAG Online Rechts-Service

Als Kunde haben Sie **kostenfreien Zugang** zum ARAG Online Rechtsservice. Eine umfassende juristische Datenbank mit **über 1.000 praxiserprobten Muster-schreiben und Verträgen**, die Sie downloaden und direkt bearbeiten können.

MeineARAG

Ihr persönlicher Online-Kundenbereich mit einer Übersicht Ihrer ARAG Verträge. Änderungen Ihrer Daten nehmen Sie ganz einfach selbst vor. Jetzt anmelden:



Gesundheits-Coaching für chronisch Kranke

Unser Programm speziell für Menschen mit Diabetes oder Herzerkrankungen. Darin steht Ihnen ein Coach unseres Partners MedicalContact per Telefon mit umfassendem Know-how und konkreten Tipps zur Seite – von der Prävention über die Diagnostik bis zur Therapie. So schult der Coach detailliert zur jeweiligen Erkrankung und gibt Anleitung zu erforderlichen Verhaltensänderungen. Er hilft, Risikosituationen und mögliche Folgeerkrankungen frühzeitig zu erkennen und motiviert zu regelmäßigen Arztbesuchen.

Sprechen Sie uns an: Telefon 089 4124-8300

E-Mail Gesundheitspartner@ARAG.de

In guten Händen dank unserer zahnmedizinischen Experten

Zeigen Sie Karies & Co. die Zähne! Bei uns profitieren Sie nicht nur von umfangreichen Top-Erstattungen im Bereich Zahnmedizin, sondern auch von weitreichenden Services.

- ✓ **Fundierte Beratung:** Unsere zahnmedizinischen Experten begleiten Sie von Anfang an. So empfehlen sie Ihnen einen Zahnarzt und kümmern sich um zeitnahe Termine. Außerdem prüfen sie Heil- und Kostenpläne, lassen bei Bedarf eine ärztliche Zweitmeinung einholen oder zeigen Ihnen mögliche Alternativen auf – auch zur Reduzierung Ihres Eigenanteils. Sie haben Fragen zu Zahngesundheit und Behandlungsmethoden? Unsere Experten beantworten diese gern!
- ✓ **Zahnartzsuche online:** Suchen Sie online eine Praxis in Ihrer Nähe, die Teil unseres Partners DENT-NET ist – einem der größten Zahnärztnetzwerke Deutschlands.
- ✓ **Attraktive Preisvorteile:** Sie erhalten Rabatte auf ausgewählte Zahnpflegeprodukte der namhaften Online-Apotheke DocMorris.

Für unsere privat vollversicherten Kunden

- ✓ **Schnelle psychologische Unterstützung**
Psychische Erkrankungen nehmen weiter zu. Wir haben das erkannt – und helfen unseren Kunden mit ausgewählten Partnern schon bei ersten Anzeichen einer psychischen Belastung:
- ✓ **Über die Ferne mit einem Arzt sprechen**
Sie möchten sich auch außerhalb der Praxiszeiten medizinisch beraten lassen oder eine ärztliche Zweitmeinung einholen? Ob Allgemeinmediziner oder Orthopäde: Eine Fernbehandlung ermöglicht es Ihnen, mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen zu sprechen – per Telefon, online per Video oder Chat. Bei Bedarf stellt Ihnen der Mediziner ein Rezept oder eine Überweisung aus.
- ✓ **Selfapy: Online-Programm – auch mit telefonischer Begleitung**
Hilfe zur Selbsthilfe – mit speziell von Psychologen und Psychotherapeuten entwickelten Inhalten zu den Themen Essstörung und Depression.
- ✓ **therapeutenverbund.de: Vermittlung eines ambulanten Psychotherapieplatzes**
Besonders schneller Zugang zu einem Therapieplatz – bevorzugte Terminvergabe innerhalb von 10 Tagen.
- ✓ **MindDoc: Video-gestützte Online-Therapie**
Schnelle Hilfe – sprechen Sie via Internet mit Psychotherapeuten.

Organisatorisches

zu Ihrem ARAG Gesundheits-Schutz

Rechnungen einreichen

Schicken Sie uns Arztrechnungen einfach digital, mit der **ARAG GesundheitsApp**, oder postalisch an

ARAG Krankenversicherung
Hollerithstraße 11 · 81829 München

Bitte heften Sie Arztrechnungen und Rezepte nicht zusammen, sondern legen Sie sie lose in den Briefumschlag. Heftklammern stören die maschinelle Verarbeitung der eingehenden Post.

Bitte achten Sie darauf, dass mehrseitige Rechnungen richtig sortiert sind. Auf einem Rezept wird von der Apotheke der Preis gedruckt. Daher müssen Sie uns den Kassenbon nicht zusätzlich vorlegen. Wenn Sie eine Rechnung vom Physiotherapeuten einreichen, dann legen Sie bitte die ärztliche Verordnung dazu. Sie helfen uns damit sehr.

Wenn Sie nichts anderes angeben, überweisen wir unsere Versicherungsleistung auf das uns bekannte Konto. Sie können uns aber auch eine andere Bankverbindung nennen.

Auf Wunsch erstatten wir den Rechnungsbetrag gerne direkt an den Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker. Das ist möglich, wenn wir die Rechnung in voller Höhe akzeptieren können und keine Selbstbeteiligung anfällt.

Gebührenrecht ist ein schwieriges Thema. Bitte wagen Sie dennoch einen Blick auf die Rechnung und prüfen Sie, ob sie aus Ihrer Sicht in Ordnung ist.

Bitte sagen Sie es uns, wenn Sie eine Unfallverletzung erlitten haben und schildern Sie kurz das Unfallgeschehen. Wir prüfen dann, ob wir den Unfallgegner in Regress nehmen und die Kosten von ihm zurückfordern können.

Ihr Beitrag

Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung basiert die Beitragsberechnung bei der privaten Krankenversicherung auf dem bewährten Kapital-Deckungsverfahren. Ihre Beiträge sind so kalkuliert, dass in jüngeren Jahren eine Altersrückstellung aufgebaut wird, die dann im Alter für einen stabilen Beitrag sorgt. Ihr Beitrag richtet sich im Wesentlichen nach Ihrem Eintrittsalter und nach dem Umfang des vereinbarten Versicherungsschutzes.

Beitragsrückerstattung

Bei Schadenfreiheit ist in einigen Tarifen eine attraktive Beitragsrückerstattung möglich.

Die Beitragsrückerstattung belohnt kostenbewusstes Verhalten. Das bedeutet nicht, dass Sie zum Beispiel auf notwendige Vorsorgeuntersuchungen oder den regelmäßigen Besuch beim Zahnarzt verzichten sollen. Es kann sich aber lohnen, kleinere Rechnungen nicht sofort einzureichen, sondern zunächst zu sammeln.

So können Sie vergleichen, ob es für Sie vorteilhafter ist, sich in einem Kalenderjahr die angefallenen Arztkosten erstatten zu lassen oder aber die Beitragsrückerstattung in Anspruch zu nehmen.

Die ARAG Krankenversicherung legt unter Berücksichtigung des Geschäftsergebnisses von Jahr zu Jahr die Höhe der Beitragsrückerstattung fest. Um entscheiden zu können, ob Sie Rechnungen zur Erstattung einreichen oder nicht, erhalten Sie frühzeitig eine schriftliche Information über die Ihnen eventuell zustehende Beitragsrückerstattung und die Voraussetzungen für deren Zahlung.

Sie wollen Ihren Vertrag ändern?

Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz ändern möchten, beraten wir Sie gerne. Bitte wenden Sie sich an Ihren Vertriebspartner.

Neugeborene Kinder in der privaten Krankenvollversicherung

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten direkt ab Vollendung der Geburt,

- wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und
- die Anmeldung zur Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt.

Die Prämienberechnung erfolgt erst ab dem tatsächlichen Geburtsdatum. Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils, wobei die Selbstbeteili-

gung des Kindes auch niedriger als die eines Elternteils gewählt werden darf. Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung von Neugeborenen ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

Genießen Sie Ihre Elternzeit!

Denn in der privaten Krankenvollversicherung (Tarife MedExtra, MedBest) sind Sie während Sie Elterngeld beziehen bis zu 6 Monate beitragsfrei.

Anwartschaftsversicherung

Die Anwartschaftsversicherung kann vereinbart werden zum Beispiel bei

- einem vorübergehenden längeren Auslandsaufenthalt,
- einer vorübergehenden Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenkasse,
- einer vorübergehenden Familienversicherung,
- dem vorübergehenden Anspruch auf Heilfürsorge oder Beihilfe und
- einer wirtschaftlichen Notlage (nur in der Zusatzversicherung und nur bis zu einem Jahr).

Mit der Anwartschaftsversicherung erwerben Sie das Recht, bei Wegfall der oben genannten Gründe auf die zuvor vereinbarten Tarife zurückzugreifen. Krankheiten, die während der Anwartschaftsversicherung erstmals auftreten oder behandelt werden, sind dann ohne Beitragszuschlag mitversichert.

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Tarife, für die im Kalenderjahr eine mehr als zweimonatige Anwartschaft vereinbart ist, sind von der Beitragsrückerstattung ausgeschlossen.

Die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung betragen je nach Tarif und versicherter Person zwischen 5 Prozent und 40 Prozent des Tarifbeitrages.

Wegen der gesetzlichen Pflicht zur Krankenversicherung kann für die Krankheitskostenvollversicherung eine Anwartschaft wegen einer wirtschaftlichen Notlage nicht vereinbart werden.

Rechtsschutz für **privat Krankenversicherte** bei der ARAG

Für unsere privat versicherten Kunden bieten wir zusätzlich einen leistungsstarken Patienten-Rechtsschutz. Die Versicherung ist ohne Mehrbeitrag inklusive. Eine Selbstbeteiligung fällt nicht an.

Nicht nur Ärzte machen Fehler, auch Apotheker, Psychotherapeuten, Klinikpersonal oder Pflegedienste sind nicht unfehlbar. Mit der ARAG wahren Sie Ihre rechtlichen Interessen als Patient ohne Kostenrisiko.

Unter anderem für Anwalts- und Gerichtskosten zahlen wir je Rechtsschutzfall

- bis **1 Million Euro** europaweit
- bis **100.000 Euro** weltweit.

Bei Rechtsfragen als Patient können Sie sich über ARAG JuraTel®, unser **24-Stunden-Anwalts-Telefon**, jederzeit von spezialisierten Anwälten direkt beraten lassen.

 **0211 99 333 99**



Und noch etwas **zum Schluss**

Ihre Daten

Bitte geben Sie immer, wenn Sie sich an uns wenden, Ihre Versicherungsnummer an. Ändern sich bei Ihnen Name, Anschrift oder Bankverbindung, dann informieren Sie uns bitte.

Generell gilt

Bitte fragen Sie uns, wenn Ihnen etwas unklar ist. Wir sind immer gerne für Sie da und freuen uns, wenn wir etwas für Sie tun können.

Ihre Ansprechpartner:

Bei Vertragsfragen: 089 4124-8200

In Leistungsfragen: 089 4124-8300

Dieses Heft enthält einige wichtige Hinweise über die private Krankenversicherung der ARAG. Es handelt sich um allgemeine Ausführungen. Maßgeblich sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.