



KomfortKlasse: Tarif K mit den Selbstbehaltstufen K0 bis K1500

PremiumKlasse: Tarife 200–209, 210–219, 21P70–21P90, 220–229, 230–239, 240–249, 520–529 und 540–549 sowie Beihilfetarife 261–262 und 271–277

Informationen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für ausgewählte Themenbereiche, zu denen wir häufig von unseren vollversicherten Kunden gefragt werden

1. Werden Honorare für ärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnungen erstattet?

In der *KomfortKlasse* werden ärztliche Behandlungen bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenordnung erstattet, im stationären Leistungsbereich bei einer wirksamen Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze hinaus.

In der *PremiumKlasse* werden ärztliche Behandlungen im ambulanten, stationären und zahnärztlichen Bereich bei einer wirksamen Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung hinaus erstattet.

2. Gibt es Erleichterungen bei der Anwendung des Primärarztprinzips bei ärztlichen Behandlungen?

Ein wesentliches Element der Kostensenkung in den Tarifen der *KomfortKlasse* ist das Primärarztprinzip. Zum Vorteil unserer Versicherten gilt dieses bei der ARAG dabei nur für die betreffende Rechnung und nicht für die gesamte Diagnose: Bei fortdauernder Behandlung kann die Überweisung des Haus- oder Kinderarztes demnach nachgereicht werden; künftige Behandlungen können dann zu 100 % erstattet werden.

Bei Auslandsreisen verzichtet die ARAG darüber hinaus auf die Einhaltung des Primärarztprinzips, da die Reisenden einen Facharzt im Ausland oftmals nicht von einem Hausarzt unterscheiden können.

3. Welche Aufwendungen werden bei Heilpraktikerbehandlungen erstattet?

Leistungen für Heilpraktikerbehandlung werden in beiden Tariflinien erbracht. Die Versicherten können frei unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes wählen. Die ARAG erstattet auch unbezahlte Rechnungen. In der *PremiumKlasse* werden Behandlungen dabei bis zum Höchstsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattet, sowie die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen.

In den Tarifen der *KomfortKlasse* sind Aufwendungen für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker bis zum Mindestsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig, ferner gleichfalls die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen. Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Aufwendungen bei Heilmitteln sind hierbei dem tariflichen Heilmittelverzeichnis zu entnehmen. Erstattungen erfolgen in diesen Tarifen zu 80 %, sie sind insgesamt auf 500 Euro je Kalenderjahr begrenzt.

Hinweis: Vom Heilpraktiker verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel zählen nicht zu der unter Ziffer 2 c) des Tarifs K beschriebenen Grenze von 2.500 Euro hinzu, auch gilt hierfür die unter Ziffer 2 c) genannte Beschränkung der Arzneimittel auf verschreibungspflichtige Medikamente nicht.

4. Wie ist die Erstattung von Vorsorgeleistungen geregelt?

In den Tarifen der *KomfortKlasse* werden alle ambulanten Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen gezahlt.

Darüber hinaus sind einige Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig, die über den Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen; diese Maßnahmen sind im tariflichen Verzeichnis aufgeführt. Alle diese Vorsorgeuntersuchungen belasten ferner nicht den tariflichen Selbstbehalt des Tarifs K und sind unschädlich für den Anspruch auf die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen, sofern die Kosten – wie im tariflichen Verzeichnis beschrieben – im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen entstanden sind.

In den Tarifen der *PremiumKlasse* wird für jede gezielte ambulante Untersuchung zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten geleistet, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können.

Im Zahnbereich werden darüber hinaus – unabhängig von obiger Darstellung – in beiden Tariflinien eigene Prophylaxemaßnahmen erstattet, wie in § 4 Abs. 4 Teil II 1. b) der AVB beschrieben; so leistet die ARAG beispielsweise auch für die professionelle Zahnreinigung bei Erwachsenen.

5. Welche Leistungen werden für Schutzimpfungen erbracht?

Für Schutzimpfungen wird in beiden Tariflinien geleistet. In der *KomfortKlasse* werden (bei Beachtung des Primärarztprinzips) 100 % der Aufwendungen einschließlich des Impfstoffs erstattet; ausgenommen sind hierbei Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen. In der *PremiumKlasse* fallen sämtliche Impfungen einschließlich des Impfstoffs mit bis zu 100 % (abhängig vom Prozentsatz des versicherten Tarifs) unter den Versicherungsschutz, einschließlich von Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.

Bei Durchführung von im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Schutzimpfungen bleibt im Tarif K darüber hinaus der Anspruch auf die Pauschalerstattung erhalten; Erstattungen für diese Maßnahmen werden zum Vorteil der Versicherten auch nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.

6. Welche Regelungen gelten für die Erstattung von Heilmitteln?

Zu den Heilmitteln gehören physikalische Anwendungen, wie z.B. Krankengymnastik, Massagen oder Fangopackungen, sowie die Ergotherapie (Bewegungstherapie, etwa nach einem schwerem Unfall oder bei Entwicklungsstörungen bei Kindern) und die Logopädie (Sprachheilbehandlung, insbesondere bei Kindern oder bei Schlaganfallpatienten). Diese Maßnahmen sind in beiden Tariflinien der ARAG versichert.

In den Tarifen der *KomfortKlasse* sind dabei die erstattungsfähigen Höchstbeträge für die im tariflichen Heilmittelverzeichnis aufgeführ-

ten Maßnahmen der physikalischen Therapie zu beachten. Ferner unterliegen Erstattungen für Heilmittel in diesen Tarifen der Regelung für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen): Diese werden für erstattungsfähige Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 Euro je Kalenderjahr zu 80 % erstattet, für den 2.500 Euro übersteigenden Teil zu 100 %.

7. Gilt für die Versorgung mit Hilfsmitteln ein so genannter „offener Hilfsmittelkatalog“?

Die ARAG Krankenversicherung hat sich bewusst nicht für die Festbeschreibung einer abgeschlossenen Liste von erstattungsfähigen Hilfsmitteln in den Versicherungsbedingungen entschieden, um die Erstattung von neuartigen Hilfsmitteln zu ermöglichen und damit am medizinischen Fortschritt im Sinne einer optimalen und zukunftssicheren Versorgung teilzunehmen.

Wie im Bedingungstext gemäß § 4 Teil II Abs. (2) 5. beschrieben, sind dabei die Kosten für sämtliche Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn diese die körperliche Behinderung ausgleichen oder lindern, aus medizinischer Sicht notwendig und ärztlich verordnet sind. Hilfsmittel mit einem Bezugspreis von unter 1.000 Euro sind ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer erstattungsfähig. Wird ein Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 Euro ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers bezogen, werden 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für die funktionale Standardausführung für die tarifliche Erstattung zugrunde gelegt

Es gibt allerdings eine Vielzahl von Hilfsmitteln in unterschiedlichen Ausführungen. So dient die vorherige Überprüfung des Bezugs kostenintensiver Hilfsmittel durch die ARAG Krankenversicherung auch der Sicherheit des Kunden, denn sollte ein Hilfsmittel in der gewünschten Ausführung nicht akzeptiert werden können, kann unter Umständen eine Alternative benannt werden. Zudem ermöglicht die vorherige Überprüfung, dass Hilfsmittel ggf. kostengünstiger über den Versicherer bezogen werden können oder mit dem Kunden anstelle eines Kaufs die Miete eines Hilfsmittels vereinbart wird. Diese Mitbestimmung bei der Versorgungsform wirkt sich somit allgemein kostendämpfend und auch beitragsstabilisierend aus.

Die Begrenzung auf eine „funktionale Standardausführung“ in den Tarifen der *Komfortklasse* ist dabei nicht abwertend zu verstehen: Mit der Formulierung ist eine normale Ausführung eines Hilfsmittels gemeint. Der Begriff Standard ist mit dem Begriff "Norm" gleichzusetzen, beschreibt also das „Übliche“. Ein Patient, der ein Hilfsmittel in funktionaler Standardausführung erhält, bekommt das, was für die Art der Behinderung in der überwiegenden Anzahl an Fällen ebenfalls verordnet wird.

8. Wie ist die Erstattung von Sehhilfen geregelt?

In der *Premiumklasse* werden die Kosten für Brillengläser bis zu 100 % (abhängig vom Prozentsatz des versicherten Tarifs) erstattet, auch für hochwertige Gleitsichtbrillen, für entspiegelte, getönte oder Colormatic-Gläser, bei bestimmten Augenkrankheiten auch Blendschutzgläser.

Die Brillenfassung ist bis zu 105 Euro erstattungsfähig. Ein erneuter Anspruch entsteht, wenn sich die Dioptrienzahl um mindestens 0,5 verändert hat oder seit dem letzten Bezug mindestens 24 Monate vergangen sind. Nah- und Fernbrillen werden dabei separat betrachtet.

Kontaktlinsen (harte und weiche) fallen mit bis zu 100 % (abhängig vom Prozentsatz des versicherten Tarifs) ebenfalls in den Versicherungsschutz.

Die Tarife der *Komfortklasse* sehen dagegen eine Erstattung für Sehhilfen von 100 % bis zu 150 Euro vor. Ein erneuter Anspruch entsteht danach frühestens nach Ablauf von 36 Monaten ab Bezug. Wurde der Höchstbetrag noch nicht ausgeschöpft (beispielsweise nach der Erstattung von so genannten „Wegwerfkontaktlinsen“), werden die Leistungen dabei kumuliert: Es können damit weitere

Rechnungen eingereicht werden*, bis der Höchstleistungsbetrag von 150 Euro ausgeschöpft ist. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht dann nach Ablauf von 36 Monaten, gerechnet ab dem Bezugsdatum von derjenigen Rechnung, mit welcher der Höchstleistungsbetrag von 150 Euro erreicht wurde. Falls der Höchstbetrag von 150 Euro bei der Kumulation nicht erreicht wurde, stehen nach Ablauf von 36 Monaten seit dem letzten Bezug ebenfalls auf alle Fälle wieder volle 150 Euro zur Verfügung.

* D.h. Rechnungen für Sehhilfen, die zeitlich nach der ersten Rechnung liegen; maßgeblich für die Bestimmung der Zeiträume ist dabei jeweils das Bezugsdatum, nicht das Einreichungsdatum der Rechnung bei der ARAG.

9. Wie werden ambulante Krankentransporte erstattet?

Nach den AVB erstattet die ARAG Krankenfahrten und -transporte (also auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Es ist eine ärztliche Bescheinigung hierüber vorzulegen.

Bei eindeutigen Krankheitsbildern, auch bei Unfällen oder medizinischen Notfällen verzichtet die ARAG schon aus pragmatischen Gründen auf die ärztliche Bescheinigung. Insbesondere bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden.

10. Wie ist die Erstattung von Anschlussheilbehandlungen geregelt?

Bei bestimmten Krankheitsbildern schließen sich an die akute Krankenhausbehandlung weitere stationäre Behandlungsmaßnahmen an, die erforderlich sind, um die Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Derartige Anschlussheilbehandlungen können in darauf spezialisierten Häusern oft besser und unter Umständen auch kostengünstiger durchgeführt werden, als in der Akutklinik. Zumeist handelt es sich um Krankenanstalten gemäß § 4 Teil I Abs. 5 Satz 1 der AVB (sog. „gemischte Krankenanstalten“).

Für Kurmaßnahmen ist die private Krankenversicherung, soweit der jeweilige Tarif nichts anderes vorsieht, nicht leistungspflichtig (vgl. § 5 Abs. 1 d) Teil I der AVB). Dagegen kann eine Anschlussheilbehandlung in die Leistungspflicht fallen, wenn diese im unmittelbaren Anschluss an einen stationären Aufenthalt in einer Akutklinik erfolgt und es aus medizinischen Gründen notwendig ist, die Maßnahme unter stationären Bedingungen durchzuführen (etwa nach einer Operation für eine Hüft-Totalendoprothese). Es muss ein enger zeitlicher Bezug zum Klinikaufenthalt gegeben sein, üblicherweise wenige Tage bis maximal zwei Wochen. Je nach medizinischer Indikation kann auch ein längerer Abstand zulässig sein (z. B. bis zu sechs Wochen nach dem Ende der Bestrahlung bei einer Karzinomkrankung, bei Bestrahlung im Bereich des Kopfes oder des Halses sogar bis zu zehn Wochen).

Entscheidend für die Leistungspflicht ist der Inhalt der Behandlung: Hat die Behandlung Kurcharakter, so ist die private Krankenversicherung nicht leistungspflichtig, überwiegt der Charakter der Heilbehandlung, so ist sie leistungspflichtig.

Für eine vom Krankenhausarzt veranlasste medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung, die im Anschluss an eine leistungspflichtige Krankenhausbehandlung erfolgt und die oben beschriebenen Anforderungen erfüllt, werden die tariflichen Leistungen für stationäre Heilbehandlung von der ARAG Krankenversicherung gewährt. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der Anschlussheilbehandlung schriftlich gestellt und beschieden wurde. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. In diesem Fall besteht kein darüber hinausgehender Leistungsanspruch gegenüber der ARAG.

Weil die Abgrenzung einer Anschlussheilbehandlung gegenüber einer Kurbehandlung für den Laien nicht ohne Weiteres erkennbar ist, sollten Sie zu Ihrer Sicherheit unsere vorherige schriftliche Leistungszusage einholen; andernfalls prüft die ARAG den Erstattungsanspruch auch im Nachhinein.

11. Was ist bei Behandlungen in gemischten Krankenanstalten zu beachten?

Krankenanstalten gemäß § 4 Teil I Abs. 5 Satz 1 der AVB werden auch als „gemischte Anstalten“ bezeichnet (siehe Frage zu „Anschlussheilbehandlungen“). Es handelt sich um Krankenhäuser, die neben medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlungen auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Für medizinisch notwendige Behandlungen in solchen Krankenanstalten sind private Krankenversicherer nur leistungspflichtig, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Der Ausschluss der Behandlung in diesen "gemischten Anstalten" (ohne vorherige Zusage) hat den Zweck, den Versicherer von der nachträglichen Überprüfung zu befreien, ob während des Aufenthaltes in einer gemischten Anstalt eine notwendige Heilbehandlung oder – wenn auch nur teilweise – eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung stattgefunden hat. Für Patienten ist eine solche „Gemischte Anstalt“ allerdings nicht immer unmittelbar zu erkennen.

Die ARAG zahlt für solche Behandlungen jedoch auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelte, die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte, ebenso, wenn ausschließlich medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung durchgeführt wurde; die Prüfung, ob es sich um medizinisch notwendige Heilbehandlung (z.B. eine Anschlussheilbehandlung) handelte, kann hierbei also auch im Nachhinein erfolgen.

12. In welchem Umfang sind stationäre Psychiatrie und Psychotherapie versichert?

Die Kosten für stationäre Psychotherapie oder stationäre Psychiatrie werden in beiden Tariflinien vom Versicherungsschutz ebenso erfasst wie die Behandlung somatischer (körperlicher) Krankheitsbilder. Aufwendungen für diese wichtige Komponente des tariflichen Leistungsumfanges fallen damit in den Versicherungsschutz, soweit es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder wegen Unfallfolgen handelt. Eine Begrenzung der Therapiestunden besteht hierbei nicht; auch ist keine vorherige Genehmigung durch den Versicherer notwendig.

Bei einer eventuellen Behandlung in einer gemischten Krankenanstalt (siehe eigene Frage in diesen Erläuterungen) sind die dort beschriebenen Hinweise zu beachten.

13. Welche Begrenzung besteht bei Arzthonoraren im Ausland?

Im Ausland praktizierende Ärzte sind bei ihrer Liquidation nicht an die deutschen Gebührenordnungen gebunden. Das Honorar wird von der ARAG akzeptiert, wenn es dem im jeweiligen Aufenthaltsland üblichen Preis entspricht. Als üblich gilt im Zweifel der Preis, der am betreffenden Ort für gleiche oder ähnliche Leistungen verlangt wird. Es wird insoweit nicht auf deutsches Gebührenrecht abgestellt.

14. Welcher Versicherungsschutz besteht bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland?

Nach den AVB (§ 1) besteht für die ersten drei Monate auch ohne eine besondere Vereinbarung Versicherungsschutz; muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diesen Zeitraum

hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Sind vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten bis zu längstens fünf Jahren geplant, ist Versicherungsschutz gegen einen ab dem vierten Monat zu entrichtenden Beitragszuschlag möglich (eine darüber hinausgehende Fortsetzung des Versicherungsschutzes kann mit dem Versicherer je nach Fall vereinbart werden). Ein schriftlicher Antrag ist hierzu spätestens 14 Tage vor Beginn der Auslandsreise zu stellen.

Ferner kann für längere Auslandsaufenthalte unter bestimmten Bedingungen (insbesondere unter Berücksichtigung der Dauer des Auslandsaufenthaltes) eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden; der Versicherungsschutz wird dabei unterbrochen, es ist nur der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung zu zahlen.

15. Was ist bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland zu beachten?

Bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder in die Schweiz setzt sich das Versicherungsverhältnis – wie in den AVB (§ 1) beschrieben – fort; die tarifliche Erstattungspflicht ist dabei begrenzt auf die Leistungen, die bei einer entsprechenden Behandlung im Inland angefallen wären. Ein Beitragszuschlag wird hierfür nicht erhoben. Da das deutsche Gesundheitssystem mit das teuerste und aufwändigste innerhalb der EU ist, wird sich die ARAG bei einer Verlegung des Aufenthaltes innerhalb der EU nicht auf das Kürzungsrecht auf das inländische Kostenniveau berufen.

Alternativ kann das Versicherungsverhältnis auch in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden.

Bei einer nicht nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die im vorangehenden Absatz genannten endet das Versicherungsverhältnis (§ 15 der AVB); die ARAG benötigt hierfür eine entsprechende schriftliche Erklärung des Versicherungsnehmers und eine Kopie der amtlichen Abmeldebescheinigung.

16. Wird auch für Auslandsrücktransporte geleistet?

Auslandsrücktransporte sind ein sehr wichtiger Leistungsbestandteil eines privaten Krankenversicherungsschutzes. Die ARAG leistet für medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Auslandsrücktransporte, auch Rettungsflüge, im Rahmen der stationären Leistungsbereichen in beiden Tariflinien ohne betragsmäßige Beschränkung (§ 4 Teil II Abs. 3 Ziff. 10. der AVB). Dies gilt für alle Auslandsaufenthalte, unabhängig von der Aufenthaltsdauer.

17. Kann der Versicherungsschutz bei Bedarf flexibel durch ein Optionsrecht erhöht werden?

Die ARAG Krankenversicherung bietet Möglichkeiten zur Anpassung des Versicherungsschutzes an den persönlichen, wechselnden Bedarf und die Zahlungsfähigkeit des Kunden.

In den Tarifen der *KomfortKlasse* haben Versicherte über tariflich verankerte Optionsrechte das Recht, zu Beginn des 6. Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten in höherwertige Kostentarife zu wechseln.

Über den Tarif *FlexiPro* bestehen weitere Optionsrechte auf Tarife der Vollversicherung.

Daneben besteht in der *Komfort-* und *PremiumKlasse* die Möglichkeit, innerhalb der jeweiligen Tariflinie in einen Tarif mit höherer oder niedrigerer Selbstbeteiligung zu wechseln – ohne erneute Risikoprüfung, lediglich mit neuen Wartezeiten für die Mehrleistungen

im Falle einer Reduzierung der Selbstbeteiligung (siehe Frage Nr. 18).

18. Kann der Selbstbehalt verändert werden?

In beiden Tariflinien können Versicherte ihren Beitrag durch Erhöhung eines Selbstbehaltes reduzieren.

In den Tarifen der *PremiumKlasse* wirkt die Selbstbeteiligung dabei ausschließlich auf den ambulanten Leistungsbereich (bei den Tarifen 21P70 bis 21P90 mit der Besonderheit eines prozentualen, absolut gedeckelten SB).

In der *KomfortKlasse* fällt der Selbstbehalt bei allen tariflichen Leistungen an; der Selbstbehalt wird durch die im tariflichen Verzeichnis aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen jedoch nicht belastet. Für Kinder und Jugendliche gelten hier nur die halben Selbstbehalte der Erwachsenen.

Durch Inanspruchnahme einer Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen (Tarif K) oder einer in beiden Tariflinien möglichen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung können Versicherte bei entsprechender Leistungsfreiheit Ihren effektiv bezahlten Beitrag noch weiter reduzieren.

Als Besonderheit ist bei der ARAG der flexible Wechsel zwischen einzelnen Selbstbehalt-Stufen – jeweils innerhalb der einzelnen Tarife der *PremiumKlasse* oder der *KomfortKlasse* – ohne erneute Risikoprüfung möglich; durch die Umstufung ergeben sich damit keine neuen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse. Im Fall einer Reduzierung (oder des Wegfalls) des vorherigen Selbstbehaltes gelten lediglich die Wartezeiten für die Mehrleistungen neu.

Mit der Regelung soll unseren Versicherten lebensphasengerechte Anpassung des Versicherungsschutzes ermöglicht werden. Ein Wechsel von einer Tariflinie in die andere mit einer erneuten Risikoprüfung ist selbstverständlich ebenfalls jederzeit möglich (bzw. ohne Risikoprüfung unter Inanspruchnahme des Optionsrechts der Tarife K oder FlexiPro bei Vorliegen der dort beschriebenen Voraussetzungen).

19. Besteht während einer Elternzeit die Möglichkeit, Beiträge einzusparen?

Ein während der Elternzeit reduzierter Versicherungsschutz (z.B. Wechsel vom Einbettzimmer zu einem Mehrbettzimmer) kann nach deren Beendigung wieder bis zum ursprünglichen Umfang erhöht werden – ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten. Mit dieser Serviceleistung können wir Versicherten entgegenkommen, die in dieser Zeit eventuell über ein geringeres Einkommen verfügen.

Die Reduzierung des Versicherungsschutzes ist dabei nicht an den Beginn der Elternzeit gebunden, sondern kann auch zu einem späteren Termin während der Elternzeit vereinbart werden. Allerdings ist der Termin der Anhebung des Versicherungsschutzes festgelegt auf das Ende der Elternzeit.

Die Höherstufung auf den ursprünglichen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten ist spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Elternzeit rückwirkend zum Ersten des Monats zu beantragen, der auf das Ende der Elternzeit folgt. Dabei ist ein Nachweis über Beginn und Ende der Elternzeit einzureichen.

20. Unter welchen Voraussetzungen werden Implantate erstattet?

In den Tarifen der *KomfortKlasse* sind bedingungsgemäß Aufwendungen für eine Implantatversorgung nur dann erstattungsfähig, wenn keine andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsform besteht.

Dieser Hinweis im Tarif ist so zu verstehen, dass für eine Implantatversorgung Versicherungsschutz besteht, wenn die beiden angrenzenden Zähne gesund sind. In solchen Fällen ist eine Versorgung mit einem Implantat medizinischer Standard. Ist zumindest einer der angrenzenden Zähne überkront oder so stark geschädigt, dass eine Überkronung medizinisch sinnvoll ist, ist eine Implantatversorgung dagegen nicht versichert.

In den Tarifen der *PremiumKlasse* besteht diese Einschränkung nicht.