



Häufig gestellte Fragen zum Tarif MedExtra

Stand 06.2023

Inhalt

1	Allgemeines zum Tarif MedExtra	4
1.1	Welche Wartezeiten bestehen nach Abschluss eines Versicherungsschutzes?.....	4
1.2	Was versteht man unter Selbstbehalt (SB)?.....	4
1.3	Was versteht man unter Beitragsrückerstattung (BRE)?	4
1.4	Was versteht man unter Pauschalerstattung (PE)?	4
1.5	Welche Besonderheiten gelten für Kinder und Jugendliche (Altersgrenzen, Selbstbehalt, Pauschalerstattung)?	5
1.6	Was versteht man unter Beitragsbefreiung bei Elterngeldbezug?.....	5
1.7	Welche Voraussetzungen gibt es für die Beitragsbefreiung bei Elterngeldbezug?.....	5
1.8	Besteht für den Zeitraum einer Beitragsbefreiung bei Elterngeldbezug ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung und Pauschalerstattung?	6
1.9	Kann die Beitragsentlastungskomponente mit abgeschlossen werden?.....	6
1.10	Was passiert, wenn die private Krankenversicherung für eine gewisse Zeit pausiert werden muss (Anwartschaft)?	6
1.11	Können Rechnungen über die ARAG GesundheitsApp eingereicht werden?.....	6
2	Ambulante Leistungen	7
2.1	Kann direkt ein Facharzt aufgesucht werden?	7
2.2	Welche Erstattung erfolgt bei Arzneimitteln?.....	7
2.3	Welche Heilmittel werden erstattet?.....	7
2.4	Wie ist die Erstattung von Hilfsmitteln geregelt?	7
2.5	Was sind die nächsten Schritte, wenn ein Hilfsmittel benötigt wird?.....	7
2.6	Welche Erstattung erfolgt für Hebammenleistungen?.....	8
2.7	Werden Aufwendungen für eine Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) erstattet?.....	8
2.8	Was versteht man unter einer Kryokonservierung und wird eine Kryokonservierung erstattet?.....	8
2.9	Wie ist die Erstattung von Vorsorgeleistungen geregelt?.....	8
2.10	Welche Vorsorgeuntersuchungen haben keine Auswirkung auf den Selbstbehalt, die Pauschalerstattung und die Beitragsrückerstattung?	8
2.11	In welchem Rahmen werden Schutzimpfungen erstattet?	8
2.12	Haben Schutzimpfungen eine Auswirkung auf den Selbstbehalt, die Pauschalerstattung und die Beitragsrückerstattung?...8	8
2.13	Wie erfolgt die Erstattung bei Sehhilfen?.....	9
2.14	Muss eine ärztliche Verordnung vorgelegt werden, damit die Sehhilfe erstattet wird?.....	9
2.15	Was leistet die ARAG für die Reparatur einer Brille?	9
2.16	Wie erfolgt die Erstattung einer brechkraftverändernden OP (z. B. LASIK)?	9
2.17	Leistet der Tarif MedExtra für Behandlungen beim Heilpraktiker?	9
2.18	Werden vom Arzt angewendete Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis erstattet?	9
2.19	Welche Erstattung erfolgt für eine ambulante Kur/Reha und welche Voraussetzungen müssen gegeben sein?.....	9
2.20	Unter welchen Voraussetzungen werden Transportkosten erstattet?	10
2.21	Gibt es Beschränkungen hinsichtlich der Erstattung von Transportkosten?	10
2.22	Welche Erstattung gibt es für eine ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB)?.....	10
2.23	Wird eine Kur/Reha auch ohne unmittelbar vorausgehenden Klinikaufenthalt erstattet?	10
3	Stationäre Leistungen.....	11
3.1	Welche stationären Leistungen sind versichert?.....	11
3.2	Sind Behandlungen in jedem Krankenhaus versichert?	11
3.3	Ist eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus während eines Krankenhausaufenthaltes auf eigenen Wunsch möglich?	11
3.4	Was versteht man unter „Rooming-in“ und wann wird diese Leistung übernommen?.....	11

3.5	Unter welcher Voraussetzung wird für eine stationäre Kur geleistet?	11
3.6	Wird eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) erstattet?	12
3.7	Unter welchen Voraussetzungen werden Leistungen für ein Hospiz erbracht?	12
4	Zahnärztliche Leistungen	13
4.1	Welche zahnärztlichen Leistungen sind versichert?	13
4.2	Werden Implantate erstattet?	13
4.3	Wie funktioniert die Zahnstaffel?	13
4.4	Gibt es ein Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen?	13
4.5	Muss ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden?	13
4.6	Bis zu welcher Höhe werden zahnärztliche Leistungen erstattet?	13
4.7	Wie wirkt sich die professionelle Zahnreinigung (PZR) auf Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung und Pauschalerstattung aus?	14
4.8	Was gilt bei der Erstattung von Zahnarztrechnungen zuerst: Selbstbehalt, Zahnstaffel oder Tarifleistung?	14
5	Regelung über die Kostenerstattung im Ausland	15
5.1	Wie ist die Kostenerstattung geregelt, wenn die versicherte Person mit Wohnsitz in Deutschland im Ausland behandelt wird?	15
5.2	Was passiert, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein anderes Land der EU/des EWR verlegt?	15
5.3	Was passiert, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der EU/des EWR verlegt?	15

1 Allgemeines zum Tarif MedExtra

1.1 Welche Wartezeiten bestehen nach Abschluss eines Versicherungsschutzes?

Auf die Wartezeiten wird verzichtet, wenn es sich um den erstmaligen Abschluss einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei der ARAG handelt. Dadurch gibt es im Tarif MedExtra in den meisten Fällen keine Wartezeiten für die versicherte Person.

In allen anderen Fällen gilt:

Man unterscheidet zwischen allgemeinen Wartezeiten und besonderen Wartezeiten. Die allgemeinen Wartezeiten betragen drei Monate. Das bedeutet, dass für Versicherungsfälle in den ersten drei Monaten ab Versicherungsbeginn keine Kosten erstattet werden. Die besonderen Wartezeiten betragen acht Monate und gelten für Zahnersatz und Kieferorthopädie, für Behandlungen aufgrund einer Entbindung sowie für psychotherapeutische Behandlungen. Bei Übertritt aus einer gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Vollversicherung wird die dort ununterbrochene Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Die allgemeinen und besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

1.2 Was versteht man unter Selbstbehalt (SB)?

Die Tarife der ARAG können in unterschiedlichen Selbstbehaltsstufen gewählt werden. Ein gewählter Selbstbehalt führt dazu, dass die eingereichten Rechnungen erst dann erstattet werden, wenn die Summe der erstattungsfähigen Kosten, die in einem Kalenderjahr angefallen sind und zur Kostenerstattung eingereicht worden sind, den Betrag des vereinbarten Selbstbehalts übersteigt. Beim Tarif MedExtra gibt es folgende Selbstbehaltsstufen: 0 Euro, 300 Euro, 600 Euro, 900 Euro, 1.200 Euro und 1.500 Euro. Je höher der gewählte Selbstbehalt, desto günstiger ist in der Regel der Beitrag. Somit ist es meistens möglich, über den Selbstbehalt die Höhe des Beitrags zu beeinflussen.

Beispiel:

Bei einer gewählten Selbstbehaltsstufe von 600 Euro erfolgt eine Erstattung von Rechnungen erst, wenn die Summe der in einem Kalenderjahr angefallenen erstattungsfähigen Aufwendungen den Betrag von 600 Euro im Jahr übersteigt.

Für **unterjährige Beginne** gilt: Der Selbstbehalt reduziert sich für jeden nichtversicherten Monat des 1. Kalenderjahres um ein Zwölftel des Jahresselbstbehalts.

Beispiel:

Bei Beginn der Versicherung am 01.10. eines Jahres beträgt der Selbstbehalt in der Selbstbehaltsstufe 600 für Leistungen vom 01.10. bis 31.12. des 1. Versicherungsjahres 150 Euro ($3/12 \times 600 \text{ Euro} = 150 \text{ Euro}$).

Hinweis:

Einige Vorsorgeleistungen werden ab dem 1. Euro erstattet – unabhängig vom gewählten Selbstbehalt. Nähere Informationen sind unter 2.10 zu finden.

1.3 Was versteht man unter Beitragsrückerstattung (BRE)?

Eine mögliche Beitragsrückerstattung (BRE), oft auch als erfolgsabhängige BRE bezeichnet, wird vom Vorstand der ARAG Krankenversicherungs-AG jedes Jahr neu festgesetzt. Eine BRE kommt in der Regel dann in Betracht, wenn die ARAG Krankenversicherung Überschüsse erwirtschaftet hat. Die Voraussetzungen und die Höhe der BRE werden deshalb jährlich unter Berücksichtigung des Geschäftsergebnisses neu bestimmt. Eine Voraussetzung ist, dass für das gesamte Kalenderjahr keine Rechnungen eingereicht wurden. Dabei ist nicht das Rechnungsdatum entscheidend, sondern das Behandlungsdatum beim Arzt, das Bezugsdatum des Medikaments oder in welchem Zeitraum die Krankengymnastik durchgeführt worden ist. Der Zeitpunkt des Einreichens der Rechnung bei der ARAG Krankenversicherung spielt dagegen keine Rolle. Bei Beitragsrückständen wird im Allgemeinen keine BRE gewährt.

Die BRE für das Jahr 2022 beträgt bis zu 2,5 Monatsbeiträge. Der gesetzliche Zuschlag in Höhe von 10 % des Beitrags wird bei Berechnung der BRE nicht berücksichtigt. Wir informieren unsere Kunden jährlich über die aktuell gültige Höhe und die Voraussetzungen für eine mögliche BRE.

Die im Jahr 2022 gültigen Regelungen besagen, dass bestimmte Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen und professionelle Zahnreinigung keine negativen Auswirkungen auf die Auszahlung einer BRE haben (siehe hierzu 2.10, 2.12 und 4.7).

1.4 Was versteht man unter Pauschalerstattung (PE)?

Der Tarif MedExtra mit 0 Euro Selbstbehalt (SB) und 300 Euro SB sieht eine Pauschalerstattung zur selbstständigen Zahlung kleinerer Rechnungsbeträge vor. Die Pauschalerstattung wird zusätzlich zu einer möglichen Beitragsrückerstattung (BRE) geleistet.

Die Pauschalerstattung beträgt für Erwachsene (versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben) pro Kalenderjahr:

- 600 Euro in Leistungsstufe ME0
- 300 Euro in Leistungsstufe ME300

Für Kinder und Jugendliche verringert sich die Pauschalerstattung jeweils um die Hälfte der angegebenen Beträge.

Die Pauschalerstattung wird nur dann ausgezahlt, wenn im Vorjahr keine Rechnung eingereicht wurde. Ausnahmen zu dieser Regelung sind unter 2.10, 2.12 und 4.7 aufgeführt.

1.5 Welche Besonderheiten gelten für Kinder und Jugendliche (Altersgrenzen, Selbstbehalt, Pauschalerstattung)?

Für Kinder (bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie 16 Jahre alt werden) und Jugendliche (bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie 21 Jahre alt werden) gelten einige Besonderheiten. So enthält der Beitrag für Kinder und Jugendliche keinen Sparanteil. Das heißt, erst ab dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person 21 Jahre alt wird, beginnt die Ansparung einer Alterungsrückstellung.

Im Tarif MedExtra (Selbstbehaltstufe 0 Euro und 300 Euro) erhalten Kinder und Jugendliche lediglich die Hälfte der Pauschalerstattung, die Erwachsene ab dem 21. Lebensjahr erhalten.

Gleichzeitig gilt für Kinder und Jugendliche im Tarif MedExtra (Leistungsstufen ME300 bis ME1500) nur die Hälfte der Selbstbeteiligung.

1.6 Was versteht man unter Beitragsbefreiung bei Elterngeldbezug?

Während des Bezugs von Elterngeld kann der Beitrag des versicherten Elternteils für den Tarif MedExtra für maximal sechs Monate entfallen.

Für diejenige versicherte Person, die Elterngeld bezieht, gilt Folgendes: Von der Beitragszahlung befreit wird der komplette Beitrag des Tarifs MedExtra inkl. des gesetzlichen Zuschlags (10 %) und – sofern vorhanden – des Risikozuschlags. Nicht befreit werden jedoch die Beiträge zu folgenden Tarifen:

- Pflegepflichtversicherung
- Krankentagegeldversicherung
- FlexiPro
- Beitragsentlastungstarif BEK
- Sonstige Ergänzungsversicherungen, wie z. B. Krankenhaustagegeldversicherung und Pflegezusatzversicherung

Die Beitragsbefreiung gilt für die ersten sechs Monate des Elterngeldbezugs. Zwischen Basiselterngeld und Elterngeld Plus wird keine Unterscheidung getroffen.

Die zeitliche Begrenzung der Beitragsbefreiung auf maximal sechs Monate gilt pro Geburt. Im Laufe der Versicherungsdauer wird die Beitragsbefreiung für die versicherte Person demnach mehrfach für jeweils bis zu sechs Monate gewährt, wenn es zu weiteren Geburten kommt. Hinweis: Bei einer Mehrlingsgeburt handelt es sich nur um einen Geburtsvorgang, unabhängig von der Anzahl der geborenen Kinder. Dadurch wird die Beitragsbefreiung unabhängig von der Kinderanzahl auch bei einer Mehrlingsgeburt auf sechs Monate begrenzt.

Es können beide Elternteile die vollen sechs Monate Beitragsbefreiung ausschöpfen, wenn beide jeweils mindestens für sechs Monate Elterngeld beziehen und jeweils im Tarif MedExtra oder MedBest versichert sind. Die sechs Monate Elterngeldbezug je versicherte Person müssen nicht zusammenhängend genommen werden. Es ist auch eine gleichzeitige Beitragsbefreiung für beide Elternteile möglich. Die Beitragsbefreiung kann auch rückwirkend unter Vorlage des Elterngeldbescheids gewährt werden. Für die Einreichung des Elterngeldbescheids gilt eine Frist von maximal sechs Monaten ab Ausstellung des Elterngeldbescheids.

Von der Beitragsbefreiung nicht erfasst wird der Beitrag für das betreffende Kind.

1.7 Welche Voraussetzungen gibt es für die Beitragsbefreiung bei Elterngeldbezug?

Für den versicherten Elternteil muss für einen Zeitraum von mindestens acht Monaten unmittelbar vor der Geburt des betreffenden Kindes bis zum Beginn der Elternzeit ununterbrochen Versicherungsschutz im Tarif MedExtra oder MedBest bestehen.

Ein Tarifwechsel zwischen MedExtra und MedBest oder eine Änderung des Selbstbehalts in diesen Tarifen darf auch weniger als acht Monate vor der Geburt des Kindes vorgenommen worden sein. Ein vorübergehender Wechsel in einen Tarif ohne Beitragsbefreiung bei Elterngeldbezug (z. B. Tarif K), in den Notlagentarif wegen Nichtzahlung der Beiträge oder eine vorübergehende Anwartschaftsversicherung lassen jedoch den Anspruch auf die Beitragsbefreiung entfallen.

1.8 Besteht für den Zeitraum einer Beitragsbefreiung bei Elterngeldbezug ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung und Pauschalerstattung?

Ja, es besteht auch dann ein Anspruch. Die Beitragsrückerstattung richtet sich nach den tatsächlichen geleisteten Beiträgen im betreffenden Kalenderjahr, die Pauschalerstattung wird hingegen unabhängig von der Beitragsbefreiung in voller Höhe ausbezahlt.

Die Höhe der Beitragsrückerstattung errechnet sich aus einem Zwölftel der für das entsprechende Kalenderjahr entrichteten Beiträge, multipliziert mit der Anzahl der rückzuerstattenden Monatsbeiträge.

1.9 Kann die Beitragsentlastungskomponente mit abgeschlossen werden?

Ja, die Beitragsentlastungskomponente kann zum Tarif MedExtra mit abgeschlossen werden.

Der Versicherungsnehmer kann zwischen zwei Entlastungszeitpunkten (63. oder 67. Lebensjahr) wählen.

1.10 Was passiert, wenn die private Krankenversicherung für eine gewisse Zeit pausiert werden muss (Anwartschaft)?

Für den Tarif MedExtra kann eine sogenannte Anwartschaftsversicherung gewählt werden. Das bedeutet, dass der Tarif MedExtra pausiert wird. Hierdurch besteht dann für die Dauer der Anwartschaftsversicherung kein Anspruch auf Versicherungsleistungen aus dem Tarif MedExtra. Im Gegenzug reduziert sich der Beitrag erheblich.

Der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung kann sinnvoll sein, um Zeiträume zu überbrücken, in denen der Versicherungsschutz nicht benötigt wird. Dies kann z. B. bei längeren Auslandsaufenthalten der Fall sein oder bei einer vorübergehenden Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund einer Verringerung der Arbeitszeit.

Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung wird das Recht erworben, bei Wegfall der Anwartschaftsvoraussetzung den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten wieder zu aktivieren.

Zu unterscheiden sind die sogenannte „**kleine**“ und die „**große**“ Anwartschaft.

Während der kleinen Anwartschaftsversicherung wird der Sparprozess unterbrochen. Das bedeutet, dass bei Reaktivierung des ursprünglichen Tarifs der zu diesem Zeitpunkt gültige Neukundenbeitrag gemäß dem dann erreichten Alter fällig wird. Wurden in der Versicherungszeit vor der Anwartschaft Alterungsrückstellungen angespart, werden diese beitragsmindernd angerechnet. Der Beitrag für die kleine Anwartschaft beträgt ca. 5 % des Tarifbeitrags für den Tarif MedExtra.

Während der großen Anwartschaftsversicherung wird der Sparprozess fortgesetzt. Bei Reaktivierung des ursprünglichen Versicherungsschutzes wird der Beitrag fällig, der auch ohne Unterbrechung durch eine Anwartschaftsversicherung zu zahlen gewesen wäre. Daher ist der Beitrag für die große Anwartschaft in den meisten Fällen deutlich höher als der Beitrag für die kleine Anwartschaft.

Die Voraussetzungen sowie die für die Anwartschaft geltenden Regeln sind in unseren Anwartschaftsbedingungen festgelegt.

1.11 Können Rechnungen über die ARAG GesundheitsApp eingereicht werden?

Ja, Rechnungen können über die ARAG GesundheitsApp eingereicht werden.

Nähere Informationen zum Prozess sind unter folgendem Link zu finden:
<https://www.arag.de/service/kundenservice/gesundheitsapp/>

Jetzt herunterladen:



(Für iOS)



(Für Android)

2 Ambulante Leistungen

2.1 Kann direkt ein Facharzt aufgesucht werden?

Ja, auch bei Direktkonsultation eines Facharztes erfolgt die volle tarifliche Leistung.

Das heißt, dass z. B. bei Rückenbeschwerden sofort ein Orthopäde aufgesucht werden kann. Ein vorheriger Besuch beim Hausarzt/Allgemeinmediziner mit entsprechender Überweisung zum Orthopäden ist nicht notwendig.

2.2 Welche Erstattung erfolgt bei Arzneimitteln?

Die Erstattung von Arzneimitteln erfolgt zu 100 %.

Voraussetzung ist, dass diese von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet wurden – unabhängig davon, ob die Medikamente verschreibungspflichtig sind oder nicht.

2.3 Welche Heilmittel werden erstattet?

Zu den erstattungsfähigen Heilmitteln zählen z. B.:

- Inhalationen
- Krankengymnastik
- Massagen
- Hydrotherapie und Packungen
- Wärmebehandlung
- Elektrotherapie
- Lichttherapie und andere physikalische Behandlung
- Logopädie und Ergotherapie

Heilmittel werden in der Regel durch einen Arzt verordnet. Die Leistungen werden von entsprechenden Angehörigen staatlich anerkannter Heilberufe erbracht. Das können Physiotherapeuten, Logopäden oder Ergotherapeuten sein.

Bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 Euro im Kalenderjahr erfolgt die Erstattung zu 80 %. Der darüber hinausgehende Betrag wird zu 100 % erstattet. Der Eigenanteil liegt somit höchstens bei 500 Euro pro Kalenderjahr.

2.4 Wie ist die Erstattung von Hilfsmitteln geregelt?

Wir erstatten 100 % der Aufwendungen für Hilfsmittel, wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um das Leben zu erhalten (z. B. Atemmonitor), den Erfolg einer Behandlung zu sichern (z. B. Kompressionsstrümpfe), einer drohenden Behinderung vorzubeugen (z. B. Muskelstimulatoren) oder eine beeinträchtigte Körperregion zu ersetzen (z. B. Beinprothese) oder zu unterstützen (z. B. Hörgerät).

Dabei gelten folgende Regelungen:

Es handelt sich um einen sogenannten „offenen Hilfsmittelkatalog“. Das bedeutet, er enthält keine abschließende Aufzählung der versicherten Hilfsmittel, sondern schließt auch spätere Neuentwicklungen mit ein.

Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z. B. Fieberthermometer, Wärmflasche) sind keine Hilfsmittel im Sinne der Bedingungen. Das gilt auch für das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (z. B. Einbau eines Treppenlifts).

Hilfsmittel mit einem Bezugspreis von unter 1.000 Euro können ohne unsere vorherige Genehmigung erworben werden. Für Hilfsmittel mit einem Wert ab 1.000 Euro ist eine vorherige Zusage von uns notwendig. Fehlt diese, so erstatten wir nur 80 % der Kosten, die für eine funktionale Standardausführung angefallen wären.

2.5 Was sind die nächsten Schritte, wenn ein Hilfsmittel benötigt wird?

Die ARAG steht für jegliche Fragen rund um Hilfsmittel zur Verfügung. Über Kooperationspartner kann die ARAG viele Hilfsmittel preiswerter beziehen. Die Kooperationspartner liefern die Hilfsmittel in der Regel direkt nach Hause und helfen bei Fragen zur Nutzung.

2.6 Welche Erstattung erfolgt für Hebammenleistungen?

Hebammenleistungen werden bei entsprechender Indikation zu 100 % erstattet. Abrechnungsgrundlage ist die jeweils gültige Gebührenordnung für Hebammen.

2.7 Werden Aufwendungen für eine Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) erstattet?

Die ARAG übernimmt im Tarif MedExtra die Aufwendungen für die medizinisch notwendigen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Eine Übersicht über die Voraussetzungen ist Ziffer 2. h) der Tarifbeschreibung des Tarifs MedExtra, basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2019, zu entnehmen. Dort ist ebenfalls die maximale Anzahl der Versuche zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung geregelt.

2.8 Was versteht man unter einer Kryokonservierung und wird eine Kryokonservierung erstattet?

Muss sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen, tragen wir die Aufwendungen für eine Kryokonservierung (Einfrieren mittels Stickstoff) von Ei- oder Samenzellen sowie für die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen.

Für die Dauer der Kryokonservierung gelten die unter den AVB-Regelungen zur Kinderwunschbehandlung dargestellten Altershöchstgrenzen.

2.9 Wie ist die Erstattung von Vorsorgeleistungen geregelt?

Wir erstatten über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus die Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten, wenn sie – auch hinsichtlich des Alters des Patienten und der Zeitintervalle – medizinisch sinnvoll und begründbar sind.

2.10 Welche Vorsorgeuntersuchungen haben keine Auswirkung auf den Selbstbehalt, die Pauschalerstattung und die Beitragsrückerstattung?

Die im Verzeichnis für Vorsorgeleistungen unter Ziffer 6 der Tarifbeschreibung des Tarifs MedExtra aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen werden unabhängig vom vereinbarten Selbstbehalt ab dem 1. Euro erstattet. Weiterhin haben diese Leistungen keine negative Auswirkung auf die Pauschalerstattung. Diese Regelung gilt ausschließlich für die im Verzeichnis aufgeführten Untersuchungen. Darüber hinausgehende Untersuchungen (z. B. zusätzliche Laborwerte) wirken sich jedoch auf den Selbstbehalt und die Pauschalerstattung aus.

Dies gilt im Jahr 2022 auch für die Beitragsrückerstattung (BRE), Näheres hierzu unter 1.3.

2.11 In welchem Rahmen werden Schutzimpfungen erstattet?

Es werden alle Schutzimpfungen erstattet, auch Reiseimpfungen, wie z. B. gegen Gelbfieber.

2.12 Haben Schutzimpfungen eine Auswirkung auf den Selbstbehalt, die Pauschalerstattung und die Beitragsrückerstattung?

Die Aufwendungen für Schutzimpfungen (inkl. Reiseimpfungen) werden unabhängig vom vereinbarten Selbstbehalt ab dem 1. Euro erstattet. Weiterhin haben diese Leistungen keine negative Auswirkung auf die Pauschalerstattung.

Dies gilt im Jahr 2022 auch für die Beitragsrückerstattung (BRE), Näheres hierzu unter 1.3.

2.13 Wie erfolgt die Erstattung bei Sehhilfen?

Unter Sehhilfen fallen: Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen.

Erstattet werden 100 % bis 300 Euro innerhalb von 24 Monaten. Diese Frist entfällt bei einer Änderung der Sehkraft (zumindest eines Auges) um mindestens 0,5 Dioptrien.

Hinweis: Bei Erstattung einer Sonnenbrille muss die Tönung medizinisch indiziert sein, damit ein möglicher Leistungsanspruch entsteht. Die medizinische Notwendigkeit muss durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

2.14 Muss eine ärztliche Verordnung vorgelegt werden, damit die Sehhilfe erstattet wird?

Nein, Sehhilfen sind auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig. Eine Sehschärfenbestimmung durch einen Optiker ist ausreichend.

2.15 Was leistet die ARAG für die Reparatur einer Brille?

Wir leisten für die Reparatur einer Brille. Die Erstattung für eine solche Reparatur fällt ebenfalls unter die Höchstgrenze von 300 Euro innerhalb von 24 Monaten.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Reinigung und Pflege von Kontaktlinsen.

2.16 Wie erfolgt die Erstattung einer brechkraftverändernden OP (z. B. LASIK)?

Wir erstatten für eine brechkraftverändernde Operation insgesamt bis zu 2.000 Euro innerhalb von 60 Monaten. Ein erneuter Anspruch entsteht nach Ablauf von 60 Monaten nach der Operation des jeweiligen Auges. So lange können auch keine Leistungen für Sehhilfen geltend gemacht werden, es sei denn, die Dioptrienzahl mindestens eines Auges verändert sich um 0,5 oder mehr.

2.17 Leistet der Tarif MedExtra für Behandlungen beim Heilpraktiker?

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Heilbehandlung durch Heilpraktiker zu 100 % – bis zum Höchstsatz des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). Für Arznei-, Heil- und Verbandmittel, die vom Heilpraktiker verordnet werden, sowie für vom Heilpraktiker in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen wird ebenfalls geleistet.

Die Erstattungssumme für die oben genannten Leistungen ist pro Kalenderjahr auf 1.000 Euro begrenzt.

2.18 Werden vom Arzt angewendete Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis erstattet?

Das Hufeland-Leistungsverzeichnis enthält eine Auswahl häufig vorkommender Verfahren der Alternativmedizin und ordnet ihnen jeweils analog Ziffern aus der Gebührenordnung für Ärzte zu.

Der Tarif MedExtra erkennt das Hufeland-Leistungsverzeichnis nicht ausdrücklich an. Nach den AVB leistet der Tarif aber für alternative Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben wie von der Schulmedizin anerkannte Verfahren.

2.19 Welche Erstattung erfolgt für eine ambulante Kur/Reha und welche Voraussetzungen müssen gegeben sein?

Wir erstatten 80 % der Kosten für eine ambulante Kur/Reha.

Der Kostenerstattung für die ambulante Kur bzw. Rehabilitationsmaßnahme muss eine ärztliche Verordnung zugrunde liegen. Anspruch auf die Erstattung besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen von der ARAG gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren. Hierbei wird ab Beginn der Kurbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme gerechnet.

2.20 Unter welchen Voraussetzungen werden Transportkosten erstattet?

Es müssen medizinische Gründe vorliegen, die eine Fahrt im eigenen PKW oder die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel unmöglich machen. Es wird sowohl der Hin- als auch der Rückweg erstattet.

Beispiel:

Die versicherte Person (VP) muss zur Dialyse. Auf dem Hinweg geht es der VP so gut, dass sie theoretisch fahrtüchtig ist. Nachdem die Dialyse durchgeführt wurde, ist die VP jedoch stark geschwächt. Dies macht die Fahrt im eigenen Auto sowie in einem öffentlichen Verkehrsmittel nicht möglich. In diesem Falle wird sowohl der Hinweg als auch der Rückweg von der ARAG erstattet.

2.21 Gibt es Beschränkungen hinsichtlich der Erstattung von Transportkosten?

Wir erstatten die Transportkosten für Strecken bis zu 50 Kilometer zwischen Wohnung und Praxis, darüber hinaus für den Weg zum nächstgelegenen geeigneten Arzt (also einem Arzt mit geeigneter Fachrichtung).

2.22 Welche Erstattung gibt es für eine ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB)?

Bei einer Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt es sich um eine Sonderform der Rehabilitationsmaßnahme (Reha). Klassischerweise wird eine AHB nach einem stationären Aufenthalt durchgeführt, beispielsweise nach einer Hüft-TEP (Einsetzen eines neuen Hüftgelenks).

Wir leisten auch ohne vorherige Zusage für die ersten 21 Tage, wenn die AHB medizinisch notwendig ist und innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende der Krankenhausbehandlung beginnt. Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann oder kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht. Letzteres muss uns spätestens am letzten Tag der Frist mitgeteilt werden (je früher, desto besser). Wir helfen gerne bei der Suche nach einer passenden Klinik.

Dauert die Anschlussheilbehandlung länger als 21 Tage, bedarf es ab dem 22. Tag einer Zusage durch uns. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt.

Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie den gesetzlichen Rehabilitationsträgern oder Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Aufwendungen, die im Zuge einer ambulanten Anschlussheilbehandlung entstehen, werden im tariflichen Rahmen erstattet. Dies bedeutet, dass

- die Aufwendungen für ärztliche Heilbehandlung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte zu 100 % erstattet werden,
- die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zu 100 % erstattet werden,
- technische Leistungen wie Laboruntersuchungen oder Sonografie zu 100 % erstattet werden,
- verordnete Anwendungen wie Krankengymnastik oder Massagen als Heilmittel zu 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 Euro im Kalenderjahr erstattet werden. Der 2.500 Euro übersteigende Teil wird zu 100 % erstattet.

2.23 Wird eine Kur/Reha auch ohne unmittelbar vorausgehenden Klinikaufenthalt erstattet?

Ja. Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit einer Kur bzw. Rehamaßnahme ist die ärztliche Anordnung der Maßnahme. Ein vorhergehender Klinikaufenthalt ist dagegen nicht notwendig.

Im Tarif MedExtra werden 80 % der Kosten für eine ambulante Kur/Reha erstattet. Anspruch auf die Erstattung besteht erstmals nach zwei Jahren.

Hinweis:

Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z. B. der gesetzlichen Rentenversicherung) sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

3 Stationäre Leistungen

3.1 Welche stationären Leistungen sind versichert?

Das Krankenhaus berechnet drei Arten von Kosten:

- Regelleistung: allgemeine Krankenhausleistungen (dazu zählen die Krankenpflege und die Unterbringung)
- Wahlleistung: Zuschlag für Unterbringung im Ein- bzw. Zweibettzimmer zusätzlich zur Regelleistung für Drei- oder Mehrbettzimmer
- Wahlleistung: Behandlung durch den Chef- bzw. Belegarzt statt Behandlung durch den allgemeinen Stationsarzt

Wird auf die Wahlleistungen Chef- bzw. Belegarzt verzichtet, zahlen wir ein sogenanntes Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von 50 Euro pro Tag. Für den Verzicht auf das Ein- oder Zweibettzimmer zahlen wir ebenfalls 50 Euro pro Tag. Ohne beide Wahlleistungen gibt es somit täglich 100 Euro Ersatz-Krankenhaustagegeld.

Für Kinder und Jugendliche gelten die hälftigen Tagessätze. Als Jugendlicher gilt eine versicherte Person bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie das 21. Lebensjahr vollendet.

3.2 Sind Behandlungen in jedem Krankenhaus versichert?

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern.

Der Tarif deckt die Kosten, sofern die Abrechnungen korrekt erstellt werden.

3.3 Ist eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus während eines Krankenhausaufenthaltes auf eigenen Wunsch möglich?

Wenn die versicherte Person während eines Krankenhausaufenthaltes aus persönlichen Gründen das Krankenhaus wechseln möchte, übernehmen wir die Kosten für den Transport. Voraussetzung ist, dass alle der folgenden Punkte erfüllt sind:

- Die beiden Krankenhäuser liegen in Deutschland und sind mindestens 50 Kilometer voneinander entfernt
- Zum Zeitpunkt der Verlegung ist noch mindestens mit einer Verweildauer von sieben Tagen im Krankenhaus zu rechnen
- Es sprechen keine gesundheitlichen bzw. medizinischen Gründe gegen den Krankentransport
- Der Krankentransport wird von der ARAG organisiert

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

Als Rooming-in bezeichnet man die Mitaufnahme einer Begleitperson ins Krankenhaus. In den meisten Fällen wird ein Kind von einem Elternteil begleitet. Aber auch bei Erwachsenen kann sich die Notwendigkeit ergeben, z. B. bei einer an Demenz erkrankten Person.

Ist die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch notwendig, erstatten wir die entsprechenden Kosten unabhängig vom Alter der versicherten Person. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr gehen wir grundsätzlich von einer medizinischen Indikation aus.

3.5 Unter welcher Voraussetzung wird für eine stationäre Kur geleistet?

Für eine stationäre Kur wird geleistet, wenn diese medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist. Ein Anspruch entsteht frühestens nach zweijähriger Versicherungsdauer. Wurden Leistungen erbracht, so entsteht ein erneuter Anspruch nach Ablauf von drei Jahren.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Krankenpflege, Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel, technische Leistungen wie z. B. Laboruntersuchungen sowie die Versorgung mit Heilmitteln wie z. B. Krankengymnastik bis zu einem Betrag von 30 Euro pro Tag für bis zu 28 Tage je Kur.

Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z. B. der gesetzlichen Rentenversicherung) sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

3.6 Wird eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) erstattet?

Bei einer Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt es sich um eine Sonderform der Rehabilitationsmaßnahme (Reha). Klassischerweise wird eine AHB nach einem stationären Aufenthalt durchgeführt, beispielsweise nach einer Hüft-TEP (Einsetzen eines neuen Hüftgelenks).

Wir leisten auch ohne vorherige Zusage für die ersten 21 Tage, wenn die AHB medizinisch notwendig ist und innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende der Krankenhausbehandlung beginnt. Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann oder kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht. Letzteres muss uns spätestens am letzten Tag der Frist mitgeteilt werden (je früher, desto besser). Wir helfen gerne bei der Suche nach einer passenden Klinik.

Dauert die Anschlussheilbehandlung länger als 21 Tage, bedarf es ab dem 22. Tag einer Zusage durch uns. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt.

Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie den gesetzlichen Rehabilitationsträgern oder Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.

3.7 Unter welchen Voraussetzungen werden Leistungen für ein Hospiz erbracht?

Wir tragen die Aufwendungen für einen Hospizaufenthalt, wenn

- dieser ärztlich verordnet ist,
- bei der versicherten Person eine unheilbare Krankheit (z. B. eine Krebserkrankung) vorliegt, die in absehbarer Zeit (d. h. innerhalb von Wochen oder wenigen Monaten) zum Tode führen wird, und eine besonders aufwendige Versorgung (z. B. künstliche Ernährung oder Schmerztherapie) notwendig ist.

Leistungen anderer Kostenträger, z. B. der Pflegeversicherung, werden angerechnet.

4 Zahnärztliche Leistungen

4.1 Welche zahnärztlichen Leistungen sind versichert?

Im Allgemeinen können vier verschiedene Bereiche von zahnärztlichen Behandlungen unterschieden werden:

- Prophylaxe (z. B. professionelle Zahnreinigung) wird zu 100 % erstattet
- Zahnbehandlung (z. B. Füllungen und Inlays) wird zu 100 % erstattet
- Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Onlays, Implantate, Prothesen) wird zu 80 % erstattet
- Kieferorthopädie (z. B. Zahnsperre) wird zu 80 % erstattet

4.2 Werden Implantate erstattet?

Implantate zählen zur Zahnersatzversorgung und werden zu 80 % erstattet. Bezüglich der Anzahl der Implantate gibt es keine Begrenzung. Entscheidend ist die zahnmedizinische Indikation.

4.3 Wie funktioniert die Zahnstaffel?

Die Erstattung von Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung ist in den ersten Jahren nach Versicherungsbeginn auf einen maximalen Erstattungsbetrag begrenzt. Die Zahnstaffel stellt dar, welcher Erstattungsbetrag in den ersten Jahren abgerufen werden kann:

- 1. Kalenderjahr: 1.000 Euro (maximaler Erstattungsbetrag)
- 2. Kalenderjahr: 2.000 Euro (maximaler Erstattungsbetrag)
- 3. Kalenderjahr: 3.000 Euro (maximaler Erstattungsbetrag)
- Ab 4. Kalenderjahr: unbegrenzt

Das 1. Kalenderjahr beginnt mit dem Versicherungsbeginn (Beginn-Datum auf der Police) und endet am 31.12. des jeweiligen Kalenderjahres.

Beispiel:

Max Mustermann ist ab dem 01.12.2020 im Tarif MedExtra versichert. Das heißt, die Erstattung für zahnmedizinische Leistungen, die vom 01.12.2020 bis zum 31.12.2020 erbracht werden, ist auf 1.000 Euro begrenzt. Das 1. Jahr der Staffel ist ein sogenanntes Rumpfsjahr. Dies bedeutet, dass zum 01.01.2021 bereits das 2. Jahr der Zahnstaffel beginnt. Die Erstattung für zahnmedizinische Leistungen, die vom 01.01.2021 bis zum 31.12.2021 erbracht werden, ist somit auf 2.000 Euro begrenzt – unabhängig davon, ob in der Zeit vom 01.12.2020 bis zum 31.12.2020 zahnmedizinische Leistungen erstattet wurden oder nicht.

4.4 Gibt es ein Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen?

Nein, es gibt kein Verzeichnis für Material- und Laborkosten.

Hinweis:

Bei einem Verzeichnis für Material- und Laborkosten handelt es sich um eine Auflistung von zahntechnischen Leistungen, in der für bestimmte (Teil-)Arbeitsschritte oder Materialien erstattungsfähige Höchstbeträge vorgeschrieben werden.

4.5 Muss ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden?

Nein, es muss kein Heil- und Kostenplan eingereicht werden. Bei größeren Maßnahmen empfiehlt sich jedoch eine vorherige Vorlage des Heil- und Kostenplans. Die ARAG prüft ihn und gibt über die zu erwartende Leistung Auskunft.

4.6 Bis zu welcher Höhe werden zahnärztliche Leistungen erstattet?

Generell gibt es ab dem 4. Kalenderjahr keine Höchstgrenzen für die zahnärztlichen Leistungen. Im Tarif MedExtra wird bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz) der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) geleistet.

Hinweis:

Das Honorar des Zahnarztes ist in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) geregelt. Den einzelnen Leistungen ist jeweils ein bestimmter Euro-Betrag zugeordnet.

Man unterscheidet verschiedene Steigerungsfaktoren, die je nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand der Behandlung variieren.

- **Regelsatz (1-fach bis 2,3-fach):** durchschnittlicher Schwierigkeitsgrad
- **Regelsatz bis Höchstsatz (2,3-fach bis 3,5-fach):** erhöhte Schwierigkeit/erhöhter Zeitaufwand. Der Zahnarzt hat in diesem Fall eine individuelle, patientenbezogene Begründung bei der Rechnungsstellung anzugeben.
- **Überschreitung des Höchstsatzes (über 3,5-fach):** erhebliche Schwere.
Eine rechtsgültige Honorarvereinbarung zwischen der versicherten Person und dem Zahnarzt muss vorgelegt werden.

4.7 Wie wirkt sich die professionelle Zahnreinigung (PZR) auf Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung und Pauschalerstattung aus?

Die PZR wird unabhängig von einem vereinbarten Selbstbehalt erstattet. Soweit Aufwendungen für eine PZR erstattet werden, wirkt sich dies nicht auf den Anspruch auf die Pauschalerstattung aus. Dies gilt im Jahr 2022 auch für die Beitragsrückerstattung (BRE), Näheres hierzu unter 1.3.

Wichtig ist dabei, dass es sich ausschließlich um zahnprophylaktische Leistungen handelt. Dies ist in der Regel der Fall bei Abrechnung der GOZ-Ziffern 0010, 1000, 1010, 1020, 1030 und 1040. Zur Prophylaxe reichen in der Regel zwei PZR-Behandlungen im Jahr aus. Soweit die Leistung häufiger in Anspruch genommen wird, handelt es sich nicht mehr um Prophylaxe, sondern um eine Behandlung, die auf Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung und Pauschalerstattung angerechnet wird.

4.8 Was gilt bei der Erstattung von Zahnarztrechnungen zuerst: Selbstbehalt, Zahnstaffel oder Tarifleistung?

Bei Zahnarztrechnungen, vor allem für Zahnersatzbehandlungen, können bis zu drei unterschiedliche Selbstbehalte greifen: Der allgemeine tarifliche Selbstbehalt, die Zahnstaffel in den ersten drei Kalenderjahren und der prozentuale Selbstbehalt in Höhe von 20 % (da nur 80 % erstattet werden).

Beispiel:

Unser Kunde, Herr Max Mustermann, hat zum 01.01.2020 den Tarif MedExtra mit einer Selbstbeteiligung von 600 Euro abgeschlossen. Der Tarif sieht eine Erstattung von 80 % für Zahnersatz vor, weiter eine summenmäßige Begrenzung der Erstattung für zahnärztliche Leistungen auf 1.000 Euro im 1. Kalenderjahr, die sogenannte Zahnstaffel. Herr Mustermann reicht eine Rechnung für eine Behandlung vom 01.06.2020 über 2.000 Euro für Zahnersatz ein. Andere Leistungen sind seit Vertragsschluss nicht zur Erstattung eingereicht worden. In diesem Fall errechnet sich die Erstattung wie folgt:

- 1. Schritt:** Berücksichtigung des Erstattungsprozentsatzes von 80 %
80 % von 2.000 Euro = 1.600 Euro
- 2. Schritt:** Berücksichtigung der Zahnstaffel
Von den nach Berücksichtigung des Erstattungsprozentsatzes von 80 % verbleibenden 1.600 Euro sind aufgrund der Zahnstaffel in Höhe von 1.000 Euro im 1. Kalenderjahr 1.000 Euro erstattungsfähig.
- 3. Schritt:** Berücksichtigung des Selbstbezalts
Auf den Betrag von 1.000 Euro, der nach Berücksichtigung der Zahnstaffel verbleibt, wird der Selbstbehalt in Höhe von 600 Euro angerechnet.
Zur Erstattung verbleibt damit ein Betrag von 400 Euro.

5 Regelung über die Kostenerstattung im Ausland

5.1 Wie ist die Kostenerstattung geregelt, wenn die versicherte Person mit Wohnsitz in Deutschland im Ausland behandelt wird?

Für ärztliche Behandlungen im Ausland besteht Versicherungsschutz im vollen tariflichen Umfang. Bei der Leistung im Ausland wird ein ortsübliches, d. h. im jeweiligen Reiseland übliches Honorar akzeptiert.

Heilbehandlungen innerhalb Europas sind grundsätzlich versichert.

Bei Reisen ins außereuropäische Ausland besteht Versicherungsschutz für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt (für die ersten drei Monate).

5.2 Was passiert, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein anderes Land der EU/des EWR verlegt?

Zieht eine versicherte Person in einen anderen EU-Mitgliedsstaat oder in einen Staat des Europäischen Wirtschaftsraums – außer den EU-Mitgliedsstaaten zählen hierzu Island, das Fürstentum Liechtenstein und Norwegen –, so kann der Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung fortgesetzt werden. Wichtig ist, dass uns die Änderung des gewöhnlichen Aufenthalts unverzüglich, jedenfalls aber vor der Verlegung mitgeteilt wird.

Im Gegenzug werden Kosten in Höhe des ortsüblichen Honorars übernommen, höchstens jedoch bis zu der Höhe, wie sie bei entsprechender Inanspruchnahme von Leistungen in Deutschland angefallen wären. Die Leistungen sind somit auf das Kostenniveau in Deutschland begrenzt. Allerdings kann das deutsche Gesundheitssystem als eines der teuersten und aufwendigsten innerhalb der EU angesehen werden, wodurch das deutsche Kostenniveau in den meisten Fällen oberhalb des ortsüblichen Honorars ist.

Eine eventuell anfallende ausländische Versicherungssteuer ist durch den Versicherungsnehmer selber zu tragen. Ein zusätzlicher Auslandszuschlag wird nicht erhoben.

5.3 Was passiert, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der EU/des EWR verlegt?

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt nicht nur vorübergehend in ein Land außerhalb der EU/des EWR, so kann die Versicherung nicht weiter fortgeführt werden, es sei denn, dass sie aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Wichtig ist, dass uns die Änderung des gewöhnlichen Aufenthalts unverzüglich, jedenfalls aber vor der Verlegung mitgeteilt wird. Wir prüfen dann gerne die Möglichkeit einer Anwartschaftsversicherung.

Eine eventuell anfallende ausländische Versicherungssteuer ist durch den Versicherungsnehmer selber zu tragen.

Maßgeblich sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), bestehend aus Teil I (MB/KK 2009 – Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung), Teil II (TB/KK 2019 – Tarifbedingungen) sowie Teil III (Tarifbeschreibung Tarif MedExtra) in der jeweils geltenden Fassung.

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