



Richtlinien für den Abschluss eines Versicherungsvertrags

Ausgabe 07.2017

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----|---|-----------|
| 1 | Tarifübersicht..... | 5 |
| 2 | Tarifierläuterungen..... | 7 |
| A | Selbstständige Tarife..... | 7 |
| 1 | Tarif K..... | 7 |
| 2 | Tarif 20..... | 8 |
| 3 | Tarif 21..... | 9 |
| 4 | Tarif 22..... | 10 |
| 5 | Tarif 23..... | 10 |
| 6 | Tarif 24..... | 11 |
| 7 | Tarife 31–39..... | 12 |
| 8 | Tarif 11..... | 14 |
| 9 | Tarif RK-J, RK-JF, RK-J70..... | 15 |
| B | Zusatztarife (nur in Verbindung mit Haupttarifen möglich)..... | 16 |
| 10 | Tarif 27..... | 16 |
| 11 | Tarif 52..... | 17 |
| 12 | Tarif 54..... | 18 |
| 13 | Tarif FlexiPro..... | 19 |
| C | Tarife für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)..... | 20 |
| 14 | Tarif 28..... | 20 |
| 15 | Tarife Z100, Z70..... | 21 |
| 16 | Tarif Z90Bonus..... | 22 |
| 17 | Tarif Z50/90..... | 23 |
| 18 | Tarif 482..... | 23 |
| 19 | Tarif 483..... | 24 |
| 20 | Tarif V100..... | 25 |
| 21 | Tarif 18..... | 26 |
| 22 | Tarif 26..... | 27 |
| 23 | Tarife BJunior und KJunior..... | 28 |
| D | Tarif für Beamte in der Ausbildung (Anwärter und Referendare)..... | 30 |
| 24 | Tarif 25..... | 30 |
| E | Tarife zur Pflegeversicherung..... | 32 |
| 25 | Tarif PV..... | 32 |
| F | Tarife zur Pflege-Zusatzversicherung..... | 34 |
| 26 | Tarif 68..... | 34 |
| 27 | Tarif 69..... | 35 |
| 28 | Tarif PF..... | 35 |
| 29 | Tarif PIN..... | 36 |
| 3 | Annahmerichtlinien..... | 38 |
| 1 | Antragsausfüllung..... | 38 |
| 2 | Nachweise für die Pflege-Pflichtversicherung..... | 38 |
| 3 | Anträge mit ärztlicher Untersuchung..... | 38 |
| 4 | Anwartschaftsversicherung..... | 39 |
| 5 | Versicherung von Personen, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen..... | 39 |
| 6 | Personen mit Wohnsitz im Ausland..... | 39 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 7 | Beginnverlegung..... | 39 |
| 8 | Beitragszahlung..... | 40 |
| 9 | Vorerkrankungen | 40 |
| 10 | Eintrittsalter | 44 |
| 11 | Erwerbsminderung..... | 44 |
| 12 | Mitversicherung von Neugeborenen | 45 |
| 13 | Alleinversicherung von Kindern | 45 |
| 14 | Rückdatierungen | 45 |
| 15 | Wartezeiten/Wartezeitentfall | 45 |
| 16 | Zahnschäden | 47 |
| 17 | Berufe – Annahmerichtlinien..... | 49 |
| 18 | Allgemeines | 63 |
| 19 | Tarifkombinationen..... | 64 |
| 20 | Mindestbeitrag..... | 64 |
| 21 | Personen ohne Vorversicherung..... | 64 |
| 4 | Vertragsgestaltung..... | 65 |
| 1 | Auslandsaufenthalt | 65 |
| 2 | Krankentagegeld-Versicherungen..... | 65 |
| 3 | Umstufungen/Rabatt..... | 65 |
| 5 | Informationen zur Beitragsrückerstattung..... | 67 |
| 1 | Mögliche Tarife..... | 67 |
| 2 | Voraussetzungen für die Beitragsrückerstattung | 67 |
| 3 | Die Höhe der Beitragsrückerstattung für das Jahr 2016..... | 67 |
| 6 | Versicherungsbedingungen..... | 69 |
| 1 | Musterbedingungen 2009 des Verbands der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Tarifbedingungen | 69 |
| 2 | Musterbedingungen 2009 des Verbands der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Tarifbedingungen | 69 |
| 3 | Musterbedingungen PPV 2017 und Tarifbedingungen | 69 |
| 4 | Musterbedingungen EPV 2017 des Verbands der privaten Krankenversicherung | 69 |
| 5 | Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RK-J, RK-JF und RK-J70 | 69 |
| 6 | Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPU 2017)..... | 69 |

1 Tarifübersicht

| A Selbstständige Tarife | | |
|--|---|---|
| K | Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung mit unterschiedlichen Selbstbehaltstufen | KomfortKlasse |
| 20 | Ambulante Heilbehandlung mit Selbstbeteiligung in Euro | Ambulante Tarife |
| 21 | Ambulante Heilbehandlung mit Selbstbeteiligung in Prozent bzw. ohne Selbstbeteiligung bzw. mit prozentualer gedeckelter Selbstbeteiligung | |
| 22 | Stationäre Heilbehandlung/Einbettzimmer | Stationäre Tarife |
| 23 | Stationäre Heilbehandlung/Drei- oder Mehrbettzimmer | |
| 24 | Stationäre Heilbehandlung/Zweibettzimmer | |
| 31 | Krankentagegeld ab 8. Tag der Arbeitsunfähigkeit | Krankentagegeldtarife |
| 32 | Krankentagegeld ab 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit | |
| 34 | Krankentagegeld ab 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit | |
| 35 | Krankentagegeld ab 365. Tag der Arbeitsunfähigkeit | |
| 36 | Krankentagegeld ab 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit | |
| 37 | Krankentagegeld ab 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit | |
| 38 | Krankentagegeld ab 92. Tag der Arbeitsunfähigkeit | |
| 39 | Krankentagegeld ab 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit | |
| 11 | Krankenhaustagegeld-Versicherung | Krankenhaustagegeldtarife |
| RK-J | Auslandsreise-Krankenversicherung, Einzelversicherung | Auslandsreisetarife |
| RK-J70 | Auslandsreise-Krankenversicherung, Einzelversicherung | |
| RK-JF | Auslandsreise-Krankenversicherung, Familienversicherung | |
| B Zusatztarife (nur in Verbindung mit Haupttarifen möglich) | | |
| 27 | Ergänzungsversicherung für Beihilfeberechtigte | Beihilfe-Ergänzungstarif |
| 52 | Zahnbehandlung und Zahnersatz: keine Höchstsätze nach Ablauf des 2. Jahres ab Versicherungsbeginn | Zahntarife |
| 54 | Zahnbehandlung: ohne Höchstsätze Zahnersatz: mit jährlich steigenden Höchstsätzen | |
| FlexiPro | Optionstarif | Optionstarif |
| C Tarife für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) | | |
| 28, 48 | Ergänzungsversicherung | Ergänzungstarif |
| V100 | Ergänzungsversicherung | |
| BJunior, KJunior | Ergänzungsversicherung für GKV-versicherte Kinder/Jugendliche | |
| Z100 | Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie | Zahnergänzungstarife |
| Z90Bonus | Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie | |
| Z70 | Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie | |
| Z50/90 | Zahnbehandlung, Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie | |
| 18 | Zusatzversicherung für GKV-Versicherte | GKV-Zusatz-Tarif |
| 26 | Krankenhauskosten-Zusatzversicherung | Stationärer Tarif |
| D Tarif für Beamte in der Ausbildung (Anwärter und Referendare) | | |
| 25 | Ambulante Heilbehandlung Stationäre Heilbehandlung Zahnbehandlung und Zahnersatz | Ambulant-, Stationär- und Zahntarife |

| E Tarif zur Pflegeversicherung | | |
|---|--|--|
| PV | Private Pflege-Pflichtversicherung | Pflege-Pflichttarif |
| F Tarife zur Pflege-Zusatzversicherung | | |
| 68 | Pflegekosten | Pflegekostentarif |
| 69 | Pflegetagegeld | Pflegetagegeldtarif |
| PIN | Pflegetagegeld | Pflegetagegeldtarif |
| PF | Geförderte ergänzende Pflegeversicherung | Geförderter Pflegetagegeldtarif |

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

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

2 Tariferläuterungen

A Selbstständige Tarife

1 Tarif K

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

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Leistungsstufen

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

1. Ambulante Heilbehandlung

- Ärztliche Behandlung: 100 Prozent nach Hausarztprinzip, sonst 80 Prozent, bis zu den Höchstsätzen der GOÄ
- Heilpraktiker: 80 Prozent, maximal 500 Euro je Kalenderjahr
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen): 80 Prozent bis 2.500 Euro Rechnungsbetrag je Kalenderjahr, darüber hinaus 100 Prozent (nur verschreibungspflichtige Medikamente; Hilfsmittel in Standardausführung)
- Sehhilfen: 100 Prozent bis maximal 150 Euro; erneuter Anspruch frühestens nach 36 Monaten
- Ambulante Psychotherapie: 80 Prozent
- Vorsorge, Früherkennung und Schutzimpfungen: 100 Prozent nach Hausarztprinzip, sonst 80 Prozent

2. Stationäre Heilbehandlung

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

3. Zahn

- 100 Prozent Zahnbehandlung
- 80 Prozent Zahnersatz und Kieferorthopädie

Die maximale Erstattung ist begrenzt auf:

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

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet. Höchstsätze entfallen bei Unfall.

Pauschalerstattung

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

Optionsrecht

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

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

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

Tarif K

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|----------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |
| Zahnschäden | 3.16 | | |

2 Tarif 20

Krankheitskosten-Versicherung für ambulante Heilbehandlung mit Selbstbeteiligung in Euro

Leistungsart

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

Nicht versicherungsfähig

Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben (siehe Tarifierläuterungen 4. Tarif 21)

Leistungsstufen

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

* pro Person und Kalenderjahr

Tarif 20

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|----------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

3 Tarif 21

Krankheitskosten-Versicherung

Leistungsart

1. Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung – auch durch Heilpraktiker – (ausgenommen Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz) und ambulante Entbindung werden entsprechend der gewählten Leistungsstufe mit 20 Prozent bis 100 Prozent der Rechnungsbeträge erstattet, ebenso Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel. Einschränkungen bei der Erstattung von Hilfsmitteln finden sich in den AVB § 4 Teil II(2) 5.
2. Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kurbehandlung werden in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.

Versicherungsfähiger Personenkreis

- LST 210, 21P70–21P90 gelten für Selbstständige, freie Berufe, Gewerbetreibende, Angestellte und Arbeiter.
LST 211–219 gelten für Personen mit Beihilfeanspruch. Die Leistungsstufe muss so gewählt werden, dass prozentuale Leistung und Beihilfe zusammen nicht mehr als 100 Prozent ergeben.

Geleistet wird in Prozent der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge:

| | | | | | | | | | | |
|------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Tarifstufe | 210 | 219 | 218 | 217 | 216 | 215 | 214 | 213 | 212 | 211 |
| | 100 % | 90 % | 70 % | 50 % | 45 % | 40 % | 35 % | 30 % | 25 % | 20 % |

LST 21P70–21P90

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

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

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

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

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

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

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

Tarif 21

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|----------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

Wichtiger Hinweis

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

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

Nähere Hinweise sind in den MB/KK 2009 §16 Teil II zu finden.

4 Tarif 22

Krankheitskosten-Versicherung für stationäre Heilbehandlung

Sonderklasse (Einbettzimmer)

Leistungsart

1. Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung werden – unabhängig von der Pflegeklasse – entsprechend der gewählten Leistungsstufe mit 20 Prozent bis 100 Prozent erstattet.
2. Bei Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse (Drei- oder Mehrbettzimmer) wird zusätzlich zur prozentualen Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt, dessen Höhe von der gewählten Leistungsstufe abhängt.
3. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.

Versicherungsfähiger Personenkreis

Leistungsstufe 220 gilt für Selbstständige, freie Berufe, Gewerbetreibende, Angestellte und Arbeiter.
Leistungsstufen 221–229 gelten für Personen mit Beihilfeanspruch. Die Leistungsstufe muss so gewählt werden, dass prozentuale Leistung und Beihilfe zusammen nicht mehr als 100 Prozent ergeben.

Geleistet wird aus der

| | | | | | | | | | | |
|------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Tarifstufe | 220 | 229 | 228 | 227 | 226 | 225 | 224 | 223 | 222 | 221 |
| | 100 % | 90 % | 70 % | 50 % | 45 % | 40 % | 35 % | 30 % | 25 % | 20 % |

der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Tarif 22

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|----------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

Wichtiger Hinweis

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

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

Nähere Hinweise sind in den MB/KK 2009 §16 Teil II zu finden.

5 Tarif 23

Krankheitskosten-Versicherung für stationäre Heilbehandlung

Allgemeine Pflegeklasse

Leistungsart

1. Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse (Drei- oder Mehrbettzimmer) werden entsprechend der gewählten Leistungsstufe mit 20 Prozent bis 100 Prozent erstattet.
2. Bei Aufenthalt in der Sonderklasse (Ein- oder Zweibettzimmer) sind die Aufwendungen erstattungsfähig, die bei einer stationären Heilbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse entstanden wären.

3. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.

Versicherungsfähiger Personenkreis

Leistungsstufe 230 gilt für Selbstständige, freie Berufe, Gewerbetreibende, Angestellte und Arbeiter.
 Leistungsstufen 231–239 gelten für Personen mit Beihilfeanspruch. Die Leistungsstufe muss so gewählt werden, dass prozentuale Leistung und Beihilfe zusammen nicht mehr als 100 Prozent ergeben.

Geleistet wird aus der

| | | | | | | | | | | |
|------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Tarifstufe | 230 | 239 | 238 | 237 | 236 | 235 | 234 | 233 | 232 | 231 |
| | 100 % | 90 % | 70 % | 50 % | 45 % | 40 % | 35 % | 30 % | 25 % | 20 % |

der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Tarif 23

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|----------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

Wichtiger Hinweis

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

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

Nähere Hinweise sind in den MB/KK 2009 §16 Teil II zu finden.

6 Tarif 24

Krankheitskosten-Versicherung für stationäre Heilbehandlung

Sonderklasse (Zweibettzimmer)

Leistungsart

1. Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer oder in der Allgemeinen Pflegeklasse werden entsprechend der gewählten Leistungsstufe mit 20 Prozent bis 100 Prozent erstattet.
2. Bei Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse (Drei- oder Mehrbettzimmer) wird zusätzlich zur prozentualen Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt, dessen Höhe von der gewählten Leistungsstufe abhängt.
3. Bei Behandlung im Einbettzimmer werden die Kosten erstattet, die im Zweibettzimmer entstanden wären.
4. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.

Versicherungsfähiger Personenkreis

Leistungsstufe 240 gilt für Selbstständige, freie Berufe, Gewerbetreibende, Angestellte und Arbeiter.
 Leistungsstufen 241–249 gelten für Personen mit Beihilfeanspruch. Die Leistungsstufe muss so gewählt werden, dass prozentuale Leistung und Beihilfe zusammen nicht mehr als 100 Prozent ergeben.

Geleistet wird aus der

| | | | | | | | | | | |
|------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Tarifstufe | 240 | 249 | 248 | 247 | 246 | 245 | 244 | 243 | 242 | 241 |
| | 100 % | 90 % | 70 % | 50 % | 45 % | 40 % | 35 % | 30 % | 25 % | 20 % |

der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Tarif 24

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|----------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

Wichtiger Hinweis

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

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

Nähere Hinweise sind in den MB/KK 2009 §16 Teil II zu finden.

7 Tarife 31–39

Krankentagegeld-Versicherung

Leistungsart

1. Krankentagegeld wird bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen vom ersten Leistungstag an für jeden Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
2. Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens am ersten Leistungstag des Tarifs der Hauptverwaltung zu melden.

Erster Leistungstag ist

| | |
|------------------|----------|
| bei Tarif 31 der | 8. Tag |
| bei Tarif 32 der | 15. Tag |
| bei Tarif 36 der | 22. Tag |
| bei Tarif 34 der | 29. Tag |
| bei Tarif 37 der | 43. Tag |
| bei Tarif 38 der | 92. Tag |
| bei Tarif 39 der | 183. Tag |
| bei Tarif 35 der | 365. Tag |

der Arbeitsunfähigkeit.

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

Versicherungsfähiger Personenkreis

1. Nach Tarif 31–39

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

2. Nach Tarif 37, 38, 39 und 35

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

3. Geschäftsführende Gesellschafter

Ohne Gehaltsfortzahlung = Tarife 31–39

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

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

Höhe der Tagessätze

1. Allgemeines

Krankentagegeld (KT) kann in 1-Euro-Stufen in bedarfsgerechter Höhe beantragt werden – die Höhe des versicherbaren Tageshöchstsatzes ist grundsätzlich nicht begrenzt –, sofern nachstehend nichts anderes festgelegt ist. Das KT darf zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen (siehe MB/KT 2009 § 4 (2)).

Der versicherbare Höchstsatz wird in der Vollversicherung grundsätzlich nach folgenden Formeln bestimmt:

Arbeitnehmer

Nettoeinkommen

+ voller Beitrag zur Krankenversicherung

+ voller Beitrag zur Pflege-Pflichtversicherung

+ halber Höchstsatz zum Rentenbeitrag

(angerechnet werden hierfür zurzeit pauschal 500 Euro)

= versicherbares Krankentagegeld

Selbstständige

Gewinn nach Steuern

+ voller Beitrag zur Krankenversicherung

+ voller Beitrag zur Pflege-Pflichtversicherung

= versicherbares Krankentagegeld

2. Tarif 31

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

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

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

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

3. Tarife 32, 36, 34

3.1 KT ist allein oder kombiniert in bedarfsgerechter Höhe möglich.

4. Tarife 37, 38, 39, 35

4.1 KT ist allein oder kombiniert in bedarfsgerechter Höhe möglich.

5. Einschränkungen bei Existenzgründung

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

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

6. Einschränkungen des versicherungsfähigen Personenkreises

Nähere Ausführungen sind unter Annahmerichtlinien (Berufe) zu entnehmen.

7. Gehaltsnachweis

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

Wichtiger Hinweis

Eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens ist ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeit möglich, wenn innerhalb von zwei Monaten nach Einkommenserhöhung ein Antrag auf höheres Krankentagegeld gestellt wird (vergleiche MB/KT 2009 § 4 Teil II (2)). Das höhere Nettoeinkommen ist nachzuweisen.

Tarif 31–39

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.2 | A 839 und A 842 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807, A 842 (für Tarif 37) | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

8 Tarif 11

Krankenhaustagegeld-Versicherung

Leistungsart

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

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

Leistungsstufen

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

Revieraufenthalt

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

Tarif 11

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 und A 842 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807, A 842 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

Ausnahme

- Bei stationärer Behandlung tuberkulöser Erkrankungen in Tbc-Heilstätten oder Tbc-Sanatorien werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen gezahlt.
Versicherte, die diese Leistungen erhielten, haben nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom letzten Tage an, für den eine Leistung gezahlt wurde, Anspruch auf eine einmalige Wiederholung der gleichen Leistungen.
- Bei stationärer Behandlung von Geisteskrankheiten und psychischen Erkrankungen – gleich welchen Ursprungs – werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen innerhalb der Vertragsdauer gezahlt.
- Für die Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen – sogenannte gemischte Anstalten –, ist nach MB/KK 2009 § 4 (5) vorher eine schriftliche Zusage einzuholen.
- Für reine Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung besteht kein Leistungsanspruch (siehe MB/KK 2009 § 5 (1) d)).

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

Auslandsreise-Krankenversicherung

Leistungsart

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

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten für

- ärztliche Heilbehandlung
- Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern, medizinische Packungen, Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden
- schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Zahnersatz
- Röntgendiagnostik
- stationäre Heilbehandlung (einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten), Rooming-in für eine nahestehende Person – bei einem Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes bis zu zwölf Jahren
- den Transport zum nächsterreichbaren Krankenhaus
- einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport
- Bestattung am Ort oder Überführungskosten (maximal 10.250 Euro)

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

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

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

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|---------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.5 | A 826 | |
| Antragsformular | | A 826 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |

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

10 Tarif 27

Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte

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

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

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

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

Leistungsart

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

In den Beihilfevorschriften vorgesehene Selbstbeteiligungen sind nicht erstattungsfähig.

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

Für die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge bei zahnärztlicher Heilbehandlung gelten folgende Höchstbeträge:

im ersten Jahr 1.025 Euro

im zweiten Jahr 2.050 Euro

ab dem dritten Jahr unbegrenzt

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

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

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

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

Leistungsstufen

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

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

Tarif 27

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|----------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

11 Tarif 52

Zahnkosten-Zusatzversicherung

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

Leistungsart

Aufwendungen für medizinisch notwendige/n Zahnbehandlung/Zahnersatz werden entsprechend der gewählten Leistungsstufe für Zahnbehandlung mit 20 Prozent bis 100 Prozent des Rechnungsbetrags, für Zahnersatz (auch Kronen) sowie für Kieferorthopädie (Zahn- und Kieferregulierung) mit 20 Prozent bis 80 Prozent des Rechnungsbetrags erstattet. Für die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge gelten folgende Höchstsätze:

im ersten Jahr 1.025 Euro

im zweiten Jahr 2.050 Euro

ab dritten Jahr unbegrenzt

jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

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

Leistungsstufen (LST)

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

Haupttarif

a) Tarif 20

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

Tarif 52

mit LST 520, 521–529

mit LST 520, 521–529

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

Geleistet wird aus der

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

der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Tarif 52

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|----------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |
| Zahnschäden | 3.16 | | |

Wichtiger Hinweis

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

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

Nähere Hinweise sind in den MB/KK 2009 §16 Teil II zu finden.

12 Tarif 54

Zahnkosten-Zusatzversicherung

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

Leistungsart

Aufwendungen für medizinisch notwendige/n Zahnbehandlung/Zahnersatz werden entsprechend der gewählten Leistungsstufe für Zahnbehandlung mit 20 Prozent bis 100 Prozent des Rechnungsbetrags, für Zahnersatz (auch Kronen) sowie für Kieferorthopädie (Zahn- und Kieferregulierung) mit 20 Prozent bis 80 Prozent des Rechnungsbetrags erstattet.

- a) Für die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge bei Zahnbehandlung gelten keine Höchstbeträge.
- b) Für die erstattungsfähigen Rechnungsbeträge bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung gelten folgende Höchstbeträge:
- | | |
|---------------------|------------|
| im ersten Jahr | 1.025 Euro |
| im zweiten Jahr | 2.050 Euro |
| im dritten Jahr | 3.075 Euro |
| im vierten Jahr | 4.100 Euro |
| im fünften Jahr | 5.125 Euro |
| im sechsten Jahr | 6.150 Euro |
| im siebten Jahr | 7.175 Euro |
| im achten Jahr | 8.200 Euro |
| im neunten Jahr | 9.225 Euro |
| ab dem zehnten Jahr | unbegrenzt |
- jeweils ab Versicherungsbeginn gerechnet.

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

Geleistet wird aus der

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

der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Leistungsstufen (LST)

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

Haupttarif

- a) Tarif 20
b) Tarif 21, LST 219, 210, 21P70–21P90

Tarif 54

- mit LST 540, 541–549
mit LST 540, 541–549

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

Wichtiger Hinweis

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

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

Nähere Hinweise sind in den MB/KK 2009 §16 Teil II zu finden.

Tarif 54

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|----------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |
| Zahnschäden | 3.16 | | |

13 Tarif FlexiPro

Optionstarif

Der Tarif FlexiPro kann nur in Verbindung mit mindestens einem der Tarife 181–183, 261/262, 482/483, Z70, Z100, Z50/90, Z90Bonus oder K0–K1500 abgeschlossen werden.

Leistungsart

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

Tarif FlexiPro

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|-----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 und A 842 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807, A 842 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | entfallen |

14 Tarif 28

Ergänzungstarif

Der Tarif kann nur Personen angeboten werden, die in der deutschen GKV versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Bei Heilfürsorgeberechtigten ist das Formular „Zusätzliche Erklärung für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge“ mit dem Antrag einzureichen.

Leistungsart Tarifstufen 281 und 282

1. Zahnersatz (nur Tarifstufe 281)

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

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

im 1. Jahr 205 Euro

im 2. Jahr 410 Euro

2. Sehhilfen

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

3. Heilmittel

Heilmittel werden nach Vorleistung der GKV zu 100 Prozent erstattet.

4. Heilpraktiker

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

5. Leistungen im Ausland

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

Hinweis

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

Tarif 28

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 und A 842 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 842 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |
| Zahnschäden | 3.16 | | |

15 Tarife Z100, Z70

Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

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

Die Tarife können nur von Versicherten der deutschen GKV oder von Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge abgeschlossen werden. Die Tarife sind selbstständig abschließbar. Es darf keine weitere private Versicherung mit Zahnleistungen bestehen und in der GKV nicht das Kostenerstattungsprinzip gewählt sein.

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

Leistungsart (Kurzdarstellung)

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

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

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

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

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

** wenn kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf:

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

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

Tarif Z100/Z70

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|------------------------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 837, A 839, A 842 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 837, A 842 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |
| Zahnschäden | 3.16 | | |

16 Tarif Z90Bonus

Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

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

Der Tarif kann nur von Versicherten der deutschen GKV oder von Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge abgeschlossen werden. Es darf keine weitere private Versicherung mit Zahnleistungen bestehen und in der GKV nicht das Kostenerstattungsprinzip gewählt sein.

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

Leistungsart (Kurzdarstellung)

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

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

Gesamtleistung inklusive Leistung der GKV

90 Prozent für Zahnbehandlung

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

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

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

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

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

Höchstleistung

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

Tarif Z90Bonus

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|------------------------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 837, A 839, A 842 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 837, A 842 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |
| Zahnschäden | 3.16 | | |

17 Tarif Z50/90

Zahn-Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

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

Der Tarif kann nur von Versicherten der deutschen GKV oder von Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge abgeschlossen werden. Es darf keine weitere private Versicherung mit Zahnleistungen bestehen und in der GKV nicht das Kostenerstattungsprinzip gewählt sein.

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

Leistungsart

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

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

im 1. Jahr 310 Euro

im 2. Jahr 620 Euro

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

Tarif Z50/90

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|------------------------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 837, A 839, A 842 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 837, A 842 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |
| Zahnschäden | 3.16 | | |

18 Tarif 482

Ergänzungstarif

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

Leistungsart

1. Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel

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

2. Sehhilfen

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

3. Heilpraktiker

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

4. Auslandsreise

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

Optionsrecht

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

Selbstbehalt

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

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

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

Tarif 482

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 und A 842 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807, A 842 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

19 Tarif 483

Ergänzungstarif

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

Leistungsart

1. Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel

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

2. Sehhilfen und Operation zur Sehschärfekorrektur

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

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

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

3. Naturheilverfahren bei Heilpraktikern und Ärzten

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

4. Differenzkosten für allgemeine Krankenhausleistungen

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

5. Auslandsreise

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

Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen

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

Optionsrecht

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

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

Tarif 483

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 und A 842 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807, A 842 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

20 Tarif V100

Ergänzungstarif

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

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

Leistungsart

1. Vorsorgeuntersuchungen

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

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

2. Schutzimpfungen

100 Prozent der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für

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

Tarif V100

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|---------------------------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 837, A 839 und A 842 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807, A 837, A 842 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

21 Tarif 18

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

Tarifstufen 181–183

Ambulante Heilbehandlung – Zusatzversicherung

Leistungsart (Kurzdarstellung)

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

| Tarif | 181 | 182 | 183 |
|------------------------|-----|-----|-----|
| Erstattungsprozentsatz | 30 | 60 | 0 |

Selbstbehalt

Der Selbstbehalt gilt pro Person und Kalenderjahr gemäß folgender Tabelle:

| Tarif | 181 | 182 | 183 |
|----------------|-----|-----|-----|
| Selbstbehalt € | 0 | 75 | 150 |

Tarifstufen 184 und 185

Zahn-Zusatzversicherung

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

Leistungsart (Kurzdarstellung)

Alle Behandlungen müssen von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt werden.

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

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

Die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt auf:

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

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

Tarif 18

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|----------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |
| Zahnschäden | 3.16 | | |

Hinweis

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

22 Tarif 26

Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

Die LST 261/262 können nur Personen angeboten werden, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Auch können solche Beihilfeberechtigte versichert werden, deren beihilfefähigen Aufwendungen auf eine Behandlung im Mehrbettzimmer begrenzt sind.

Leistungsart

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

Leistungsstufen

Leistungsstufe 261

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

Leistungsstufe 262

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

Leistungsstufe 261/262

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

Tarif 26

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 und A 842 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807, A 842 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

23 Tarife BJunior und KJunior

Ergänzungstarife für GKV-versicherte Kinder/Jugendliche

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

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

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

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

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

Leistungsart (Kurzdarstellung)

BJunior

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

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

KJunior

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

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

Tarife BJunior, KJunior

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 und A 842 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 842 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |
| Wartezeitentfall | 3.15 | | |

D Tarif für Beamte in der Ausbildung (Anwärter und Referendare)

24 Tarif 25

Krankheitskosten- und Beihilfe-Ergänzungsversicherung für Beamte in der Ausbildung (Anwärter und Referendare)

Versicherungsfähig sind Personen während ihrer Ausbildung als Beamte (Anwärter und Referendare), längstens bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres und für die Dauer von höchstens fünf Jahren. Außerdem sind mitversicherungsfähig die nicht berufstätigen Ehegatten bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres und ihre Kinder, sofern sie in häuslicher Gemeinschaft leben; Kinder längstens bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres.

Ferner sind Personen, bei denen unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung Arbeitslosigkeit eintritt und kein Anspruch auf Beihilfe oder Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung besteht, in den Leistungsstufen 251–100 bzw. 252–100 versicherungsfähig. Ausgehend vom bestehenden Versicherungsschutz nach Leistungsstufe 251, 253 oder 255 bzw. 252, 254 oder 256 kann im unmittelbaren Anschluss die Leistungsstufe 251–100 bzw. 252–100 abgeschlossen werden. Die Versicherungsdauer beträgt im Rahmen obiger Begrenzungen maximal weitere zwölf Monate. Dieser Absatz gilt für versicherungsfähige Ehegatten und Kinder sinngemäß.

Die Leistungsstufen 255, 256 und 259 sind nur für Kinder vorgesehen.

Die Wartezeiten gemäß MB/KK 2009 § 3 gelten als erfüllt.

Leistungsstufen 251–256

Leistungsart

Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante und stationäre Heilbehandlung einschließlich der Aufwendungen für Entbindung, Fehlgeburt, Schwangerschaftsüberwachung sowie für Zahnbehandlung einschließlich Prophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden entsprechend der gewählten Leistungsstufe erstattet.

Leistungen

Die Aufwendungen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung gemäß § 4 (2), (3) und (4) der Tarifbedingungen werden in Prozent des Rechnungsbetrags erstattet. Es gelten folgende Sätze:

| Leistungsstufe | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 |
|---------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Ambulante Heilbehandlung | 50 | 50 | 30 | 30 | 20 | 20 |
| Stationäre Heilbehandlung | | | | | | |
| Allgemeine Pflegeklasse | 50 | 50 | 30 | 30 | 20 | 20 |
| Wahlärztliche Leistungen | 50 | - | 30 | - | 20 | - |
| Unterbringung im Zweibettzimmer | 50 | - | 30 | - | 20 | - |
| Zahnärztliche Heilbehandlung | 50 | 50 | 30 | 30 | 20 | 20 |

Für Liquidationen durch Belegärzte gelten die aufgeführten Prozentsätze.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) für zahnärztliche Heilbehandlung sind mit 2.500 Euro je Versicherungsjahr begrenzt. Leistungen für Kuren, gemäß § 4 (2) 9. und (3) 8. der Tarifbedingungen, sind nicht Gegenstand dieses Tarifs.

Versicherte der Leistungsstufen 251, 253 und 255 erhalten bei Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse zusätzlich zur prozentualen Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

| | | |
|---------|--------|-------------------|
| LST 251 | 8 Euro | je Krankenhaustag |
| LST 253 | 5 Euro | je Krankenhaustag |
| LST 255 | 2 Euro | je Krankenhaustag |

Bei Unterbringung im **Einbettzimmer** werden in den Leistungsstufen 251, 253 und 255 die Kosten erstattet, die im Zweibettzimmer entstanden wären. Bei Unterbringung im Ein- **oder Zweibettzimmer** werden in den Leistungsstufen 252, 254 und 256 die Kosten erstattet, die in der Allgemeinen Pflegeklasse entstanden wären.

Als **Allgemeine Pflegeklasse** gilt die dritte Pflegeklasse eines Krankenhauses. Unterscheidet ein Krankenhaus nicht nach Pflegeklassen, so gilt der Aufenthalt in einem Drei- oder Mehrbettzimmer als Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse.

Leistungsstufen 257, 258 und 259

Die Leistungsstufen 257, 258 und 259 können nur in Kombination mit einer der Tarifstufen 251–256 (Hauptversicherung) abgeschlossen werden. Dabei kann bei einem Beihilfebemessungssatz für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung von

- 50 % die Leistungsstufe 257
- 70 % die Leistungsstufe 258
- 80 % die Leistungsstufe 259 abgeschlossen werden.

Folgende Kombinationen sind versicherbar:

251 + 257, 253 + 258, 255 + 259 sowie 252 + 257, 254 + 258, 256 + 259

In Kombination mit den Stufen 252, 254 und 256 besteht Anspruch auf Erstattung von Kosten für Wahlleistungen im stationären Bereich nur in Verbindung mit Tarif 26 (Wahlleistungstarif für stationäre Heilbehandlung).

Endet die Versicherung nach einem Tarif der Hauptversicherung oder wird die Leistungsstufe 251–100 bzw. 252–100 abgeschlossen, so endet die Versicherung für die Leistungsstufen 257, 258 und 259.

Leistungsart

1. Erstattet werden zu 100 Prozent die nach Anrechnung der Leistungen aus Beihilfe und den Leistungsstufen 251–256 (Hauptversicherung) verbleibenden Kosten für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen nach § 4 (2), (3) und (4) der Tarifbedingungen, mit Ausnahme von Aufwendungen für Arzneien und Verbandmittel sowie Kurbehandlung (§ 4 (2) 2. und 9. sowie (3) 3. und 8.).
2. Auch für Behandlungen durch Heilpraktiker wird im Rahmen der Hauptversicherung geleistet.
3. In den Beihilfavorschriften vorgesehene Selbstbeteiligungen sind nicht erstattungsfähig. Hierzu zählen auch zusätzliche Kosten für die Unterbringung im Einbettzimmer.
4. Für die erstattungsfähigen Aufwendungen (Rechnungsbeträge) für zahnärztliche Heilbehandlung gemäß § 4 (4) der Tarifbedingungen gilt ein Höchstbetrag von 2.500 Euro je Versicherungsjahr.
5. Bei der Kostenerstattung werden die Leistungsstufen der Hauptversicherung zugrunde gelegt, deren Erstattungsprozentsatz zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz nicht weniger als 100 Prozent betragen. Leistungsanspruch aus dem vorliegenden Tarif besteht immer dann, wenn auch aus den Tarifen der Hauptversicherung und nach den jeweils gültigen Beihilfavorschriften eine Leistung vorgesehen ist. Zusätzlich erfolgt auch ohne diese Voraussetzung eine Leistungserstattung nach den unter 6. a)–d) aufgeführten Punkten.
6. Für die folgenden Punkte a) – d) besteht auch dann Leistungspflicht, wenn die Hauptversicherung und/oder die Beihilfavorschriften keine Kostenerstattung zulassen:
 - a) Sehhilfen.
 - b) Bei Versorgung mit Zahnersatz (zum Beispiel große Brücken).
 - c) Bei gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen sowie für Schutzimpfungen.
 - d) Bei Auslandsreisen besteht Versicherungsschutz für die ersten 42 Tage jeder Reise. Kostenerstattung erfolgt auch für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat, wenn aufgrund des Krankheitsbilds oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 Kilometer. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen. Kosten, die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, sind bis zu 10.250 Euro erstattungsfähig; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

Leistungsstufen 251–100 und 252–100

Der Leistungsumfang der Leistungsstufen 251–100 bzw. 252–100 entspricht dem der Leistungsstufen 251 bzw. 252. Davon abweichend erhöhen sich die Erstattungssätze jeweils auf 100 Prozent.

Das für die Leistungsstufe 251 vorgesehene Krankenhaustagegeld verdoppelt sich innerhalb der Tarifstufe 251–100.

Tarif 25

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|----------------------|-----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.1 | A 839 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807 | |
| Aufnahmehöchstalter | | | 34 Jahre |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | | | entfallen |

25 Tarif PV

Private Pflege-Pflichtversicherung

Leistungsart

Die Leistungen entsprechen denen der sozialen Pflegeversicherung.

1. Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe je Kalendermonat

| | |
|--|------------|
| für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu | 689 Euro |
| für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu | 1.298 Euro |
| für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu | 1.612 Euro |
| für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu | 1.995 Euro |

2. Pflegegeld

| | |
|---|----------|
| für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 | 316 Euro |
| für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 | 545 Euro |
| für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 | 728 Euro |
| für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 | 901 Euro |

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

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

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

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

5. Kostenerstattung für teilstationäre Pflege je Kalendermonat

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

6. Allgemeine Pflegeleistungen bei vollstationärer Kurzzeitpflege

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

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

7. Allgemeine Pflegeleistungen bei vollstationärer Pflege je Kalendermonat

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

Bei Pflege von versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe werden 10 Prozent des Heimentgelts (maximal 266 Euro monatlich im Einzelfall) gezahlt.

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

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

9. Leistungen der Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

- 10. **Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**
- 11. **Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag**
- 12. **Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung**
- 13. **Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen**
- 14. **Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen**

Versicherungsfähiger Personenkreis

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

Leistungsstufen

Geleistet wird in der Leistungsstufe

PVN 100 Prozent
 PVB je nach Beihilfesatz

der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Tarif PV

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|--------------|----------------------|-----------------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.3 | A 839 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 807 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |

26 Tarif 68

Pflege-Kostenversicherung

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

Leistungsart

1. Kostenerstattung

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

- häusliche Pflege
- häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)
- Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)
- Kurzzeitpflege
- vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag
- zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen
- Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

2. Pflegegeld

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

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

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

Leistungsstufen

Geleistet wird aus der

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

der Kostenerstattung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung.

Tarif 68

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|-----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.4 | A 839 und A 885 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 885 | |
| Aufnahmemindestalter* | | | 13 Jahre |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | entfallen |

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

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

27 Tarif 69

Pflegetagegeld-Versicherung

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

Leistungsart

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

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

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

Leistungsanpassung

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

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

Tarif 69

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|-----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.4 | A 839 und A 885 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A885 | |
| Aufnahmemindestalter* | | | 13 Jahre |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | entfallen |

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

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

Der Mindesttagessatz beträgt 5 Euro.

28 Tarif PF

Geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, Teil I (Musterbedingungen MB/GEPV 2017) und Teil II (Tarifbedingungen).

Leistungsart

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

Das Pflageetagegeld beträgt bei Pflegebedürftigkeit nach

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

des vertraglich vereinbarten Pflageetagegelds für Pflegegrad 5.

Leistungsanpassung

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

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

Tarif PF

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.4 | A 839 und A 885 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 885 | |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | |

29 Tarif PIN

Pflageetagegeld-Versicherung PIN1–PIN5

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

Leistungsart

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

Ein Leistungsanspruch besteht dabei in der Leistungsstufe

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

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

Leistungsanpassung

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

Die Leistungsanpassung findet in der jeweiligen Leistungsstufe nur statt, sofern

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

Einmalleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

Folgende Tagegeldhöhen je Pflegegrad sind max. versicherbar:

PIN1 → 100 Euro

PIN2 → 150 Euro

PIN3 → 150 Euro

PIN4 → 150 Euro

PIN5 → 150 Euro

Der Mindesttagessatz beträgt 5 Euro in jeder versicherten Tarifstufe.

Tarif PIN

| | Punkt | Artikelnummer | Hinweise |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|-----------|
| Allgemeine Versicherungsbedingungen | 6.4 | A 839 und A 885 Bedingungsheft | |
| Antragsformular | 3.1 | A 885 | |
| Aufnahmemindestalter* | | | 13 Jahre |
| Beitragsrückerstattung | 5. | | |
| Geltungsbereich | 4.1 | | |
| Wartezeiten | 3.15 | | entfallen |

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

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

In Kombination von Tarif 69 mit Tarif PIN können in den Pflegegraden 2–5 in Summe max. 150 Euro Tagessatz und in Pflegegrad 1 max. 100 Euro Tagessatz abgeschlossen werden.

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

3 Annahmerichtlinien

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

1 Antragsausfüllung

- Der Standardantrag – Artikelnummer A 807 zu verwenden für Abschluss und Änderung aller Tarife, mit der Ausnahme der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (Tarif PF), Tarife PIN, 68 und 69
- Der Zusatzantrag – Artikelnummer A 837 zu verwenden für den Abschluss und Änderung der Tarife Z100, Z90Bonus, Z70, Z50/90 und V100.
- Der Zusatzantrag – Artikelnummer A 842 zu verwenden für den Abschluss und Änderung der Tarife 261, 262, 282, 482, 483, 37, 11, Z100, Z90Bonus, Z70, Z50/90, V100, BJunior, KJunior und FlexiPro.
- Der Pflege-Zusatzantrag – Artikelnummer A 885 zu verwenden für den Abschluss und Änderung der Tarife PIN, 68, 69 und PF

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

Striche oder die Antwort „entfällt“ sind unzulässig.

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

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

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

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

Alle Änderungen eines Antrags sind vom Antragsteller unterschrieben zu bestätigen.

2 Nachweise für die Pflege-Pflichtversicherung

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

Beitragsdeckelung bei Ehegatten

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

* eingetragene Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz

Beitragsfreie Versicherung von Kindern

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

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

3 Anträge mit ärztlicher Untersuchung

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

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

Die Kosten der ärztlichen Untersuchung sind vom Antragsteller zu tragen.

4 Anwartschaftsversicherung

Nach den „Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung“ kann diese sowohl für bestehende als auch für gleichzeitig abzuschließende Krankheitskosten-Versicherungen, Krankentagegeld-Versicherungen, Krankentagegeld-Versicherungen und Pflege-Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Sie kann auch für einzelne der in einem Vertrag versicherten Personen vereinbart werden. Zusätzlich kann die Anwartschaft für die Pflege-Pflichtversicherung nach den „Besonderen Bedingungen für die Anwartschaft in der privaten Pflege-Pflichtversicherung“ abgeschlossen werden.

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

Die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung in der Krankenversicherung betragen je nach Tarif und versicherter Person zwischen 5 Prozent und 85 Prozent des Tarifbeitrags. Sie enthalten die gleichen Alterungsrückstellungen wie die Beiträge der Normaltarife.

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

Die Anwartschaft kann vereinbart werden bei

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

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

5 Versicherung von Personen, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen

Zu Versicherungsanträgen auf Krankheitskosten-Vollversicherungen von Personen, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, wird stets die „Erklärung zum Krankenversicherungsantrag“ – Artikelnummer A 706 benötigt.

Bei Nicht-EU-Bürgern ist zusätzlich die Vorlage einer Kopie des „elektronischen Aufenthaltstitel“ (Kreditkartenformat) notwendig. Es muss zum Zeitpunkt der Antragstellung eine mindestens zweijährige Aufenthaltsgenehmigung vorliegen.

6 Personen mit Wohnsitz im Ausland

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

7 Beginnverlegung

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

Der neue Versicherungsbeginn kann nicht rückdatiert werden.

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

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

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

Beginnverlegung ist während der Vertragsdauer nur einmal möglich.

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

8 Beitragszahlung

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

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

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

9 Vorerkrankungen

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

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

9.1 Medizinische Zusatzklärungen

Für bestimmte Vorerkrankungen ist es erforderlich, dass mit dem Antrag eine medizinische Zusatzklärung eingereicht wird (siehe Orientierungshilfe unter Punkt 9.3).

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

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

9.2 Beitragszuschläge

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

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

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

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

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

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

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

Beitragszuschläge werden centgenau gerundet.

9.3 Beitragszuschläge in der Krankheitskostenvollversicherung – Orientierungshilfe

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

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

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

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

| Vorerkrankung | Zuschlag in % | Einzureichende medizinische Unterlagen |
|---|--|--|
| Allergie mit asthmatischen Beschwerden | 40 amb., stat. und KT | ZE „Allergische Erkrankungen“ und Attest |
| Bandscheibenleiden/-Vorfall | -.- | ZE „Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenschäden“ und ÄB |
| Blutdruck, erhöhter | 20 amb. und KT | ZE „Bluthochdruck, Hypertonie“ |
| Gebärmutterentzündung | -.- | ZE „Gynäkologische Erkrankungen“ und ÄB |
| Gelenkentzündung eines Gelenks (Arthritis) | 20 amb. | ZE „Gelenkerkrankungen“ |
| Gicht (Hyperurikämie) | 20 amb. und KT | ZE „Erhöhte Harnsäurewerte“ |
| Grüner Star (Glaukom) | 20 amb. | ZE „Augenerkrankungen“ |
| Halswirbelsäulensyndrom (HWS-Syndrom) | 20–50 amb. und KT | ZE „Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenschäden“ |
| Hämorrhoiden | 10–30 amb. und KT | ZE „Hämorrhoiden“ |
| Harnwegsinfektion (chronisch) | 30 amb. | ZE „Nieren-, Harnwegs-, Prostataerkrankungen“ |
| Hypercholesterinämie (erhöhte Cholesterinwerte) | 20 amb. und KT | ZE „Erhöhte Blutfettwerte, Fettstoffwechselstörung“ |
| Hyperurikämie (erhöhte Harnsäurewerte) | 20 amb. und KT | ZE „Erhöhte Harnsäurewerte“ |
| Ischias, einmalig | 20–40 amb. und KT | ZE „Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenschäden“ |
| Krampfader, nicht operiert | 10–30 amb. und KT | ZE „Krampfader, Venenerkrankungen“ |
| Leberentzündung (Hepatitis), Typ A | -.- | ZE „Leber-, Gallen-, Bauchspeicheldrüsenenerkrankungen“ und ÄB |
| Lendenwirbelsäulensyndrom (LWS-Syndrom) | 20–50 amb. und KT | ZE „Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenschäden“ |
| Magengeschwür | -.- | ZE „Magen-, Darm-, Speiseröhrenerkrankungen“ und ÄB |
| Magenschleimhautentzündung (Gastritis) | -.- | ZE „Magen-, Darm-, Speiseröhrenerkrankungen“ |
| Migräne | 20 amb. | ZE „Migräne, Kopfschmerzen“ |
| Pollinosis (Heuschnupfen) | 10–20 amb. oder krankheitsbezogener Selbstbehalt (siehe Punkt 9.4) | ZE „Allergische Erkrankungen“ |
| Schilddrüsenüberfunktion | -.- | ÄB |
| Schilddrüsenunterfunktion | 10–20 amb. oder krankheitsbezogener Selbstbehalt (siehe Punkt 9.4) | ZE „Schilddrüsenenerkrankungen“ |
| Schuppenflechte (Psoriasis), ohne Gelenkbeteiligung | 20–30 amb. und KT | ZE „Hauterkrankungen“ |
| Sinusitis (Nasennebenhöhlenentzündung), chronisch | 20–40 amb. und KT | ZE „Sonstige Krankheiten“ |
| Tinnitus | 10–20 amb. und KT | ZE „Gehörererkrankungen, Schwerhörigkeit“ |
| Übergewicht (*siehe nachfolgende Erläuterung) | 20–40 amb. und KT | ggf. ÄB |

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

***Berechnung Beitragszuschlag bei Vorliegen eines Übergewichts**

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

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

Beispiele:

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

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

Berechnung des Übergewichts

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

Bei Überschreitung des Normalgewichts

um 20 – 29 % = 20 % Beitragszuschlag in den Tarifen für ambulante Heilbehandlung

um 30 – 39 % = 30 % Beitragszuschlag in den Tarifen für ambulante Heilbehandlung

um 40 – 49 % = Ärztlicher Bericht erforderlich

ab 50 % = Versicherungsschutz nicht möglich

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

9.4 Krankheitsbezogener Selbstbehalt

Im ambulanten Tarif der Krankheitskostenvollversicherung kann für die Vorerkrankungen

- Pollinosis (Heuschnupfen)
- Schilddrüsenunterfunktion

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

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

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

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

9.5 Leistungsausschlüsse in der Krankenzusatzversicherung – Orientierungshilfe

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

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

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

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

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

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

9.6 Ablehnungsdiagnosen in der Krankheitskostenvoll- und -zusatzversicherung – Orientierungshilfe

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

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

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

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

10 Eintrittsalter

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

11 Erwerbsminderung

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

12 Mitversicherung von Neugeborenen

Die Mitversicherung eines Neugeborenen ist nach MB/KK 2009 § 2 (2) ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten möglich.

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

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

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

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

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

13 Alleinversicherung von Kindern

Eine Alleinversicherung von Kindern ist grundsätzlich möglich. Der Versicherungsnehmer muss volljährig sein.

14 Rückdatierungen

Rückdatierungen sind nur in folgenden Ausnahmefällen möglich:

- a) Bei Übertritt aus einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse, oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskosten-Vollversicherung oder beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens drei Monate nach Beendigung der Vorversicherung bzw. der Heilfürsorge beantragt wurde und der Versicherungsschutz in unmittelbarem Anschluss beginnen soll (MB/KK 2009 § 3 (5)).
- b) Bei Mitversicherung eines Kindes ab Geburt, sofern die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Tage der Geburt erfolgt und am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei unserer Gesellschaft versichert ist (MB/KK 2009 § 2 (2)).
- c) Bei rückwirkender Befreiung von der sozialen Pflegeversicherung und bei Ausübung des Wahlrechts von privat Krankenversicherten bezüglich des Unternehmens für die private Pflege-Pflichtversicherung innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Fristen.

15 Wartezeiten/Wartezeitentfall

Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

A Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeld-Versicherung

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

In den Krankentagegeldtarifen 31–39 beträgt die besondere Wartezeit acht Monate für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie (MB/KT 2009 § 3 (3)). Für konservierende und operative Zahnbehandlung beträgt die Wartezeit hier ebenfalls nur drei Monate.

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

Wartezeitentfall

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

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

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

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

Bei **Mitversicherung ab Geburt** beginnt der Versicherungsschutz (nicht höher als der eines Elternteils) für das Neugeborene ohne Wartezeit und ohne Gesundheitsprüfung, wenn

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

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

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

Übertritt aus einer gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B Private Pflege-Pflichtversicherung

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

Wartezeitentfall

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

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

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

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

C Pflege-Zusatzversicherung

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

D Staatliche geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Die Wartezeit beträgt fünf Jahre.

Wartezeitentfall

Die Wartezeit entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit

16 Zahnschäden

Krankenvollversicherung

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

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

a) Für fehlende Zähne (wenn noch nicht ersetzt; ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben; ohne Milch- oder Weisheitszähne) sind bei Antragstellung folgende Beitragszuschläge – centgenau gerundet – aus dem Tarifbeitrag zu vereinbaren: bis zu vier fehlenden Zähnen, je fehlender Zahn 10 Prozent auf die beantragten Zahntarife, wenn noch nicht ersetzt. Diese Vereinbarung gilt nur, wenn derzeit keine zahnärztliche Behandlung durchgeführt wird oder notwendig, angeraten oder beabsichtigt ist.

b) Werden zum Zeitpunkt der Antragstellung Maßnahmen durchgeführt oder ist bei Antragstellung bekannt, dass in absehbarer Zeit eine zahnärztliche Behandlung erforderlich wird, ist ein Zahnstatus (zahnärztlicher Befundbericht – Artikelnummer A 804) vorzulegen.

Sind mehr als die Hälfte der vorhandenen Zähne mit

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

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

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

bezeichnet sind, dann führt das zu einer Ablehnung.

c) Beitragszuschläge für fehlende Zähne sind ein Bestandteil des Gesamtbeitrags und in voller Höhe für die gesamte Vertragsdauer zu zahlen.

d) Wird derzeit oder wurde innerhalb der letzten drei Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt, ist ein aktueller Parodontal-Status vorzulegen.

- Wird ein Zuschlag nicht akzeptiert oder
- werden derzeit Maßnahmen durchgeführt oder steht bei Antragstellung fest, dass in absehbarer Zeit eine zahnärztliche Behandlung **erforderlich** wird,

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

Übersicht/Matrix für Krankenvollversicherung

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

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

Krankenzusatzversicherung

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

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

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

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

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

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

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

Bei Personen ab **Eintrittsalter 50** ist für den Abschluss der Zahnzusatztarife Z70, Z100, Z50/90, Z90 Bonus 281, 184 und 185 stets die Vorlage eines aktuellen zahnärztlichen Befundberichts (Artikelnummer A 804) erforderlich.

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

Sind mehr als die Hälfte der vorhandenen Zähne mit

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

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

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

bezeichnet sind, dann führt das zu einer Ablehnung.

17 Berufe – Annahmerichtlinien

Die Aufstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Bei einer gewünschten Krankentagegeldabsicherung prüfen Sie bitte im Abschnitt 17.2, ob für den Beruf spezielle Regelungen gelten.

17.1 Nicht oder nur bedingt versicherbare Berufe

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

- Abonnentenwerber/in
- Absprenger/in
- Akrobat/in
- Ambulante Händler/in
- Animateur/in
- Archäologe/in
- Artist/in
- Ballonfahrer/in
- Bauchredner/in
- Begleitservicemitarbeiter/in
- Bereiter/in
- Berufe im Umgang mit explosiven Stoffen
- Berufe mit Umgang bzw. Kontakt mit gesundheitsgefährdenden und/oder radioaktiven Substanzen
- Berufssportler/in
- Binnenfischer/in
- Binnenschiffer/in
- Bohrarbeiter/in (Bohrinsel)
- Botschafter/in
- Buchmacher/in
- Diplomat/in
- Diskjockey
- Diskotheken-Betreiber/in
- Dompteur/in
- Fahrzeugüberführer/in
- Feuerschlucker/in
- Fotomodell
- Fremdenführer/in (Ausland)
- Gaukler/in
- Hostess/Host
- Hundefriseur/in (ohne festen Ladensitz)
- Illusionist/in
- Imbissverkäufer/in (ohne festen Verkaufsstand)
- Jongleur/in
- Kampfsportler/in
- Kampfsporttrainer/in
- Magier/in
- Messerwerfer/in
- Mönch
- Nonne
- Personen im amourösen Gewerbe (z.B. Prostituierte, Callboy, Eskortservice)
- Personen mit Saisonberufen
- Personen, die ein ambulantes Gewerbe ausüben (z.B. ambulante Händler/in)
- Piercer/in (ohne festen Ladensitz)
- Promoter/in
- Schaukämpfer/in
- Schausteller/in

- Seeleute
- Segellehrer/in
- Segler/in (Profi)
- Seiltänzer/in
- Skilehrer/in
- Spargelbauer/Spargelbäuerin
- Spielhallen-Betreiber/in
- Straßensänger/in
- Stuntfrau/Stuntmann
- Surflehrer/in
- Tätowierer/in / ohne festen Ladensitz
- Trauerredner/in
- Türsteher/in
- Wettbüro-Betreiber/in
- Zauberer/in
- Zeitungsausträger/in
- Zirkuskünstler/in

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

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

| | Z50/90, Z70, Z90Bonus, Z100 BJunior, KJunior, V100 | 282 | Pflegezusatztarife |
|---|---|-----|--------------------|
| Asbestarbeiter/in | o | o | - |
| Atomkraftwerkspersonal im Sperr- oder Kontrollbereich | o | o | - |
| Ausbeiner/in | o | - | - |
| Auslieferungsfahrer/in | o | o | - |
| Bardame/mann | o | o | o |
| Barkeeper/in | o | o | o |
| Begleitschützer/in | o | o | - |
| Bergleute | o | - | - |
| Bergretter/in | o | - | - |
| Bergungstaucher/in | o | o | - |
| Berufstaucher/in | o | o | - |
| Bodyguard | o | o | - |
| Brandmeister/in | o | o | - |
| Detektiv/in (Waffenträger) | o | o | - |
| Drachenfluglehrer/in | o | o | - |
| Einfahrer/in (Automobilindustrie) | o | o | - |
| Fährfrau/mann | o | o | o |
| Fahrradkurier/in | o | o | - |
| Fallschirmsprunglehrer/in | o | o | - |
| Feuerwehrfrau/mann | o | o | - |
| Feuerwerker/in | o | o | - |
| Fleischzerleger/in | o | - | - |
| Forschungstaucher/in | o | o | - |
| Forstarbeiter/in | o | o | - |
| Friseur/in (ohne festen Ladensitz) | o | o | o |
| Hirte/in | o | o | o |
| Hochofenarbeiter/in | o | - | - |
| Höhlenforscher/in | o | o | - |
| Höhlentaucher/in | o | o | - |
| Holzfäller/in | o | o | - |
| Industrie-Fassadenkletterer/in | o | o | - |
| Industriekletterer/in | o | o | - |
| Interimsmanager/in | o | o | o |
| Jagdaufseher/in | o | o | o |
| Jagdverwalter/in | o | o | o |
| Jäger/in | o | o | o |
| Kopfschlächter/in | o | - | - |
| Lawinensprenger/in | o | o | - |
| Personenschützer und ähnliche Berufe, wenn Waffenträger | o | o | - |
| Pyrotechniker/in | o | o | - |
| Schäfer/in | o | o | o |
| Spielhallenaufseher/in | o | o | - |
| Tauchlehrer/in | o | o | - |
| Tennislehrer/in (ohne Hallenbetrieb) | o | o | - |

| | Z50/90, Z70, Z90Bonus, Z100 BJunior, KJunior, V100 | 282 | Pflegezusatztarife |
|-----------------|---|-----|--------------------|
| Testfahrer/in | o | o | - |
| Waldarbeiter/in | o | o | - |

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

17.2 Krankentagegeld – nicht versicherbare und bedingt versicherbare Berufe

I. Keine Krankentagegeld-Versicherung

- Bäuerin/Bauer
- Beamter/in
- Fischwirt/in
- Golf-Lehrer/in
- Hausfrau/Hausmann
- Hilfskräfte (z.B. Lagerhelfer, Kochgehilfe, Montagehelfer, Baugehilfe)
- Internethändler/in
- Internetkauffrau/mann
- Personen in Land- und Forstwirtschaft
- Pferdepfleger/in
- Pferdewärter/in
- Pferdewirt/in
- Polizist/in
- Reitlehrer/in
- Sägewerker/in
- Seelsorgehelfer/in
- Soldat/in
- Städtereinigungs-, Entsorgungshelfer/in
- Starkstrommonteur/in
- Tagesmutter/Tagesvater
- Tanzlehrer/in (ohne eigenes Tanzstudio)
- Tierpfleger/in
- Tierzuchtgehilfe/in
- Vermessungsgehilfe/in
- Viehpfleger/in (mit Festanstellung)
- Wehrdienstleistende/r
- Weinbauer/in
- Zoowärter/in

II. Krankentagegeld-Versicherung mit 30 % Beitragszuschlag

- Fliegendes Personal (z. B. Piloten, Copiloten, Flugbegleiter etc.)

III. Krankentagegeld-Versicherung ab Tag 22 (Tarif 36) und nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung möglich

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

- Abbrucharbeiter/in
- Abschleppwagenfahrer/in
- Aerobic-Instruktor/in
- Akquisiteur/in
- Anlageneinrichter/in
- Antiquar/in
- Autoersatzteilverkäufer/in
- Autohändler/in
- Automatenaufsteller/in
- Automateninrichter/in
- Automobilkauffrau/mann

- Autopfleger/in
- Autoverkäufer/in
- Autowäscher/in
- Ballettlehrer/in
- Baukranführer/in
- Berufskraftfahrer/in
- Beton- und Stahlbetonbauer/in
- Betonstraßenbauer/in
- Blechkarosseriebauer/in
- Blumenhändler/in
- Bohrmaschinist/in
- Briefträger/in
- Buchhändler/in
- Busfahrer/in
- Campingplatzwart/in
- Chauffeur/in
- CNC-Bohrer/in
- Detektiv/in (kein Waffenträger)
- Devisenhändler/in
- Diamantenhändler/in (nicht ambulante Händler, Ladengeschäft)
- Diplom-Pädagoge/in
- Dozent/in
- Dreher/in
- Drogist/in
- Einzelhandelskauffrau/mann
- Eishockey-Trainer/in
- Eislaufer-Trainer/in
- Elektromaschinist/in
- Erzieher/in
- Event-Manager/in
- Exportkauffrau/mann
- Facility-Manager/in
- Fahrlehrer/in
- Fahrzeugaufbereiter/in
- Fahrzeugpfleger/in
- Fassadenmonteur/in
- Finanzberater/in
- Finanzkauffrau/mann
- Finanzmakler/in
- Fitness-Trainer/in
- Fluglotse/in
- Fräser/in
- Fuhrunternehmer/in
- Fußball-Trainer/in
- Gabelstaplerfahrer/in
- Galvaniseur/in
- Gebäude-, Grundstückswächter/in (unbewaffnete Einsatzkräfte)
- Gefahrguttransporteur/in
- Geldtransporterfahrer/in (unbewaffnete Einsatzkräfte)
- Gerätewart/in
- Gerüstbauer/in
- Gesanglehrer/in
- Gießer/in
- Gießereimechaniker/in
- Gießereimodellbauer/in
- Gleisbauer/in

- Golfplatzwart/in
- Greenkeeper/in
- Großhandelskauffrau/mann
- Gummi- und Kunststoffauskleider/in
- Gummiersteller/in
- Gummiverarbeiter/in
- Gymnastiklehrer/in
- Hafenlotse/in
- Handelskauffrau/mann
- Handelsvertreter/in
- Hausdetektiv/in
- Hausmeister/in
- Hauswart/Hauswartin
- Hauswirtschaftler/in
- Hochbauarbeiter/in
- Hochschuldozent/in
- Hunde-Trainer/in
- Immobilienkauffrau/mann
- Immobilienmakler/in
- Importkauffrau/mann
- Kassierer/in
- Kauffrau/mann für Versicherungen und Finanzen
- Kaufhausdetektiv/in
- KFZ-Händler/in
- Klavierlehrer/in
- Klempner/in
- Kommunikationstrainer/in
- Kraftfahrer/in
- Kraftfahrzeughändler/in
- Kraftfahrzeugkauffrau/mann
- Kraftfahrzeugspengler/in
- Kranführer/in
- Kunst-, Antiquitätenhändler/in
- Kunst-, Zeichenlehrer/in
- Kunststoffbearbeiter/in
- Kunststoffverarbeiter/in
- Kurier/in
- Kürschner/in
- Kutscher/in
- Ladendetektiv/in
- Lederarbeiter/in
- Lederzurichter/in
- Lehrer (z.B. Grund-, Haupt-, Real-, Hoch-, Berufsschulen, Gymnasien)
- LKW-Fahrer/in
- Markthändler/in (mit Ladengeschäft)
- Maschinenbediener/in
- Maschineneinrichter/in
- Maschinenführer/in
- Maschinenwart/in
- Maschinist/in
- Metallarbeiter/in
- Möbelpacker/in
- Möbelspediteur/in
- Möbeltransporteur/in
- Musiklehrer/in
- Nachtwächter/in (unbewaffnete Einsatzkräfte)

- Nageldesigner/in
- NC-Bohrer/in
- Nieter/in
- Objektschützer/in (unbewaffnete Einsatzkräfte)
- Pädagoge/in
- Pannendienstfahrer/in
- Papierverarbeiter/in
- Platz-, Gerätewart/in
- Postzusteller/in
- Privatdetektiv/in (kein Waffenträger)
- Pumpen-, Wasserwerksmaschinist/in, -wärter/in
- Schiffsmakler/in
- Schleifer/in
- Schlosser/in
- Schmelzer/in
- Schmied/in
- Schrotthändler/in
- Schweißer/in
- Schwimmlehrer/in
- Sozialarbeiter/in
- Spediteur/in (überwiegend als Kraftfahrer tätig)
- Spediteur/in (überwiegend kaufmännische Tätigkeit)
- Speditionskauffrau/mann
- Spengler/in
- Sporttrainer/in
- Sprachlehrer/in
- Stahlbetonbauer/in
- Stahlflechter/in
- Stahlformer/in
- Stahlwerker/in
- Staplerfahrer/in
- Streetworker/in
- Tae Bo-Instruktor/in
- Tanzlehrer/in (mit eigenem Tanzstudio)
- Taxifahrer/in
- Teilezurichter/in
- Tennislehrer/in (mit Hallenbetrieb)
- Transportunternehmer/in
- Uhrenhändler/in
- Veranstaltungskaufrau/mann
- Veranstaltungsmanager/in
- Verkäufer/in
- Verladearbeiter/in
- Versicherungsfachfrau/mann
- Versicherungskauffrau/mann
- Versicherungsmakler/in
- Versicherungsvertreter/in
- Viehhändler/in
- Vulkaniseur/in
- Wachfrau/mann (unbewaffnete Einsatzkräfte)
- Walzer/in
- Wasserwerksmaschinist/in
- Weinhändler/in
- Werkschutzfrau/mann (unbewaffnete Einsatzkräfte)
- Werkzeugmacher/in
- Werkzeugschärfer/in (mit Ladengeschäft)

- Wirtschaftler/in
- Yogalehrer/in
- Zoohändler/in

IV. Krankentagegeld-Versicherung ab Tag 29 (Tarif 34) und nur in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung möglich

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

- Abfallentsorger/in
- Altenpflegehelfer/in
- Altenpfleger/in
- Bedienung
- Caterer/in
- Gastronom/in
- Gastwirt/in
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Imbissverkäufer/in (mit festem Verkaufsstand)
- Kellner/in
- Kioskbetreiber/in
- Krankenschwester
- Lotteriannehmer/in (mit Ladengeschäft)
- Müllarbeiter/in
- Partyservicebetreiber/in
- Restaurantbetreiber/in
- Restaurantfachfrau/mann
- Restaurantinhaber/in
- Restaurantleiter/in
- Videothekbetreiber/in

V. Krankentagegeld-Versicherung (auch ohne Krankheitskostenvollversicherung) ab Tag 22 (Tarif 36) möglich.

- Abdämmer/in
- Abdichter/in
- Abfüller/in
- Akustikbauer/in
- Anlagen-, Konstruktionsmechaniker/in
- Anlagenmechaniker/in
- Antennenbauer/in
- Apparatefeinbauer/in
- Asphaltierer/in
- Aufbereitungsmechaniker/in
- Autolackierer/in
- Automatenmechaniker/in
- Band-, Fließbandarbeiter/in
- Bau- und Möbeltischler/in
- Bauarbeiter/in
- Bauglaser/in
- Bauplattenverleger/in
- Bautischler/in
- Bauvorarbeiter/in
- Bauwerksmechaniker/in für Abbruch und Betontrenntechnik
- Behälter-, Rohrreiniger/in
- Betonfertigteilermontierer/in
- Betonhersteller/in
- Betonsanierer/in
- Betonstein- und Terrazzohersteller/in
- Betonsteinmacher/in

- Betonwerker/in
- Betriebs-, Bühnentischler/in
- Betriebsmechaniker/in
- Blitzableiterbauer/in
- Bodenleger/in
- Bohrarbeiter/in (auf dem Festland)
- Bootsbauer/in
- Börsenmakler/in
- Botaniker/in
- Böttcher/in
- Brillenglasfräser/in
- Brillenoptikschleifer/in
- Brückenbauer/in
- Brunnenbauer/in
- Büchsen-, Systemmacher/in
- Bühnenhandwerker/in
- Büromaschinenmechaniker/in
- Bürsten- und Pinselmacher/in
- Chirurgiemechaniker/in
- Dachdecker/in
- Deichbauer/in
- Diamentschleifer/in
- Dockarbeiter/in
- Drahtseilmacher/in
- Drahtwarenmacher/in
- Drechsler/in
- Druckformhersteller/in
- Druckvorlagenhersteller/in
- Edelsteinbearbeiter/in
- Einrichtungsberater/in
- Eiskremhersteller/in
- Elektrodenglasbläser/in
- Elektrogerätebauer/in
- Elektromaschinenbauer/in
- Elektromechaniker/in
- Entremetier
- Ernährungsberater/in
- Estrich-, Terrazzoleger/in
- Fachlagerist/in
- Fahrradmechaniker/in
- Fahrradreparaturdienst (mit Ladengeschäft)
- Fahrzeugbauer/in
- Fahrzeuglackierer/in
- Fahrzeugpolsterer/in
- Fassaden-, Verblendmaurer/in
- Feinmechaniker/in
- Feinwerkmechaniker/in
- Fenster(bau)glaser/in
- Fensterreiniger/in
- Fernmeldemechaniker/in
- Fernsehmechaniker/in
- Feuerungsbauer/in
- Figurenbläser/in
- Filzmacher/in
- Fitness-Studiobetreiber/in
- Flachdachdecker/in

- Flachglasmacher/in
- Flechtwarenmacher/in
- Fliesen-, Platten- und Mosaikleger/in
- Florist/in
- Fluggerätebauer/in
- Fluggerätemechaniker/in
- Flugzeugmechaniker/in
- Formenbauer/in
- Formsteinhersteller/in
- Fremdenführer/in (Inland)
- Friedhofsarbeiter/in
- Friseur/in (mit festem Ladensitz)
- Furnierer/in
- Fußbodenleger/in
- Fußpfleger/in (kosmetisch)
- Gartenbauer/in
- Gärtner/in
- Gärtnereibesitzer/in
- Gasrohrleger/in
- Gebäudereiniger/in
- Gerichtsvollzieher/in
- Gesundheitscoach
- Getränkehersteller/in
- Gipsler/in
- Glasbearbeiter/in
- Haarstylist/in
- Hafenarbeiter/in
- Handpfleger/in
- Handschuhmacher/in
- Heizer/in
- Heizungsbauer/in
- Heizungsmechaniker/in
- Holz- und Bautenschützer/in
- Holz(fach)werker/in
- Holzbearbeiter/in
- Hörfunkmechaniker/in
- Hotel-, Gaststättenportiers
- Hoteldiener/in
- Hotelfachfrau/in
- Hotelier
- Hundefriseur/in (mit festen Ladensitz)
- Hut-, Mützenmacher/in
- Hydraulikmechaniker/in
- Industrieanlagenmechaniker/in
- Industrieisolierer/in
- Industriemechaniker/in
- Inkassobeauftragte/r (im Außendienst)
- Inspektionsmechaniker/in
- Installateur/in
- Instrumentenmacher/in
- Instrumentenmechaniker/in
- Investmentfondskauffrau/mann
- Isolierer/in
- Jalousienbauer/in
- Kachelofen- und Luftheizungsbauer/in
- Kachelofen-, Kaminbauer/in

- Kälteanlagenbauer/in
- Kälteisolierer/in
- Kaminbauer/in
- Kammerjäger/in
- Kanalbauer/in
- Kanalisationsarbeiter/in
- Karosserie- und Fahrzeugbauer/in (Fahrzeugbau und Karosseriebau)
- Kesselbauer/in
- KFZ-Lackierer/in
- KFZ-Mechaniker/in
- Kindergärtner/in
- Klavierstimmer/in
- Koch/Köchin
- Kompressorenmechaniker/in
- Konstruktionsmechaniker/in
- Korb, Flechtwarenmacher/in
- Korbmöbelbauer/in
- Korbwarenmacher/in
- Kosmetikberater/in
- Kosmetiker/in
- Kraftfahrzeugmechaniker/in
- Küchenchef/in
- Kühlanlagenbauer/in
- Kühlerbauer/in
- Kundendienstberater/in
- Kundendienstmechaniker/in
- Lackierer/in
- Lager- und Transportarbeiter/in
- Lagerarbeiter/in
- Lagerist/in
- Landmaschinenmechaniker/in
- Leichtflugzeugbauer/in
- Leiterplattenbestücker/in
- Lkw-Mechaniker/in
- Lokomotivführer/in
- Lötter/in
- Lüftungs(anlagen)bauer/in
- Maler- und Lackierer/in
- Maler- und Tapezierer/in
- Maler/in (Handwerk)
- Maschinen-, Anlagenreiniger/in
- Maschinenbauer/in
- Maschinenbaumechaniker/in
- Maschinenmechaniker/in
- Maschinenreiniger/in
- Masseur/in
- Maßschuhmacher/in
- Maurer/in
- Mechaniker/in Reifen- und Vulkanisationstechnik
- Medizinische Fußpfleger/in
- Melk- und Kühlanlagenmechaniker/in
- Mess und Regelmechaniker/in
- Messebauer/in
- Metallblasinstrumenten- und Schlagzeugmacher/in
- Metaldachdecker/in
- Möbeltischler/in

- Modellbauer/in
- Modellmacher/in
- Modelltischler/in
- Modist/in
- Montagearbeiter/in
- Montagetischler/in
- Monteur/in (mit Ausnahme von Starkstrom- und Fassaden)
- Motorradmechaniker/in
- Musikinstrumentenbauer/in
- Mützenmacher/in
- Natur- und Landschaftspfleger/in
- Natursteinschleifer/in
- Optikgerätemechaniker/in
- Orthopädiemechaniker/in
- Orthopädieschuhmacher/in
- Packer/in
- Papierhersteller/in
- Papiermacher/in
- Pappemacher/in
- Parkettleger/in
- Pâtissier/in
- Pensions-, Gasthofbesitzer/in
- Personalberater/in
- Personalvermittler/in (Headhunter)
- Pflasterer/in
- Piercer/in (mit festem Ladensitz)
- Pizzabäcker/in
- Plattenleger/in
- Polier/in
- Rangierarbeiter/in
- Rettungsassistent/in
- Rohrisolierer/in
- Rohrleitungsbauer/in
- Rohrnetzbauer/in
- Rohrreiniger/in
- Rohrvorrichter/in
- Roll- und Scherengitterbauer/in
- Rolladen- und Jalousiebauer/in
- Rundfunkmechaniker/in
- Sandstrahler/in
- Sanitäranlagenmechaniker/in
- Sanitäter/in
- S-Bahn-Fahrer/in
- Schachtbauer/in
- Schädlingsbekämpfer/in
- Schäfter/in
- Schallisolierer/in
- Schallschutzisolierer/in
- Schalungsbauer/in
- Schienenfahrzeugreiniger/in
- Schiffbauer/in
- Schiffsmechaniker/in
- Schloss- und Schlüsselmacher/in
- Schmucktextilienhersteller/in
- Schornsteinbauer/in
- Schreiner/in

- Schuhmacher/in
- Segelflugzeugbauer/in
- Segelmacher/in
- Sekretär/in
- Serviceelektromechaniker/in
- Speiseeishersteller/in
- Spielzeughersteller/in
- Spielzeugmacher/in
- Sportgerätebauer/in
- Sportstudio-Betreiber/in
- Steinbearbeiter/in
- Steinbehauer/in
- Steinmetz und Steinbildhauer/in
- Steinschleifer/in, -polierer/in
- Straßenbahnfahrer/in
- Straßenbauarbeiter/in
- Straßenreiniger/in
- Straßenwachtfahrer/in
- Straßenwart/Straßenwärterin
- Stuckateur/in
- Stylist/in
- Suppen-, Beilagenkoch/in
- Süßwarenhersteller/in
- Tabakwarenhersteller/in
- Tankreiniger/in
- Tankwart/in
- Tapezierer/in
- Tätowierer/in (mit festem Ladensitz)
- Teichbauer/in
- Terrazzohersteller/in
- Terrazzoleger/in
- Textilmechaniker/in
- Thermometermacher/in
- Tiefbauarbeiter/in
- Tischler/in
- Transformatorbauer/in
- Transportarbeiter/in
- Treppenbauer/in
- Trockenausbauer/in
- Tunnelbauer/in
- U-Bahn-Fahrer/in
- Uhrmacher/in
- Verdunklungsanlagenbauer/in
- Verfahrensmechaniker/in
- Verfuger/in
- Verpackungsmittelhersteller/in
- Verputzer/in
- Versuchsmodellbauer/in
- Vollstreckungsbediensteter/in
- Vorrichtungsbauer/in
- Waagenbauer/in
- Warenpacker/in
- Wärme- und Kälteisolierer/in
- Wärmeisolierer/in
- Wartungsmechaniker/in
- Werftarbeiter/in

- Werkzeugmechaniker/in
- Wurstwarenhersteller/in
- Zellstoffhersteller/in
- Zellstoffmacher/in
- Zentralheizungs- und Lüftungsbauer/in
- Zerspanungsmechaniker/in
- Zimmerer/in
- Zuckerwarenmacher/in
- Zugführer/in
- Zylinderschlossmacher/in

VI. Krankentagegeld-Versicherung (auch ohne Krankheitskostenvollversicherung) ab Tag 43 (Tarif 37) möglich

- Putzfrau/mann
- Raumpfleger/in
- Reinigungskraft

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

- Ansager/in
- Astrologe/in
- Autor/in
- Balletttänzer/in
- Bauunternehmer/in
- Bildhauer/in
- Box-Manager/in
- Bühnenmaler/in
- Choreograph/in
- Chorleiter/in
- Croupier/Croupière
- Designer/in
- Diakon/in
- Dirigent/in
- Drehbuchautor/in
- Entertainer/in
- Fotojournalist/in
- Geschäftsführer/in
- Inhaber/in Autohaus
- Inhaber/in Lieferservice
- Journalist/in
- Kabarettist/in
- Kapellmeister/in
- Kaplan/in
- Komponist/in
- Konzertmeister/in
- Konzertpianist/in
- Korrespondent/in
- Kunsthändler/in
- Künstler/in
- Künstlermanager/in
- Künstlervermittler/in
- Kunstmaler/in
- Kunstverleger/in
- Kunstzeichner/in
- Küster/in
- Marmorbildhauer/in

- Mesner/in
- Missionar/in
- Moderator/in
- Musiker/in
- Musikverleger/in
- Orchesterleiter/in
- Ordensbruder/schwester
- Pastor/in
- Pfarrer/in
- Philharmoniker/in
- Priester/in
- Produzent/in
- Publizist/in
- Radiosprecher/in
- Redakteur/in
- Regisseur/in
- Reiseführer/in
- Reiseleiter/in
- Reporter/in
- Rundfunk-, Fernsehsprecher/in
- Sänger/in
- Schauspieldirektor/in
- Schauspieler/in
- Schriftsteller/in
- Seelsorger/in
- Synchronsprecher/in
- Tänzer/in
- Theologe/Theologin
- Varietékünstler/in
- Vikar/in
- Vortragskünstler/in

18 Allgemeines

18.1 Wirtschaftsauskunft

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

18.2 Gehaltsnachweis

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

19 Tarifkombinationen

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

| | 181 182 183 | 261 262 | 281 | 282 | 482 483 | 184 185 | Z100 Z70 Z50/90 Z90Bonus | V100 | FlexiPro | BJunior/ KJunior |
|-----------------------------------|-------------------|------------|-------|-------|------------|------------|-----------------------------------|-------|----------|---------------------|
| 181/182/183 | - | ja | ja** | ja | nein | ja | ja** | nein | ja | ja |
| 261/262 | ja | - | ja | ja | ja | ja* | ja | ja | ja | ja |
| 281 | ja** | ja | - | nein | nein | nein | nein | ja | ja*** | ja |
| 282 | ja | ja | nein | - | nein | ja* | ja | ja | ja*** | ja |
| 482/483 | nein | ja | nein | nein | - | nein | ja | ja | ja | ja |
| 184/185 | ja | ja* | nein | ja* | nein | - | nein | nein | ja*** | ja |
| Z100/Z70/ Z50/Z90/ Z90Bonus | ja** | ja | nein | ja | ja | nein | - | ja | ja*** | ja |
| V100 | nein | ja | ja | ja | ja | nein | ja | - | ja*** | ja |
| FlexiPro | ja | ja | ja*** | ja*** | ja | ja*** | ja*** | ja*** | - | ja*** |
| BJunior/ KJunior | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja*** | - |

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

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

*** Der Tarif FlexiPro kann nur in Verbindung mit mindestens einem der Tarife 181-183, 261/262, 482/483 oder Z70, Z100, Z50/90, Z90Bonus abgeschlossen werden.

Hinweis

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

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

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

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

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

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

In Kombination von Tarif 69 mit Tarif PIN können in den Pflegegraden 2–5 in Summe max. 150 Euro und in Pflegegrad 1 max. 100 Euro Tagessatz abgeschlossen werden.

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

20 Mindestbeitrag

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

21 Personen ohne Vorversicherung

Folgendes gilt in der Krankheitskosten-Vollversicherung:

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

4 Vertragsgestaltung

1 Auslandsaufenthalt

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

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

Zu den Tarifen 31–39 wird auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung MB/KT 2009 § 1 (6, 5, 8) und § 5 verwiesen.

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

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

Bei Reisen in **außereuropäische** Länder von mehr als drei Monaten ist ein zeitlich befristeter Versicherungsschutz gegen Zahlung eines Beitragszuschlags möglich, sofern der Versicherungsnehmer dies **spätestens 14 Tage vor** Antritt der Reise schriftlich beantragt. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte von bis zu fünf Jahren. Der Versicherungsschutz kann durch eine anders lautende Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden.

Der Zuschlag für außereuropäische Länder beträgt 30 Prozent des Tarifbeitrags.

Der Zuschlag wird jeweils taggenau berechnet und centgenau gerundet.

2 Krankentagegeld-Versicherungen

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

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

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

Es ist von Privatversicherten der volle Beitrag zur Rentenversicherung aufzubringen.

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

Die sich durch diese Gesetzespflicht bzw. bei Privatkrankenversicherten durch freiwillige Leistung ergebenden finanziellen Einbußen können die davon betroffenen Personen durch den Abschluss unserer Krankentagegeld-Versicherung bis zu 25 Euro pro Tag (gesetzlich Versicherte) bzw. 500 Euro pro Monat (Privatversicherte) absichern.

Ein Einkommensnachweis ist in diesem Falle nicht erforderlich.

Vorgenannte Abdeckung wird nicht auf eine bis zur Höhe des Nettoeinkommens reichende Krankentagegeld-Versicherung angerechnet.

Zur versicherbaren Höhe der Tagessätze siehe Punkt Tarifierläuterungen 8.1, Tarife 31–39.

3 Umstufungen/Rabatt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gleiches gilt für Umstufungen innerhalb des Tarifs K.

Beispiel

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

5 Informationen zur Beitragsrückerstattung

Für das Geschäftsjahr 2016 (Auszahlung 2017)

1 Mögliche Tarife

Beitragsrückerstattung kann gezahlt werden für Versicherungen nach den Tarifen 181 bis 185, 20, 21, 21P, 52, 54 sowie die Tarife E und K, wobei die Verträge jeder versicherten Person für sich betrachtet werden.

2 Voraussetzungen für die Beitragsrückerstattung

2.1 Leistungsfreiheit

Sie müssen mindestens einen der Tarife 181 bis 185, 20, 21, 21P, 52, 54, E oder K abgeschlossen und der Vertrag muss während des ganzen Kalenderjahres 2016 bestanden haben. Alle Versicherungen nach den genannten Tarifen einer versicherten Person müssen im Kalenderjahr 2016 leistungsfrei gewesen sein, das heißt, Sie dürfen keine Rechnung zur Erstattung eingereicht haben.

2.2 Beitragszahlung

Die Beiträge müssen für das Kalenderjahr 2016 bis spätestens 31. Januar 2017 voll entrichtet worden sein.

Die Versicherungen, zu denen eine Beitragsrückerstattung anfällt, müssen am 01. Juli 2017 ungekündigt bestanden haben. Ein Anspruch besteht jedoch auch dann, wenn die Versicherung zum 31. Dezember 2016 oder später durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht beendet wurde.

2.3 Anwartschaftsversicherung

Bestand im Kalenderjahr 2016 für einen der in 2.1 genannten Tarife eine Anwartschaftsversicherung, so bleibt dieser Tarif Beitragsrückerstattungsberechtigt, falls die gesamte Dauer der Anwartschaft im Jahr 2016 maximal zwei Monate betrug.

3 Die Höhe der Beitragsrückerstattung für das Jahr 2016

3.1 Auszahlung im Jahr 2017

Für das Jahr 2016 gilt aktuell folgende Staffel:

Tarife 18, 20, 21, 21P, 52 und 54

| Leistungsfreie Jahre | Rückerstattung |
|----------------------|------------------|
| 2016 | 2 Monatsbeiträge |
| 2015 und 2016 | 3 Monatsbeiträge |

Sind die Voraussetzungen für die Rückerstattung für die Jahre vor 2015 erfüllt, so erhöht sich die Beitragsrückerstattung nicht weiter.

Für die Tarife E und K erfolgt die Beitragsrückerstattung zu 60 Prozent der Werte der Tabelle.

Beitragsrückerstattung bei unterjährigem Tarifbeginn

Beginnt die Versicherung für rückerstattungsberechtigte Tarife erst nach dem 01.01.2016, können Sie dennoch für das Jahr 2016 eine Beitragsrückerstattung erlangen. Für die Berechnung gelten die zuvor dargestellten Voraussetzungen analog. Die Anzahl der rückzuerstattenden Monatsbeiträge beträgt 2 Monatsbeiträge (für die Tarife E und K zu 60 Prozent). Als Monatsbeitrag gilt ein Zwölftel der Jahresbeitragssumme 2016. Bei der Bestimmung der Anzahl der rückzuerstattenden Monatsbeiträge für die Beitragsrückerstattungen in Folgejahren wird das Kalenderjahr 2016 mit unterjährigem Tarifbeginn nicht berücksichtigt.

3.2 Monatsbeitrag

Ein eventuell vorhandener gesetzlicher Zuschlag wird bei der Berechnung der Beitragsrückerstattung nicht berücksichtigt. Dieser Zuschlag wird in voller Höhe für eine Beitragsstabilisierung im Alter angespart.

Hat sich der Beitrag während des Kalenderjahres geändert, so gilt als Monatsbeitrag im Sinne der Ziffer 3.1 ein Zwölftel der Jahresbeitragssumme des Jahres 2016.

Mit der Gutschrift oder der Auszahlung der Beitragsrückerstattung erlischt jeder Anspruch auf Versicherungsleistungen für das Kalenderjahr 2016.

Die Höhe der Beitragsrückerstattung wird für jedes Jahr durch den Vorstand unter Berücksichtigung der Geschäftsergebnisse festgelegt und im Herbst des folgenden Jahres gezahlt. Ein Antrag des Versicherungsnehmers ist nicht erforderlich.

6 Versicherungsbedingungen

1 Musterbedingungen 2009 des Verbands der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Tarifbedingungen

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

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

2 Musterbedingungen 2009 des Verbands der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Tarifbedingungen

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

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

3 Musterbedingungen PPV 2017 und Tarifbedingungen

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

4 Musterbedingungen EPV 2017 des Verbands der privaten Krankenversicherung

(MB/EPV 2017) und Tarifbedingungen

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

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

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

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

6 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2017)

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

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

