

# **Versicherteninformation nach §1 VVG-Informationspflichtenverordnung für eine ARAG Krankenversicherung**

Für Frau Katja Beamtin, geb. 01.01.1981

Zu versichernde Person(en): Frau Katja Beamtin, geb. 01.01.1981

## **1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers**

### **ARAG Krankenversicherungs-AG**

Hollerithstraße 11, 81829 München

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Paul-Otto Faßbender

Vorstand: Wolfgang Brunner, Werner Nicoll, Dr. Werenfried Wendler

Sitz und Registergericht: München, HRB 69751

## **2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers**

Hauptgeschäftstätigkeit der ARAG Krankenversicherungs-AG ist der Betrieb der Krankenversicherung.

## **3. Garantiefonds**

Die ARAG Krankenversicherungs-AG gehört der folgenden Einrichtung zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten (Sicherungsfonds) an:

Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln

## **4. Vertragsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung**

### **4.a)**

Dem Versicherungsverhältnis liegen die jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die

- Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009, Tarifbedingungen und Tarifbeschreibung) bzw.
- Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009, Tarifbedingungen und Tarifbeschreibung) bzw.
- ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009, Tarifbedingungen und Tarifbeschreibung) bzw.
- private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2010 und Tarif PV)

in den jeweils bei Vertragsabschluss geltenden Fassungen zugrunde.

### **4.b)**

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ergeben sich aus § 1 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung ergeben sich

- hinsichtlich Art und Umfang der Leistungen aus den §§ 4 und 5 sowie der jeweiligen Tarifbeschreibung (Teil III)
  - hinsichtlich Fälligkeit und Erfüllung der Leistungen aus § 6
- der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **5. Gesamtpreis der Versicherung**

Den zu entrichtenden Gesamtbetrag können Sie dem Produktinformationsblatt sowie dem Antrag entnehmen.

Diese Angaben können sich nach Durchführung der Gesundheitsprüfung unter Umständen noch ändern. Der tatsächlich zu entrichtende Beitrag wird Ihnen in diesem Fall anhand des Versicherungsscheins mitgeteilt.

## **6. Zusätzliche Kosten**

Zusätzliche Gebühren oder Kosten für den angebotenen Versicherungsschutz werden nicht erhoben.

## **7. Beitragszahlung**

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch unterjährig in gleichen Beitragsraten, d.h. monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich gezahlt werden. Der Beitrag gilt bei unterjähriger Zahlungsweise bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet. Die Beitragsraten sind am ersten Tag der von Ihnen gewählten Zahlungsperiode fällig. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

## **8. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen**

Unser Angebot basiert auf der Grundlage unserer aktuellen Beiträge. Diese gelten bis auf Weiteres. Änderungen behalten wir uns vor.

## **9. Zustandekommen des Versicherungsvertrages**

Der Vertrag kommt durch den Antrag auf Krankenversicherung seitens eines Vertragspartners und die Annahme dieses Antrages durch den anderen Vertragspartner zustande. Bei einem Antrag (Angebot) durch den Versicherungsnehmer erfolgt eine Antragsannahme durch die ARAG Krankenversicherungs-AG durch die Ausstellung eines Versicherungsscheins oder eine Annahmeerklärung. Bei einer Anfrage durch den Versicherungsnehmer ("Invitatio-Antrag") erfolgt das Angebot durch die ARAG Krankenversicherungs-AG und die Annahme des Angebots durch Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers.

## **10. Widerrufsbelehrung**

### **Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München  
Telefax +49 (0) 89/4124-9525, E-Mail: Anfrage-KV@ARAG.de

### **Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des im Produktinformationsblatt unter Ziffer 3 ausgewiesenen Monatsbeitrags pro Tag.

Die Erstattung zurück zu zahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

### **Besondere Hinweise**

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

- Ende der Widerrufsbelehrung -

## 11. Laufzeit, Kündigung und Beendigung des Vertrages

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Sie können als Versicherungsnehmer den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten schriftlich kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrages zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von 24 Monaten nach Vertragsbeginn – bei Krankentagegeldtarifen zum Ablauf von 12 Monaten nach Vertragsbeginn – möglich. Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt.

Ihre Kündigung einer Krankheitskosten-Vollversicherung /privaten Pflegepflichtversicherung wird erst wirksam, wenn Sie Ihre Nachweispflicht erfüllen.

Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer sowie zu weiteren Beendigungsgründen finden Sie in §§ 13-16 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## 12. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Angaben zum zuständigen Gericht können Sie § 17 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

## 13. Sprachen der Vertragsbedingungen und Informationen / Kommunikationssprache zum Versicherungsvertrag

Alle Vertragsunterlagen werden in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Auch die gesamte Kommunikation zu Ihrem Vertragsverhältnis erfolgt in deutscher Sprache.

## 14. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Für außergerichtliche Beschwerden steht Ihnen das Beschwerdeverfahren über den Ombudsmann offen. Die Anschrift lautet:  
Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 060222  
10052 Berlin

Unser Unternehmen ist Mitglied in diesem Verband. Sie können daher das kostenlose und außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne die Verfahrensordnung zu.

**Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt hiervon unberührt.**

## 15. Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.  
Sie haben die Möglichkeit, sich bei Beschwerden an die Aufsichtsbehörde zu wenden.

## **Zusätzliche Versicherteninformation nach § 3 VVG-Informationspflichtenverordnung für eine ARAG Krankenvollversicherung**

Für Frau Katja Beamtin, geb. 01.01.1981

Zu versichernde Person(en): Frau Katja Beamtin, geb. 01.01.1981

### **1. Angaben zur Höhe der einkalkulierten Kosten**

Die in den Beiträgen Ihrer Tarife der substitutiven Krankenvollversicherung einkalkulierten Kosten für die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages sowie übrige Kosten entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt unter Ziffer 3.

### **2. Sonstige Kosten**

Angaben zur Höhe der möglichen sonstigen Kosten finden Sie im Produktinformationsblatt unter Ziffer 3.

### **3. Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung**

Die Tarife der privaten Krankenversicherung sind auf Basis der zum Zeitpunkt der Kalkulation bekannten Verhältnisse im Gesundheitswesen berechnet und garantieren – bei unveränderter Kostensituation – auch bei zunehmendem Alter konstante Beiträge. In der Vergangenheit hat jedoch die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen immer wieder zu Beitragssteigerungen geführt, mit denen auch zukünftig gerechnet werden muss.

Eine gute medizinische Versorgung hat natürlich ihren Preis. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland zählt zu den besten der Welt. Der hohe Qualitätsstandard und der Fortschritt auf dem Gebiet der Medizintechnik und im Arzneimittelbereich, aber auch die zunehmende Lebenserwartung der Versicherten sind wesentliche Gründe dafür, dass die Ausgaben für Gesundheit und damit die Krankenversicherungsbeiträge in den vergangenen Jahren stärker angestiegen sind als die allgemeinen Lebenshaltungskosten. Speziell für ältere Versicherte können durch das Zusammenwirken mehrerer der genannten Faktoren die erforderlichen Beitragssteigerungen, die zur Erfüllung der tariflichen Leistungszusage auf das jeweils erreichte Alter bezogen werden müssen, auch deutlich über der allgemeinen Kostenentwicklung liegen.

Das Ausmaß der künftigen Veränderungen wird von vielen Faktoren abhängen wie etwa auch der Lohnentwicklung insbesondere im Gesundheitssektor und kann somit zum heutigen Zeitpunkt noch nicht sicher prognostiziert oder kalkulatorisch berücksichtigt werden.

### **4. Hinweise zur Beitragsbegrenzung im Alter**

Um hohe Beitragssteigerungen aufgrund von notwendig gewordenen Beitragsanpassungen speziell für ältere Versicherte zu vermeiden, hat der Gesetzgeber vorgeschrieben, dass ein Großteil der durch die Versicherungsunternehmen erwirtschafteten Zinsüberschüsse zur Stabilisierung der Beiträge verwendet wird.

Mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2000 wurde darüber hinaus ein 10-prozentiger Beitragszuschlag (gesetzlicher Zuschlag) auf die Krankheitskostenvollversicherung eingeführt. Dieser gesetzliche Zuschlag wird für die Alter 21 bis 60 erhoben. Das aus ihm stammende Kapital wird vollständig verzinslich angespart und - wie im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) vorgeschrieben - ab Alter 65 dazu verwendet, die Beiträge konstant zu halten.

Durch den Wechsel in andere Tarife mit eventuell geringerem Leistungsumfang oder durch eine Erhöhung des Selbstbehaltes haben auch Sie selbst aktiv die Möglichkeit, den Beitrag zu senken.

Darüber hinaus bietet die ARAG Krankenversicherung auch den Basistarif an:

Alle krankenvollversicherten Personen, deren Versicherungsvertrag nach dem 31.12.2008 abgeschlossen wird (sogenannte „neue Welt“), haben das Recht, in den Basistarif zu wechseln. Alle übrigen vollversicherten Personen können nur unter bestimmten Voraussetzungen in den Basistarif wechseln.

Der Beitrag für den Basistarif darf den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen (für Beihilfeberechtigte den entsprechenden nicht durch den Beihilfebemessungssatz gedeckten Anteil). Der Versicherungsschutz ist vergleichbar mit dem der gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit nochmals um die Hälfte.

### **5. Rückkehr zur gesetzlichen Krankenversicherung**

Ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung ist in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen.

### **6. Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung**

Ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung kann insbesondere im fortgeschrittenen Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein, da der Beitrag beim neuen Versicherer auf Basis des aktuellen Lebensalters – ggf. unter Anrechnung übertragungsfähiger Teile der Alterungsrückstellung – berechnet wird.

Da für den neuen Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – grundsätzlich keine Annahmeverpflichtung besteht, kann ein Wechsel beim neuen Versicherer gegebenenfalls auf den Basistarif beschränkt sein.

### **7. Beitragsentwicklung**

Die Darstellung der Beitragsentwicklung finden Sie im Anhang.

## Anhang zu Ziffer 7 – Beitragsentwicklung

versicherte Person: **Frau Katja Beamtin, geb. 01.01.1981**

Nachfolgend ist die Beitragsentwicklung Ihrer Tarife der substitutiven Krankenvollversicherung der letzten 10 Jahre in der Einzelversicherung für das gesetzlich vorgegebene Eintrittsalter 35 dargestellt. Der gesetzliche Zuschlag, eventuelle Übertragungswerte sowie sonstige Zuschläge sind hierbei nicht berücksichtigt.

Tarif	Tagessatz	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001
217		143.94	143.94	143.94	144.78	121.01	121.01	121.01	121.01	106.83	106.83
247		54.38	54.38	54.38	55.05	55.05	55.05	55.05	49.38	43.64	43.64
527		31.73	27.38	27.38	27.38	27.38	27.38	27.38	27.38	27.38	27.38
277		6.45	5.49	5.49	5.49	4.07	4.07	4.07	5.01	5.01	5.01

## Vorschlag für eine Private Krankenversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG Übersicht für alle zu versichernde Personen

Versicherungsnehmer: Frau Katja Beamtin

1. Zu versichernde Person: Frau Katja Beamtin, weiblich, geboren 01.01.1981  
Versicherungsbeginn: 01.03.2011

Tarife	Monatsbeiträge EUR			
	1. Person	2. Person	3. Person	Gesamt- Beitrag
Ambulant	147,15			147,15
Stationär	55,44			55,44
Zahn	34,90			34,90
Beihilfe-Ergänzung	6,96			6,96
KHT	4,20			4,20
Pflegepflicht PV	11,11			11,11
<b>Gesamtmonatsbeitrag</b>	<b>259,76</b>			<b>259,76</b>
davon gesetzl. Zuschl.	22,22			22,22
davon mtl. maximal steuerlich abzugsfähiger Beitrag (bei mtl. ZW.)*	210,18			210,18

\* Eine eventuell gewährte Beitragsrückerstattung sowie der bei Arbeitnehmern gewährte Arbeitgeberzuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag vermindern den abzugsfähigen Beitrag.

Es betreut Sie:  
Herr Wilfried Schöler  
Landstr. 92-94  
69497 Hemsbach  
Telefon: 06201 / 84 62 50  
Telefax: 06201 /84 62 550  
E-mail: info@beamtenversicherungsexperte.de  
Internet: w w w .beamtenversicherungsexperte.de

Datum 09.02.2011, 2f9 / 7.1 / SP3

## Vorschlag für eine Private Krankenversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG

Zu versichernde Person : Frau Katja Beamtin, weiblich  
Geburtsdatum : 01.01.1981  
Eintrittsalter : 30 Jahre  
Beruf :  
Versicherungsbeginn : 01.03.2011

Tarif	Kurzbeschreibung	Monatsbeitrag	
<b>217</b>	<b>50 Prozent ambulante Heilbehandlung</b>	<b>EUR</b>	<b>133,77</b>
	<b>Gesetzlicher Zuschlag</b>	<b>EUR</b>	<b>13,38</b>
<b>247</b>	<b>50 Prozent stationäre Heilbehandlung</b>	<b>EUR</b>	<b>50,40</b>
	Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung		
	<b>Gesetzlicher Zuschlag</b>	<b>EUR</b>	<b>5,04</b>
<b>527</b>	<b>50 Prozent Zahnbehandlung</b>	<b>EUR</b>	<b>31,73</b>
	<b>50 Prozent Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung</b>		
	Höchstleistung: 1. Jahr EUR 512,50; 2. Jahr EUR 1025,00; ab 3. Jahr unbegrenzt		
	<b>Gesetzlicher Zuschlag</b>	<b>EUR</b>	<b>3,17</b>

Folgeseite zum Vorschlag einer Privaten Krankenversicherung für  
Frau Katja Beamtin, weiblich

Tarif	Kurzbeschreibung	Monatsbeitrag	
<b>277</b>	<p><b>Ergänzung für Beihilfeberechtigte bei 50 Prozent Beihilfeanspruch</b></p> <p>A. Nach Vorleistung durch die Beihilfe und durch die ARAG Beihilfetarife: <b>100 Prozent ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung</b> ohne Arzneien, Verbandmittel, Kurbehandlung und den in den Beihilfevorschriften vorgesehenen Selbstbeteiligungen Höchstleistung für zahnärztliche Heilbehandlung einschließlich Zahnersatzleistungen aus B: (die Vorleistung der Beihilfe wird entsprechend angerechnet) 1. Jahr EUR 512,50; 2. Jahr EUR 1025,00; ab 3. Jahr unbegrenzt Bis zu EUR 52,50 für Brillengestelle 100 Prozent für Gläser und Kontaktlinsen</p> <p>B. Auch ohne Vorleistung durch die Beihilfe: Bis zu EUR 52,50 für <b>Brillengestelle</b> <b>50 Prozent für Gläser und Kontaktlinsen</b> <b>50 Prozent für Zahnersatz</b> (z. B. für große Brücken) Höchstleistung einschließlich Leistungen aus A: 1. Jahr EUR 512,50; 2. Jahr EUR 1025,00; ab 3. Jahr unbegrenzt <b>50 Prozent für ambulante Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen</b> <b>Auslandsreisekrankenversicherung</b> für die ersten 42 Tage jeder Auslandsreise inklusive Rückholung</p> <p><b>Gesetzlicher Zuschlag</b></p>	<b>EUR</b>	<b>6,33</b>
		<b>EUR</b>	<b>0,63</b>
<b>11</b>	<p><b>EUR 20,00</b> <b>Krankenhaustagegeld</b></p>	<b>EUR</b>	<b>4,20</b>
<b>PVB</b>	<p><b>Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte</b></p> <hr/> <p><b>Gesamtbeitrag monatlich</b></p> <p><b>davon gesetzlicher Zuschlag</b></p> <p><b>davon monatlich maximal steuerlich abzugsfähiger Beitrag (bei monatlicher Zahlweise)*</b></p>	<b>EUR</b>	<b>11,11</b>
		<b>EUR</b>	<b>259,76</b>
		<b>EUR</b>	<b>22,22</b>
		<b>EUR</b>	<b>210,18</b>

\* Eine eventuell gewährte Beitragsrückerstattung sowie der bei Arbeitnehmern gewährte Arbeitgeberzuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag vermindern den abzugsfähigen Beitrag.

# Leistungsbeschreibung zum Vorschlag für eine Private Krankenversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG

## Tarif 217 50 Prozent ambulante Heilbehandlung

Die Krankheitskosten werden wie folgt erstattet:

<b>Ärztliche Behandlung</b>	<b>50 Prozent</b> für Beratungen, Untersuchungen, konservative und operative Behandlungen sowie Sonderleistungen, Besuche und Wegegebühren
<b>Gebührenordnung der Ärzte</b>	Bei wirksamer individueller Vereinbarung ist das Arzthonorar nicht auf Höchstwerte begrenzt.
<b>Arzneien und Verbandmittel</b>	<b>50 Prozent</b> für Arzneien und Verbandmittel sowie für Nähr- und Stärkungsmittel, deren Gabe im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen medizinisch notwendig ist
<b>Labor und Apparatedizin</b>	<b>50 Prozent</b> für technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG, die Durchführung von Dialysen sowie bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen, CT, MRT und Sonographie) und Strahlentherapie
<b>Heilmittel</b>	<b>50 Prozent</b> für Heilmittel wie z.B. Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie
<b>Brillen</b>	<b>50 Prozent</b> für Brillengläser, bis zu <b>EUR 52,50</b> für die Brillenfassung
<b>Kontaktlinsen</b>	<b>50 Prozent</b> für Kontaktlinsen
<b>Hilfsmittel</b>	<b>50 Prozent</b> Hilfsmittel (orthopädische Schuheinlagen, Bandagen, Gummistrümpfe, Leibbinden, Bruchbänder, Hörgeräte, Stützapparate und Prothesen) sowie nach vorheriger schriftlicher Zustimmung durch den Versicherer auch für weitere Hilfsmittel wie z.B. Krankenfahrstühle, Beatmungsgeräte oder Geräte zur Schlafapnoe-Behandlung, wenn sie körperliche Behinderungen unmittelbar ausgleichen oder lindern und aus medizinischer Sicht notwendig und ärztlich verordnet sind. Auch die Reparatur von Hilfsmitteln ist erstattungsfähig
<b>Psychotherapie</b>	<b>50 Prozent</b> für 50 Behandlungsstunden pro Kalenderjahr, wenn sie von einem approbierten und niedergelassenen Arzt durchgeführt oder einem fachkundigen Behandler delegiert und überwacht bzw. von einem psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis in eigener Praxis durchgeführt wird
<b>Heilpraktiker</b>	<b>50 Prozent</b> für die Behandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes. Es werden die Höchstsätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) akzeptiert
<b>Kuren</b>	<b>50 Prozent</b> Kostenerstattung für ambulante Kuren in Abständen von drei Jahren. Ein Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.
<b>Vorsorge und Früherkennung</b>	<b>50 Prozent</b> für gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten ohne Einschränkung im Hinblick auf den Zeitraum, das Alter und die Diagnose
<b>Schutzimpfungen</b>	<b>50 Prozent</b> für Schutzimpfungen

<b>Schwangerschaft/Entbindung</b>	<b>50 Prozent</b> für Schwangerschaftsüberwachung (Vorsorgeuntersuchungen) und Schwangerschaftserkrankung sowie Hausentbindung (einschließlich der Hebammenkosten)
<b>Krankentransporte</b>	<b>50 Prozent</b> für Krankenfahrten und Krankentransporte, wenn der Weg aufgrund der zu behandelnden Erkrankung nicht mit öffentlichen oder privaten Transportmitteln zurückgelegt werden kann und dies ärztlich begründet wird
<b>Behandlung in einem Heilbad oder Kurort</b>	Versicherungsschutz besteht auch, wenn die Behandlung in einem Heilbad oder Kurort stattfindet

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

# Leistungsbeschreibung zum Vorschlag für eine Private Krankenversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG

## Tarif 247 50 Prozent stationäre Heilbehandlung Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung

Die Krankheitskosten werden bei stationärer Behandlung wie folgt erstattet:

<b>Ärztliche Behandlung</b>	<b>50 Prozent</b> , für ärztliche Leistungen (auch durch den Chefarzt) wie konservative und operative Behandlungen einschließlich Operationsnebenkosten, Visiten und Sonderleistungen z.B. durch Krankenhausärzte oder Belegärzte
<b>Gebührenordnung der Ärzte</b>	Bei wirksamer individueller Vereinbarung ist das Arzthonorar nicht auf Höchstwerte begrenzt.
<b>Krankenhauskosten</b>	<b>50 Prozent</b> Krankenpflege, Arzneimittel, Verpflegung und die Unterbringung im Zweibettzimmer
<b>Labor und Apparatediagnostik</b>	<b>50 Prozent</b> für technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG und die Anwendung von medizinischen Geräten (z.B. Herz-Lungen-Maschine), die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen, CT, MRT und Sonographie) sowie Strahlentherapie
<b>Heilmittel</b>	<b>50 Prozent</b> für Heilmittel wie z.B. Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie
<b>Krankenhaustagegeld, (wenn keine Wahlleistungen in Anspruch genommen werden)</b>	Bei einem Aufenthalt in der Allgemeinen Pflegeklasse wird ein Krankenhaustagegeld von <b>EUR 8,00</b> , bei Kindern von <b>EUR 6,00</b> gezahlt.
<b>Kuren</b>	Für Aufwendungen bei stationären Kur- und Sanatoriumsbehandlungen werden für Erwachsene bis zur Dauer von 28 Tagen <b>EUR 6,00</b> je Tag als Zuschuss gezahlt. Ein Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungszeit. Werden Leistungen erbracht, entsteht ein erneuter Anspruch nach Ablauf von drei Jahren
<b>Gezielte Wahl eines Krankenhauses</b>	Es besteht die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Es kann auch ein Krankenhaus im Ausland gezielt aufgesucht werden, wenn dies medizinisch notwendig ist
<b>Krankentransporte</b>	Krankentransporte werden bis 100 km Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. zum nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus und zurück zu <b>50 Prozent</b> erstattet (auch Rettungsflug).
<b>Rücktransport</b>	<b>50 Prozent</b> für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport (Rettungsflug) aus dem Ausland.

# Leistungsbeschreibung zum Vorschlag für eine Private Krankenversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG

## Tarif 527 50 Prozent Zahnbehandlung 50 Prozent Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung

Höchstleistung:

1. Jahr ab Versicherungsbeginn **EUR 512,50**
2. Jahr ab Versicherungsbeginn **EUR 1025,00**, ab 3. Jahr unbegrenzt

Die Höchstleistungsbegrenzungen entfallen bei Unfällen.

Die Kosten für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung werden wie folgt erstattet:

**Gebührenordnung der Zahnärzte(GOZ)** Bei wirksamer individueller Vereinbarung ist das Arzthonorar nicht auf Höchstsätze beschränkt.

### Zahnärztliche Behandlung

50 Prozent	<b>für konservierende Leistungen</b> (z.B. Füllungen, Inlays und Wurzelbehandlungen)
50 Prozent	<b>für chirurgische Leistungen</b> (z.B. Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Excisionen, Osteotomie und Sequestrotomien)
50 Prozent	<b>für prophylaktische Leistungen</b>
50 Prozent	<b>bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums</b>
50 Prozent	<b>bei zahnärztlicher Röntgendiagnostik</b>
50 Prozent	<b>für die im Zusammenhang mit der Zahnbehandlung anfallenden Material- und Laborkosten</b>

### Zahnersatz

50 Prozent	<b>der mit der Zahnersatzmaßnahme in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten</b>
50 Prozent	<b>für Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays</b>
50 Prozent	<b>für prothetische Leistungen (z.B. Brücken, Stützähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur)</b>
50 Prozent	<b>für Implantate und darauf aufbauenden Zahnersatz (Suprakonstruktion)</b>
50 Prozent	<b>für die Gebissfunktionsprüfung</b>
50 Prozent	<b>für die im Zusammenhang mit der Zahnersatzmaßnahme anfallenden Material- und Laborkosten</b>

## **Kiefer- und Zahnregulierung**

**50 Prozent**

**der Kosten für Kieferorthopädie (Gebühren für die Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten)**

### **Heil- und Kostenplan**

Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht notwendig, bei umfangreicheren Behandlungen aber empfehlenswert. Die Kosten für den Heil- und Kostenplan werden mit dem entsprechenden Prozentsatz erstattet.

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

# Leistungsbeschreibung zum Vorschlag für eine Private Krankenversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG

## Tarif 277 Ergänzung für Beihilfeberechtigte

### A. Nach Vorleistung durch die ARAG-Grundabsicherung und die Beihilfe werden folgende Kosten gezahlt:

<b>Ambulante Behandlung</b>	<b>100 Prozent</b> mit Ausnahme von Aufwendungen für Arzneien und Verbandmittel sowie Kurbehandlung Auch für Behandlungen durch Heilpraktiker wird im Rahmen der Grundabsicherung geleistet.
<b>Stationäre Behandlung</b>	<b>100 Prozent</b> mit Ausnahme von Aufwendungen für Medikamente und Verbandmittel sowie Kur- und Sanatoriumsbehandlungen
<b>Zahnärztliche Behandlung</b>	<b>100 Prozent</b> für Zahnbehandlung und Zahnersatz.  <b>Höchstleistung</b> (die Vorleistung der Beihilfe wird entsprechend prozentual berücksichtigt) einschließlich Zahnersatzleistungen aus <b>B</b> : 1. Jahr EUR 512,50 2. Jahr EUR 1025,00, ab 3. Jahr unbegrenzt
<b>Gebührenordnung der Ärzte/ Gebührenordnung der Zahnärzte</b>	Bei wirksamer individueller Vereinbarung ist das Arzthonorar und Zahnarthonorar nicht auf Höchstwerte begrenzt. Wird die Erstattung durch die Beihilfe deshalb gekürzt, wird der gekürzte Betrag aus dem Tarif <b>277</b> gezahlt. Die Höchstleistung für Zahnbehandlung und Zahnersatz ist zu berücksichtigen.
<b>Sehhilfen</b>	Bis zu <b>EUR 52,50</b> für Brillengestelle <b>100 Prozent</b> für Gläser und Kontaktlinsen abzüglich der Erstattung durch die Beihilfe

### B. Auch ohne Vorleistung durch die Beihilfe werden folgende Kosten gezahlt:

<b>Sehhilfen</b>	Bis zu <b>EUR 52,50</b> für Brillengestelle <b>50 Prozent</b> für Gläser und Kontaktlinsen
<b>Zahnersatz</b>	<b>50 Prozent</b> der nicht beihilfefähigen Leistungen. Zum Beispiel für große Brücken.  <b>Höchstleistung</b> inkl. Leistungen für zahnärztliche Behandlungen aus <b>A</b> : 1. Jahr EUR 512,50 2. Jahr EUR 1025,00, ab 3. Jahr unbegrenzt
<b>Vorsorgemaßnahmen</b>	<b>50 Prozent</b> für gezielte ambulante Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen.
<b>Auslandsreise</b>	<b>Es besteht, wie folgt, Versicherungsschutz für die ersten 42 Tage jeder Auslandsreise:</b>  bis zu <b>100 Prozent</b> für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung  <b>100 Prozent</b> für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport  bis zu <b>EUR 10.250</b> für eine Bestattung am Ort oder Überführung

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

# Leistungsbeschreibung zum Vorschlag für eine Private Krankenversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG

## Tarif PVB Pflegepflichtversicherung

Seit 1. Januar 1995 besteht in der Bundesrepublik Deutschland Versicherungspflicht für den Pflegefall.  
Grundsätzlich gilt: Pflegepflichtversicherung folgt Krankenversicherung.

Die nachfolgenden Leistungen sind jeweils um den Beihilfebemessungssatz zu kürzen:

### Häusliche Pflegehilfe

Entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit werden die Aufwendungen für die häusliche Pflegehilfe bis zu folgender Höhe übernommen:

Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden bis 2012 wie folgt angehoben:

Pflegestufe	bisher EUR (30.06.2008)	ab 01.07.2008	2010	2012
Stufe I	384	420	440	450
Stufe II	921	980	1040	1100
Stufe III	1432	1470	1510	1550
Stufe III Härtefall	1918	1918	1918	1918

### Pflegegeld

Erfolgt die Pflege durch Angehörige oder Bekannte wird entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit Pflegegeld gezahlt:

Das Pflegegeld wird bis 2012 wie folgt angehoben:

Pflegestufe	bisher EUR (30.06.2008)	ab 01.07.2008	2010	2012
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

Für den Pflegeeinsatz werden in den Pflegestufen I und II bis zu EUR 16 ab 01.07.2008 EUR 21, in Pflegestufe III bis zu EUR 26 ab 01.07.2008 EUR 31 erstattet.

### Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Die Verhinderungspflege wird bis 2012 wie folgt angehoben:

Leistung je Kalenderjahr:

Pflegestufe	bisher EUR (30.06.2008)	ab 01.07.2008	2010	2012
Stufe I - III	1432	1470	1510	1550

Der Anspruch ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

## Pflegehilfsmittel/ technische Hilfen

**100 Prozent** der Aufwendungen entsprechend dem Pflegehilfsmittelverzeichnis der Privaten Pflegepflichtversicherung. Bei Fehlen eines solchen ist das Pflegehilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der sozialen Pflegepflichtversicherung oder die ersatzweise erlassene Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung maßgebend. Technische Hilfsmittel werden vorrangig leihweise überlassen. Ist Leihe nicht möglich, dann 100 Prozent mit einer Selbstbeteiligung (ab dem 18. Lebensjahr) von 10 Prozent maximal EUR 25 je Hilfsmittel.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel werden bis zu EUR 31 je Monat erstattet (z.B. Inkontinenz-Artikel).

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes werden bis zu EUR 2.557 je Maßnahme gezahlt.

## Teilstationäre Pflege

Entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen bis zu folgender Höhe übernommen:

Die teilstationäre Pflege wird bis 2012 wie folgt angehoben:

	bisher EUR (30.06.2008)	ab 01.07.2008	2010	2012
Stufe I	384	420	440	450
Stufe II	921	980	1040	1100
Stufe III	1432	1470	1510	1550

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung von der Wohnung zur teilstationären Pflege und zurück erstattungsfähig.

## Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege wird bis 2012 wie folgt angehoben:

Leistung je Kalenderjahr:

Pflegestufe	bisher EUR (30.06.2008)	ab 01.07.2008	2010	2012
Stufe I - III	1432	1470	1510	1550

Der Anspruch ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

## Vollstationäre Pflege

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung pauschal entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit folgendermaßen monatlich erstattet:

Pflegestufe	bisher EUR (30.06.2008)	ab 01.07.2008	2010	2012
Stufe I	1023	1023	1023	1023
Stufe II	1279	1279	1279	1279
Stufe III	1432	1470	1510	1550
Stufe III Härtefall	1688	1750	1825	1918

Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe werden 10 Prozent des Heimentgelts (maximal EUR 256 monatlich im Einzelfall) gezahlt.

<b>Leistungen zur sozialen Sicherung</b>	Wird die Pflege von Angehörigen oder Bekannten durchgeführt, werden unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge an den Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständige Versorgungseinrichtung entrichtet.
<b>Pflegekurse</b>	Bei Pflege durch Angehörige oder Bekannte werden die Kosten für Pflegekurse übernommen.
<b>Zusätzliche Betreuungsleistungen mit Pflegestufe</b>	Versicherte, die die Voraussetzungen erfüllen, können zusätzliche Betreuungsleistungen im Wert von bis zu EUR 200 monatlich in Anspruch nehmen.
<b>Zusätzliche Betreuungsleistungen ohne Pflegestufe</b>	Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der Hilfebedarf aber nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, können zusätzliche Betreuungsleistungen im Wert von bis zu EUR 200 monatlich in Anspruch nehmen.
<b>Anspruch auf Pflegeberatung</b>	Der Anspruch besteht ab dem 01.01.2009.

Maßgebend sind für alle Leistungen neben dem Tarif die Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung.

# Allgemeine Informationen zum Vorschlag für eine Private Krankenversicherung bei der ARAG Krankenversicherungs-AG

## Berechnung des Eintrittsalters

Beginnjahr der Versicherung minus Geburtsjahr der zu versichernden Person.

## Beitragsrückerstattung

Werden innerhalb eines Kalenderjahres 1.1. - 31.12. keine Versicherungsleistungen in Anspruch genommen, besteht die Möglichkeit einer Beitragsrückerstattung. Die Beitragsrückerstattung kann nicht garantiert werden. Sie wird jeweils für ein Kalenderjahr festgelegt.

Für die Tarife 181 - 185, 200 - 209, 210 - 219, 21P70 - 21P90, 520 - 529 und 540 - 549 werden beispielsweise im Jahr 2011 für das Jahr 2010 1 - 7 Monatsbeiträge gestaffelt nach der Anzahl der ununterbrochen leistungsfrei gebliebenen Kalenderjahre zurückgezahlt (z.B. 1 leistungsfreies Kalenderjahr: 1 Monatsbeitrag, 11 leistungsfreie Kalenderjahre: 7 Monatsbeiträge). Für die Tarife E0 - E1500 und K0 - K1500 gilt die im jeweiligen Jahr bestehende Regelung der genannten Tarife analog, wobei hier jeweils nur halbe Monatsbeiträge zurückerstattet werden.

Voraussetzung ist immer, dass alle der genannten Tarife leistungsfrei sind.

**Beispiel:** Es besteht Tarif 200 und 529; Anspruch auf die Beitragsrückerstattung entsteht nur, wenn weder aus Tarif 200 noch aus Tarif 529 Leistungen in Anspruch genommen wurden.

Ist zusätzlich zu den oben genannten Tarifen ein Krankentagegeld nach den Tarifen 31 - 39 mitversichert, wird im Jahr 2011 für das Jahr 2010 ein Monatsbeitrag zurückgezahlt, wenn aus allen genannten Tarifen keine Leistungen in Anspruch genommen wurden.

## Wartezeiten (Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeld-Tarife)

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Für die **ergänzende Pflegekrankenversicherung** besteht keine Wartezeit.

## Wartezeiterlass (Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeld-Tarife)

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

**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).

**Bei Mitversicherung ab Geburt** beginnt der Versicherungsschutz (nicht höher als der eines Elternteils) für das Neugeborene ohne Wartezeit und ohne Gesundheitsprüfung, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist, und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend ab Geburt erfolgt. Dies gilt jedoch nicht für die Tarife 31 - 39 (Krankentagegeld).

**Bei ärztlicher Untersuchung** können für Neuaufnahmen und Vertragsänderungen die Wartezeiten in sämtlichen Tarifen entfallen.

## Übertritt aus einer Gesetzlichen Krankenversicherung

Personen, die aus einer Gesetzlichen Krankenversicherung oder aus dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungs- bzw. Dienstzeit auf alle Wartezeiten angerechnet, wenn die Versicherung

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

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

- Krankentagegeld zusammen mit Tarif 200 - 209 / 210 - 219 / 21P70 - 21P90 und/oder 220 - 229 / 230 - 239 / 240 - 249 oder E0 - E1500 oder K0 - K1500 innerhalb zweier Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wird,
- der Versicherungsschutz in unmittelbarem Anschluss daran beginnen soll und
- Beginn und Ende der Vorversicherung nachgewiesen werden.

## Beim Wechsel von einem Privaten Krankenversicherungsunternehmen zur ARAG Krankenversicherungs-AG

wird für alle Tarife einer Krankheitskosten-Vollversicherung (einschl. KT und KHT) die bisher zurückgelegte Vorversicherungszeit bei Antragstellung spätestens 2 Monate nach Beendigung der Vorversicherung auf alle Wartezeiten angerechnet, wenn

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

## ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Paul-Otto Faßbender

Vorstand: Wolfgang Brunner, Werner Nicoll, Dr. Werenfried Wendler

Sitz und Registergericht: München, HRB 69751

## Produktinformationsblatt nach § 4 VVG-Informationspflichtenverordnung für eine ARAG Krankenversicherung

---

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Krankenversicherung geben. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Wir empfehlen Ihnen, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

---

Für Frau Katja Beamtin, geb. 01.01.1981

Zu versichernde Person(en): Frau Katja Beamtin, geb. 01.01.1981

### 1. Welche Art der Versicherung bieten wir an?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Krankheitskosten-Vollversicherung inklusive privater Pflegepflichtversicherung. Grundlage sind die beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

### 2. Was ist versichert?

**Tarif(e) für: Katja Beamtin**

Tarif	Kurzbeschreibung
<b>217</b>	<b>50 Prozent ambulante Heilbehandlung</b>
<b>247</b>	<b>50 Prozent stationäre Heilbehandlung</b> Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung
<b>527</b>	<b>50 Prozent Zahnbehandlung</b> <b>50 Prozent Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung</b> Höchstleistung: 1. Jahr EUR 512,50; 2. Jahr EUR 1025,00; ab 3. Jahr unbegrenzt

---

ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München

**277      Ergänzung für Beihilfeberechtigte bei 50 Prozent Beihilfeanspruch**

- A. Nach Vorleistung durch die Beihilfe und durch die ARAG Beihilfetarife:  
**100 Prozent ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung**  
 ohne Arzneien, Verbandmittel, Kurbehandlung und den in den Beihilfavorschriften vorgesehenen Selbstbeteiligungen  
 Höchstleistung für zahnärztliche Heilbehandlung einschließlich Zahnersatzleistungen aus B:  
 (die Vorleistung der Beihilfe wird entsprechend angerechnet)  
 1. Jahr EUR 512,50; 2. Jahr EUR 1025,00; ab 3. Jahr unbegrenzt  
 Bis zu EUR 52,50 für Brillengestelle  
 100 Prozent für Gläser und Kontaktlinsen
- B. Auch ohne Vorleistung durch die Beihilfe:  
 Bis zu EUR 52,50 für **Brillengestelle**  
**50 Prozent für Gläser und Kontaktlinsen**  
**50 Prozent für Zahnersatz** (z. B. für große Brücken)  
 Höchstleistung einschließlich Leistungen aus A:  
 1. Jahr EUR 512,50; 2. Jahr EUR 1025,00; ab 3. Jahr unbegrenzt  
**50 Prozent für ambulante Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen**  
**Auslandsreisekrankenversicherung**  
 für die ersten 42 Tage jeder Auslandsreise  
 inklusive Rückholung

**PVB      Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte**

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

**3. Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen?**

**Welche Kosten sind in Ihrem Gesamtbeitrag der substitutiven Krankenversicherung einkalkuliert und welche können zusätzlich entstehen?**

**Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag nicht oder verspätet zahlen?**

Der zu entrichtende Beitrag für die angebotene Versicherung beträgt monatlich:

**Versicherte Leistungen für: Katja Beamtin**

Versicherungsart	Tarif	Tagessatz in EUR	Monatsbeitrag in EUR	Zuschlag in EUR	Beitrag in EUR
Ambulant	217		147.15		147.15
Stationär	247		55.44		55.44
Zahn	527		34.90		34.90
Beihilfeergänzung	277		6.96		6.96
Pflegepflicht	PVB		11.11		11.11
Gesamtmonatsbeitrag					255.56
davon gesetzl. Zuschlag					22.22

Gesamtbeitragsrate monatlich EUR

255.56

Diese Angaben können sich nach Durchführung der Gesundheitsprüfung unter Umständen noch ändern. Sollten Sie eine Übertragungswertbescheinigung eingereicht haben, kann sich der Beitrag noch ändern, sofern der tatsächlich ausgezahlte Übertragungswert von dem angenommenen Übertragungswert abweicht.

Ausweis der in die Prämie einkalkulierten Kosten:

In den Beiträgen Ihrer Tarife der substitutiven Kranken-Vollversicherung sind Kosten für die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages in Höhe von 23,33 Euro monatlich und übrige Kosten in Höhe von 7,05 Euro monatlich eingerechnet. Die Vertragslaufzeit des Vertrages ist unbefristet. Der Vertrag endet spätestens mit dem Tod, es sei denn, es treten andere Beendigungsgründe ein (z.B. durch Kündigung).

Sonstige Kosten:

Grundsätzlich fallen keine zusätzlichen Kosten an. Lediglich die folgenden außergewöhnlichen Kosten können verursachungsgerecht im Einzelfall anfallen:

Fehlgeschlagener Lastschriftinzug: Retoureggebühren ca. 3,07 Euro  
Mahnung bei Zahlungsverzug: Mahngebühr 2,50 Euro  
Einwohnermeldeamtanfrage: EMA-Gebühr ca. 10,00 Euro

Der Beitrag wird jeweils zum Ersten eines Monats fällig. Die erste Beitragsrate für die Krankheitskosten-Vollversicherung wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die erste Beitragsrate für die private Pflegepflichtversicherung wird unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Die Beitragszahlung endet zum Vertragsende.

Einzelheiten enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

#### **Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung bei der Krankheitskosten-Vollversicherung:**

Wenn Sie in der Krankheitskosten-Vollversicherung in Höhe von zwei Monatsbeiträgen im Rückstand sind, erhalten Sie von uns eine Mahnung. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als ein Monatsbeitrag, teilen wir Ihnen mit, dass die Leistungen ruhen. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung bei Ihnen ein. Während der Ruhenszeit haben Sie nur eingeschränkten Versicherungsschutz. Darüber hinaus haben Sie Mahnkosten in gesetzlich zulässiger Höhe zu entrichten.

Sind die ausstehenden Monatsbeiträge sowie die Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif fortgesetzt.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8 Teil I Abs. 6, Teil II Abs. 5 der MB/KK 2009.

#### **Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung bei der privaten Pflegepflichtversicherung:**

Wenn Sie den Erstbeitrag für die private Pflegepflichtversicherung nicht zahlen, beginnt der Versicherungsschutz nicht.

Bei nicht rechtzeitiger Zahlung eines Beitrags für die private Pflegepflichtversicherung, erhalten Sie von uns eine Mahnung. Unsere Leistungspflicht besteht trotz Zahlungsverzugs weiter, wobei der rückständige Beitrag gegebenenfalls mit der Leistung verrechnet wird. Ferner haben Sie die uns entstandenen Beitreibungskosten zu zahlen.

Sind Sie mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 Euro verhängt werden.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8 Abs. 7 und Abs. 8 der MB/PPV 2010.

#### **4. Wofür leisten wir nicht?**

Keine Leistungspflicht in der Krankheitskosten-Vollversicherung besteht beispielsweise für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

Ferner besteht in der privaten Pflegepflichtversicherung u. a. keine Leistungspflicht, solange sich die versicherte Person im Ausland aufhält.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?**

Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.

Unrichtige Angaben können schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Je nach Art und Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Unter Umständen können wir uns auch vom Vertrag lösen.

Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im Abschnitt „Wichtige Hinweise“ des Antrags.

## **6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?**

Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskostenversicherung unverzüglich anzuzeigen. In der privaten Pflegepflichtversicherung haben Sie uns z. B. die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 der jeweils gültigen Bedingungen.

Je nach Schwere der Pflichtverletzung sind wir unter Umständen ganz oder teilweise nicht zur Leistung verpflichtet. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **7. Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt eines Versicherungsfalls und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?**

Bei Eintritt des Versicherungsfalls haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.

In der privaten Pflegepflichtversicherung sind Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 der jeweils gültigen Bedingungen.

Je nach Schwere der Pflichtverletzung sind wir unter Umständen ganz oder teilweise nicht zur Leistung verpflichtet. Auf diese Folge werden wir Sie in einer gesonderten Mitteilung hinweisen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **8. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

In der privaten Pflegepflichtversicherung beginnt der Versicherungsschutz ferner nicht vor Zahlung des ersten Beitrags. Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 2 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Einzelheiten zum Ende des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 7 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **9. Wie können Sie den Vertrag beenden?**

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten schriftlich kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrages zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt. Ihre Kündigung wird erst wirksam, wenn Sie Ihre Nachweispflicht erfüllen.

Daneben haben Sie in bestimmten Fällen Sonderkündigungsrechte, z.B. bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer finden Sie in § 13 und § 16 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

**ARAG Krankenversicherungs-AG**

Hollerithstraße 11, 81829 München

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Paul-Otto Faßbender

Vorstand: Wolfgang Brunner, Werner Nicoll, Dr. Werenfried Wendler

Sitz und Registergericht: München, HRB 69751

**Produktinformationsblatt nach § 4 VVG-Informationspflichtenverordnung  
für eine ARAG Krankenversicherung**

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Krankenversicherung geben. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Wir empfehlen Ihnen, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

Für Frau Katja Beamtin, geb. 01.01.1981

Zu versichernde Person(en): Frau Katja Beamtin, geb. 01.01.1981

**1. Welche Art der Versicherung bieten wir an?**

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Kranken-Zusatzversicherung. Grundlage sind die beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

**2. Was ist versichert?****Tarif(e) für: Katja Beamtin**

Tarif	Kurzbeschreibung
11	EUR 20,00 Krankenhaustagegeld

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

**3. Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag nicht oder verspätet zahlen?**

Der zu entrichtende Beitrag für die angebotene Versicherung beträgt monatlich:

**Versicherte Leistungen für: Katja Beamtin**

Versicherungsart	Tarif	Tagessatz in EUR	Monatsbeitrag in EUR	Zuschlag in EUR	Beitrag in EUR
Krankenhaustagegeld	11	20.00	4.20		4.20
Gesamtmonatsbeitrag					4.20

Gesamtbeitragsrate monatlich EUR 4.20

Diese Angaben können sich nach Durchführung der Gesundheitsprüfung unter Umständen noch ändern.

Der Beitrag wird jeweils zum Ersten eines Monats fällig.

Die erste Beitragsrate wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Die Beitragszahlung endet zum Vertragsende.

Einzelheiten enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung:

Wenn Sie den Erstbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt haben. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine Mahnung, in der wir Ihnen eine 2-monatige Zahlungsfrist setzen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Außerdem können wir bei fortdauerndem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen.

Einzelheiten enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

#### **4. Wofür leisten wir nicht?**

Keine Leistungspflicht besteht beispielsweise für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 (Teil I und II) der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Ferner können sich Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.

#### **5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?**

Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.

Unrichtige Angaben können schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Je nach Art und Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Unter Umständen können wir uns auch vom Vertrag lösen.

Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im Abschnitt „Wichtige Hinweise“ des Antrags.

#### **6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?**

Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskostenversicherung unverzüglich anzuzeigen. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung sowie eine weitere ergänzende Pflegekrankenversicherung dürfen Sie nur mit unserer Einwilligung abschließen. In der Krankentagegeldversicherung müssen Sie uns einen Berufswechsel jeder versicherten Person unverzüglich mitteilen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 der jeweils gültigen Bedingungen.

Je nach Schwere der Pflichtverletzung sind wir unter Umständen ganz oder teilweise nicht zur Leistung verpflichtet. Gegebenfalls können wir auch den Vertrag fristlos kündigen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **7. Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt eines Versicherungsfalls und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?**

Bei Eintritt des Versicherungsfalls haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.

Je nach Schwere der Pflichtverletzung sind wir unter Umständen ganz oder teilweise nicht zur Leistung verpflichtet. Auf diese Folge werden wir Sie in einer gesonderten Mitteilung hinweisen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **8. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 2 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Einzelheiten zum Ende des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 7 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **9. Wie können Sie den Vertrag beenden?**

Sie als Versicherungsnehmer können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten schriftlich kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrages zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von 24 Monaten nach Vertragsbeginn - bei Krankentagegeldtarifen zum Ablauf von 12 Monaten nach Vertragsbeginn - möglich. Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung. Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer sowie zu weiteren Beendigungsgründen finden Sie in den § 13 und § 16 Teil I der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.