

Krankenhaustagegeld-Versicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif 11

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Krankenhaustagegeld-Versicherung.



Was ist versichert?

- ✓ Wir zahlen Ihnen Krankenhaustagegeld in Höhe des vereinbarten Tagessatzes für jeden Tag einer vollstationären Heilbehandlung.

Den vereinbarten Tagessatz können Sie dem Antrag entnehmen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den §§ 1 und 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankenhausaufenthalte wegen auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- ✗ Es können sich Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.

Einzelheiten und weitere Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Leistungen für Tuberkulose und psychische Erkrankungen und Störungen unterliegen einer zeitlichen Begrenzung.
- ! Bei Heilbehandlung im Ausland kann es zu Deckungsbeschränkungen kommen.

Einzelheiten und weitere Deckungsbeschränkungen finden Sie unter den §§ 1 und 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa sowie auf Heilbehandlung im außereuropäischen Ausland für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung dürfen Sie nur mit unserer Einwilligung abschließen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den §§ 8 und 9.



Wann und wie zahle ich?

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 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 fortwährendem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen. Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

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.

Es gilt eine allgemeine Wartezeit von 3 Monaten. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten. Die Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes und zu den Wartezeiten entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Tod der versicherten Person. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform 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.

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

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

Kranken-Zusatzversicherung für ambulante Behandlung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkte: Tarif 282, Tarif 482 und Tarif 483

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Kranken-Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung.



Was ist versichert?

Die gewünschte Tarifwahl ist durch den Abschlussvermittler kenntlich zu machen.

Tarif 282:

- ✓ 80 % der Kosten für Sehhilfen bis zur Höchstgrenze von 155 Euro pro Jahr.
- ✓ 100 % der Zuzahlungsbeträge für Heilmittel.
- ✓ 50 % der Kosten für Heilpraktiker bis zur Höchstgrenze von 260 Euro pro Jahr.
- ✓ Auslandsreisekrankenversicherung für die ersten 42 Tage jeder Auslandsreise.

Tarif 482:

- ✓ 100 % der Zuzahlungsbeträge für Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel.
- ✓ 100 % der Kosten für Sehhilfen bis zur Höchstgrenze von 175 Euro, erneuter Anspruch nach 24 Monaten.
- ✓ 60 % der Kosten für Heilbehandlung durch Heilpraktiker einschließlich verordneter Arznei-, Heil- und Verbandmittel.
- ✓ Auslandsreisekrankenversicherung für die ersten 42 Tage jeder Auslandsreise.
- ✓ Es gilt eine Selbstbeteiligung von 50 Euro pro Kalenderjahr (bei unter 21jährigen 25 Euro). Die Selbstbeteiligung gilt nicht für die Auslandsreisekrankenversicherung.
- ✓ Optionsrecht auf Umstellung in eine Krankheitskostenvollversicherung.

Tarif 483:

- ✓ 100 % der Zuzahlungsbeiträge für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel.
- ✓ 100 % der Kosten für Sehhilfen bis zur Höchstgrenze. Bis zu 1.000 Euro für brechkraftverändernde Augenoperation als einmalige Leistung in der gesamten Vertragslaufzeit.
- ✓ 90 % der Kosten bei Heilbehandlung durch Heilpraktiker und Naturheilverfahren bis zur Höchstgrenze von 2.500 Euro innerhalb von 2 Kalenderjahren.
- ✓ Auslandsreisekrankenversicherung für die ersten 56 Tage jeder Auslandsreise.
- ✓ Optionsrecht auf Umstellung in eine Krankheitskostenvollversicherung.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der jeweiligen Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Es können sich Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.
- ✗ Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gelten die tariflich vorgesehenen Höchstbeträge.
- ! Die Leistungen können von einer möglichen Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung abhängen.
- ! Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Bei Heilbehandlung im Ausland kann es zu Deckungsbeschränkungen kommen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der jeweiligen Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa sowie Heilbehandlungen im außereuropäischen Ausland für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen.
- 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 sind. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.



Wann und wie zahle ich?

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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

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.

Es gilt eine allgemeine Wartezeit von 3 Monaten. Für Entbindung und Psychotherapie gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten. Die Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte §§ 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform 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. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

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

Kranken-Zusatzversicherung für stationäre Behandlung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkte: Tarif 261 und Tarif 262

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Kranken-Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung.



Was ist versichert?

Die gewünschte Tarifwahl ist durch den Abschlussvermittler kenntlich zu machen.

Tarif 261:

- ✓ 100 % der gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung im Einbettzimmer.
- ✓ 100 % der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung).
- ✓ 100 % der Kosten für privatärztliche Behandlungen bei ambulanten Operationen als Ersatz für eine an sich gebotene vollstationäre Heilbehandlung.
- ✓ Vor- und Nachstationäre Behandlung.
- ✓ Krankenhaustagegeld in tariflicher Höhe als Ersatzleistung möglich.

Tarif 262:

- ✓ 100 % der gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer.
- ✓ 100 % der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung).
- ✓ 100 % der Kosten für privatärztliche Behandlungen bei ambulanten Operationen als Ersatz für eine an sich gebotene vollstationäre Heilbehandlung.
- ✓ Vor- und Nachstationäre Behandlung.
- ✓ Krankenhaustagegeld in tariflicher Höhe als Ersatzleistung möglich.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Gesetzliche Zuzahlungen
- ✗ Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
- ✗ Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen.
- ✗ Unterbringung auf Grund Pflegebedürftigkeit.
- ✗ Es können sich Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.
- ✗ Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Bei Heilbehandlung im Ausland kann es zu Deckungsbeschränkungen kommen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa sowie Heilbehandlungen im außereuropäischen Ausland für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.



Wann und wie zahle ich?

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 fortwährendem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

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.

Es gilt eine allgemeine Wartezeit von 3 Monaten. Für Entbindung und Psychotherapie gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten. Die Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform 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. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

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

Zahn-Zusatzversicherung Dent70

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif Dent70

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Kranken-Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung.



Was ist versichert?

Gesamtleistung inklusive Leistung der GKV

- ✓ 75 % für Zahnbehandlung (inklusive Parodontalbehandlung und Mehrleistungen für Wurzelbehandlung).
- ✓ 1 x 70 Euro p.a. für professionelle Zahnreinigung einschließlich prophylaktischer Maßnahmen, ab Alter 18.
- ✓ 100 % für Zahnersatz, wenn die Rechnung ohne privatärztliche Vergütungsanteile (Regelversorgung).
- ✓ 70 % für Zahnersatz, wenn die Rechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen.
- ✓ 70 % für Inlays.
- ✓ 70 % für Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche wenn GKV nicht leistet.
- ✓ 70 % max. 1.000 Euro der Mehrleistungen für Kieferorthopädie wenn GKV leistet, bei Behandlungsbeginn vor Alter 18.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Es können sich Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.
- ✗ Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gelten die tariflich vorgesehenen Höchstbeträge.
- ! Die Leistungen können von einer möglichen Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung abhängen.
- ! Die Erstattung für zahnärztliche Heilbehandlungen ist in den ersten Jahren ab Versicherungsbeginn begrenzt.
- ! Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Bei Heilbehandlung im Ausland kann es zu Deckungsbeschränkungen kommen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa sowie Heilbehandlungen im außereuropäischen Ausland für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalls haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.



Wann und wie zahle ich?

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 fortwährendem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

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.

Bei erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs beim Versicherer entfallen die Wartezeiten für Tarif Dent70 für die versicherte Person.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform 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. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

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

Zahn-Zusatzversicherung Dent90

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif Dent90

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Kranken-Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung.



Was ist versichert?

Gesamtleistung inklusive Leistung der GKV

- ✓ 100 % für Zahnbehandlung.
- ✓ 50 % für privat abgerechnete Wurzelbehandlung trotz GKV-Anspruch.
- ✓ 2 x 80 Euro p.a. für professionelle Zahnreinigung einschließlich prophylaktischer Leistungen, ab Alter 18.
- ✓ 100 % für Zahnersatz, wenn die Rechnung ohne privatärztliche Vergütungsanteile (Regelversorgung).
- ✓ 80–90 % für Zahnersatz, wenn die Rechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen; 90 % bei Nachweis über mindestens 5 Jahre Vorsorge.
- ✓ 80–90 % für Inlays; 90 % bei Nachweis über mindestens fünf Jahre Vorsorge.
- ✓ 80 % für Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche wenn GKV nicht leistet.
- ✓ 80 % max. 1.000 Euro der Mehrleistungen für Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche wenn GKV leistet.
- ✓ 90 % für Kieferorthopädie für Erwachsene wenn aufgrund eines Unfalls notwendig.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Es können sich Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.
- ✗ Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gelten die tariflich vorgesehenen Höchstbeträge.
- ! Die Leistungen können von einer möglichen Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung abhängen.
- ! Die Erstattung für zahnärztliche Heilbehandlungen ist in den ersten Jahren ab Versicherungsbeginn begrenzt.
- ! Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Bei Heilbehandlung im Ausland kann es zu Deckungsbeschränkungen kommen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa sowie Heilbehandlungen im außereuropäischen Ausland für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.



Wann und wie zahle ich?

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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

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.

Bei erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs beim Versicherer entfallen die Wartezeiten für Tarif Dent90 für die versicherte Person.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform 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. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

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

Zahn-Zusatzversicherung Dent90+

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif Dent90+

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Kranken-Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung.



Was ist versichert?

Gesamtleistung inklusive Leistung der GKV

- ✓ 100 % für Zahnbehandlung.
- ✓ 50 % für privat abgerechnete Wurzelbehandlung trotz GKV-Anspruch.
- ✓ 2 x 80 Euro p.a. für professionelle Zahnreinigung einschließlich prophylaktischer Leistungen, ab Alter 18.
- ✓ 100 % für Zahnersatz, wenn die Rechnung ohne privatärztliche Vergütungsanteile (Regelversorgung).
- ✓ 90 % für Zahnersatz, wenn die Rechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen.
- ✓ 90 % für Inlays.
- ✓ 90 % für Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche wenn GKV nicht leistet.
- ✓ 90 % max. 1.500 Euro der Mehrleistungen für Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche wenn GKV leistet.
- ✓ 90 % für Kieferorthopädie wenn aufgrund eines Unfalls notwendig, bei Behandlungsbeginn ab Alter 18.
- ✓ 100 % für schmerz- und angstlindernde Maßnahmen, max. 250 Euro p.a.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Es können sich Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.
- ✗ Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gelten die tariflich vorgesehenen Höchstbeträge.
- ! Die Leistungen können von einer möglichen Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung abhängen.
- ! Die Erstattung für zahnärztliche Heilbehandlungen ist in den ersten Jahren ab Versicherungsbeginn begrenzt.
- ! Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Bei Heilbehandlung im Ausland kann es zu Deckungsbeschränkungen kommen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa sowie Heilbehandlungen im außereuropäischen Ausland für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.



Wann und wie zahle ich?

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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

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.

Bei erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs beim Versicherer entfallen die Wartezeiten für Tarif Dent90+ für die versicherte Person.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform 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. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

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

Zahn-Zusatzversicherung Dent100

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif Dent100

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Kranken-Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung.



Was ist versichert?

Gesamtleistung inklusive Leistung der GKV

- ✓ 100 % für Zahnbehandlung.
- ✓ 50 % für privat abgerechnete Wurzelbehandlung trotz GKV-Anspruch.
- ✓ 2 x 100 Euro p.a. für professionelle Zahnreinigung einschließlich prophylaktischer Leistungen, ab Alter 18.
- ✓ 100 % für Zahnersatz, wenn die Rechnung ohne privatärztliche Vergütungsanteile (Regelversorgung).
- ✓ 90–100 % für Zahnersatz, wenn die Rechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen; 100 % bei Nachweis über mindestens 5 Jahre Vorsorge.
- ✓ 90–100 % für Inlays; 100 % bei Nachweis über mindestens 5 Jahre Vorsorge.
- ✓ 90 % für Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche wenn GKV nicht leistet.
- ✓ 90 % max. 2.000 Euro der Mehrleistungen für Kieferorthopädie wenn GKV leistet, bei Behandlungsbeginn vor Alter 18.
- ✓ 90 % für Kieferorthopädie, bei Behandlungsbeginn ab Alter 18.
- ✓ 100 % für schmerz- und angstlindernde Maßnahmen, max. 350 Euro p.a.
- ✓ 100 % für zahnauhellende Maßnahmen (Bleaching), max. 300 Euro in zwei Kalenderjahren.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Es können sich Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.
- ✗ Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gelten die tariflich vorgesehenen Höchstbeträge.
- ! Die Leistungen können von einer möglichen Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung abhängen.
- ! Die Erstattung für zahnärztliche Heilbehandlungen ist in den ersten Jahren ab Versicherungsbeginn begrenzt.
- ! Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Bei Heilbehandlung im Ausland kann es zu Deckungsbeschränkungen kommen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa sowie Heilbehandlungen im außereuropäischen Ausland für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.



Wann und wie zahle ich?

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 fortwährendem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen.

Einzelheiten enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

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.

Bei erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs beim Versicherer entfallen die Wartezeiten für Tarif Dent100 für die versicherte Person.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform 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. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

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

GKV-Zusatzversicherung für Kinder/Jugendliche

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkte: Tarif BJunior oder Tarif KJunior

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Kranken-Zusatzversicherung für GKV-versicherte Kinder und Jugendliche.



Was ist versichert?

Die gewünschte Tarifwahl ist durch den Abschlussvermittler kenntlich zu machen.

Tarif BJunior:

- ✓ 80 % der Kosten für die Vorsorgeuntersuchungen U6a, U9a, U9b, J1a, Sprachentwicklungstest und Schielvorsorge bis 100 Euro alle 24 Monate.
- ✓ 80 % der Kosten für Sehhilfen bis max. 200 Euro alle 24 Monate.
- ✓ 100 % für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus bei Kindern von 6 bis 12 Jahren (Rooming In).
- ✓ 15 Euro Kinderkrankentagegeld je Krankheitstag eines Kindes, für den die GKV leistet.
- ✓ 80 % für Fissurenversiegelung an Zähnen, für die die GKV nicht leistet, bis 100 Euro alle 24 Monate.
- ✓ 80 % der Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs für Männer und für einen PEKiP-Kurs.
- ✓ Optionsrecht auf Umstellung in Tarif Z90Bonus mit Alter 20.

Tarif KJunior:

- ✓ 80 % der Kosten für Heilbehandlung durch Heilpraktiker (Eigehende Untersuchung, Beratung, Homöopathie, Pflanzenheilkunde, Akupunktur bei Schmerzen, Eigenblutinjektionen und Osteopathie) bis 500 Euro alle 24 Monate.
- ✓ 80 % der Kosten für die Vorsorgeuntersuchungen U6a, U9a, U9b, J1a, Sprachentwicklungstest und Schielvorsorge bis 100 Euro alle 24 Monate.
- ✓ 80 % der Kosten für Sehhilfen bis max. 200 Euro alle 12 Monate.
- ✓ 100 % für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus bei Kindern von 6 bis 12 Jahren (Rooming In).
- ✓ 15 Euro Kinderkrankentagegeld je Krankheitstag eines Kindes, für den die GKV leistet.
- ✓ 80 % für Fissurenversiegelung an Zähnen, für die die GKV nicht leistet, bis 100 Euro alle 24 Monate.
- ✓ 80 % für Kunststofffüllungen bis 500 Euro alle 24 Monate.
- ✓ 80 % für KfO-Mehrleistung bis 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit.
- ✓ 80 % der Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs für Männer und für einen PEKiP-Kurs.
- ✓ Optionsrecht auf Umstellung in Tarif Z90Bonus mit Alter 20.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
- ✗ Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder.
- ✗ Unterbringung auf Grund Pflegebedürftigkeit.
- ✗ Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gelten die vertraglich vereinbarten Höchstbeträge.
- ! Sofern möglich, muss die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden.
- ! Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- ! Bei Heilbehandlung im Ausland kann es zu Deckungsbeschränkungen kommen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa sowie Heilbehandlungen im außereuropäischen Ausland für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen.
- Sie sind verpflichtet uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer 1 Satz 2 der Tarifbeschreibung innerhalb von zwei Monaten anzuzeigen.
- 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.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.



Wann und wie zahle ich?

Es wird für alle versicherten Personen ein gemeinsamer Beitrag erhoben.

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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

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.

Es gilt eine allgemeine Wartezeit von 3 Monaten. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten. Die Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel zum Ende des Kalenderjahres in dem die betroffene versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet oder aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie in der Tarifbeschreibung unter Ziffer 1.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform 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. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

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

Kranken-Zusatzversicherung für Vorsorgeleistungen

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif V100

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Kranken-Zusatzversicherung für Vorsorgeleistungen und Schutzimpfungen.



Was ist versichert?

- ✓ 100 % Restkosten für Vorsorgeuntersuchungen nach tariflichem Verzeichnis bis zu 1.000 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren
- ✓ 100 % Restkosten für Impfungen nach tariflichem Verzeichnis bis zu 200 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Heilbehandlungen auf Grund von Krankheiten oder Unfällen
- ✗ Stehen die Aufwendungen für die Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es gelten die tariflich vorgesehenen Höchstbeträge.
- ! Es gelten die tariflichen Leistungsverzeichnisse für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen.
- ! Sofern möglich, muss die Vorsorgeuntersuchung/Impfung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden.
- ! Bei Behandlung im Ausland kann es zu Deckungsbeschränkungen kommen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Europa sowie für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts auf das außereuropäische Ausland.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen.
- 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.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9.



Wann und wie zahle ich?

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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

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.

Es gilt eine allgemeine Wartezeit von 3 Monaten.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform 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. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung.

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

Optionstarif

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif FlexiPro

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um einen Optionstarif. Es wird das Recht angeboten, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.



Was ist versichert?

- ✓ Befristetes Optionsrecht für Versicherte in der Krankheitskosten-Vollversicherung: Möglichkeit zur Umstellung in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höherwertigerem Leistungsversprechen ohne erneute Gesundheitsprüfung und unter Anrechnung der Vorversicherungszeiten auf die Wartezeiten.
- ✓ Befristetes Optionsrecht für GKV-Versicherte: Möglichkeit zur Umstellung in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung sowie der Krankentagegeld-Versicherung und der Pflegepflichtversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Anrechnung der Vorversicherungszeiten auf die Wartezeiten bei Umstellung in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung sowie der Krankentagegeld-Versicherung.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Aus Tarif FlexiPro besteht kein Anspruch auf Kranken- und/oder Pflegeversicherungsleistungen bzw. Krankentagegeld.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Der Tarif FlexiPro sieht keine Geldleistung vor, nur das Recht auf Erweiterung der Deckung.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie können Ihr Optionsrecht nur dann ausüben, wenn Sie in den Tarifen, in die Sie wechseln möchten (Zieltarife), versichert werden können. Wo Sie in Ihren Zieltarifen versichert werden können, finden Sie in den Vertragsunterlagen der Zieltarife.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen.
- Da für einen Versicherungsfall im Sinne von § 1 Absatz 2 Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen keine Leistungspflicht besteht, müssen Sie keine Pflichten im Versicherungsfall erfüllen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den §§ 8 und 9.



Wann und wie zahle ich?

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 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 zwei-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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

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

Das Versicherungsverhältnis nach Tarif FlexiPro endet

- mit Inanspruchnahme des Optionsrechts
- mit Ablauf des 10. bzw. 15. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn
- mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird

Einzelheiten zum Ende des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bzw. Nr. 1.4 und 2.4 der Tarifbedingungen für den FlexiPro in Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können den Vertrag mit einer Frist von drei Monaten in Textform kündigen.

Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrags 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.

Zusätzlich haben Sie in einigen Fällen auch vorzeitig die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag zu kündigen. Genauere Informationen können Sie Nr. 2.4 der Tarifbedingungen für den FlexiPro in Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Weitere Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer finden Sie in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Krankentagegeld-Versicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarif 37

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Krankentagegeld-Versicherung. Es besteht Versicherungsschutz gegen Verdienstaussfall.



Was ist versichert?

- ✓ Verdienstaussfall im Rahmen des versicherten Tagessatzes wegen Arbeitsunfähigkeit auf Grund von Krankheiten oder Unfällen.
- ✓ Bei weiblichen Versicherten: Verdienstaussfall im Rahmen des versicherten Tagessatzes während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Es gelten jedoch Deckungsbeschränkungen.
- ✓ Wir zahlen den vereinbarten Tagessatz an Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Den vereinbarten Tagessatz können Sie dem Antrag entnehmen.

Die Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte den §§ 1, 1a und 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Tarifbeschreibung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Arbeitsunfähigkeiten wegen auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- ✗ Es können sich Leistungs- und Risikoausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das berufliche Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- ! Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld nach § 1a der Allgemeinen Versicherungsbedingungen darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld, dem Elterngeld und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaussfall das berufliche Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- ! Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu den Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den §§ 1, 1a, und 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- ✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland oder bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum wird oder in die Schweiz, wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen, insbesondere die Risiko- und Gesundheitsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel jeder versicherten Person unverzüglich mitteilen.
- Bei einer nicht nur vorübergehenden Minderung des Nettoeinkommens einer versicherten Person müssen Sie den Versicherer unverzüglich darüber informieren.
- Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.
- 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.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den §§ 1a und 9.



Wann und wie zahle ich?

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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.



Wann beginnt und endet die Deckung?

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.

Es gilt eine allgemeine Wartezeit von 3 Monaten. Die besonderen Wartezeiten betragen 8 Monate und gelten insbesondere für Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Die Wartezeit für Leistungen während der Mutterschutzfristen beträgt ebenfalls 8 Monate. Die allgemeinen und besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes und zu den Wartezeiten entnehmen Sie bitte den §§ 1a, 2 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum Beispiel aufgrund Kündigung oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können Ihren Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten in Textform kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrages zum Ablauf der Mindestvertragsdauer 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 finden Sie in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.