

Kranken-Zusatzversicherung BudgetFlex Premium BL

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: ARAG Krankenversicherungs-AG
Deutschland

Produkt: Tarife BudgetFlex Premium BL

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Die Informationen sind daher nicht abschließend. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen sowie dem Kollektivrahmenvertrag).

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 und zahnärztliche Heilbehandlung sowie Kinderkrankentagegeld.



Was ist versichert?

- ✓ 100 Prozent Kosten für Heilbehandlung beim Heilpraktiker und Naturheilverfahren bei Ärzten
- ✓ 100 Prozent Kosten für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- ✓ 100 Prozent der Kosten für Sehhilfen
- ✓ 100 Prozent der Kosten für Operationen zur Sehschärfenkorrektur
- ✓ 100 Prozent der Kosten für einen Digitalen Arztbesuch
- ✓ 100 Prozent der Kosten für Professionelle Zahnreinigung
- ✓ 100 Prozent der Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz
- ✓ 100 Prozent der Kosten für unfallbedingte Kieferorthopädie
- ✓ 15 Euro Kinderkrankentagegeld je Krankheitstag des max. 11-jährigen Kindes, für den das versicherte Elternteil die Betreuung übernimmt und deshalb der Arbeit fern bleibt

Die vorgenannten Aufwendungen werden in Summe pro Kalenderjahr maximal bis zur versicherten Budgethöhe des jeweils versicherten Tarifs BudgetFlex Premium BL erstattet.

- ✓ 100 Prozent Kosten für medizinisch notwendige Aufwendungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft bzw. Entbindung eines Kindes der versicherten Person bis zu 300 Euro zusätzlich zur versicherten Budgethöhe

Es besteht grundsätzlich auch Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, sofern es um Heilbehandlungskosten geht, die ab Beginn des Versicherungsschutzes entstanden sind.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Einzelheiten zu unserer Leistungspflicht entnehmen Sie Ziffer 2. und 3. 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.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen
- ✗ Ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte, die nicht explizit als versicherte Leistung genannt sind
- ✗ Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner, Eltern oder Kinder
- ✗ 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 kalenderjährlichen summenmäßigen Begrenzungen.
- ! 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 Ziffer 3 der Tarifbeschreibung.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Es sind alle versicherungsfähigen Arbeitnehmer aus dem versicherbaren Personenkreis zu dem Gruppenversicherungsvertrag anzumelden.
- Sie müssen Ihren Arbeitnehmern vor Anmeldung die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Verfügung stellen.
- Sie müssen uns das Ausscheiden einer versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis, insbesondere bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses, innerhalb von zwei Monaten mitteilen.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden. Bei einer Beitragsfreistellung müssen Sie uns das Ende der Arbeitsunfähigkeit, der Elternzeit bzw. der Pflegezeit innerhalb eines Monats anzeigen.
- Weitere Pflichten können sich aus den Regelungen des Kollektivrahmenvertrages ergeben.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 und der Kollektivrahmenvertrag unter den §§ 3, 4 und 7.



Wann und wie zahle ich?

Sie zahlen per SEPA-Lastschriftverfahren.

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 sowie der Kollektivrahmenvertrag unter § 7. Einzelheiten zu den Möglichkeiten einer Beitragsfreistellung bei Arbeitsunfähigkeit, bei Eintritt in die Elternzeit oder bei Inanspruchnahme der Pflegezeit bezüglich der jeweiligen versicherten Person entnehmen Sie bitte Ziffer 4 der Tarifbeschreibung sowie § 7 des Kollektivrahmenvertrags.

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). Es bestehen keine Wartezeiten.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Ziffer 5 der Tarifbeschreibung sowie § 6 des Kollektivrahmenvertrags.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Einzelheiten zum Ende der Versicherung finden Sie in den §§ 7, 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, in Ziffer 6 der Tarifbeschreibung sowie in den §§ 2, 8 Abs. 3 und § 9 des Kollektivrahmenvertrags.

Die versicherte Person hat das Recht, das Versicherungsverhältnis im Einzelversicherungstarif fortzuführen. Einzelheiten zum Fortführungsrecht entnehmen Sie bitte Ziffer 6 der Tarifbeschreibung sowie § 10 des Kollektivrahmenvertrags.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie als Versicherungsnehmer können den Gruppenversicherungsvertrag mit einer Frist von drei Monaten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) kündigen.

Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrags zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt.

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

Ferner können Sie als Versicherungsnehmer auch den Kollektivrahmenvertrag nach den dort unter § 8 vereinbarten Regelungen kündigen, wodurch ebenfalls die Versicherungsverhältnisse enden.