

HanseMerkur Krankenversicherung AG

PRODUKTÜBERBLICK FÜR VERTREIBER

nach § 23 Abs. 1c VAG i. V. m. Art. 8 Abs. 2 DVO (EU) 2017/2358

Sparte: Krankenversicherung

Produkt: betriebliche Krankenversicherung (bKV)

Tarif: BWL

Stand: 28.05.2020

Hauptmerkmale und Charakteristika

Tarifbeschreibung	Der Tarif BWL ist ein Ergänzungstarif, welcher nur im Rahmen einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung abgeschlossen werden kann. Erstattet werden Kosten für Wahlleistungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt (Ein- und Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung), ein ersatzweises Krankenhaustagegeld, Rooming-In, der Rücktransport nach Deutschland bei Auslandsreisen bis 6 Monate sowie der gesetzliche Eigenanteil bei Krankentransport.
Allgemeine Versicherungsbedingungen	Für den Tarif BWL gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).
Verbraucherinformation	Der Tarif BWL ist in der Verbraucherinformation „Betriebliche Krankenversicherung“ enthalten.
Arbeitgeberzuschussfähigkeit	Der Tarif BWL ist nicht arbeitgeberzuschussfähig.
Einschränkungen und vertragliche Besonderheiten	Der Tarif BWL kann nicht zusammen mit dem Tarif BKU versichert werden. Bei Abschluss des Tarifs muss jeder Gruppenversicherungsvertrag mindestens 10 versicherte Personen umfassen. Es können nur Personen versichert werden, die in den letzten 24 Monaten vor Versicherungsbeginn höchstens 6 Wochen ununterbrochen und insgesamt höchstens 12 Wochen arbeitsunfähig waren.
Wartezeiten	Die Wartezeiten werden gemäß § 5 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ erlassen.
Beitragsrückerstattung	Eine Beitragsrückerstattung ist nicht vorgesehen.

Altersumstufungen	Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.
--------------------------	---

Zielmarkt

Sparte	Krankenversicherung
Verkaufsregion	Deutschland
Altersbereiche/-Gruppen	0 bis 69 Jahre
Personenkreis	Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter des Gruppenversicherungspartners.
Bedürfnisse	Ergänzender Versicherungsschutz für Wahlleistungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt.

Vertriebsstrategie

Vertriebsweg	Es gibt keine Einschränkungen seitens des Produktes.
---------------------	--

Risiken und Kosten

Risiken	Es sind keine mit dem Produkt verbundenen Risiken bekannt.
Kosten	Abschluss-, Vertriebs- und Verwaltungskosten sind bereits in den Versicherungsbeiträgen berücksichtigt. Über die in den Vertragsunterlagen (Antrag, Bedingungen, Versicherungsschein) beschriebenen Kosten hinaus, z. B. Mahngebühren, entstehen dem Kunden keine weiteren.

Interessenkonflikte

Es sind keine Umstände bekannt, welche einen Interessenkonflikt zum Nachteil des Kunden auslösen können.
--

Das Produkt / der Tarif hat das Produktfreigabeverfahren der HanseMercur Krankenversicherung AG erfolgreich durchlaufen und wird regelmäßig überprüft.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz nach Tarif BWL der betrieblichen Krankenversicherung (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS), den Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung und für die Beitragsfreistellung in der betrieblichen Krankenversicherung, dem Tarif BWL mit Indikationskatalog für ambulante Operationen sowie dem Versicherungsausweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenzusatzversicherung, die den Versicherungsschutz der Privaten Krankenversicherung oder der Gesetzlichen Krankenversicherung ergänzt. Sie erweitert Ihre Absicherung gegen das Krankheitskostenrisiko.



Was ist versichert?

- ✓ Die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung.
- ✓ Die privatärztliche Behandlung bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung.
- ✓ Die Kosten für eine gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt bei ambulanten, stationärsetzenden Operationen gemäß „Indikationskatalog für ambulante Operationen“.
- ✓ Ein Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Kostenerstattung.
- ✓ Zusätzliche Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus aufgesucht wird.
- ✓ Die Kosten für die Begleitperson eines Kindes im Krankenhaus.
- ✓ Der gesetzliche Eigenanteil für Krankentransporte.
- ✓ Der medizinisch notwendige Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland bei Reisen bis zu einer Dauer von 6 Monaten.
- ✓ Im Todesfall Überführungskosten nach Deutschland oder Bestattungskosten im Ausland bei Reisen bis zu einer Dauer von 6 Monaten.
- ✓ Angeratene und bereits laufende Behandlungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- ✓ Weltweiter Versicherungsschutz während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts auch ohne besondere Vereinbarung.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Stationäre Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- ✗ Allgemeine Krankenhausleistungen (z. B.: Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte), sofern es sich nicht um Mehrkosten bei Wahl eines anderen Krankenhauses handelt.
- ✗ Stationäre Kur-, Heilstätten- bzw. Sanatoriumsbehandlungen.
- ✗ Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie.
- ✗ Aufwendungen für den Rücktransport, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist.
- ✗ Die gesetzliche Zuzahlung im Krankenhaus.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung [AVB/KS] und dem Tarif BWL, insbesondere in § 5 AVB/KS.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Bis zu 65 EUR Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Inanspruchnahme von besserer Unterkunft (Ein- oder Zweibettzimmer) oder von privatärztlicher Behandlung.
- ! Kosten für die Begleitperson eines Kindes nur bis zum Ende des Kalenderjahres der Vollendung des 14. Lebensjahres.
- ! Bei Reisen bis zu 6 Monaten Dauer:
 - Rücktransport aus dem Ausland möglich, wenn keine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist
 - Überführungskosten nach Deutschland bis zur Höhe von 5.000 EUR bzw.
 - Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe von 5.000 EUR.
- ! Angeratene und bereits laufende Behandlungen: nur für Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter; Beginn der Leistungspflicht erst nach Beginn des Versicherungsschutzes.
- ! Weltweiter Versicherungsschutz: verringerte tarifliche Leistungen ab Beginn des 7. Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa, Russland und der Türkei, darüber hinaus auch in den ersten sechs Monaten eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Muss die versicherte Person dort jedoch wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus verbleiben, hat sie solange Versicherungsschutz, bis sie die Rückreise ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. In anderen Fällen verringern sich die Leistungen ab Beginn des siebten Monats im außereuropäischen Ausland um ein Drittel. Die Leistungen sind in jedem Fall auf die Höhe begrenzt, die bei einer Behandlung im Inland angefallen wäre.
- ✓ Die folgenden Regelungen gelten nicht im Rahmen der arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherung:
 - Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen oder außereuropäischen Ausland können Sie durch Besondere Bedingungen (Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbaren.
 - Auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das europäische Ausland können Sie durch Besondere Bedingungen (Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbaren.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Auf Verlangen müssen Sie und die versicherten Personen dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ausscheiden einer versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis ist dem Versicherer unverzüglich zu melden.
- Zur Erstattung von Leistungen für Bestattungskosten im Ausland, Überführungskosten bzw. Rücktransporte aus dem Ausland ist dem Versicherer die Reisedauer nachzuweisen.



Wann und wie zahle ich?

- Im Rahmen der arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherung übernimmt der Arbeitgeber die Beitragszahlung. Die Vereinbarung einer Beitragsfreistellung ab Versicherungsbeginn ist gegen Beitragszuschlag möglich.
Sofern der Vertrag als Einzelversicherung fortgeführt wird, gelten die folgenden Regelungen für Sie:
 - Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Bitte zahlen Sie die Beiträge jeweils am Ersten Ihrer gewählten Zahlungsperiode.
 - Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
 - Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.
 - Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsausweis angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Ausscheiden der versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis zum Monatsende. Es endet ebenfalls, wenn der Arbeitgeber den versicherten Tarif kündigt oder wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird. Die versicherte Person erhält jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers im Rahmen der Einzelversicherung fortzuführen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis bzw. nach Kündigung des Tarifs bzw. nach Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt. Er endet auch, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb Europas, Russlands und der Türkei verlegt, es sei denn, dass der Versicherungsschutz aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sofern der Vertrag als Einzelversicherung fortgeführt wird, haben Sie folgende Kündigungsmöglichkeiten:
 - Sie können das Versicherungsverhältnis oder einen einzelnen Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
 - Erhöhen sich die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
 - Erhöhen sich die Beiträge aufgrund einer bedingungsgemäßen Altersumstufung, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung zum Zeitpunkt der Änderung außerordentlich kündigen.

Tarif BWL

Krankheitskostentarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BWL können Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags (betriebliche Krankenversicherung) versichert werden.

Ehegatten, Lebenspartner gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz, in häuslicher Gemeinschaft wohnende Lebensgefährten und Kinder der versicherten Personen sind abweichend von Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) nicht versicherungsfähig.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BWL unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten als Einzelversicherung fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die BB BKV entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

B. Versicherungsleistungen

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

1. Erstattungsfähige Kosten:

- a) Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt. Die privatärztliche Behandlung durch einen Belegarzt wird der Chefarztbehandlung gleichgestellt. Privatärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattet. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Bereitstellung eines Fernsprechers oder für Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese erstattet.

Grundsätzlich nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) mit Ausnahme des in Punkt B. 1. c) geregelten Falles und Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus fallen ebenfalls nicht unter die Leistungspflicht.

Soweit Krankenhäuser nicht nach dem KHEntgG oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, werden Aufwendungen für Unterbringungszuschläge bis zu der Höhe erstattet, die in dem nächsten, geeigneten Krankenhaus am Wohnsitz des Versicherten gemäß KHEntgG oder BpflV angefallen wären.

Stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen sind nicht versichert, die in § 5 (1) d AVB/KS vorgesehenen Kostenzuschüsse werden nicht gezahlt.

- b) Erstattungsfähig sind die Kosten für eine gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt bei ambulanten, stationärsersetzenden Operationen gemäß dem „Indikationskatalog für ambulante Operationen“ des Versicherers.
- c) Erstattet werden zusätzlich die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden Mehrkosten, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß KHEntgG abrechnet. Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer in diesen Fällen bei Krankenhäusern, die auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, auf die nach § 4 (5) AVB/KS geforderte vorherige schriftliche Leistungszusage.
- d) Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson anlässlich eines Krankenhausaufenthalts des Kindes, wenn die Leistung nicht über die allgemeinen Krankenhausleistungen abgedeckt ist, vgl. § 2 (2) Nr. 3 KHEntgG bzw. § 2 (2) Nr. 3 BpflV. Diese Leistung wird erbracht, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Beginns der stationären Behandlung das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- e) Erstattungsfähig ist der nach Vorleistung durch andere Kostenträger verbleibende Eigenanteil eines stationären Krankentransports zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bzw. für gesetzlich Versicherte zum oder vom in der Einweisung genannten Krankenhaus. Selbstbehalte, die von der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. der privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.
- f) Die Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransports aus dem Ausland nach Deutschland werden erstattet. Dies gilt nicht, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist. Wurde die Auslandsreise gegen ärztlichen Rat angetreten, erfolgt die Leistung nur im Falle eines Unfalls. Bei Auslandsreisen werden ferner nach dem Tod einer versicherten Person die Überfüh-

rungskosten nach Deutschland oder die Bestattungskosten im Ausland bis zu einer Höhe von maximal **5.000 EUR** erstattet. Dieser Versicherungsschutz gilt für Auslandsreisen bis zu einer planmäßigen Dauer von sechs Monaten. Die geplante Reisedauer ist von der versicherten Person auf Verlangen nachzuweisen.

2. Krankenhaustagegeld:

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung versicherter Leistungen wird pro Behandlungstag ersatzweise ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- bei Verzicht auf die Erstattung für die gesonderte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer 35 EUR,
- bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung 30 EUR.

C. Angeratene und bereits laufende Behandlungen

Abweichend von § 2 (1) Satz 2 AVB/KS sind die in Punkt B. aufgeführten Leistungen auch für Versicherungsfälle erstattungsfähig, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Die Leistungspflicht beginnt erst nach Beginn des Versicherungsschutzes, vgl. § 2 (1) Satz 1 AVB/KS.

D. Weltweiter Versicherungsschutz für bis zu 6 Monate

Abweichend von § 1 (4) AVB/KS besteht während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Ab Beginn des 7. Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Abreise etwas anderes vereinbart wurde.

E. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrags für die Alter ab 70 Jahre nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Für die Alter 15 bis 69 Jahre wird der Beitrag nach dem durchschnittlichen Eintrittsalter des zu versichernden betrieblichen Kollektivs festgesetzt.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F. Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Abweichend von § 14 (1) AVB/KS verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht.