

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: BKT

Stand: 10.12.2020

Hauptmerkmale und Charakteristika

<p>Tarifbeschreibung</p>	<p>Der Tarif BKT ist ein Krankentagegeldtarif, welcher nur im Rahmen einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung abgeschlossen werden kann.</p> <p>Bei vorübergehender völliger Arbeitsunfähigkeit leistet der Tarif ein Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit in vereinbarter Höhe. Die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist auf Verlangen alle 14 Tage nachzuweisen.</p> <p>Darüber hinaus besteht Anspruch auf Krankentagegeld bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Berufsleben (Teilarbeitsunfähigkeit) im Anschluss an eine Arbeitsunfähigkeit sowie bei Rehabilitationsmaßnahmen.</p>
<p>Allgemeine Versicherungsbedingungen</p>	<p>Für den Tarif BKT gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/TS).</p>
<p>Verbraucherinformation</p>	<p>Der Tarif BKT ist in der Verbraucherinformation „Betriebliche Krankenversicherung“ enthalten.</p>
<p>Arbeitgeberzuschussfähigkeit</p>	<p>Der Tarif BKT ist nicht arbeitgeberzuschussfähig.</p>
<p>Einschränkungen und vertragliche Besonderheiten</p>	<p>Es besteht ein Leistungsausschluss für Erkrankungen und Unfallfolgen, wegen derer die versicherte Person in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde. Besteht hinsichtlich dieser Erkrankungen oder Unfallfolgen bei Vertragsschluss aktuell kein Versicherungsfall (vgl. § 1 Abs. 2 AVB/TS) und tritt auch kein weiterer Versicherungsfall innerhalb von 24 Monaten seit Beginn des Versicherungsschutzes ein, der mit den vor Vertragsschluss bestehenden Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht, entfällt dieser Leistungsausschluss.</p> <p>Bei Abschluss des Tarifs BKT muss jeder Gruppenversicherungsvertrag mindestens 5 versicherte Personen umfassen.</p>

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.

Zielmarkt

Sparte	Krankenversicherung
Verkaufsregion	Deutschland
Altersbereiche/-Gruppen	15 bis 69 Jahre
Personenkreis	Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter des Gruppenversicherungspartners.
Bedürfnisse	Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

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 BKT der betrieblichen Krankenversicherung (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/TS), den Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung und für die Beitragsfreistellung in der betrieblichen Krankenversicherung, dem Tarif BKT 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 Krankentagegeldversicherung als Erweiterung der Privaten Krankenversicherung oder Ergänzung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie erweitert Ihre Absicherung gegen das Risiko des Verdienstauffalls.



Was ist versichert?

- ✓ Ein Krankentagegeld in vereinbarter Höhe. Das Krankentagegeld wird bei vorübergehender völliger Arbeitsunfähigkeit ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (auch für Sonn- und Feiertage) gezahlt. Berufskrankheiten und Berufsunfälle sind mitversichert.
- ✓ Krankentagegeld auch bei Teilarbeitsunfähigkeit möglich.
- ✓ Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger besteht ebenfalls Anspruch auf das vereinbarte Krankentagegeld.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Verdienstauffall als Folge von auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfällen.
- ✗ Es besteht ein tariflicher Leistungsausschluss für Erkrankungen und Unfallfolgen, wegen derer die versicherte Person in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde. Besteht hinsichtlich dieser Erkrankungen oder Unfallfolgen bei Vertragsschluss aktuell kein Versicherungsfall und tritt auch kein weiterer Versicherungsfall innerhalb von 24 Monaten seit Beginn des Versicherungsschutzes ein, der mit den vor Vertragsschluss bestehenden Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht, entfällt dieser Leistungsausschluss.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung [AVB/TS] und dem Tarif BKT, insbesondere in § 5 AVB/TS.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit werden für längstens vier Wochen zur Verfügung gestellt. Teilarbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von mindestens zwölfwöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit stufenweise wieder aufgenommen wird und der Versicherte keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
- ! Bei Arbeitnehmern darf das Krankentagegeld bei Teilarbeitsunfähigkeit zusammen mit weiteren Entgeltzahlungen des Arbeitgebers das Nettoeinkommen vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigen.
- ! Anspruch auf Krankentagegeld für eine Arbeitsunfähigkeit bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger besteht nur im Anschluss an eine seit mindestens sechs Wochen bestehende Arbeitsunfähigkeit.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert ist der Verdienstauffall in Deutschland.
- ✓ Hält sich die versicherte Person vorübergehend im Ausland auf, erhält sie für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird bei Arbeitsunfähigkeit auch bei ambulanter Behandlung das tarifliche Krankentagegeld gezahlt, wenn die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nachweislich nicht antreten kann.
- ✓ Verlegt die versicherte Person Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, erhält sie für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle ebenfalls das Krankentagegeld für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus.



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.
- Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der Karenzzeit, durch Vorlage eines Nachweises anzuzeigen.
- Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen alle 14 Tage nachzuweisen.
- Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb von drei Tagen anzuzeigen.
- Das Ausscheiden einer versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis ist dem Versicherer unverzüglich zu melden.



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.



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 zwei 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 bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, mit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder mit dem Bezug von Altersrente. Der Versicherungsschutz endet ferner, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum 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 oder wurde das Krankentagegeld vom Versicherer herabgesetzt, 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 BKT

Krankentagegeldtarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/TS).

A. Leistungen des Versicherers

Vollständige Arbeitsunfähigkeit

Bei vorübergehender völliger Arbeitsunfähigkeit zahlt der Versicherer ein Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit in vereinbarter Höhe. Berufskrankheiten und Berufsunfälle sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

Bei Leistungen während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gemäß § 1a AVB/TS gilt diese Karenzzeit entsprechend ab Beginn der Schutzfrist gemäß § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes.

Anstatt einer Bemessung des vereinbarten Krankentagegeldes an den individuellen Einkünften der versicherten Person kann der Versicherungsnehmer eine pauschale Einstufung für jede versicherte Person auf der Grundlage des durchschnittlichen Einkommens dieser Gruppe von Versicherten vereinbaren. In diesem Fall finden im Leistungsfall weder eine eventuelle Herabsetzung des vereinbarten individuellen Krankentagegeldes gemäß § 4 Abs. 5 AVB/TS noch eine eventuelle Reduzierung der Leistungen aufgrund der Einkünfte gemäß § 4 Abs. 2 AVB/TS statt.

Abweichend von § 9 Abs. 1 Satz 3 AVB/TS ist die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit dem Versicherer auf Verlangen alle 14 Tage nachzuweisen.

Teilarbeitsunfähigkeit

In Erweiterung von § 1 Abs. 3 AVB/TS leistet der Versicherer auch bei Teilarbeitsunfähigkeit. Teilarbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gemäß § 1 Abs. 3 AVB/TS von mindestens zwölfwöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit stufenweise wieder aufgenommen wird und der Versicherte keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Bei Teilarbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Regelung wird das versicherte Krankentagegeld für maximal vier Wochen gezahlt. Bei Arbeitnehmern darf das Krankentagegeld bei Teilarbeitsunfähigkeit zusammen mit etwaigen Entgeltzahlungen des Arbeitgebers das Nettoeinkommen vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigen.

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Es besteht Anspruch auf Krankentagegeld für eine Arbeitsunfähigkeit bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger im Anschluss an eine seit mindestens 6 Wochen bestehende Arbeitsunfähigkeit. Auf eine vorherige schriftliche Leistungs zugesage gemäß § 5 Abs. 1 e) AVB/TS wird verzichtet.

Leistungsausschluss

Es besteht ein Leistungsausschluss für Erkrankungen und Unfallfolgen, wegen derer die versicherte Person in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde.

Besteht hinsichtlich dieser Erkrankungen oder Unfallfolgen bei Vertragsschluss aktuell kein Versicherungsfall (vgl. § 1 Abs. 2 AVB/TS) und tritt auch kein weiterer Versicherungsfall innerhalb von 24 Monaten seit Beginn des Versicherungsschutzes ein, der mit den vor Vertragsschluss bestehenden Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht, entfällt dieser Leistungsausschluss.

Höhe des Krankentagegeldes

Die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (BKT/5 bedeutet z. B., dass ein Krankentagegeld von 5 EUR täglich versichert ist). Die Zahlung des Krankentagegeldes erfolgt pro Kalendertag.

B. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKT können Personen, die als Arbeitnehmer des Versicherungsnehmers in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis mit 6-wöchiger Lohnfortzahlung stehen, im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags (betriebliche Krankenversicherung) versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. die gemäß Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) mitversicherten Personen. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BKT für sich und ggf. mitversicherte Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten als Einzelversicherung fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die BB BKV entfallen. Die maximale Höhe des versicherbaren Krankentagegeldes wird zu diesem Zeitpunkt anhand der tatsächlichen Einkünfte (vgl. § 4 Abs. 2 AVB/TS) neu festgelegt.

Die Erklärung, dass das Versicherungsverhältnis fortgesetzt wird, ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach dem 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.