

Gehaltsfortzahlung (Krankentagegeldversicherung) für Freiwillige, Entwicklungshelfer, Missionare, Fachkräfte und sonstige Helfer im Ausland

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankentagegeldversicherung für Geschäftsreisende und Expatriates der Hanse Merkur Reiseversicherung AG (VB-KV 2009 (MIA-KT)) S. 1
 Gesetzesauszüge S. 2

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankentagegeldversicherung für Geschäftsreisende und Expatriates der HanseMerkur Reiseversicherung AG (VB-KV 2009 (MIA-KT))

§ 1 Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versicherbar sind Mitarbeiter von Firmen bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres (67. Geburtstag), die aus beruflichen Gründen für mindestens 6 Monate, maximal 5 Jahre, ins Ausland reisen oder von ihrem Arbeitgeber ins Ausland entsendet werden und
 - a) einen ständigen Wohnsitz in Deutschland haben
 - b) oder in Zweigstellen, Filialen, Tochterunternehmen und Beteiligungsgesellschaften außerhalb Deutschlands tätig sind und nicht die Staatsangehörigkeit des Landes haben, in das sie aus beruflichen Gründen gereist sind bzw. entsendet wurden.
2. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die
 - a) dauernd pflegebedürftig sind, sowie Geisteskranke; pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
 - b) eine Tätigkeit gegen Entgelt als Sportler ausüben.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Vertrages

1. Der Versicherungsvertrag ist ein Gruppenversicherungsvertrag und wird zwischen der Firma, die den Mitarbeiter ins Ausland entsendet als Versicherungsnehmer, und der HanseMerkur Reiseversicherung AG, vertreten durch Dr. Walter GmbH, als Versicherer geschlossen.
2. Der Versicherungsvertrag endet zum vereinbarten Zeitpunkt.

§ 3 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes der versicherten Personen

1. Geltungsbereich
 Versicherungsschutz besteht für die versicherte Geschäftsreise bzw. für die Entsendung ins Ausland.
2. Beginn
 Der Versicherungsschutz der versicherten Person beginnt mit dem Antritt Auslandsreise nicht jedoch vor Zahlung der Prämie und nicht vor Zustandekommen des Gruppenversicherungsvertrages. Wird der Gruppenversicherungsvertrag erst nach Reisebeginn abgeschlossen, besteht Versicherungsschutz für diese Reise nur, wenn dies ausdrücklich gesondert zwischen dem Versicherungsnehmer und der HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, vereinbart wurde. Anderenfalls besteht Versicherungsschutz nur für nachfolgende Reisen.
3. Ende
 Der Versicherungsschutz endet
 - a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
 - b) mit dem Tod der jeweiligen versicherten Person;
 - c) wenn die Voraussetzungen für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen;
 - d) mit der Vollendung des 67. Lebensjahres;
 - e) mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages;
 - f) mit dem Ausscheiden des Mitarbeiters aus der Firma, die die versicherte Person ins Ausland entsendet hat
 - g) mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit, mit dem Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder einer teilweisen Erwerbsminderung sowie mit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungs- oder Altersrente. Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung vorliegt, entscheidet die HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, aufgrund der eingereichten beziehungsweise von ihm eingeholten Nachweise und teilt ihren Bescheid in Schriftform mit.
4. Nachhaftung
 Wird der Auslandsaufenthalt während einer Erkrankung, die zu einem Versicherungsfall führt, beendet, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen weiterhin Versicherungsschutz.

§ 4 Gegenstand der Versicherung

- Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
1. Die HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von akuten Krankheiten oder Unfällen im Ausland. Sie gewährt im Versicherungsfall bei Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld. Bestehende Erkrankungen sind versichert, wenn sie unerwartet akut werden.
 2. Versicherungsfall ist die im Verlauf einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht.
 3. Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
 Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.
 Führen mehrere Versicherungsfälle mit mehreren sich anschließenden oder überschneidenden Arbeitsunfähigkeiten bei Arbeitnehmern zu einer Beendigung des Gehaltsfortzahlungsanspruchs, so wird die Karenzzeit in diesen Fällen für die durchgehende Arbeitsunfähigkeit zusammengerechnet und das versicherte Krankentagegeld ab dem Zeitpunkt des Fortfalls des Gehaltsanspruchs, frühestens aber nach der vereinbarten Karenzzeit gezahlt.
 4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle, die während des beruflichen Auslandsaufenthaltes eintreten.

§ 5 Umfang der Versicherungsleistung

- Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
1. Die Leistungspflicht der HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zuzüglich 42 leistungsfreier Tage (Karenzzeit). Die Leistungspflicht endet mit Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder mit dem Ende des Versicherungsschutzes für diesen Versicherungsfall, spätestens jedoch mit Ablauf der tariflich vereinbarten Leistungsdauer in Höhe von 546 Tagen (78 Wochen) einschließlich der Karenzzeit.
 2. Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen im Ausland anerkannten und zugelassenen Arzt oder im Krankenhaus behandelt wird.
 3. Die Höhe des zu zahlenden Krankengeldes beträgt 90% des durchschnittlichen Nettoeinkommens der vergangenen 12 Monate beim selben Arbeitgeber. Sonderzahlungen wie Weihnachts- oder Urlaubsgeld, Tantiemen oder Bonuszahlungen, werden dabei nicht berücksichtigt. Bestand das Arbeitsverhältnis noch keine 12 Monate, so wird das Nettoentgelt aufgrund der bestehenden Beschäftigungsmonate ermittelt. Das Krankengeld ist auf maximal 200 € pro Kalendertag begrenzt.
 4. Besteht gleichzeitig ein Anspruch auf Krankentagegeld aus einem anderen Vertrag oder von einem anderen Leistungsträger, so ermäßigt sich aus diesem Vertrag der Anspruch gemäß Ziffer 3 – unbeschadet etwaiger Ansprüche auf Krankenhaustagegeld – in der Weise, dass insgesamt nur bis zur Höhe gemäß Ziffer 3 geleistet wird.

§ 6 Besondere Ausschlüsse

- Soweit nicht anders vereinbart besteht keine Leistung:
1. Bei Arbeitsunfähigkeit während gesetzlicher Beschäftigungsverbote für in einem Arbeitsverhältnis befindliche werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz).
 2. Bei HIV-Infektionen/ AIDS und deren Folgen,
 3. Bei Krebserkrankungen oder gutartige Tumore, die innerhalb der letzten fünf Jahre vor oder bei Versicherungsbeginn behandlungsbedürftig waren.
 4. Bei der versicherten Person bekannten Erkrankungen oder bei Unfallfolgen, wegen derer sie in den letzten zwölf Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der nächsten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht.
 5. Bei Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 6. Bei auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 7. Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 7 Besondere Obliegenheiten im Schadenfall und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist der HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, unverzüglich durch Vorlage eines Nachweises anzudeuten. Die Bescheinigung kann vorab per Fax übermittelt werden. Die Originale

sind unverzüglich auf den Postweg zu bringen. Eine Bescheinigung von Ehe- oder Lebenspartnern, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor Ablauf der gewählten Karenzzeit. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist der HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, regelmäßig, soweit nicht anders von der HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, gefordert, in höchstens vierzehntägigen Abständen nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist der HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, unverzüglich anzuzeigen.

2. Der Versicherungsnehmer hat der HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, zur Berechnung der Leistungshöhe eine Bescheinigung über das Nettoentgelt gemäß § 5 Nr. 3 beizubringen.
3. Besteht für die versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankentagegeldversicherung oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist die versicherte Person verpflichtet, die HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
4. Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses zwischen dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person ist der HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, unverzüglich anzuzeigen.
5. Verletzt der Versicherungsnehmer/die versicherte Person eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer/die versicherte Person die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer/die versicherte Person.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Ist die Leistungspflicht der HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Entschädigung binnen zwei Wochen zu erfolgen. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch die HanseMerkur, vertreten durch Dr. Walter GmbH, infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
2. Von den Leistungen können die Kosten für Übersetzungen und die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass auf Verlangen der versicherten Person Überweisungen in das Ausland vorgenommen werden oder besondere Überweisungsformen gewählt werden.

§ 9 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 10 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

Gesetzesauszüge

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

[...]

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 213 Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten

- (1) Die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer darf nur bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erfolgen; sie ist nur zulässig, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und die betroffene Person eine Einwilligung erteilt hat.
- (2) Die nach Absatz 1 erforderliche Einwilligung kann vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt werden. Die betroffene Person ist vor einer Erhebung nach Absatz 1 zu unterrichten; sie kann der Erhebung widersprechen.
- (3) Die betroffene Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.
- (4) Die betroffene Person ist auf diese Rechte hinzuweisen, auf das Widerspruchsrecht nach Absatz 2 bei der Unterrichtung.

Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.