



Für Arbeitnehmer und Vermittler:
Häufig gestellte Fragen zur
betrieblichen Krankenversicherung
Arbeitnehmerfinanziert

1 Was ist eine arbeitnehmerfinanzierte betriebliche Krankenversicherung?

Die arbeitnehmerfinanzierte betriebliche Krankenversicherung (bKV) ist eine Krankenversicherung, die im Rahmen eines Kollektivrahmenvertrags abgeschlossen wird. Vertragspartner ist der Arbeitgeber. Versicherungsnehmer, versicherte Person und Beitragszahler ist der Arbeitnehmer.

2 Welche Vorteile bietet eine arbeitnehmerfinanzierte bKV?

Arbeitnehmer können Leistungslücken der gesetzlichen Versorgung minimieren und sparen zudem Ausgaben im Krankheitsfall. In den ersten drei Monaten ab Vertragsbeginn (Öffnungsaktion) können die arbeitnehmerfinanzierten bKV-Tarife ohne Risikoprüfung abgeschlossen werden.

3 Welche Tarife können abgeschlossen werden?

Die ARAG bietet arbeitnehmerfinanzierte bKV Tarife im Bereich Zahn, Vorsorge, Stationär und Krankentagegeld an.

Hinweis:

Im Krankentagegeldtarif KT42 können sich Arbeitnehmer nur versichern, wenn Sie

- gesetzlich krankenversichert sind und Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten, oder
 - privat oder gesetzlich freiwillig krankenversichert sind und bereits eine Krankentagegeldversicherung haben:
- In diesem Fall kann der Tarif KT42 ergänzend abgeschlossen werden, sofern der Tagessatz im bestehenden Krankentagegeldtarif dem Krankengeld nach SGB V (Bruttokrkrankengeld) entspricht. Im Jahr 2018 beispielsweise beträgt dieses maximal 103,25 Euro pro Tag.

In allen anderen Fällen wenden Sie sich bitte an Ihren Berater.

4 Wer bezahlt die Beiträge?

Die Beiträge bezahlt der Arbeitnehmer selbst. In der arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung sind die Beiträge deutlich geringer als bei Abschluss eines Einzelversicherungsvertrags.

Der Arbeitgeber kann sich am Beitrag per Zuschuss beteiligen, sofern er dies möchte. Dieser Zuschuss wird zum Beispiel über das Lohnkonto abgerechnet. Der Arbeitnehmer bleibt allerdings Beitragszahler.

5 Gibt es eine Gesundheitsprüfung?

Innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Kollektivrahmenvertrags bzw. Beginn des Arbeitsverhältnisses verzichten wir auf eine Gesundheitsprüfung (Öffnungsaktion). Danach findet eine Gesundheitsprüfung statt.

Wichtig für Sie:

Laufende und angeratene Behandlungen sind grundsätzlich *nicht* versichert.

Bei den stationären Tarifen SN262 und SD262 gelten für bestimmte Krankheiten Ausschlussklauseln, im Krankentagegeldtarif KT42 Sonderregelungen für Vorerkrankungen.

6 Sehen die bKV-Tarife Wartezeiten vor?

Nein, die üblichen Wartezeiten entfallen. Die Arbeitnehmer können Leistungen ab Beginn des Versicherungsvertrags in Anspruch nehmen. Der Versicherungsschutz gilt somit ab dem 1. Tag.

Hinweis: Im Tarif SN262 gelten 8 Monate Wartezeit für Entbindung und stationäre Psychotherapie. Diese Wartezeit gilt auch im Tarif KT42 während der Mutterschutzfristen, am Entbindungstag und für Psychotherapie.

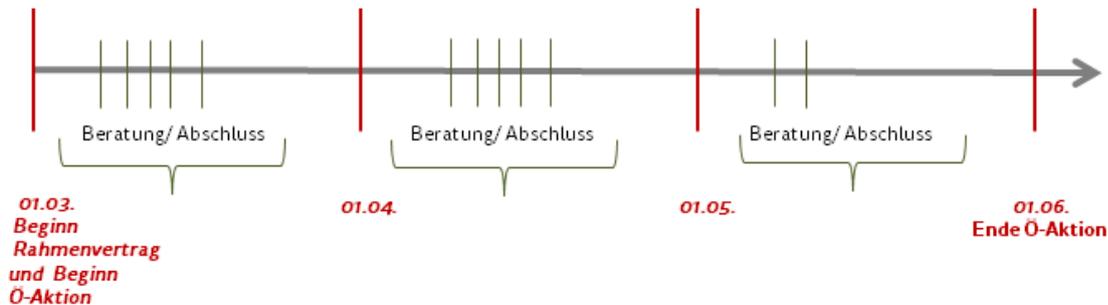
7 Muss eine Mindestanzahl von Versicherungsanträgen erreicht werden?

Ja, mindestens 10 Arbeitnehmer müssen sich innerhalb von drei Monaten ab Beginn des Kollektivrahmenvertrags im selben Tarif versichern. Sollte die Mindestanzahl nicht erreicht werden, kommt der Versicherungsvertrag nicht zustande. Hierüber informiert der Vermittler die Arbeitnehmer, damit ggfs. eine andere Lösung gefunden werden kann.

8 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Ein Versicherungsbeginn ist erst möglich, nachdem zehn Personen den gleichen Tarif beantragt haben: Sobald sich die zehnte Person für den entsprechenden Versicherungsschutz entschließt, ist der frühestmögliche Versicherungsbeginn für alle zehn Personen am ersten Tag des darauf folgenden Monats.

Im folgenden Beispiel (ein Antrag = ein Strich) kann Versicherungsbeginn für die im März und April eingegangenen Anträge bereits der 01.05. sein, da hier schon im März und April die Mindestanzahl von zehn Versicherungsverträgen erreicht ist. Es besteht aber auch die Möglichkeit, den Versicherungsbeginn auf den 01.06. – Ende der dreimonatigen Öffnungsaktion – zu legen:



Achtung:

Eine *rückwirkende* Policierung bzw. ein *rückwirkender* Versicherungsbeginn ist nicht möglich.

Wichtiger Hinweis für Vermittler:

Die gesammelten Versicherungsverträge müssen unbedingt mit Rückkuvert, (liegt dem Kollektivrahmenvertrag bei), beim Kompetenzzentrum Kollektiv KV eingereicht werden.

9 Welche Leistungen sind versichert?

Im Beratungsgespräch erhält der Arbeitnehmer vom Vermittler Informationen über den gewünschten Tarif.

Ab Versicherungsbeginn können die Arbeitnehmer bestimmte ärztliche Leistungen oder ein Krankentagegeld in Anspruch nehmen, abhängig davon, welcher Tarif abgeschlossen wurde.

10 Wie können Leistungen in Anspruch genommen und abgerechnet werden?

Um eine möglichst schnelle und unkomplizierte Kostenabrechnung zu gewährleisten, empfiehlt die ARAG grundsätzlich, alle Rechnungen zuerst bei der GKV einzureichen – unabhängig davon, ob ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht oder nicht. Die GKV vermerkt auf den Rechnungen, welche Leistungen sie gewährt. Dieser Vermerk sollte auch Aufschluss darüber geben, welche Leistungen nicht übernommen werden. Die Leistungen der GKV müssen dabei jeweils zuerst in Anspruch genommen werden. Die Originalrechnungen oder Duplikate mit den Erstattungsvermerken der GKV kann der Arbeitnehmer im Anschluss bei uns einreichen.

Rechnungen, die den Vorsorgetarif (V100s) betreffen, können direkt an uns gesendet und müssen nicht zuerst bei der GKV eingereicht werden.

Damit Leistungen aus dem Krankentagegeldtarif (KT42) ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit im direkten Anschluss an die Lohnfortzahlung gezahlt werden können, muss die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zeitnah, bevor die Karenzzeit zu Ende ist, bei uns eingereicht werden.

Damit wir die Kosten erstatten bzw. das Krankentagegeld anweisen können, benötigen wir die Versicherungsscheinnummer sowie die Bankverbindung.

Der Leistungsantrag kann im Internet unter

<https://www.arag.de/service/kundenservice/schadensmeldung/leistungsantrag-krankenversicherung/> abgerufen werden.

11 Sind vertrauliche Daten geschützt?

Ja. Im Leistungsfall korrespondieren wir ausschließlich mit dem Versicherungsnehmer und rechnen auch direkt ab. Der Arbeitgeber erhält keinerlei Auskünfte über vertrauliche Daten.

12 Besteht bereits eine private Kranken- oder Zusatzversicherung?

Der Arbeitnehmer kann die bKV-Tarife der ARAG trotzdem abschließen, muss dies jedoch seinem Erstversicherer mitteilen. Hinweis: Trotz einer Doppelversicherung ist eine Abrechnung von mehr als 100 % des Rechnungsbetrags nicht zulässig.

13 Wie bekommen die Arbeitnehmer ihre Versicherungsunterlagen?

Der Versicherungsschein wird dem Arbeitnehmer direkt von der ARAG zugesandt.

14 Was passiert mit der Versicherung, wenn der Arbeitnehmer in den Ruhestand geht?

Sollte der Arbeitnehmer in Rente gehen, so muss uns dies vom Versicherungsnehmer mitgeteilt werden. Die Versicherung wird in einen Weiterführungstarif umgestellt und läuft somit weiter. Der Tarif bietet die gleichen Leistungen. Den Beitrag muss der Arbeitnehmer bzw. Rentner nach wie vor selbst bezahlen.

Der Krankentagegeldtarif KT42 wird mit Eintritt in den Ruhestand beendet.

15 Wenn der Arbeitnehmer den Arbeitgeber wechselt, was geschieht mit dessen Versicherungsschutz?

Im Falle eines Arbeitgeberwechsels bzw. sollte der Arbeitnehmer das jetzige Unternehmen verlassen, so ist er verpflichtet uns dies mitzuteilen. Damit durch den Wechsel keine Versicherungslücke entsteht, wird die Versicherung in einen Weiterführungstarif umgestellt, so dass die Versicherung wie gewohnt auf eigene Kosten fortgeführt werden kann. Der Weiterführungstarif enthält die gleichen Leistungen, nur der Beitrag verändert sich.

16 Können Familienangehörige mitversichert werden?

Ja. Der Arbeitnehmer kann seine Familienangehörigen im selben Tarif mitversichern, und zwar ebenfalls ohne Gesundheitsprüfung*, sofern der Antrag innerhalb der dreimonatigen Öffnungsaktion gestellt wird. Sollte der Antrag nach Ablauf der drei Monate gestellt werden, fällt eine Gesundheitsprüfung an, sofern der Tarif dies vorsieht. Laufende und angeratene Behandlungen sind nicht versichert.

Auch hier gilt Versicherungsschutz ab dem 1. Tag.

Hinweis: Im Tarif SN262 gelten 8 Monate Wartezeit für Entbindung und stationäre Psychotherapie. Diese Wartezeit gilt auch im Tarif KT42 während der Mutterschutzfristen, am Entbindungstag und für Psychotherapie.

Diese Versicherungsbeiträge muss der Arbeitnehmer selbst bezahlen.

^{*)} Bei den stationären Tarifen SN262 und SD262 gelten für bestimmte Krankheiten Ausschlussklauseln und im Krankentagegeldtarif KT42 die Sonderregelung für Vorerkrankungen.

Maßgeblich für den Leistungsumfang sind die dem Versicherungsvertrag konkret zugrunde gelegten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Herausgeber: ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München