

Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

Informationen über rechtliche Rahmenbestimmungen und Gestaltungsmöglichkeiten
des Krankenversicherungsschutzes für im Ausland tätige Deutsche.

Ländermerkblatt Frankreich



Stand 09/2004



*German Healthcare Portal
for Expatriates*



Deutsche Expatriates in Frankreich

Ein längerfristiger Auslandsaufenthalt in Frankreich beinhaltet für jeden Berufstätigen eine Veränderung, die nicht nur einen personbezogenen Wandel mit sich bringt, sondern auch zwangsläufig ein neues versicherungstechnisches Umfeld schafft.

Frankreich hat kulturbedingt eine vom deutschen System deutlich abweichende Krankenversorgung. Diese macht es erforderlich, einen adäquaten Versicherungsschutz zu finden.

Das German-Healthcare-Portal möchte Ihnen eine Lösung für ein umfangreiches Krankenversorgungskonzept anbieten, ganz gleich ob sie Ihren eigenen Versicherungsschutz konzipieren oder in der Fürsorge als Unternehmen, Ihren Expatriates einen ausreichenden Krankenschutz gewährleisten wollen.

Wenn eine Entsendung nach Frankreich in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit französisches Sozialversicherungsrecht bei einem Arbeitnehmer oder Selbständigen greift.

Grundsätzlich gilt in der Krankenversorgung das Territorialprinzip. Das bedeutet, dass sich die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen nach den Gesetzen des Staates richten, in dem der Expatriate beschäftigt ist.

Dabei entscheidet jeder Staat mit seinem eigenen Sozialversicherungssystem für sich, inwieweit sich ausländische Arbeitnehmer diesem System anschließen müssen. Von diesem Grundsatz gibt es Ausnahmen, die durch Sozialversicherungsabkommen zwischen den Staaten entstehen oder einfach nur in der Gesetzgebung des Beschäftigungslandes begründet sind.

Es konnte in der Vergangenheit vorkommen, dass Beschäftigte in beiden Ländern zwangsversichert waren. Dies lag darin begründet, dass selbst nur kurzzeitig entsandte Arbeitnehmer dazu gezwungen waren, im jeweiligen Beschäftigungsland Mitglied der Sozialversicherung zu werden. Gleichzeitig mussten sie jedoch auch ihre Leistungspflicht in der deutschen Sozialversicherung behalten, um späteren Nachteilen vorzubeugen. Wir sprechen in diesem Falle von einer „Doppelversicherung“.



Rechtliche Rahmenbestimmungen

Durch das Gemeinschaftsrechtsrecht der EWG-Verordnung Nr. 1408/71 sind die Grundsätze über die Zuständigkeiten, welches Recht anzuwenden ist, geregelt worden, um damit die Form der Doppelversicherung deutscher Beschäftigter in Frankreich zu vermeiden. Das Gemeinschaftsrecht gilt in erster Linie für Arbeitnehmer, die die Nationalität eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz besitzen.

Grundsätzlich wird französisches Sozialversicherungsrecht angewendet, wenn der Expatriate in Frankreich seine Tätigkeit ausübt. Dies gilt unabhängig davon, in welchem Staat der Wohnort des Beschäftigten gemeldet ist, auch ist der Standort des Arbeitgebers nicht ausschlaggebend für diese Kategorisierung. Gilt französisches Sozialrecht, heißt es nicht automatisch, dass der Beschäftigte einen adäquaten Versicherungsschutz in Frankreich besitzt. Unseren Erfahrungen nach möchten 80% der Expatriates lieber über das deutsche Krankenversicherungssystem versichert bleiben. Dies ist aufgrund der Selbstbeteiligungen bei den Krankheitskosten in Frankreich gut nachzuvollziehen. Beispielfhaft seien zudem die Rechnungsabwicklung und Versicherungsbedingungen in französischer Sprache als auftauchende Problemfelder genannt.

Darüber hinaus gibt es eine Form eines Beschäftigungsverhältnisses, bei dem deutsches Recht angewendet wird. Grundlage hierfür ist der § 4 SGB IV:

§ 4 SGB IV – Ausstrahlung

(1) Soweit die Vorschriften über die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung eine Beschäftigung voraussetzen, gelten sie auch für Personen, die im Rahmen eines im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs bestehenden Beschäftigungsverhältnisses in ein Gebiet außerhalb dieses Geltungsbereichs entsandt werden, wenn die Entsendung infolge der Eigenart der Beschäftigung oder vertraglich im Voraus zeitlich begrenzt ist.

(2) Für Personen, die eine selbständige Tätigkeit ausüben, gilt Absatz 1 entsprechend.

Wir sprechen bei dieser Form von einer „Entsendung“ im Sinne einer „Ausstrahlung“ des Expatriates nach Frankreich. Unter Entsendung versteht man den Fall, in dem sich der Arbeitnehmer auf Weisung seines inländischen Arbeitgebers ins Ausland begibt, um dort für ihn tätig zu werden. Insbesondere muss das Weisungsrecht des inländischen Arbeitgebers bestehen bleiben, auch wenn dies in der Praxis nur bedingt umzusetzen ist. Jegliche Geschäftsreisen bzw. Dienstreisen gelten als Entsendungen. Voraussetzung ist, dass betroffene Expatriates zuvor entweder in Deutschland beschäftigt waren oder zumindest hierzulande ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt hatten. Das Gemeinschaftsrecht limitiert die Tätigkeit im Gastgeberland in Form einer „Entsendung“ auf 12 Kalendermonate.

Entsendung

Ob es sich um eine Entsendung handelt oder um einen klassischen Auslandsaufenthalt, ist anhand des Arbeitsvertrages und anhand der rechtlichen Kennzeichen der Beschäftigung im Ausland im Einzelfall zu prüfen. Kriterien hierfür enthält der Beschluss Nr. 181 der EG-Verwaltungskommission. Damit es sich im Sinne des SGB um eine Ausstrahlung ins Ausland handelt, müssen in jedem Fall drei Voraussetzungen erfüllt sein:

Es muss sich gemäß § 7 SGB IV um ein Beschäftigungsverhältnis in der Bundesrepublik Deutschland handeln.

Es erfolgt im Rahmen dieser inländischen Beschäftigung eine Entsendung ins Ausland.

Der Zeitraum für diese Entsendung ist im vornherein zeitlich begrenzt, stets mit der Zielsetzung, dass der Entsandte anschließend wieder in die Bundesrepublik zurückkehrt und unter Aufrechterhaltung der Maßgabe, dass er auch während seines Aufenthaltes im Ausland weiter in seinem deutschen Betrieb integriert bleibt.

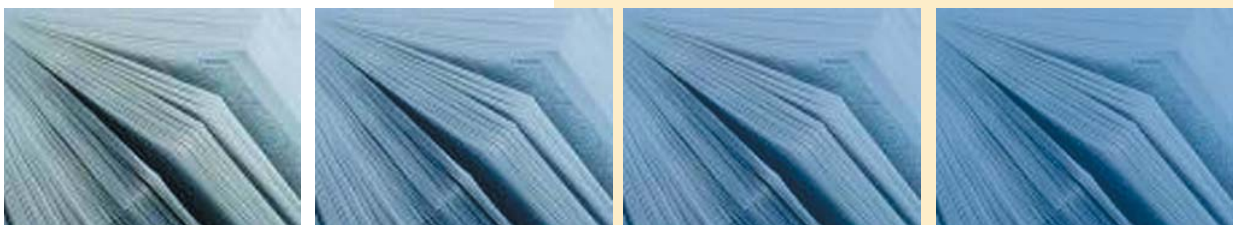
Um eine Entsendung handelt es sich auch dann, wenn

- ein Arbeitnehmer von seinem Arbeitgeber vom Inland ins Ausland verliehen wird, insofern eine entsprechende Verleiherlaubnis nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) besteht
- ein Arbeitnehmer zu einer ausländischen Tochtergesellschaft entsandt wird, insofern er weiter im deutschen Unternehmen als integriert verbleibt und das bisherige inländische Arbeitsverhältnis nicht in den Hintergrund tritt
- ein Arbeitnehmer in eine Repräsentanz im Ausland entsandt wird.

Wir haben bewusst darauf verzichtet, die sozialversicherungsrechtlichen Fallvarianten in der Entsendungslinie im Detail aufzunehmen. Auskünfte erteilt hier die „Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland“ in Bonn (www.dvka.de).

Im Rahmen des Gemeinschaftsrechts ist eine Überschreitung der 12 Monate nur in Form einer Ausnahmeregelung möglich, die bei der „Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland“ und auf französischer Seite durch das „Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale“ zu beantragen ist und von diesen Institutionen auch genehmigt wird.

www.germanhealthcare.org



Die französische Krankenversorgung

Das französische Gesundheitssystem basiert auf den Grundsätzen des Liberalismus und die der Allgemeingültigkeit und der Solidarität. Nach diesen Grundsätzen genießen alle Personen mit Wohnsitz in Frankreich unabhängig von ihrem Alter, ihrem Einkommen und ihrem Gesundheitszustand Versicherungsschutz über ein soziales Finanzierungssystem. Dieses untersteht der Aufsicht des Staates, der als Garant für den Schutz des allgemeinen Interesses und für die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung auftritt.

Das französische Gesundheitssystem ist ein Versicherungssystem. Der Versicherte kann zwischen verschiedenen, bei den Krankenkassen unter Vertrag stehenden Leistungserbringern und Gesundheitseinrichtungen frei wählen. Er bezahlt direkt, d.h. er geht mit den Kosten in Vorlage und bekommt diese anschließend von der Krankenkasse zurückerstattet. In vielen Fällen zahlt die Krankenversicherung auch direkt den Anteil der zu übernehmenden Ausgaben an den Leistungserbringer. Dieses „Sachleistungsprinzip“ findet im Falle einer stationären Behandlung in einer öffentlichen oder gleichgestellten Einrichtung fast systematisch Anwendung.

Die Gesundheitspolitik fällt in den Zuständigkeitsbereich des Staates, der eine entscheidende Rolle bei der Verwaltung des Gesundheitssystems und der Aufsicht über die Krankenversicherungen spielt.

Zu den wichtigsten Krankenversicherungen zählen die allgemeine Krankenversicherung (Régime général d'assurance maladie), über die ungefähr 80 % der Bevölkerung versichert sind, die Versicherungen für Angestellte und Selbstständige in der Landwirtschaft (9 % der Bevölkerung) sowie die Versicherung für Selbstständige, die nicht in der Landwirtschaft tätig sind (6 % der Bevölkerung). Darüber hinaus gibt es noch kleinere Systeme, die für den Versicherungsschutz bestimmter Berufsgruppen zuständig sind.

Die Bevölkerung ist vorrangig auf beruflicher Grundlage und erst danach wohnortbezogen versichert. Für Arbeitnehmer und ehemalige Arbeitnehmer (Invaliden, Rentner, Arbeitslose usw.) ist der Beitritt obligatorisch. Auch diejenigen Personen, die nicht in die Zuständigkeit eines bestehenden berufsständischen Versicherungssystems fallen (ungefähr 2 % der Bevölkerung), sind ebenfalls in der allgemeinen Krankenversicherung pflichtversichert. Seit diesem Zeitpunkt und vorbehaltlich der internationalen Verpflichtungen hat also jede Person, die dauerhaft und regelmäßig auf französischem Gebiet ansässig ist (Wohnsitz seit mehr als drei Monaten in Frankreich oder in einem der überseeischen Départements) unabhängig von ihrem Status das Recht, die Sachleistungen eines Krankenpflichtversicherungssystems in Anspruch zu nehmen.

Die Zugehörigkeit zu den verschiedenen Versicherungssystemen wird auf die Familienangehörigen erweitert: Anspruch auf Sachleistungen haben auch die anspruchsberechtigten Angehörigen des Versicherten, soweit diese nicht selbst einem berufsständischen Versicherungssystem angehören.




Leistungen

Die verschiedenen Systeme bieten sehr ähnliche Sachleistungen an. So erstreckt sich der Versicherungsschutz der allgemeinen Krankenversicherung auf sämtliche Kosten für allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung, für Pflegeleistungen und Prothesen, pharmazeutische Produkte, medizinische Hilfsmittel für den individuellen Gebrauch, Analysen und Laboruntersuchungen, für Aufenthalt und Behandlung in Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationskliniken und auf chirurgischen Stationen sowie in bestimmten Fällen auf die Transportkosten. Bei Mutterschaft kommt die Versicherung für die Kosten der medizinischen und pharmazeutischen Versorgung, für Hilfsmittel sowie für Krankenhausaufenthalte auf, die aufgrund von Schwangerschaft und Entbindung sowie im Anschluss daran erforderlich sind.

Die Krankenversicherungen übernehmen die Kosten für Gesundheitsdienstleistungen nicht in voller Höhe: Die Sachleistungen werden bis zur Höhe der festgelegten Gebührensätze abzüglich einer bestimmten prozentualen Selbstbeteiligung des Versicherten zurückerstattet. Ursprünglich zur Kostensenkung eingeführt, beläuft sich diese Selbstbeteiligung für die Versorgung durch niedergelassene Ärzte und medizinisches Hilfspersonal auf 30 bis 40 %, für Medikamente auf 35 bis 65 %, für Analysen und Laboruntersuchungen auf 40 %, für eine stationäre Behandlung auf 0 % bis 20 % und für medizinische Hilfsmittel auf 35 %.

Die Honorare für bestimmte Ärzte, im Wesentlichen für Fachärzte, können die Gebührensätze der Krankenversicherung übersteigen. Außerdem unterliegen die Preise für medizinische Hilfsmittel (insbesondere für Sehhilfen, Zahnersatz und Hörgeräte) im Allgemeinen keiner Preisbindung und können daher weit über die festgelegten Gebührensätze hinausgehen. Die hierdurch entstehenden Differenzbeträge sind ebenfalls vom Versicherten zu tragen.



Die Patienten haben uneingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen, wie z.B. zu medizinischen Hilfsmitteln, Behandlungen durch Allgemeinmediziner oder Fachärzte, zu externen Ambulanzen der Krankenhäuser und Notaufnahmen. Es entwickeln sich Gesundheitsnetze, wobei es sich hierbei allerdings um eine Wahlmöglichkeit für Gesundheitseinrichtungen und Vertreter der Gesundheitsberufe handelt, die für die Patienten nicht verpflichtend ist.

Beiträge

Zusatzversicherung

Ein sehr großer Teil der Bevölkerung wendet sich an Versicherungsträger auf Gegenseitigkeit oder private Versicherer, um die Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen und medizinische Hilfsmittel, die nicht von den Krankenversicherungen übernommen werden, ganz oder teilweise zu decken. Dabei kann es sich um den Differenzbetrag zwischen den Gebührensätzen der Krankenversicherung und der Höhe des zu erstattenden Betrags handeln, um mögliche Überschreitungen dieser Grenzen und insbesondere um die Differenz zwischen dem Preis und der Höhe der Rückerstattung durch die Krankenversicherungen bei bestimmten medizinischen Hilfsmitteln wie Brillen, Zahnersatz oder Hörgeräten (s.u.). Dieser zusätzliche Versicherungsschutz ist freiwillig und wird im beruflichem oder privatem Rahmen abgeschlossen. Die Träger erstatten dem Versicherten den zu seinen Lasten gehenden Kostenanteil ganz oder teilweise oder überweisen ihn entsprechend dem Sachleistungsprinzip direkt an die Leistungserbringer oder Gesundheitseinrichtungen.

Der Krankenversicherungszweig der Sozialversicherung wird über Beiträge und zweckgebundene Steuern finanziert: So finanziert sich die allgemeine Krankenversicherung hauptsächlich über die auf das Bruttoentgelt der Arbeitnehmer erhobenen Arbeitgeberbeiträge und den allgemeinen Sozialbeitrag (CSG, s.u., 50,5 % bzw. 34,5 % der Mittel im Jahr 2000). Der Rest wird insbesondere über Arbeitnehmerbeiträge (2,8 %) und zweckgebundene Steuern (direkte 3,9 % bzw. indirekte 5,9 %) finanziert.



Das deutsche Krankenversicherungssystem

Betrachten wir das deutsche Gesundheitswesen, so dominieren zwei Träger:

die gesetzliche (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV). Eine Besonderheit unseres Gesundheitswesens ist, dass die private neben der gesetzlichen Krankenversicherung als eine substitutive Einrichtung existiert.

Grundsätzlich haben Bundesbürger die Wahl zwischen den Systemen. Allerdings schränkt das Sozialgesetzbuch einige Gruppen in ihrer Wahlfreiheit, ob sie gesetzlich oder privat versichert sein wollen, ein.

Die im § 6 SGB V definierten Gruppen wie Beamte, Selbstständige und Angestellte mit einem Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (derzeit 46.350 Euro) haben das Wahlrecht zwischen den Institutionen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Alle übrigen Bundesbürger sind in den gesetzlichen Kassen pflichtversichert. Erfahrungsgemäß gehören die Expatriates zu der Einkommensklasse der freiwillig Versicherten.

Im Folgenden werden beide Systeme in ihrer Besonderheit der Leistung und Rechnungserstattung für die Region Frankreich dargestellt.



Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Frankreich

Für den Fall, dass der Expatriate in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zwangsversichert ist oder sich als freiwilliges Mitglied ausdrücklich für den Krankenversicherungsschutz in der Gesetzlichen entschieden hat, besteht in Frankreich eingeschränkter Krankenversicherungsschutz.

Das Gemeinschaftsrecht fordert, dass der entsandte Arbeitnehmer während seines Auslandsaufenthaltes in der Form versichert bleibt, in der er bereits vor seiner Entsendung in Deutschland versichert war. In diesem Fall sind weiterhin die Beiträge der Krankenversicherung vom Arbeitgeber und Expatriate gleichenteils zu zahlen. Allerdings hat der Entsendete zwei Alternativen der Leistungserstattung.



1.) Der Expatriate bleibt auch während der Entsendung im Rahmen der Leistungen des SGB V in seiner Krankenkasse versichert. Das gilt auch für die Familie, denn Familienmitglieder, die nach § 10 SGB V im der Familienversicherung mitversichert sind, genießen den gleichen Krankenversicherungsschutz im Ausland. Problematisch ist in diesem Zuge die Abwicklung der Leistungen, da in Frankreich die deutschen Krankenkassen nicht mit den Leistungsträgern in Frankreich vertraglich kooperieren.

Mit Hilfe des § 17 SGB V wurde diese Gesetzeslücke geschlossen. Dort heißt es:

(1) Mitglieder, die im Ausland beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken, erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber.

Satz 1 gilt entsprechend für die nach § 10 versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen.

(2) Die Krankenkasse hat dem Arbeitgeber die ihm nach Absatz 1 entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu erstatten, in der sie ihr im Inland entstanden wären.

German Healthcare Portal for Expatriates

Durch dieses Gesetz verpflichtet sich der Arbeitgeber dazu, die im Ausland entstehenden Arztrechnungen für den Beschäftigten in voller Höhe vorzufinanzieren.

Danach kann das Unternehmen diese Rechnungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung, in der der Angestellte versichert ist, einreichen.

Leider birgt dieses Abrechnungsmodell eklatante Schwächen für die Akteure, da die gesetzliche Krankenversicherung nicht alle Leistungen vollständig anerkennt.

Zum einen werden die Differenzbeträge zwischen realen Kosten im Ausland und den tatsächlich erstatteten Beträgen durch die gesetzliche Krankenversicherung auf den Arbeitnehmer umgelegt, zum anderen sind nicht alle Leistungsbereiche im SGB geregelt. Kosten der Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschutz unterliegen §§ 195 bis 200g der Reichsversicherungsordnung (RVO) und werden von keinem Träger finanziert.

Diese Kosten kann der Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer in Rechnung stellen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese Kostenbelastung mit entsprechenden Versicherungsprodukten abzudecken.

Auch birgt dieses Abrechnungssystem datenschutztechnische Tücken. Voraussetzung für die Kostenerstattung bei den entsprechenden Krankenkassen sind detaillierte Rechnungen, die im Vorwege dem Arbeitgeber für die Vorfinanzierung an die Hand gegeben werden. Parallel hat aber der Arbeitgeber kein Recht, im Sinne des Datenschutzes diese Rechnungen, die Auskunft über Art der Erkrankungen erteilt, einzusehen.



Abrechnungsmodell

2.) Für Arbeitnehmer, die vorübergehend eine Beschäftigung in Frankreich ausüben und weiterhin in Deutschland gesetzlich versichert sind gibt es eine weitere Alternative. Sie können die Sachleistungen der französischen Krankenversorgung in Anspruch nehmen. Hiefür benötigen Sie das als Anspruchbescheinigung das Formular E106, das von ihrer zuständigen Krankenkasse ausgehändigt wird. Die entsprechenden Leistungen des französischen Systems sind in diesem Merkblatt bereits dargestellt.

Allerdings ist es aufgrund der Beitragshöhe und des Leistungsspektrums sinnvoll, bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung die Private Vollversicherung als ernstzunehmende Alternative zu diskutieren.

Leistungen der privaten Krankenversicherung im Ausland

Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Leistungen bei der privaten Krankenversicherung individuell von Versicherungsgesellschaft und Versicherungstarif abhängig.

Aus diesem Grunde kann man nicht wie bei der Gesetzlichen von einem einheitlichen Leistungskatalog sprechen.

Insbesondere hier zeichnet sich die Private jedoch dadurch aus, dass der Versicherte bei Antragstellung seinen Versicherungsschutz auch darüber hinaus im Rahmen der Tarife frei wählen kann.

Deshalb kann die private Krankenversicherungswirtschaft flexibel auf die Bedürfnisse der Expatriates reagieren und entsprechende Tarife entwickeln. Grundsätzlich gelten zur Definition der Basisleistung für alle Versicherungsgesellschaften jedoch die gleichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Jede Versicherung kann darüber hinaus Abweichungen, welche die AVB nicht niedriger stellen, frei gestalten. Diese individuellen Details des Leistungsanspruchs der einzelnen Tarife sind ferner in den Tarifbedingungen konkretisiert. Grundsätzlich ist das Leistungsversprechen privater Krankenversicherer höher. Eine Auflistung der Leistungsunterschiede beider Systeme im Detail würde den Rahmen dieser Broschüre allerdings sprengen.

Zu den Highlights der privaten Krankenversicherung gehören:

-die freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses auch im Ausland, der Status des Privatpatienten bei Ärzten und in Krankenhäusern (optimale Behandlung, da keine Restriktionen durch Budgets),

-Erstattung der Kosten für Zahnersatz von mindestens 60 Prozent (je nach Tarifwahl bis auf 100 Prozent steigerbar), je nach Tarif Einbettzimmer und Chefarztbehandlung, je nach Tarif Erstattung auch über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte,

-je nach Tarif Erstattung der Kosten für Heilpraktiker-Behandlung und Psychotherapie, Krankenversicherungsschutz außerhalb des Heimatlandes, höhere Erstattungssätze bei Arzneimittel, Hilfsmittel und Brillen.

Für den im Ausland beschäftigten Angestellten ist vor allem der Geltungsbereich der privaten Krankenversicherung relevant.

In den AVB § 1 Abs. 4 heißt es:

AVB § 1 Abs. 4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Einige deutsche Krankenversicherer bieten überdies Krankenversicherungsschutz ohne Limitierung in der Dauer des Aufenthalts, so dass diese Tarife eine interessante Alternative für alle im Ausland arbeitenden Deutschen sind.

Das German-Healthcare-Portal kooperiert verstärkt mit den Gesellschaften, die nicht nur einen vorübergehenden Aufenthalt abdecken, sondern auch Tarife bereitstellen, die auch dauerhaft Ansässige günstig versichern.



Tipps von Experten einholen!

Wann es sinnvoll sein kann, weiterhin Mitglied der gesetzlichen deutschen Krankenversicherung zu bleiben, wann eine Police für „Expatriates“ in Frage kommt oder ob ein Versicherungsschutz im Ausland die Lösung ist, erfährt man bei der Hotline des Kunden-Service-Centers vom **German-Healthcare-Portal**.

Die Spezialisten sind montags bis freitags von **9 bis 16 Uhr** (MEZ) zu erreichen. Die Beratung ist **kostenfrei. + 49 (0) 1805726536**



Bitte senden Sie mir ein konkretes Angebot zu.

Fax 0341-5614556

Firma/Einzelperson

Branche (bei Firma)

Straße

Citycode, Ort

Land

Geburtsdatum (bei Einzelperson)

Telefon

Fax

E-mail

Ansprechpartner (bei Firma)

Anzahl der Mitarbeiter (bei Firma)

Sonstiges

pkvonline.com
Kickerlingsberg 6
04105 Leipzig
Tel: 01805-726536
Fax 0341-5614556



German Healthcare Portal for Expatriates

Disclaimer

Das German-Healthcare-Portal ist eine Informationsplattform der pkvonline.com GmbH. Die in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen beruhen auf öffentlich zugänglichen Quellen, die die pkvonline.com GmbH für zuverlässig hält. Die pkvonline.com GmbH kann keine Garantie für die Richtigkeit, Aktualität oder Vollständigkeit der Angaben übernehmen, und keine Aussage in diesen Texten ist als solche Garantie zu verstehen. Alle Aussagen geben die aktuelle Einschätzung des Verfassers/der Verfasser wieder.

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Meinungen können sich ohne vorherige Ankündigung ändern. Die pkvonline.com GmbH übernimmt in keinster Art die Haftung für die Verwendung dieser Informationen oder deren Inhalt.

Weder diese Veröffentlichung noch ihr Inhalt noch eine Kopie dieser Veröffentlichung darf ohne die vorherige ausdrückliche Erlaubnis von der pkvonline.com GmbH auf irgendeine Weise verändert oder an Dritte verteilt oder übermittelt werden.

pkvonline.com GmbH
Kickerlingsberg 6
04105 Leipzig
Tel: 01805-726536
Fax 0341-5614556
Email info@germanhealthcare.org