

Schriftenreihe zur Auslandskrankenversicherung für Expatriates

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

Ländermerkblatt Norwegen



Stand 09/2004



German Healthcare Portal

for Expatriates

Deutsche Expatriates in Norwegen

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

Norwegen 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 Norwegen in der Überlegung steht, sollte im Vorfeld geprüft werden, inwieweit norwegisches 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 Norwegen 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 norwegisches Sozialversicherungsrecht angewendet, wenn der Expatriate in Norwegen 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 norwegisches Sozialrecht, heißt es nicht automatisch, dass der Beschäftigte einen adäquaten Versicherungsschutz in Norwegen besitzt. Unseren Erfahrungen nach möchten 80% der Expatriates lieber über das deutsche Krankenversicherungssystem versichert bleiben. Dies ist aufgrund der Selbstbeteiligungen bei den Krankheitskosten in Norwegen gut nachzuvollziehen. Beispielhaft seien zudem die Rechnungsabwicklung und Versicherungsbedingungen in norwegischer 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 Norwegen. 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 Expatriate 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.

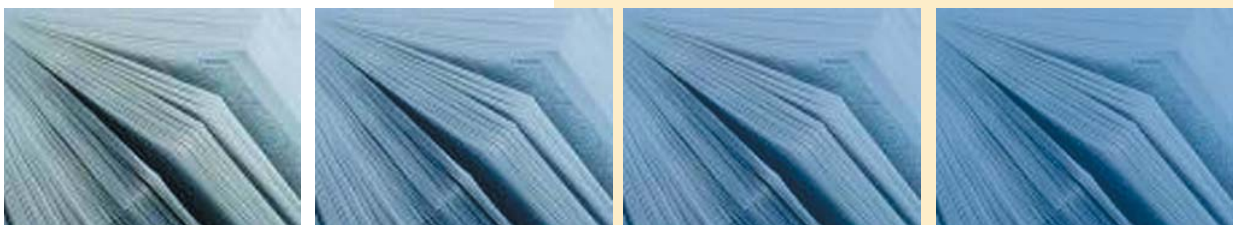
Um eine Entsendung handelt es sich auch dann, wenn

- 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“ zu beantragen ist und von dieser Institution auch genehmigt wird.

www.germanhealthcare.org

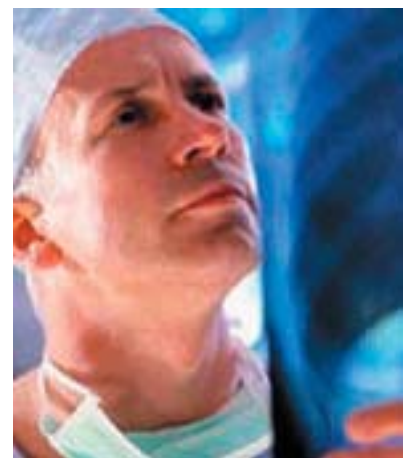


Die norwegische Krankenversorgung

Beim norwegischen Gesundheitssystem handelt es sich um ein universelles System; alle Einwohner/innen Norwegens sind versichert. Das System wird zum größten Teil staatlich finanziert und verwaltet. Die Krankenhausunterbringung und -behandlung, einschließlich der Arzneimittel, ist für alle Versicherten unentgeltlich. Dies ergibt sich aus den Vorschriften des Gesetzes zur fachärztlichen medizinischen Versorgung und des Gesetzes zum Schutz der psychischen Gesundheit. Im Fall von Behandlungen außerhalb des Krankenhauses finden die Vorschriften des Gesetzes über Gesundheitsdienste der Kommunen und das Volksversicherungsgesetz Anwendung.

Das Volksversicherungsgesetz bildet die gesetzliche Grundlage für Geldleistungen im Krankheitsfall. Versichert ist eine Person mit einem Jahreseinkommen in Höhe von mindestens der Hälfte des Grundbetrages (NOK 25.680, 3.489 €), die mindestens 14 Tage beschäftigt war.

Norwegen hat ein universelles Gesundheitssystem, das gemäß dem Subsidiaritätsprinzip mit einer Aufgabenverteilung an die Regionen und Kommunen stark dezentralisiert wurde. Seit dem 1. Januar 2002 erfolgt die Verwaltung der meisten öffentlichen Krankenhäuser jedoch zentral durch den Staat.



German Healthcare Portal for Expatriates

Leistungen

Was die Sachleistungen anbelangt, sind die Kommunen zuständig für die Abwicklung der Primärversorgung (bis zum 1. Januar 2002), die Regionen oder Distrikte für die fachärztliche Versorgung. Das Ziel der Gesundheitsreform von 1993 war eine bessere Ausgabenkontrolle und die Einführung einer besseren geografischen Verbreitung der medizinischen Versorgung. Auf der Grundlage von Gesetzesänderungen wird lediglich die medizinische Behandlung im Rahmen des offiziellen Gesundheitsversorgungsplans von den staatlichen Versicherungssystemen erstattet und von den Kommunen / Distrikten unterstützt.

Niedergelassene Ärzte (die überwiegend selbstständig sind) müssen mit der Kommune oder den Regionen vertragliche Vereinbarungen eingehen, um eine Vergütung der Behandlung zu erhalten. Auf der Grundlage einer solchen Vereinbarung können sie dem Patienten nicht mehr als die gebührenden Honorare in Rechnung stellen. Eine neue Reform, die am 1. Juni 2001 in Kraft trat, verpflichtet die Hausärzte, Patienten in eine ständige Kartei aufzunehmen. Die Reform heißt „Das Hausarztsystem“. Jeder Hausarzt darf 1.500 Patienten in seine Kartei aufnehmen, in der Regel sind jedoch 1.200 Patienten eingetragen.

Die Sachleistungen des staatlichen Gesundheitssystems umfassen Untersuchung und Behandlung im Krankheitsfall und bei Krankheitsverdacht durch den Hausarzt, Fachärzte, Polikliniken, Krankenhäuser, Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchungen, Psychologen und eine begrenzte jährliche Anzahl von Behandlungen beim Physiotherapeuten. Verordnete Arzneimittel gehören ebenfalls dazu. Behandlungen durch Chiropraktiker werden ebenfalls übernommen, jedoch in sehr begrenztem Umfang. Die Hausärzte erfüllen eine Lotsenfunktion im System und jede Behandlung muss von ihnen verordnet werden.

Der Patient muss eine Zuzahlung zu den Behandlungskosten durch einen Hausarzt oder einen Facharzt außerhalb des Krankenhauses leisten, ebenso zur psychologischen Behandlung, zur Verordnung wichtiger Arzneimittel und zu den Transportkosten in Verbindung mit Untersuchungen oder Behandlungen. Die Kommune und/oder das staatliche Versicherungssystem übernehmen den Hauptteil der Kosten. Es gibt keine Zuzahlung für Kinder unter 7 Jahren, für Schwangere und Personen mit bestimmten Krankheiten.

Bei wichtigen Arzneimitteln besteht eine Zuzahlung in Höhe von 35 % des Preises mit einer Obergrenze von NOK 300 (40,76 €). Bei registrierten lebensnotwendigen Arzneimitteln entfällt die Zuzahlung. Die Zuzahlung, die beispielsweise ein Erwachsener für die Behandlung durch einen Hausarzt leisten muss, beläuft sich auf NOK 110 (14,95 €) für jede Konsultation und beträgt 36 % der Kosten für wichtige Arzneimittel (maximal NOK 360 (48,92 €) pro Verordnung). Im Fall weiterer Verordnungen wird bei Empfang einer Dreimonatspackung eine neue Zuzahlung geleistet.

Eine Befreiung von der Zuzahlung gibt es bei bestimmten Krankheiten und für bestimmte Kategorien von Personen.

Für die Zuzahlung wurde eine Höchstgrenze eingeführt. Sie wird vom Parlament jeweils für die Dauer eines Jahres festgelegt. Im Jahr 2002 beträgt sie NOK 1.350 (183,42 €).

Zahnärztliche Versorgung erhalten Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres ebenso wie Personen ohne ausreichende Mittel - diese jedoch innerhalb bestimmter Grenzen. Im Fall bestimmter ernsthafter Zahnerkrankungen wird ein Teil der Behandlungskosten von der staatlichen Versicherung übernommen. Die Gewährung all dieser Leistungen muss ausreichend sein und wird als notwendig betrachtet. Das System umfasst ebenfalls Transportkosten in Verbindung mit Untersuchungen oder Behandlungen.

Geldleistungen: Ein Versicherter/ eine Versicherte, der über ein Jahreseinkommen in Höhe von mindestens 50 % des Grundbetrages (NOK 25.680, 3.489 €) verfügt, hat Anspruch auf Krankentagegeld im Fall von Krankheit, wenn er/sie aufgrund der Krankheit arbeitsunfähig ist. Es ist im Allgemeinen erforderlich, dass die Dauer der beruflichen Tätigkeit mindestens 14 Tage umfasste. Angestellte erhalten eine Leistung in Höhe von 100 % des ruhe-gehaltfähigen Einkommens bis zu einem Höchstbetrag von 6 Grundbeträgen (NOK 308.160, 41.869,40 €); diese Leistung wird vom ersten Krankheitstag an für die Dauer von 260 Tagen (52 Wochen) gezahlt. Im Krankheitsfall leistet der Arbeitgeber das Krankentagegeld während der ersten 16 Kalendertage, danach tritt die staatliche Versicherung ein.

German Healthcare Portal for Expatriates

Beiträge

Geldleistungen werden durch Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge und vom Staat finanziert. Der Beitrag wird als Prozentsatz des Einkommens ohne Höchstgrenze berechnet. Durch diesen Beitrag werden die Risiken Krankheit, Invalidität, Alter, Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle, Mutterschaft, Tod, Familienleistungen und Gesundheitsversorgung abgesichert, die auf staatlicher Ebene erbracht wird (Volkerversicherungsgesetz). Die Beiträge sind nicht an eine bestimmte Leistung oder einen bestimmten Geldbetrag im staatlichen Versicherungssystem gebunden. Auf diese Weise kann der Beitrag als eine gewöhnliche Steuer betrachtet werden. Der Staat deckt die Differenz zwischen den Beitragseinnahmen und den Gesamtausgaben des Systems.

Mit der Ausnahme von Leistungen, die über das NI-System abgedeckt sind, wurden Sachleistungen bis zum 1. Januar 2002 von den Kommunen und den Bezirken in Kombination mit pauschalen staatlichen Finanzaufweisungen an die Kommunen/Bezirke finanziert. Die Versorgung im Krankenhaus beinhaltete eine unentgeltliche Unterbringung, die vom Staat durch allgemeine Steuern finanziert wurde. Die Behandlung außerhalb von Krankenhäusern wird zum Teil durch die vom Patienten zu entrichtenden Honorare, die Kommunen und das staatliche Versicherungssystem 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 Norwegen dargestellt.



Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Norwegen

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 Norwegen 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 in der Familienversicherung mitversichert sind, genießen den gleichen Krankenversicherungsschutz im Ausland. Problematisch ist in diesem Zuge die Abwicklung der Leistungen, da in Norwegen die deutschen Krankenkassen nicht mit den Leistungsträgern in Norwegen vertraglich kooperieren.

Mit Hilfe des 17 § SGB V wurde diese Gesetzeslücke geschlossen.

Dort heißt es:

§ 17 Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

(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 Norwegen ausüben und weiterhin in Deutschland gesetzlich versichert sind gibt es eine weitere Alternative. Sie können die Sachleistungen der norwegische Krankenversorgung in Anspruch nehmen. Hiefür benötigen Sie das als Anspruchbescheinigung das Formular E106, das von ihrer zuständigen Krankenkasse ausgehändigt wird. Die entsprechenden Leistungen des norwegischen 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 Arzneimitteln, Hilfsmitteln 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 nur 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