

Produktblatt
Auslandskrankenversicherung Jahrespolice

Versicherer: ARAG Krankenversicherungs-AG
Tarif: RK-J, RK-J70, RK-JF
Stand: 05/2018

Nr.	Was	Bewertung	Bemerkung
	Leistungen		
1	Nur private oder auch berufliche Reisen	●	Alle Auslandsreisen. (§1 (1))
2	Rücktransport	●	Medizinisch sinnvoll und vertretbar, stationäre Behandlung voraussichtlich mehr als 14 Tage, Kosten Behandlung höher als Transport. (§2 (6g))
3	Vorerkrankungen	●	Keine Erstattung von Behandlungen bei denen vor Reiseantritt auf Grund einer ärztlichen Diagnose durchgeführt werden müssen. (§5 (1a))
4	Transportfähigkeit	●	Bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit. (§2 (6))
5	Behandler	●	Zugelassene Ärzte und Zahnärzte (§4 (1))
6	Reha / Kur	●	Keine Erstattung. (§5 (1i))
7	Zahnersatz	●	Schmerzstillende Behandlung, einfache Zahnfüllungen, Reparaturen Zahnersatz. (§2 (6c))
8	Krieg	●	Keine Behandlung für Folgen von Kriegsereignissen (Land in dem Reisewarnung des Auswärtigen Amts besteht) oder aktiver Teilnahme an inneren Unruhen. (§5 (1c))
9	Schwangerschaft und Geburt	●	Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburt vor Beedingung 36. SSW, Fehlgeburt. (§1 (2))
10	Kindernachversicherung	●	Ab Geburt, wenn mindestens ein Elternteil versichert ist, kann bis drei Monate im Nachhinein gemeldet werden. (§2 (2))
11	Rettungs- und Bergungskosten	●	Keine Angaben.
12	Reisedauer	●	42 Tage (§1 (5))

13	Preise und Altersstaffel		
	Einzel		Bis 69 Jahre: 8€ AB 70 Jahre: 20€
	Paare, Familie		Bis 69 Jahre: 24€ An 70 Jahren nur noch Einzelversicherung.
	Allgemeines		
	Spezialisiert	●	Nein
	Online Schadensmeldung	●	Nein
	Größe in Dt. nach Umsatz		
	24 Stunden Notrufnummer	●	Ja
	Online Antrag	●	Ja
	Verlängerung möglich	●	Nein
	Müssen erst die anderen Zahlen	●	Eigentlich ja, treten aber in Vorleistung. (§5 (4))
	Unser Tipp, Persönliche Erfahrung		Keine

Wichtiger Hinweis: Die Inhalte dieser Website und Videos werden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Die A + E GmbH übernimmt jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte. Die Nutzung der Inhalte der Website und der Videos erfolgt auf eigene Gefahr. Eine Haftung der A + E GmbH für die falsche Verwendung der Inhalte ist ausgeschlossen. Gültig sind ausschließlich die Bedingungen, Beiträge und Tarifbeschreibungen der Versicherungsgesellschaften. Die Videos stellen keine Rechtsberatung oder Versicherungsberatung dar. Bei den Angeboten und Versicherungsvergleichen wurden nicht alle Versicherungsgesellschaften und Angebote weltweit berücksichtigt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RK-J, RK-J70 und RK-JF

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall (vgl. auch § 5) Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, Verschlechterung des Gesundheitszustands oder Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

Ferner gelten als Versicherungsfall medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburt vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburt und notfallbedingtem Schwangerschaftsabbruch.

- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antragsvordruck, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Kein Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland und in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.
- (5) Der Versicherungsschutz besteht für die ersten 42 Tage aller vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden. Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthalts, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist. § 2 Absatz 6 gilt entsprechend. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
- (6) Versicherungsfähig sind Personen, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt. Personen ab dem vollendeten 70. Lebensjahr können ausschließlich den Tarif RK-J70 abschließen.

Als Familienangehörige im Sinne des Tarifs RK-JF zählen – sofern sie im Versicherungsschein namentlich aufgeführt (bzw. nachgemeldet) sind und im gemeinsamen Haushalt leben – der Ehepartner bzw. Lebensgefährte des Versicherungsnehmers und die unterhaltsberechtigten Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Vermindert sich die Anzahl der im Tarif RK-JF versicherten Personen wegen Entfalls der Versicherungsfähigkeit (siehe Satz 3) und verbleiben dadurch weniger als drei Personen im Tarif, so erfolgt für die verbleibenden Personen automatisch die Umstellung in den Tarif RK-J.

Die in Satz 1 und 3 genannten Voraussetzungen sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Sind sie nicht gegeben, besteht trotz Beitragszahlung kein Versicherungsschutz.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn, beim Prospektantrag frühestens Datum des Faxeingangs bzw. des deutschen Poststempels bei Zusendung des Antrags, beim Onlineantrag frühestens Tag der Absendung des Onlineantrags), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags, nicht vor Zahlung des Beitrags und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts. Die Erteilung einer Einzugsermächtigung gilt als Zahlung des Beitrags, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann oder wenn die Einlösung der Lastschrift aus Gründen verhindert wird, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer in einem der Tarife RK-J, RK-J70 oder RK-JF versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zu diesem Tag in Textform (zum Beispiel Fax, E-Mail) erfolgt. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

Die rückwirkende Mitversicherung ab Geburt bzw. Adoption ist nur möglich, soweit für das Neugeborene bzw. für das Adoptivkind kein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Ausland besteht.
- (3) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- (4) Im Tarif RK-JF endet der Versicherungsschutz einzelner Personen zum Ende des Versicherungsjahres, in dem sie aus dem gemeinsamen Haushalt ausziehen oder bei mitversicherten Kindern, in dem die Unterhaltspflicht entfällt, spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in das ihr 18. Geburtstag fällt; die Versicherung kann durch Abschluss des Tarifs RK-J fortgesetzt werden.

In den Tarifen RK-J und RK-JF endet darüber hinaus der Versicherungsschutz für die betroffene Person mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das 70. Lebensjahr vollendet wird; die Versicherung kann durch Abschluss des Tarifs RK-J70 fortgesetzt werden.
- (5) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Auslandsaufenthalts bzw. des Versicherungsverhältnisses. Er endet darüber hinaus mit Ablauf des 42. Tages eines Auslandsaufenthalts.
- (6) Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrags

- (1) Der Versicherungsvertrag wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen.

Wird er nicht in Textform durch den Versicherungsnehmer bzw. schriftlich durch den Versicherer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat gekündigt, so verlängert er sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr.
- (2) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr.
- (3) Wird die Versicherung auf einem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Vordruck bzw. online beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks bzw. Onlineantrags beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Absendung (Datum des deutschen Poststempels bzw. Datum der Faxesendung bzw. Tag der Absendung des Onlineantrags) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene (bei Verwendung des Auslandsreise-Prospekts A 826) bzw. zugesandte Durch-

schrift des Antragsvordrucks bzw. (bei Onlineantragstellung) der Ausdruck oder das vom Antragsteller abgespeicherte Dokument des Onlineantrags.

- (4) Vollendet eine innerhalb der Tarife RK-J bzw. RK-JF versicherte Person das 70. Lebensjahr, so endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Ende des laufenden Versicherungsjahres.

Entsprechendes gilt im Tarif RK-JF bei Vollendung des 18. Lebensjahres oder Beendigung der Unterhaltspflicht bei mitversicherten Kindern oder Auszug aus dem gemeinsamen Haushalt bei mitversicherten Personen.

Die betroffene Person kann die Versicherung durch Abschluss des Tarifs RK-J70 bzw. RK-J fortsetzen.

- (5) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (6) Der Versicherungsvertrag endet mit der Aufgabe des ständigen Wohnsitzes des Versicherungsnehmers in der Bundesrepublik Deutschland, es sei denn, es wird eine anderweitige Vereinbarung getroffen. Für den Fall der Aufgabe des ständigen Wohnsitzes einer versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland endet insoweit das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel zudem aus der Apotheke oder vom Behandler bezogen werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, soweit erkennbar über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Nicht gewählt werden können Krankenhäuser, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen sowie Rekonvaleszenten aufnehmen, es sei denn, dass nachweislich ein Notfall vorliegt und es sich um das nächstgelegene Krankenhaus handelt.
- (4) Es ist das am Aufenthaltsort befindliche bzw. nächsterreichbare geeignete Krankenhaus in Anspruch zu nehmen.
- (5) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin im Reiseland oder in der Bundesrepublik Deutschland überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis des entsprechenden Reiselands oder der Bundesrepublik Deutschland als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (6) Soweit dieser Tarif Leistungen vorsieht, sind Kosten erstattungsfähig:
 - a) für ärztliche Heilbehandlung;
 - b) für Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;

- c) für schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
- d) für Röntgendiagnostik;
- e) für stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt; bei einem Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes bis zu zwölf Jahren sind zusätzlich die Kosten der Unterkunft einer nahestehenden Person im selben Krankenzimmer erstattungsfähig;
- f) für den notwendigen Transport zur erforderlichen Erstversorgung zum nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und den gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransport von der Erstversorgungseinrichtung zum nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus;
- g) für die Mehraufwendungen für einen Rücktransport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus in Wohnortnähe der versicherten Person, sofern eine der nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt wird:
 1. Der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar;
 2. Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich noch 14 Tage;
 3. Die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten für den Rücktransport.

Der Versicherer übernimmt auch die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist;

- h) die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthalts durch Überführung an den ständigen deutschen Wohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.250 Euro; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Behandlungen, von denen aufgrund ärztlicher Diagnose bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. Lebenspartners gemäß §1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) oder eines Verwandten ersten Grades (Eltern, Kinder) im Ausland unternommen wurde;
 - b) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
 - c) für solche Krankheiten einschließlich deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse in einem Land, für das vor Reiseantritt durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;
 - d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - e) für ambulante Psychoanalyse und -therapie;
 - f) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen außer in den Fällen von §1 (2); Kostenersatz wird auch geleistet, wenn der Auslandsaufenthalt infolge des vorherigen Eintritts eines Versicherungsfalles oder dessen Folgen über die 36. Schwangerschaftswoche hinaus ausgedehnt werden musste;

- g) für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie;
 - h) für Hilfsmittel mit Ausnahme von Gehgips, Liegeschalen, Bandagen und ärztlich verordneten Gehstützen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
 - i) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - j) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
 - k) für Behandlung durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder; Sachkosten werden erstattet;
 - l) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Kostenersatz im Sinne von § 4 Absatz 6 a) bis f) wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.
- (3) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (4) Soweit für den Versicherungsfall Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht werden können, gehen diese den Ansprüchen aus diesem Vertrag vor, und zwar auch dann, wenn diese Ansprüche ebenfalls aufgrund einer Subsidiaritätsklausel nachrangig sind. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die erforderlichen Unterlagen sollen spätestens drei Monate nach Beendigung der Reise bzw. dem Rücktransport, der Überführung oder Bestattung eingereicht werden.
- (2) Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen und Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung enthalten. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Absatz 4 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
- (3) Zum Nachweis eines notwendigen Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Krankheit einzureichen.
- (4) Bei einem Rücktransport gemäß § 4 Absatz 6 Buchstabe g) ist die Erfüllung der dort aufgeführten Voraussetzungen auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.
- (5) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.
- (6) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

- (7) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (8) Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- (9) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.
- (10) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Für Tarif RK-J beträgt der Beitrag je versicherte Person 8 Euro, für Tarif RK-J70 20 Euro. Für Tarif RK-JF beträgt der Beitrag für den Versicherungsnehmer einschließlich der Familienangehörigen 24 Euro gemäß § 1 Absatz 6.
- (2) Der Erstbeitrag wird bei Abschluss des Vertrags – jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn – fällig. Die Folgebeiträge werden zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres fällig.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 8 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist unverzüglich nach ihrem Beginn unter Angabe der Versicherungsnummer anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 6) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Änderungen der Anzahl der versicherten Personen im Tarif RK-JF (zum Beispiel bei Versicherung weiterer Personen oder Entfall der Unterhaltspflicht) müssen der Hauptverwaltung rechtzeitig vor Beginn der nächsten Auslandsreise angezeigt werden.

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Haben der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) 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.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 11 Aufrechnung

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

§ 12 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 13 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Die Tarife RK-J, RK-J70 und RK-JF (Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich Versicherungsbeitrag) können vom Versicherer nur zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

§ 14 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag – Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der

Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 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 infolgedessen 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.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft – Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuches gelten entsprechend.