

Produktblatt
Auslandskrankenversicherung Jahrespolice

Versicherer: R+V Krankenversicherung AG
Tarif: FernWeh (ARED) und FernWeh Familie (ARFD)
Stand: 11/2017

Nr.	Was	Bewertung	Bemerkung
	Leistungen		
1	Nur private oder auch berufliche Reisen	●	Alle Auslandsreisen. (§1 (1))
2	Rücktransport	●	Medizinisch sinnvoll, Kosten Weiterbehandlung im Ausland übersteigen Transportkosten, Voraussichtliche stationäre Behandlung länger als 14 Tage. (§4 (4h))
3	Vorerkrankungen	●	Keine Erstattung für medizinische Versorgung, von der bei Reiseantritt feststand, dass sie durchgeführt werden muss. (§5 (1b))
4	Transportfähigkeit	●	Behandlung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit. (§7 (2))
5	Behandler	●	Ärzte und Zahnärzte (§4 (1))
6	Reha / Kur	●	Keine Erstattung. (§5 (1g))
7	Zahnersatz	●	Schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung, Reparaturen von Zahnersatz. (§4 (4b))
8	Krieg	●	Keine Erstattung für Folgen von Kriegsereignissen, inneren Unruhen oder Terrorakten die auf Grund einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorhersehbar waren oder durch aktive Teilnahme verursacht worden sind. (§5 (1c))
9	Schwangerschaft und Geburt	●	Unvorhersehbare akute Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburt (vor Vollendung der 37. SSW) und Fehlgeburten. Behandlung von Mutter und Kind bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit. (§4 (4a))

10	Kindernachversicherung	●	Versicherungsschutz für im Ausland Neugeborene ab Vollendung der Geburt, wenn ein Elternteil mind. 3 Monate im Tarif ARED oder ARFD versichert ist und die Anmeldung des Kindes zwei Monate rückwirkend nach der Geburt erfolgt. In Deutschland neugeborene Kinder müssen unverzüglich, spätestens vor Grenzüberschreitung gemeldet werden. (§2 (3) + §4 (4a))
11	Rettungs- und Bergungskosten	●	Keine Aussage.
12	Reisedauer	●	45 Tage (§1 (5))
13	Preise und Altersstaffel		
	Einzel		Bis 64 Jahre: 10,80€ Ab 65 Jahre: 46,80€
	Paare, Familie		22,80€
	Allgemeines		
	Spezialisiert	●	Nein
	Online Schadensmeldung	●	Nein
	Größe in Dt. nach Umsatz		
	24 Stunden Notrufnummer	●	Ja
	Online Antrag	●	Ja
	Verlängerung möglich	●	Ja, es kann eine Tagespolice angehängt werden.
	Müssen erst die anderen Zahlen	●	Eigentlich ja, treten aber in Vorleistung.
	Unser Tipp, Persönliche Erfahrung		Keine Erfahrungen.

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 FernWeh (ARED) für Einzelpersonen und FernWeh Familie (ARFD) (AVB/AR)

gültig ab 01.11.2017

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland (außerhalb der Bundesrepublik Deutschland). Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. 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 gelten auch Schwangerschaft und Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Aufnahme- und Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz bzw. gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland. Der Versicherer ist berechtigt, entsprechende Nachweise zu verlangen.
- (5) Versicherungsschutz besteht für die jeweils ersten 45 Tage eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der versicherten Person.

Für einen längeren Auslandsaufenthalt kann der Versicherungsschutz auf Anfrage beim Versicherer mit einer besonderen Vereinbarung beitragspflichtig verlängert werden.
- (6) Verlegt eine versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass für die Dauer des ständigen Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthaltes in einem solchen Staat weder in diesem noch in der Bundesrepublik Deutschland Versicherungsschutz besteht.
- (7) In dem Tarif FernWeh (ARED) ist jeweils die namentlich im Versicherungsschein als Versicherter genannte Person versichert.

In dem Tarif FernWeh Familie (ARFD) können der Versicherungsnehmer, dessen Ehepartner, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder Lebensgefährtin bis einschließlich Alter 64 (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) versichert werden, ferner die Kinder des Versicherungsnehmers bzw. dessen Ehe-, Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder Lebensgefährtin bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. Zu den Kindern zählen auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder. Die versicherten Personen müssen in häuslicher Gemeinschaft leben.

Die versicherten Personen werden im Versicherungsschein dokumentiert. Für die älteste nach Tarif ARFD versicherte Person wird im Versicherungsschein der Tarif ARFD ausgewiesen. Ehepartner, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz bzw. Lebensgefährtin werden

im Versicherungsschein durch die Bezeichnung ARPD, mitversicherte Kinder durch die Bezeichnung ARKD kenntlich gemacht.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass mitzuversichernde Personen im Sinne von Satz 2 unter Angabe von Vorname, Nachname, Geburtsdatum und Adresse dem Versicherer vor Grenzüberschreitung ins Ausland in Textform zur Mitversicherung gemeldet werden.

- (8) Tätigkeits- und Geschäftsgebiet des Versicherers ist die Bundesrepublik Deutschland. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe § 3 Absatz 2), wenn der erste Beitrag rechtzeitig im Sinne von § 8 Absatz 6 (sofort nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. bei späterem Beginn zu diesem Zeitpunkt) gezahlt wird, jedoch nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.

Bei verspäteter Beitragszahlung beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem der erste Beitrag gezahlt wird, es sei denn, der Versicherungsnehmer weist nach, dass er die verspätete bzw. Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Der Versicherungsvertrag kann nur vor Grenzüberschreitung ins Ausland beantragt werden. Der frühestmögliche Versicherungsbeginn ist, soweit nicht anders vereinbart, der Tag der Antragstellung.

- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- (3) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil entweder
- a) mindestens drei Monate beim Versicherer nach einem Tarif ARED oder ARFD versichert ist und die Anmeldung des Kindes zur Versicherung nach Tarif ARED spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt oder
 - b) ein Elternteil beim Versicherer nach Tarif ARFD versichert ist und das Kind unverzüglich, spätestens vor Grenzüberschreitung ins Ausland zur Versicherung nach Tarif ARFD gemeldet wird (siehe auch § 9 Absatz 6 und § 10).

Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

- (4) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.
- (5) Die Absätze 3 und 4 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Ausland besteht.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrags

- (1) Der Versicherungsvertrag kann nur vor Grenzüberschreitung ins Ausland beantragt werden. Der frühestmögliche Versicherungsbeginn ist der Tag der Antragstellung.
- (2) Der Versicherungsvertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheines oder einer Annahmeerklärung des Versicherers in Textform zustande.
- (3) Der Versicherungsvertrag wird je Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Vertrag

weder vom Versicherungsnehmer noch vom Versicherer zuvor mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres in Textform gekündigt wird oder wegen eines sonstigen Beendigungsgrundes endet (siehe auch §§ 13 bis 15 AVB/AR).

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 4 Umfang der Leistungen

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland für Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (4) Der Versicherer erbringt die nachfolgend aufgeführten Leistungen. Sonstige Leistungen, z. B. für Sehhilfen, sind nicht erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind ausschließlich Aufwendungen für:

a) ärztliche Leistungen

Versichert sind auch unvorhergesehen auftretende akute Schwangerschaftskomplikationen einschließlich medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruchs, Frühgeburt (vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche) und Fehlgeburt einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Neugeborenem entstehenden Behandlungskosten;

b) zahnärztliche Leistungen

Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz einschließlich konfektionierter Kurzzeitprovisorien in einfacher Ausführung, nicht aber für die darüber hinausgehende Neuanfertigung von Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken, Implantate) und Kieferorthopädie;

c) Arzneimittel

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel;

d) Heilmittel

Als Heilmittel gelten Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, ferner Chiropraktik und Osteopathie durch Angehörige hierfür zugelassener Berufe;

e) Hilfsmittel

Ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung, die während der versicherten Reise erstmals erforderlich werden, nicht jedoch Sehhilfen und Hörgeräte;

f) stationäre Heilbehandlung

Bei stationärer Heilbehandlung, auch wegen akuter Schwangerschaftskomplikationen (siehe Absatz 4 a), in einem Krankenhaus Unterkunft, Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen sowie zusätzliche Kosten für die erforderliche

Unterbringung von versicherten minderjährigen Kindern im Krankenhaus bei stationärer Heilbehandlung eines Elternteils.

Bei stationärer Heilbehandlung eines versicherten Kindes die zusätzlichen Unterbringungskosten einer versicherten erwachsenen Begleitperson im Krankenhaus. Anstelle von Kostenersatz für die stationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 40 EUR pro Tag gewählt werden;

g) Transporte

Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch Rettungsdienste einschließlich des gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransports sowie bis zu 100 EUR je Versicherungsfall den Transport vom Krankenhaus oder Notfallarzt zurück zur Unterkunft;

h) Rücktransportkosten

Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland, wenn mindestens einer der folgenden Fälle zutrifft:

ha) der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll sowie vertretbar und dies wird durch ärztliche Unterlagen belegt oder der Versicherer hat vor dem Rücktransport hierfür eine Leistungszusage in Textform erteilt;

hb) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten des Rücktransportes;

hc) nach der Prognose des behandelnden ausländischen Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.

Durch Rücktransporte ersparte Kosten für die geplante Rückreise sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

i) Bestattungskosten, Überführungskosten

Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen. Dies sind ausschließlich die unvermeidbaren Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort;

j) längere Erkrankung, hilfebedürftige Kinder

Dauert ein Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage und wird ärztlich attestiert, dass die erkrankte Person aus medizinischen Gründen länger andauernd nicht transportfähig sein wird, organisiert der Versicherer auf Antrag die Reise des Ehepartners, Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Es werden höchstens die Kosten eines Business-class-Flugs bis maximal 1.300 EUR erstattet. Die Kosten des Aufenthaltes vor Ort sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr

sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag die Rückreise der Kinder soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden Mehrkosten. Diese sind dem Versicherer detailliert nachzuweisen;

k) Telefonkosten

Der Versicherer erstattet die im Versicherungsfall für die Kontaktaufnahme mit dem Versicherer über die von ihm zur Verfügung gestellte 24-Stunden-Hotline entstandenen Kosten. Diese sind durch eine Telefonkostenrechnung mit Einzelverbindungsachweis zu belegen.

- (5) Auf Anfrage unterstützt der Versicherer den Versicherungsnehmer bzw. die Versicherte Person, gegebenenfalls durch qualifizierte Dienstleister insbesondere mit folgenden Leistungen
- Informationen über Möglichkeiten der medizinischen Versorgung,
 - Nennung von Ärzten im Aufenthaltsland,
 - Kontaktaufnahme zum Hausarzt des Betroffenen,
 - Vermittlung des Kontakts/Informationsaustausches zwischen den behandelnden Ärzten/Krankenhausärzten und dem Hausarzt,
 - Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers,
 - Organisation von Rücktransporten nach § 4 Absatz 5h) bzw. Bestattung oder Überführung nach § 4 Absatz 5i).
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - b) für medizinische Versorgung im Ausland, von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden musste, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz bzw. in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
 - c) für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle aufgrund von Kriegsereignissen, Terrorakten oder inneren Unruhen, die wegen einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorhersehbar waren oder die durch aktive Teilnahme an diesen verursacht sind;
 - d) für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - e) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - f) für Untersuchung und Behandlung wegen künstlicher Befruchtung;
 - g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;

- h) für Eigenbehandlungen und Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dabei werden die Verhältnisse im jeweiligen Aufenthaltsland zugrundegelegt.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Soweit im Versicherungsfall Anspruch auf Leistungen aus Verträgen mit anderen Versicherungsträgern oder Körperschaften öffentlichen Rechts (z.B. gesetzliche Krankenkassen) besteht, geht ein solcher Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Dies gilt auch, wenn der andere Versicherungsträger ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart hat. Macht die versicherte Person unter Vorlage der Originalbelege Leistungsansprüche zunächst bei der R+V Krankenversicherung AG geltend, wird diese im tariflichen Umfang in Vorleistung treten.
- (5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise (diese werden Eigentum des Versicherers) erbracht sind:
- a) der Anspruch ist durch Belegurschriften nachzuweisen;
- b) die Belege müssen grundsätzlich enthalten:
- Name und Anschrift des Ausstellers, Ausstellungsdatum, Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der behandelten Person;
- ärztliche/zahnärztliche Rechnungen zusätzlich: Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der einzelnen ärztlichen/zahnärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten;
 - Arznei-,Heil-,Hilfsmittelbezug:
Verordnungen zusätzlich: Art und Menge; Rechnungen darüber hinaus: Preis, Bezugsdatum, Quittung;
 - Krankenhausrechnungen zusätzlich:
Aufnahme- und Entlassungsdatum Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der Leistungen;
- c) der Anspruch auf Erstattung von Rücktransportkosten ist außerdem durch geeignete Nachweise nach § 4 Absatz 4 h) zu begründen. Die geltend gemachten Leistungen sind spezifiziert nachzuweisen;
- d) der Anspruch auf Erstattung von Bestattungs-/Überführungskosten ist außerdem durch eine amtliche Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen. Die geltend gemachten Leistungen sind spezifiziert nachzuweisen;
- e) der Anspruch auf Telefonkosten ist mit einem detaillierten Einzelverbindungs nachweis zu den Verbindungskosten nachzuweisen;
- f) Transportkosten für die Rückkehr zur Unterkunft sind mit einer Rechnung, aus der sich zusätzlich Tag, Uhrzeit sowie Abfahrts- und Ankunftsort ergeben, nachzuweisen.

- (2) 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.
- (3) 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 nach "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.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen - mit Ausnahme auf ein inländisches Konto - können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, siehe aber Absatz 2.
- (2) Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn des Versicherungsjahres per SEPA-Lastschriftmandat zu entrichten.
- (2) Bestehen beim Versicherer unter der gleichen Versicherungsnummer weitere Tarife mit abweichender Zahlungsweise, kann die Beitragszahlung in der gleichen Form wie für diese Tarife erfolgen. Die Beitragsraten sind bei monatlicher Zahlung am Ersten eines jeden Monats bzw. bei halbjährlicher Zahlung zum 01.01. und 01.07. eines jeden Jahres fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbeitrag vom Änderungszeitpunkt bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. vom Versicherer zurückzuzahlen.
- 3) Für die Versicherung nach Tarif ARED werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 0 bis 64 und ab 65 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.
- 4) Für die Festsetzung der Beiträge nach Tarif ARFD wird eine Beitragsgruppe für Alter 0 bis 64 Jahre gebildet.
 - a) Vollendet das älteste der nach Tarif ARFD versicherten Familienmitglieder das 64. Lebensjahr, wird dessen Versicherungsverhältnis zum Beginn des folgenden Kalenderjahres zu dem dann gültigen Neuzugangsbeitrag für Personen ab Alter 65 in Tarif ARED umgestellt.
 - b) Vollendet ein nach Tarif ARFD mitversichertes Kind das 25. Lebensjahr, wird das insoweit bestehende Versicherungsverhältnis zum Beginn des Folgemonats zu dem dann gültigen Neuzugangsbeitrag für Personen im Alter von 0 bis 64 in Tarif ARED umgestellt.

- c) Die Versicherungsverhältnisse der anderen dem Versicherer zu Tarif ARFD gemeldeten Familienmitglieder bleiben unverändert bestehen, siehe aber Absatz 5.
- 5) Ist der Gesamtbeitrag für Versicherungen nach Tarif ARED günstiger als der Beitrag des Tarifs ARFD, werden auch die nach Tarif ARFD versicherten Familienmitglieder zum gleichen Termin und zudem dann gültigen Neuzugangsbeitrag der Beitragsgruppe 0 bis 64 Jahre jeweils in einen Tarif ARED umgestellt.
- (6) Der erste Beitrag wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. einer Annahmeerklärung, fällig; bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

Ist für den Jahresbeitrag die Zahlung in Raten vereinbart, gilt die Zahlung der ersten vereinbarten Rate als Zahlung des ersten Beitrags.

Einer rechtzeitigen Zahlung steht die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats gleich, es sei denn, die Bank führt den Einzug des fälligen Beitrags mangels Kontodeckung nicht aus oder der berechtigten Lastschrift wird durch den hierzu Befugten widersprochen.

Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem der erste Beitrag gezahlt wird, es sei denn, der Versicherungsnehmer weist nach, dass er die verspätete bzw. Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Versicherungsfälle, die vor diesem Zeitpunkt eingetreten sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Außerdem kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

- (7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die für das bei Inkrafttreten erreichte Lebensalter (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) der versicherten Person geltende Lebensaltersgruppe berücksichtigt.

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines

Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst.

Im Zuge einer Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

- (2) Von einer Anpassung kann abgesehen werden, wenn nach Auffassung des Versicherers die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Zur Prüfung, ob und ggf. in welchem Umfang ein bedingungsgemäßer Versicherungsfall vorliegt, ist die versicherte Person verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers Ärzte, Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zur Auskunftserteilung zu ermächtigen und von ihrer Schweigepflicht dem Versicherer gegenüber zu entbinden oder die erforderlichen Auskünfte selbst beizubringen.
- (4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sowie ggf. das Datum der Zahlung des Beitrages sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
- (5) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind im Leistungsfall verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers den ständigen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt der versicherten Person nachzuweisen.
- (6) Sollen in einer Versicherung nach Tarif ARFD nach Vertragsschluss weitere versicherungsfähige Personen mitversichert werden, sind diese unverzüglich, spätestens vor Grenzübertritt ins Ausland, nachzumelden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz - VVG - (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz 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 infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten in Textform kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Alters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen ein höherer Beitrag zu zahlen ist, kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens in Textform gekündigt werden.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen nach § 18 Absatz 1, so kann das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person, innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, kann die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung zum Schlusse des Monats verlangt werden, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Ende eines Kalenderjahres in Textform kündigen.

- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- 1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tode einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Entfällt für eine versicherte Person die Versicherungsfähigkeit (z. B. durch Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 genannten oder bei der Familienversicherung nach Tarif ARFD durch Aufhebung der häuslichen Gemeinschaft), endet das Versicherungsverhältnis für die betroffene Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.
- (4) Liegt ein Ehescheidungsurteil oder ein Urteil über die Aufhebung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz vor, haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehe- bzw. Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 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 Mitgliedsstaat 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.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten

Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann der Versicherer sie durch eine neue Regelung ersetzen, die der bisherigen rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entspricht. Voraussetzung ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.