



ARAG Auslandsreise-Krankenversicherung

Bedingungsheft

Tarife RKSE und RKSF

Stand 5.2026

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.

Inhalt

| | |
|---|----|
| Widerrufsbelehrung | 4 |
| Versicherteninformation für eine ARAG Auslandsreise-Krankenversicherung | 6 |
| Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RKSE und RKSF..... | 10 |
| Informationen zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren..... | 17 |
| Anhang | 18 |

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
 - diese Belehrung,
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11

81829 München

E-Mail: Anfrage-KV@ARAG.de

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:

+49(0)89/4124-9525.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des in der Versicherteninformation nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung unter Ziffer 5 ausgewiesenen Monatsbeitrags pro Tag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;

6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12.
 - a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
 - b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

– Ende der Widerrufsbelehrung –

Versicherteninformation für eine ARAG Auslandsreise-Krankenversicherung

1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11, 81829 München
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Dr. Roland Schäfer (Sprecher),
Dr. Matthias Effinger, Dr. Jan Moritz Freyland, Dr. Felicitas Hoppe
Sitz und Registergericht: München, HRB 69751

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Hauptgeschäftstätigkeit der ARAG Krankenversicherungs-AG ist der Betrieb der Krankenversicherung.

3. Garantiefonds

Die ARAG Krankenversicherungs-AG gehört der folgenden Einrichtung zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten (Sicherungsfonds) an:
Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln

4. Vertragsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

- a) Dem Versicherungsverhältnis liegen je nach gewähltem Tarif die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RKSE und RKSF in der jeweils bei Vertragsabschluss geltenden Fassung zugrunde.
- b) Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ergeben sich aus §§ 1–3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RKSE und RKSF.

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung ergeben sich hinsichtlich Art und Umfang der Leistungen aus den §§ 4 und 5, hinsichtlich Fälligkeit und Erfüllung der Leistungen aus § 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RKSE und RKSF.

5. Gesamtpreis der Versicherung

Die zu entrichtende Prämie für die angebotene Versicherung ist eine Jahresprämie. Sie ist zum Beginn des Versicherungsjahres zu entrichten.

Die Höhe des zu zahlenden Beitrags richtet sich nach dem gewählten Tarif sowie dem Alter der zu versichernden Personen.

Im Tarif Reisekrankenschutz Einzel (RKSE) ist die Prämie je versicherter Person entsprechend dem aktuellen Alter der versicherten Person zu entrichten.

Im Tarif Reisekrankenschutz Familie (RKSF) gilt die Prämie für alle versicherten Familienmitglieder. Die Prämie richtet sich nach dem Alter der ältesten versicherten Person.

Die Prämien können Sie folgender Tabelle entnehmen:

| Tarif | Alter bis 49 | Alter 50 bis 69 | ab Alter 70 |
|-------|--------------|-----------------|-------------|
| RKSE | 15,00 € | 28,00 € | 45,00 € |
| RKSF | 37,50 € | 57,00 € | — |

6. Zusätzliche Kosten

Zusätzliche Gebühren oder Kosten für den angebotenen Versicherungsschutz werden nicht erhoben.

In der Bundesrepublik Deutschland sind die Beiträge zur Privaten Krankenversicherung nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b) Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit, sofern der Versicherungsschutz der Versorgung des Versicherungsnehmers selbst oder eines (nahen) Angehörigen (wie in § 7 Pflegezeitgesetz und § 15 Abgabenordnung beschrieben) dient. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, ist der Beitrag insoweit grundsätzlich versicherungsteuerpflichtig. Wenn Sie als Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder einen sonstigen Drittstaat verlegen, kann eventuell gleichfalls Versicherungsteuer anfallen. Soweit Sie als Versicherungsnehmer mit Versicherungsteuer belastet werden, sind Sie verpflichtet, diese zu entrichten. Für den Fall, dass wir als Versicherer mit Versicherungsteuer belastet werden oder zur Abführung von Versicherungsteuer für Sie als Versicherungsnehmer verpflichtet sind, müssen Sie diese Steuer als Bestandteil der Prämie entrichten.

7. Beitragszahlung

Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Vertrags, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn fällig. Der jeweilige Folgebeitrag wird zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres fällig. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RKSE und RKSF.

8. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Unser Angebot basiert auf der Grundlage unserer aktuellen Beiträge. Diese gelten bis auf Weiteres. Änderungen behalten wir uns vor.

9. Zustandekommen des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn die Versicherung online beantragt wird und die vorgesehene Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschrift erteilt ist. Voraussetzung ist, dass der Beitrag eingezogen werden kann. Eine Antragsbindefrist für Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags besteht nicht. Der elektronisch ausgefüllte Antrag, der dem Kunden nach Abschluss im Tarifrechner elektronisch zur Verfügung gestellt wird, stellt den Versicherungsschein dar.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn, frühestens Tag der Absendung des ordnungsgemäß ausgefüllten 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.

10. Informationen zum Widerrufsrecht

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (zum Beispiel Brief oder E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
 - eine ausführliche Widerrufsbelehrung und
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München,
Telefax: +49 (0) 89/4124-9525
E-Mail: Anfrage-KV@ARAG.de

Widerrufsfolgen

Im Fall eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie ausdrücklich zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/360 des in dieser Versicherteninformation nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung unter Ziffer 5 ausgewiesenen Jahresbeitrags pro Tag. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (zum Beispiel Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

– Ausführliche Widerrufsbelehrung –

Eine ausführliche Widerrufsbelehrung einschließlich der genauen Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen Versicherteninformationen nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung finden Sie gleich zu Beginn dieses Bedingungshefts.

11. Laufzeit, Kündigung/Beendigung des Vertrags

Der Versicherungsvertrag wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn er nicht gekündigt wird.

Der Vertrag kann in Textform durch den Versicherungsnehmer bzw. schriftlich durch den Versicherer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. bei einer Beitragserhöhung aufgrund des Erreichens einer neuen Altersstufe einer versicherten Person.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer sowie zu weiteren Beendigungsgründen (z.B. das Sonderkündigungsrecht aufgrund des Erreichens einer neuen Altersstufe oder der Entfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif RKSF durch Scheidung) finden Sie in § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RKSE und RKSF.

Der Versicherungsschutz im Familientarif RKSF endet bei Entfall der Versicherungsfähigkeit für die jeweils betroffene Versicherte Person, z.B. nach Erreichen des 18. Lebensjahres bei mitversicherten Kindern. Einzelheiten hierzu finden Sie in § 2 Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif RKSF.

12. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Angaben zum zuständigen Gericht können Sie § 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RKSE und RKSF entnehmen.

13. Sprachen der Vertragsbedingungen und Informationen/Kommunikationssprache zum Versicherungsvertrag

Alle Vertragsunterlagen werden in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Auch die gesamte Kommunikation zu Ihrem Vertragsverhältnis erfolgt in deutscher Sprache.

14. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Für außergerichtliche Beschwerden steht Ihnen das Beschwerdeverfahren über den Ombudsmann (www.pkv-ombudsmann.de) offen.

Die Anschrift lautet:

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222
10052 Berlin

Unser Unternehmen ist Mitglied in diesem Verband. Sie können daher das kostenlose und außergerichtliche Streit-schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne die Verfahrensordnung zu.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

15. Zuständige Aufsichtsbehörde

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Sie haben die Möglichkeit, sich bei Beschwerden an die Aufsichtsbehörde zu wenden.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen RKSE und RKSF

§ 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, 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 56 Tage jeder vorübergehenden Auslandsreise, 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. Im Tarif RKSF sind nur Personen bis zum vollendeten 70. Lebensjahr versicherungsfähig.

Als Familienangehörige im Sinne des Tarifs RKSF zählen – sofern sie im Versicherungsschein namentlich und mit Geburtsdatum aufgeführt (bzw. nachgemeldet) sind–

- der Ehepartner bzw. Lebenspartner gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz des Versicherungsnehmers und
- die Kinder des Versicherungsnehmers, des mitversicherten Ehepartners bzw. Lebenspartners gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn, 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 RKSE oder RKSF versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zu diesem Tag in Textform (zum Beispiel Brief oder 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) Der Versicherungsschutz im Tarif RKSF endet automatisch zum Ende des laufenden Versicherungsjahrs für
- Versicherte Personen, die das 70. Lebensjahr vollenden,
 - Mitversicherte Ehepartner bzw. Lebenspartner nach Lebenspartnerschaftsgesetz mit der Scheidung,
 - Mitversicherte Kinder, die das 18. Lebensjahr vollenden.

Eine Versicherung kann für die betroffenen Personen durch einen Neuabschluss von Tarif RKSE vereinbart werden.

- (5) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Auslandsaufenthalts bzw. des Versicherungsverhältnisses. Er endet darüber hinaus mit Ablauf des 56. 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 Versicherungsjahr.
- (2) Erhöht sich der Beitrag, weil eine versicherte Person eine neue Altersgruppe erreicht (siehe § 7 Absatz 1 der AVB), so hat der Versicherungsnehmer das Recht, das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung zu kündigen.
- (3) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr.
- (4) Der Versicherungsvertrag gilt mit Absendung des ordnungsgemäß ausgefüllten Onlineantrags (vorbehaltlich des Eingangs des Onlineantrags beim Versicherer) als zustande gekommen, wenn die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt ist. Als Versicherungsschein gilt der Ausdruck oder das vom Antragsteller abgespeicherte Dokument des abgesendeten Onlineantrags.
- (5) Für nach Tarif RKSF versicherte Personen gilt:
- Bei Vollendung des 70. Lebensjahres und
 - Bei Vollendung des 18. Lebensjahres eines mitversicherten Kindes
- endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Ende des laufenden Versicherungsjahres. Eine Versicherung kann für die betroffenen versicherten Personen durch einen Neuabschluss des Tarifs RKSE vereinbart werden.
- (6) 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.
- (7) 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 Reiselandes 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 zahnärztliche Behandlungen einschließlich notwendiger Zahnfüllungen sowie für provisorischen Zahnersatz infolge eines Unfalls oder zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit bei akut aufgetretenen Beschwerden sowie für Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit, nicht erstattungsfähig sind Neuanfertigungen, Kronen und kieferorthopädische Behandlungen;
 - 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,
 - i) für die medizinisch notwendige Suche, Rettung oder Bergung, sofern diese unmittelbar infolge einer versicherten akuten Erkrankung oder eines Unfalls erforderlich war bis zu maximal 15.000 EUR je Versicherungsfall.

§ 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 in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung (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 Gebiet, 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 Versicherungsfalls oder dessen Folgen über die 36. Schwangerschaftswoche hinaus ausgedehnt werden musste;

- g) für Zahnersatz einschließlich Kronen (sofern diese nicht unter die Leistungspflicht für Notfallreparaturen gemäß § 4 Absatz 6 Buchstabe c) fallen) 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 in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung (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.

§ 7 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag.

Die Höhe des zu zahlenden Beitrags richtet sich nach dem gewählten Tarif sowie dem Alter der zu versichernden Personen.

Im Tarif Reisekrankenschutz Einzel (RKSE) bestimmt sich der Beitrag nach dem aktuellen Alter der versicherten Person zu Beginn des Versicherungsjahres.

Im Tarif Reisekrankenschutz Familie (RKSF) gilt der Beitrag für alle gemäß § 1 Absatz 6 versicherten Personen gemeinsam. Der Beitrag richtet sich nach dem Alter der ältesten versicherten Person zu Beginn des Versicherungsjahres.

Die Beiträge können Sie folgender Tabelle entnehmen:

| Tarif | Alter bis 49 | Alter 50 bis 69 | ab Alter 70 |
|-------|--------------|-----------------|-------------|
| RKSE | 15,00 € | 28,00 € | 45,00 € |
| RKSF | 37,50 € | 57,00 € | — |

Für Tarif RKSE gilt:

Vollendet die versicherte Person das 50. bzw. das 70. Lebensjahr, so gilt ab dem darauf folgenden Versicherungsjahr der höhere Beitrag für die nächste Altersgruppe.

Für Tarif RKSF gilt:

Vollendet die älteste versicherte Person das 50. Lebensjahr, so gilt ab dem darauf folgenden Versicherungsjahr der höhere Beitrag für die nächste Altersgruppe.

Vollendet eine versicherte Person das 70. Lebensjahr, so endet der Versicherungsschutz für diese versicherte Person zum Ende des Versicherungsjahres.

Erhöht sich der Beitrag durch das Erreichen einer neuen Altersgruppe, so besteht ein Sonderkündigungsrecht sowohl im Tarif RKSE als auch im Tarif RKSF nach § 3 Absatz 2 der AVB.

(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.

(4) Bei Nachversicherung einer weiteren versicherten Person in einen bestehenden Vertrag gilt bezüglich der Beitragszahlung Folgendes:

- Das Versicherungsjahr, welches für die Beitragszahlung maßgeblich ist, richtet sich für alle versicherten Personen einheitlich nach dem erstmaligen Versicherungsbeginn des Vertrages.
- Wird in einem Vertrag mit einer nach Tarif RKSE versicherten Person eine weitere Person nach Tarif RKSE hinzu versichert, wird für das erste Versicherungsjahr dieser neu versicherten Person der volle Jahresbeitrag erhoben, d.h. in diesem Fall erfolgt keine anteilige Beitragsberechnung.
- Erfolgt bei bestehendem Vertrag nach Tarif RKSE durch Hinzuvversicherung von mindestens einer weiteren versicherten Person eine Umstellung in Tarif RKSF – sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit in Tarif RKSF gemäß § 1 Absatz 6 vorliegen –, bestimmt sich für das restliche laufende Versicherungsjahr der Beitrag nach Tarif RKSF gemäß § 7 Absatz 1 abzüglich der bereits für das laufende Versicherungsjahr entrichteten Jahresbeiträge für die vor der Umstellung bestehenden Tarife RKSE.

§ 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) Der Versicherungsnehmer hat den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer nach Tarif RKSF versicherten Person dem Versicherer anzuzeigen. Der Versicherungsschutz endet für die betroffene versicherten Person mit Ablauf des Versicherungsjahres. Die Versicherung kann für die betroffene Person im Einzeltarif RKSE fortgesetzt 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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Tarife RKSE und RKSF können vom Versicherer nur zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden. Die Änderungen werden jedoch frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen an den Versicherungsnehmer folgt. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung 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.

Informationen zu außergerichtlichen Streitbelegungsverfahren

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

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 in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung

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 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.