

## Krankheitskosten-Tarife MediR AOK RPS und MediRF AOK RPS für die Auslandsreise-Krankenversicherung

(Stand: 01.07.2020)

### Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I AVB/MediR AOK RPS und MediRF AOK RPS)

Der Versicherungsschutz

#### A. Tarifleistungen

1. Ambulante und stationäre Heilbehandlung
2. Zahnärztliche Behandlung
3. Krankentransport
4. Rücktransport
5. Bergungskosten
6. Leistungen bei Tod, Überführung oder Beisetzung im Ausland

#### B. Beiträge

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

- |   |              |  |
|---|--------------|--|
| <b>1.</b><br><b>Ambulante und stationäre<br/>Heilbehandlung</b>                               | <b>100 %</b> | der im Ausland entstandenen Heilbehandlungskosten für <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ärztliche Behandlung, mit Ausnahme von planbaren Dialyseleistungen (vgl. AVB Teil I, § 4 Abs. 1b),</li> <li>b) Arznei- und Verbandmittel,</li> <li>c) Heilmittel,</li> <li>d) Hilfsmittel - mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten - in einfacher Ausführung,</li> <li>e) Krankenhausbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Erstattet werden auch die Kosten für die Mitaufnahme einer Begleitperson (Rooming-In), wenn die versicherte Person zu Beginn ihrer stationären Krankenhausbehandlung das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder eine körperliche oder geistige Behinderung hat und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist. Voraussetzung für die Übernahme der Kosten einer Begleitperson ist die Unterbringung im Krankenhaus (bzw. auf dem Krankenhausbereich), in dem die stationäre Behandlung der versicherten Person stattfindet.</li> </ol> |
| <b>2.</b><br><b>Zahnärztliche Behandlung</b>  | <b>100 %</b> | der im Ausland entstandenen Aufwendungen für <ul style="list-style-type: none"> <li>- schmerzstillende Zahnbehandlung, Zahnfüllungen und provisorischen Zahnersatz in einfacher Ausführung sowie</li> <li>- einfache Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit (vgl. AVB Teil I, § 4 Ziffer 1d).</li> </ul>  |
| <b>3.</b><br><b>Krankentransport</b><br>Krankentransport zur<br>notfallmäßigen Erstversorgung | <b>100 %</b> | der im Ausland entstandenen Aufwendungen für ärztlich angeordnete Fahrten mit einem Kranken- oder Rettungswagen, sowie ärztlich angeordneter Flugtransport <ul style="list-style-type: none"> <li>- zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder</li> <li>- zu einem geeigneten Arzt der notfallmäßigen Erstversorgung.</li> </ul>  |
| Krankentransport zur<br>Weiterversorgung/Verlegung  | <b>100 %</b> | der im Ausland entstandenen Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Krankentransport vom Arzt oder Krankenhaus der Erstversorgung zur Weiterversorgung zu einem aus medizinischer Sicht geeignetem Arzt oder nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.  |
| <b>4.</b><br><b>Rücktransport</b>   | <b>100 %</b> | der im Ausland entstandenen Aufwendungen für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport in das Land des vor Beginn der Auslandsreise gewöhnlichen Aufenthalts (vgl. AVB Teil I, § 1 Abs. 4), die über die Kosten der planmäßigen Rückreise hinausgehen. Dies umfasst auch die Mehrkosten zur Rückreise, die der versicherten Person entstehen, wenn sie infolge einer stationären Behandlung im Ausland die Rückreise nicht planmäßig antreten konnte.  |

Mitversichert sind, unter Berücksichtigung der ursprünglich gewählten Beförderungsklasse und des Beförderungsmittels, die Mehrkosten für

1. die Rückholung eines mitreisenden Kindes, Stiefkindes oder Enkelkindes der versicherten Person, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen, wenn
  - a. sowohl die versicherte Person als auch das Kind nach diesem Tarif versichert sind und
  - b. das Kind zum Zeitpunkt der Rückholung aus dem Ausland das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder eine körperliche oder geistige Behinderung hat und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist und
  - c. die Rückholung des Kindes aus dem Ausland infolge einer krankheitsbedingten stationären Krankenhausbehandlung im Ausland oder eines krankheitsbedingten Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland medizinisch notwendig ist und
  - d. die Betreuung des Kindes im Ausland nicht durch einen anderen Angehörigen oder eine andere Bezugsperson im Ausland sichergestellt werden kann.
2. die Rückholung einer mitreisenden Begleitperson eines nach diesem Tarif versicherten Kindes aus dem Ausland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen, wenn
  - a. das Kind zum Zeitpunkt des Rücktransportes aus dem Ausland das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder eine körperliche oder geistige Behinderung hat und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist und
  - b. die Rückholung der Begleitperson aus dem Ausland infolge einer krankheitsbedingten stationären Krankenhausbehandlung des Kindes im Ausland oder eines krankheitsbedingten Rücktransportes des Kindes aus dem Ausland medizinisch notwendig ist.

**5. Bergungskosten**

- 100 %** der im Ausland entstandenen Aufwendungen, wenn die versicherte Person einen Unfall erleidet und deswegen gesucht, gerettet oder geborgen werden muss, sofern die Leistung von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten anerkannten Rettungsdiensten erbracht wird.

Diese Leistungen sind begrenzt auf maximal 2.500 Euro je versicherte Person und Versicherungsfall.

**6. Leistungen bei Tod, Überführung oder Beisetzung im Ausland**

- 100 %** der im Ausland entstandenen Aufwendungen bei Tod der versicherten Person während der Auslandsreise für
- die Beisetzung im Ausland oder
  - die Überführung an den Ort des vor Beginn der Auslandsreise gewöhnlichen Aufenthalts (vgl. AVB Teil I, § 1 Abs. 4). Hierzu zählen die Transportkosten und die damit unmittelbar im Zusammenhang stehenden Kosten, nicht jedoch die Kosten für eine Begleitperson.

**B. Beiträge**

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) der versicherten Person maßgeblich.
2. Sobald eine versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der Beitrag dieser Altersgruppe zu zahlen. In der Familienversicherung gilt dies entsprechend, sobald das älteste versicherte Familienmitglied das 65. Lebensjahr vollendet hat.
3. Der Jahresbeitrag bzw. die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Tarife MediR AOK RPS und MediRF AOK RPS (AVB) Teil I Allgemeine Bedingungen (AVB/MediR AOK RPS und MediRF AOK RPS)

(Stand: 01.07.2020)

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
§ 2	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
§ 3	Umfang der Leistungspflicht
§ 4	Einschränkung der Leistungspflicht
§ 5	Auszahlung der Versicherungsleistung
§ 6	Beitragszahlungen
§ 7	Obliegenheiten
§ 8	Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
§ 9	Aufrechnung
§ 10	Willenserklärungen und Anzeigen
§ 11	Gerichtsstand
§ 12	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Beiträge

## Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse, die im Ausland eintreten (vgl. § 4 Abs. 1a und 1b). Bei einem eingetretenen Versicherungsfall ersetzt er 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. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage gilt auch der Tod einer versicherten Person als Versicherungsfall.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den schriftlichen Vereinbarungen. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. Versicherungsfähig sind nur Personen, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt
  - in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU-Staat) oder
  - in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Staat),setzt sich das Versicherungsverhältnis fort mit der Maßgabe, dass weder dort noch in Deutschland Versicherungsschutz besteht. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU und des EWR, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
5. Versichert sind in der Einzelversicherung Personen gegen Einzelbeitrag. Versichert sind in der Familienversicherung gegen Familienbeitrag der Versicherungsnehmer sowie der im Antrag namentlich benannte
  - Ehegatte oder Lebenspartner des Versicherungsnehmers, die in häuslicher Gemeinschaft leben und/oder
  - deren leibliche oder adoptierte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
6. Der Versicherungsschutz besteht für alle Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden. In der Familienversicherung besteht der Versicherungsschutz auch dann, wenn Familienmitglieder getrennt verreisen. Die Dauer der einzelnen Auslandsreise darf einen Zeitraum von jeweils acht Wochen (56 Tage) nicht überschreiten. Bei einer Auslandsreise über einen Zeitraum von acht Wochen hinaus besteht Leistungspflicht nur für die ersten acht Wochen der Auslandsreise ab Beginn des Auslandsaufenthaltes.

Sofern eine im Ausland begonnene vollstationäre Behandlung im Zeitpunkt des Ablaufs der maximal achtwöchigen Leistungsdauer aus medizinisch notwendigen Gründen fortgesetzt werden muss, erbringt der Versicherer bis zur Wiederherstellung der Transport- bzw. Reisefähigkeit oder

bis zum Abschluss eines ärztlich angeordneten Rücktransportes die erstattungsfähigen Leistungen einer stationären Krankenhausbehandlung.

Dauert eine Auslandsreise bis zu acht Wochen über das Ende des Versicherungsjahres (vgl. § 2 Abs. 5) hinaus an, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist (vgl. § 2 Abs. 4).

7. Versichert ist die Heilbehandlung im Ausland. Ausland ist das Gebiet außerhalb Deutschlands. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen EU/EWR-Staat gilt auch dieser als Inland (vgl. Abs. 4).
8. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

## **§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes**

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.
2. Die Tarife MediR AOK RPS und MediRF AOK RPS können nur von Personen abgeschlossen werden, die bei der AOK-Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse gesetzlich krankenversichert sind. Als Versicherte der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gelten auch Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben, aber im Ausland krankenversichert sind und im Rahmen der geltenden EG-Verordnungen von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland wie eigene Versicherte betreut werden (Grenzgänger). Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheins zustande. Wird der Abschluss des Versicherungsvertrages auf dem vom Versicherer speziell hierfür vorgesehenen Antrag ordnungsgemäß beantragt (maßgebend ist das Datum des Poststempels bzw. beim online Antrag das Datum der Versicherungsbestätigung), gilt der Versicherungsvertrag als geschlossen und der Beitrag als bezahlt, sofern ein SEPA-Lastschrift-Mandat abgegeben wird, aufgrund dessen der ordnungsgemäße Einzug des Erstbeitrages erfolgt (vgl. § 6 Abs. 2).  
Als Versicherungsschein gilt auch die Kopie/Durchschrift des Antrags oder eine entsprechende schriftliche Bestätigung des Versicherers.

### 3. Die Umwandlung

- der Einzelversicherung in eine Familienversicherung oder
- der Familienversicherung in eine Einzelversicherung

kann jederzeit zum Ersten eines Monats vereinbart werden.

Bei Neugeborenen muss die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt erfolgen. Der Versicherungsschutz beginnt dann rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats.

4. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer in Textform (vgl. § 10) oder den Versicherer schriftlich zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.
5. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt.
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 von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Darüber hinaus endet der Versicherungsvertrag in der Familienversicherung, wenn die Voraussetzungen für die Mitversicherung nicht mehr gegeben sind. Für in der Familienversicherung mitversicherte Kinder endet der Versicherungsschutz zum Ende des Monats, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird (vgl. § 1 Abs. 5).

### **§ 3 Umfang der Leistungspflicht**

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif (vgl. AVB Teil II, Abschnitt A).
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Ausland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.
4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im jeweiligen Reiseland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
5. 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 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. 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. Die Leistungspflicht endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - spätestens mit Beendigung der Auslandsreise bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Sie endet zudem mit Ablauf der 8. Woche einer Auslandsreise.
8. Ist die Rückreise zu einem in § 1 Abs. 6 genannten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zum Eintritt der Transportfähigkeit. Ist zwar Transportfähigkeit gegeben, der Krankentransport oder eine Rückreise aber aus Gründen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit seiner Durchführung stehen, nicht möglich, besteht Versicherungsschutz bis zu dessen vollständiger Durchführung, längstens bis zur Beendigung der Auslandsreise. Gründe für eine verspätete Rückreise können insbesondere sein: Flugplanvorgaben, Flughafen-/Flugzeugführerstreik, Flugplanänderung/-verspätungen aufgrund von Naturkatastrophen.

### **§ 4 Einschränkung der Leistungspflicht**

1. Keine Leistungspflicht besteht
  - a) für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren,
  - b) für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt aufgrund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes eines Ehegatten, Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde,
  - c) für psychologische und psychotherapeutische Behandlungen,
  - d) für Neuanfertigung von Inlays (Einlagefüllungen), bleibendem Zahnersatz einschließlich Kronen, Teilkronen und Implantaten sowie kieferorthopädische Behandlungen,
  - e) für routinemäßige Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung und geplanten Schwangerschaftsabbruchs sowie deren Folgen,
  - f) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind,
  - g) wenn das Auswärtige Amt vor Antritt der Auslandsreise eine Reisewarnung für das Land der Auslandsreise ausgesprochen hat,
  - h) für auf Vorsatz und Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen,

- i) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen,
- j) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), Eltern und Kinder,
- k) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2. 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.
3. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, der Beihilfe, einer gesetzlichen Heil- oder Unfallfürsorge (gesetzliche Träger), so sind nur die Aufwendungen erstattungsfähig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

## **§ 5 Auszahlung der Versicherungsleistung**

1. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist durch Vorlage der Rechnungsurschriften zu belegen. Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person enthalten. Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigungen der in § 4 Abs. 3 genannten gesetzlichen Träger ausweisen, werden Urschriften gleichgestellt.
2. Die Belege müssen ferner die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit 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 tragen. Für andere Leistungen sind die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Die Berechtigung des Anspruches auf Transportkosten (vgl. AVB Teil II, Abschnitt A Ziffern 3 und 4) ist durch Vorlage eines ärztlichen Attestes mit Angabe der Krankheitsbezeichnung, die Berechtigung des Anspruches auf Überführungs- bzw. Beisetzungskosten (vgl. AVB Teil II, Abschnitt A Ziffer 6) durch Vorlage einer amtlichen Sterbeurkunde und einer ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen.
3. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer ist berechtigt, beglaubigte Übersetzungen der Belege und Zahlungsnachweise vor der Rechnungsbegleichung zu verlangen.
4. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Abs. 1 bis 3 VVG (s. Anhang).
5. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt ist. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
6. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto können von den Leistungen abgezogen werden.
7. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank. Für Währungen, für die die Europäische Zentralbank keinen Referenzkurs ermittelt, 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. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

## **§ 6 Beitragszahlungen**

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet, er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten.

Versicherungsnehmer, die weitere Krankenversicherungen beim Versicherer unterhalten, können den Beitrag zusammen mit dem der anderen Tarife monatlich entrichten. Die Beitragsraten sind

am ersten eines jeden Monats fällig.

Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt (z.B. wegen Umwandlung in eine Familienversicherung), so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

2. Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist vor Versicherungsbeginn bzw. bei Antragstellung, spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages, zahlbar. Die Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandats, aufgrund dessen ein ordnungsgemäßer Einzug des Betrages erfolgt, gilt als Zahlung (vgl. § 2 Abs. 2).
3. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tag der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
4. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 Abs. 2, 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist der zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, die dem Versicherer entstanden sind.

## **§ 7 Obliegenheiten**

1. Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Festlegung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Insbesondere ist sie verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers Ärzte, Krankenanstalten, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer zu entbinden und diese zur Auskunftserteilung zu ermächtigen.
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 Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der vorstehenden Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
6. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer unverzüglich über
  - eine Verlegung des ständigen Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts einer versicherten Person ins Ausland (vgl. § 1 Abs. 4) sowie
  - die Beendigung der häuslichen Gemeinschaft, soweit diese für die Familienversicherung vorausgesetzt wird (vgl. § 1 Abs. 5),

zu unterrichten.

## **§ 8 Obliegenheiten und Folgen bei 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 (s. 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 Ersatzansprüche 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 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

**§ 9  
Aufrechnung**

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

**§ 10  
Willenserklärungen und  
Anzeigen**

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

**§ 11  
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.

**§ 12  
Änderungen der Allgemeinen  
Versicherungsbedingungen und  
der Beiträge**

1. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen von Tarif MediR AOK RPS und MediRF AOK RPS können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5%, so können die Beiträge angepasst werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von 2 Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.
2. Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.



## Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

1. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
2. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
3. Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

1. Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
2. Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Kündi-

gung 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 Lebenspartnerschaftsgesetz**

**§ 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 Gesetzbuchs gelten entsprechend.