LVM
Krankenversicherungs-AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach dem Tarif Auslandsreise-Top (AVB/ARTop)

Wir - die LVM Krankenversicherungs-AG - sind Ihr Vertragspartner. Sie schließen bei uns die Auslandsreise-Krankenversicherung ab und sind deshalb der Versicherungsnehmer. Wenn Sie sich selbst versichern, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit-)versichern. Diese sind dann (ebenfalls) Versicherte.

Alle Versicherten reden wir in unseren AVB mit „Sie" an, sofern nicht ausdrücklich auf bestimmte Personen verwiesen wird. Wir verwenden die männliche Form. Gemeint sind damit immer auch die anderen Anredeformen.

Mit unserer Krankenversicherung sind Sie bei Reisen im Ausland versichert. Bei jeder Reise - privat oder beruflich - besteht Schutz für die Dauer von bis zu 8 Wochen. Wenn Sie sich länger im Ausland aufhalten, können Sie Ihren Versicherungsschutz vor Antritt der Reise zu gesonderten Konditionen verlängern.

Notfälle können Sie rund um die Uhr per LVM Notfall App oder telefonisch unter der Rufnummer +49 251 702 4710 melden.

Fragen zu Ihrer Auslandsreise-Krankenversicherung beantwortet Ihnen gern Ihr Vertrauensmann/Ihre Vertrauensfrau persönlich in Ihrer Versicherungsagentur vor Ort.

Unsere Serviceleistungen im Versicherungsfall:

- Telefonischer 24-Stunden-Service an 365 Tagen
- Nennung von Kliniken und Ärzten im Ausland
- Kostenübernahme-Garantie und Direkt-Abrechnung. Wir erteilen bei stationärer Behandlung gegenüber dem Krankenhaus eine Kostenübernahme-Garantie und rechnen direkt mit dem Krankenhaus ab.
- Organisation des Krankenrücktransports
- Organisation der Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland
- Organisation der Kinderbetreuung
- Vermittlung eines medizinischen Dolmetscher-Services
- Reisemedizinische Informationen
- Herstellung eines Kontakts zum Hausarzt oder Krankenhausarzt, falls nötig

Im Leistungsfall Tag und Nacht schnelle Hilfe!
In dringenden Fällen ist die LVM Versicherung per LVM Notfall App oder unter der Rufnummer +49 251 702 4710 immer für Sie erreichbar.

Inhaltsverzeichnis

Teil I – Allgemeines

§ 1 Bei welchen Reisen bieten wir Versicherungsschutz?
§ 2 Wer kann sich bei uns versichern?

Teil II – Unsere Leistungen

§ 3 Was ist ein Versicherungsfall?
§ 4 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?
§ 5 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?
§ 6 An wen zahlen wir die Leistung?

Teil III – Ihre Obliegenheiten

§ 7 Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten? (Obliegenheiten)
§ 8 Welche Folgen treten ein, wenn Sie die Obliegenheiten verletzen?

Teil IV – Versicherungsvertrag und Versicherungsschutz

§ 9 Wie können Sie den Versicherungsvertrag abschließen?
§ 10 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsvertrag?
§ 11 Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Teil V – Beitrag und Zahlungsregelungen

§ 12 Was kostet Ihre Versicherung und was müssen Sie bei der Zahlung beachten?
§ 13 Was passiert, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
§ 14 Können sich die Bedingungen oder Ihr Beitrag zukünftig ändern?

Teil VI – Weitere Regelungen

§ 15 Wann dürfen Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?
§ 16 Welches Recht gilt? Welches Gericht ist zuständig?
§ 17 Wann verjähren Ihre und unsere Ansprüche?
§ 18 Was müssen Sie bei Mitteilungen an uns beachten?
§ 19 Was gilt, wenn sich Ihre Anschrift ändert?
§ 20 Was sind die Grundlagen dieses Versicherungsvertrags?

Anhang

Beitragstabellen
Gesetzesauszüge
Verbraucherinformation

Teil I – Allgemeines

§ 1 Bei welchen Reisen bieten wir Versicherungsschutz?

(1) Wo besteht Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland (weltweit).

Nicht als Ausland gelten

- Deutschland und
- Länder, in denen Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder einen ständigen Wohnsitz haben.

(2) Wann und wie lange besteht Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz besteht für die ersten 8 Wochen Ihrer Auslandsreise. Er beginnt mit dem Grenzübertritt ins Ausland. Er endet mit dem Grenzübertritt zurück nach Deutschland oder in ein Land Ihres gewöhnlichen Aufenthalts. Der Versicherungsschutz kann auf Antrag zeitlich verlängert werden. Nach Ablauf von 8 Wochen bzw. der vereinbarten zeitlichen Erweiterung endet der Versicherungsschutz.

Ausnahme:

Wenn Ihre im Ausland begonnene Behandlung

- über 8 Wochen bzw. die vereinbarte zeitliche Erweiterung oder
- über das Ende des Versicherungsvertrags

hinaus fortgesetzt werden muss, gilt:

- Wir leisten, solange Ihre Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist (Nachleistungsverpflichtung).

(3) Wie können Sie eine zeitliche Erweiterung beantragen?

Sie müssen eine zeitliche Erweiterung vor Antritt Ihrer Auslandsreise beantragen. Eine vereinbarte zeitliche Erweiterung kann einmal auf Antrag verlängert werden. Der Antrag muss vor Ablauf der zeitlichen Erweiterung bei uns eingehen. Der Versicherungsschutz besteht in diesem Fall nur für Versicherungsfälle, die nach Beantragung der zeitlichen Erweiterung bzw. der Verlängerung eintreten. Über den jeweiligen Antrag wird nach pflichtgemäßem Ermessen entschieden; ein Anspruch auf zeitliche Erweiterung des Versicherungsschutzes besteht nicht. Der Versicherungsschutz kann insgesamt auf höchstens 365 Tage ausgedehnt werden.

§ 2 Wer kann sich bei uns versichern?

(1) Welche Personen können sich versichern?

Sie können sich bei uns versichern, wenn Ihr gewöhnlicher Aufenthalt bei Abschluss des Versicherungsvertrags in Deutschland liegt.

(2) Wer ist in der Einzelversicherung versichert?

In der Einzelversicherung sind die namentlich im Versicherungsschein genannten Personen versichert.

(3) Wer ist in der Familienversicherung versichert?

a) In der Familienversicherung versichert sind

- Sie als Versicherungsnehmer und
- Ihr in häuslicher Gemeinschaft lebender Ehe- oder Lebenspartner und
- im gemeinsamen Haushalt lebende oder unterhaltsberechtigte Kinder von Ihnen oder Ihrem mitversicherten Ehe- oder Lebenspartner.

Zu den Kindern zählen auch

- Stiefkinder,
- Adoptivkinder und
- Pflegekinder.

Sie als Versicherungsnehmer müssen uns alle Personen, die mitversichert werden sollen, benennen. Sollen in der Familienversicherung später weitere Personen (z. B. Neugeborene) mitversichert werden, melden Sie diese unverzüglich nach. Für ein neugeborenes Kind besteht Schutz unter den Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 c).

b) (Andere) Versicherte sind auch dann versichert, wenn Sie als Versicherungsnehmer nicht mitreisen.

c) Entfällt für einen Versicherten eine der Voraussetzungen für die Familienversicherung, müssen Sie uns dies mitteilen. Der Versicherungsschutz bleibt zunächst erhalten. Ab dem folgenden

Versicherungsjahr nach Wegfall der Voraussetzung wird die Versicherung für diesen Versicherten in dem bestehenden Vertrag als Einzelversicherung fortgeführt. Für diese Einzelversicherung ist ein gesonderter Beitrag zu zahlen.

Teil II – Unsere Leistungen

§ 3 Was ist ein Versicherungsfall?

Im Versicherungsfall erbringen wir die vereinbarten Leistungen. Ein Versicherungsfall ist Ihre medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen:

- Krankheit,
- Folgen eines Unfalls,
- der Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung sowie
- Komplikationen während der Schwangerschaft, Frühgeburten, Fehlgeburten und medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen

während einer Reise im Ausland.

Der Versicherungsfall beginnt mit Ihrer Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlung mehr notwendig ist.

Als Versicherungsfall gilt auch der Tod während einer Reise im Ausland.

§ 4 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

Was wir im Versicherungsfall genau leisten, lesen Sie in diesem Paragraphen. Bitte lesen Sie auch § 5 aufmerksam durch. Dort ist geregelt, wann wir nicht leisten, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.

(1) Was leisten wir, wenn Sie ambulant behandelt werden müssen?

Wir erstatten die Aufwendungen für

a) ärztliche Untersuchungen und medizinisch notwendige Heilbehandlungen.

b) Arznei-, Verband- und Heilmittel. Diese müssen von Ihrem nach Abs. 5 gewählten Arzt durchgeführt bzw. verordnet werden. Arzneimittel müssen Sie aus einer im Reiseland offiziell zugelassenen Abgabestelle beziehen, z. B. einer Apotheke.

Heilmittel sind z.B. Massagen, Inhalationen, Bäder, medizinische Packungen, Krankengymnastik oder Anwendungen des elektrischen Stroms.

c) die Miete medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Hilfsmittel.

Voraussetzung ist, dass die medizinische Notwendigkeit der Versorgung erst während der Auslandsreise eintritt. Ist eine leihweise Überlassung nicht möglich, erstatten wir die Aufwendungen für den Erwerb dieser Hilfsmittel in einfacher

Ausführung. Die erworbenen Hilfsmittel müssen Ihrer vorübergehenden Versorgung während der Auslandsreise dienen.

(2) Was leisten wir, wenn Sie stationär behandelt werden müssen?

Bei Ihrer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung erstatten wir Aufwendungen für

a) ärztliche Leistungen.

b) allgemeine Krankenhausleistungen.

c) Operationen einschließlich deren Nebenkosten.

d) Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus.

e) Rooming-In.

Ist der zu behandelnde Versicherte minderjährig, erstatten wir die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus.

Erstattet ein Dritter die Kosten der stationären Behandlung, zahlen wir Ihnen pro Tag 30 Euro Krankenhaustagegeld.

(3) Was leisten wir, wenn Sie zahnärztlich behandelt werden müssen?

Wir erstatten die Aufwendungen für

a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen.

b) Zahnfüllungen in einfacher Ausführung.

c) provisorischen Zahnersatz (z. B. Zahnkronen, Brücken) in einfacher Ausführung.

d) Reparaturen von Prothesen.

(4) Was leisten wir bei Schwangerschaft?

Wir erstatten die Aufwendungen für

a) die medizinisch notwendige Behandlung wegen Komplikationen in der Schwangerschaft.

b) die Entbindung bei Frühgeburten.

Dies umfasst auch:

- Die Kosten bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und neugeborenem Kind.
- Die Behandlung, Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes.

c) die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Fehlgeburt.

d) den medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch.

(5) Zwischen welchen Ärzten und Krankenhäusern können Sie wählen?

Sie können den Arzt, den Zahnarzt oder das Krankenhaus frei wählen. Ärzte und Zahnärzte müssen allerdings im Reiseland zur Heilbehandlung zugelassen sein.

Das Krankenhaus muss

- im Reiseland allgemein als Krankenhaus anerkannt sein,
- erkennbar unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen,
- nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und
- Krankengeschichten führen.

(6) Für welche Methoden leisten wir, wenn Sie untersucht oder behandelt werden müssen?

Wir leisten für von der Schulmedizin überwiegend anerkannte

- Untersuchungs- und
- Behandlungsmethoden sowie
- Arzneimittel.

Außerdem leisten wir auch für Methoden und Arzneimittel, die

- sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder
- angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei vorhandener Schulmedizin angefallen wäre.

(7) Was leisten wir bei einem Krankentransport?

Wir erstatten die Aufwendungen für Ihren medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus. Der Arzt bzw. das Krankenhaus muss aus medizinischer Sicht geeignet sein, um Sie zu behandeln.

Es ist möglich, dass sich das zunächst aufgesuchte Krankenhaus als nicht

geeignet erweist. Dann übernehmen wir auch die Transportkosten in ein anderes, geeignetes Krankenhaus. Diese Verlegung muss aus medizinischen Gründen erfolgen.

(8) Was leisten wir bei einem Krankenrücktransport?

Wir erstatten die Aufwendungen für Ihren Krankenrücktransport, wenn

- er medizinisch sinnvoll ist oder
- Ihre medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung voraussichtlich länger als 2 Wochen dauern würde oder
- die Kosten der Heilbehandlung im Ausland voraussichtlich höher sind als die Ihres Rücktransportes oder
- am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung keine ausreichende medizinische Behandlung gewährleistet ist.

Der Rücktransport erfolgt in ein Krankenhaus oder einen anderen Ort im Land Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

Wir übernehmen auch die Mehrkosten für eine Begleitperson beim Krankenrücktransport, wenn:

- die Begleitperson zum Zeitpunkt des Rücktransports ebenfalls bei uns versichert ist und
- die Versicherung der Begleitperson eine Kostenerstattung für Krankenrücktransport aus dem Ausland beinhaltet.

(9) Was leisten wir für Suche, Rettung und Bergung?

Wenn Sie während der Auslandsreise

- erkranken,
- einen Unfall erleiden oder
- versterben

und deswegen

- gesucht,
- gerettet oder
- geborgen werden müssen,

übernehmen wir die hierbei anfallenden Kosten. Wir zahlen bis zu 25.000 Euro je Versicherungsfall.

(10) Was leisten wir im Todesfall?

Sollten Sie im Ausland versterben, erstatten wir wahlweise die Kosten für

a) die Überführung an einen Ort im Land Ihres letzten gewöhnlichen Aufenthalts oder

b) die Bestattung im Ausland.

(11) Was leisten wir, wenn minderjährige Kinder betreut werden müssen?

Wir erstatten die Kosten für die Vermittlung einer Notfallbetreuung und für die Notfallbetreuung selbst.

Ein Notfall liegt vor, wenn die Begleitperson

- stationär behandelt wird oder
- zurück transportiert wird oder
- verstorben ist

und hierdurch ein mitversichertes, minderjähriges Kind auf der Reise nicht mehr betreut werden kann.

(12) Welchen zusätzlichen Service leisten wir?

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

a) Wir bieten einen telefonischen 24-Stunden-Service an 365 Tagen.

b) Wir nennen Ihnen Kliniken und Ärzte im Reiseland.

c) Wir organisieren Ihren Krankentransport oder Krankenrücktransport.

d) Wir organisieren die Überführung aus dem bzw. die Bestattung im Reiseland.

e) Wir organisieren eine Kinderbetreuung.

f) Wir vermitteln einen medizinischen Dolmetscher-Service.

g) Wir bieten reisemedizinische Informationen.

h) Wir stellen, falls nötig, Kontakt zu Ihrem Hausarzt oder einem Krankenhausarzt her.

i) Bei stationärer Behandlung bieten wir eine Kostenübernahme-Garantie und eine Direkt-Abrechnung. Das bedeutet, dass wir gegenüber dem Krankenhaus die Kostenübernahme garantieren und direkt mit dem Krankenhaus abrechnen.

§ 5 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

(1) In welchen Fällen leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht, selbst wenn der Versicherungsfall eingetreten ist:

a) Für Auslandsreisen, die Sie vor Beantragung des Versicherungsschutzes angetreten haben.

b) Für Versicherungsfälle, von denen Sie aufgrund ärztlicher Diagnose vor Antritt der Auslandsreise wussten, dass sie während der Reise eintreten werden. Das Gleiche gilt für Versicherungsfälle, deren Eintritt vor Beantragung einer zeitlichen Erweiterung feststand.

Ausnahme:

Wir leisten, wenn Sie wegen des Todes Ihres Ehegatten oder Verwandten ersten Grades

- die Auslandsreise angetreten oder
- eine zeitliche Erweiterung vereinbart haben.

c) Für Versicherungsfälle, deren Behandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe Ihrer Auslandsreise war.

d) Für Versicherungsfälle, einschließlich ihrer Folgen, die Sie vorsätzlich herbeigeführt haben.

e) Für Versicherungsfälle, einschließlich ihrer Folgen, die durch Kriegsereignisse entstanden sind. Dies gilt nur, sofern das Auswärtige Amt vor Beginn Ihrer Auslandsreise eine entsprechende Reisewarnung ausgesprochen hat.

f) Für Versicherungsfälle, einschließlich ihrer Folgen, die durch Ihre aktive Teilnahme an Unruhen entstanden sind.

g) Für Behandlungen durch Ihren Ehegatten, Ihre Eltern oder Kinder. Wir erstatten dann die versicherten Sachkosten.

h) Für ambulante Behandlungen in einem Heilbad oder Kurort.

Ausnahme:

Wir leisten, wenn Ihre Heilbehandlung aufgrund

- eines Unfalls während Ihrer Auslandsreise oder
- einer Erkrankung, die unabhängig von Ihrem Aufenthaltszweck ist, notwendig wird.

i) Für psychoanalytische oder psychotherapeutische Behandlungen.

j) Für Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen.

k) Für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.

l) Für Behandlungen oder Unterbringung aufgrund von Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung.

m) Für Untersuchungen und medizinische Behandlungen aufgrund regelrecht verlaufender Schwangerschaft, Schwangerschaftsvorsorge und die Entbindung.

n) Für Hörgeräte und Sehhilfen.

o) Für folgende Arzneimittel:

- Nähr- und Stärkungspräparate,
- Präparate zur Empfängnisverhütung, zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, zur Verbesserung des Haarwuchses sowie
- Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel.

Dies gilt auch, wenn diese ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

p) Für folgende zahnärztliche Behandlungen:

- Zahnprophylaxe,
- Parodontosebehandlung,
- Neuanfertigung von Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothese und Implantate),
- Inlays und Onlays sowie
- Kieferorthopädie.

(2) In welchen Fällen können wir unsere Leistungen kürzen?

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, wenn

- Ihre Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- die Aufwendungen für Ihre Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

(3) Was leisten wir, wenn Dritte bereits geleistet haben?

Haben Dritte bereits Leistungen erbracht, leisten wir nur für die verbleibenden notwendigen Aufwendungen.

§ 6 An wen zahlen wir die Leistung?

(1) Wie erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung?

a) Wir sind nur zur Leistung verpflichtet, wenn Sie die erforderlichen Nachweise nach § 7 a) bis d) erbracht haben.

b) Die Auszahlung können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen. Sie können uns jedoch in Textform einen Versicherten als Empfangsberechtigten benennen. In diesem Fall kann ausschließlich dieser die Leistung verlangen. Dies gilt nicht bei einer erteilten Kostenübernahme-Garantie oder Direkt-Abrechnung mit dem Krankenhaus (vgl. § 4 Abs. 12 i)).

c) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden. Es gelten die gesetzlichen Abtretungsverbote.

d) Wir überweisen die Leistungen kostenfrei auf das Konto, das Sie uns nennen. Bei Überweisungen ins Ausland trägt der Empfänger das damit verbundene Risiko und anfallende Kosten.

e) In ausländischer Währung entstandene Kosten rechnen wir in Euro um. Maßgeblich ist der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Haben Sie die Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben, gilt dieser Kurs.

f) Unsere Leistungen sind fällig, wenn uns alle notwendigen Informationen vorliegen, um

- den Versicherungsfall und
- den Umfang der Leistung

feststellen zu können.

(2) Was müssen Sie beachten, wenn auch ein Dritter leisten muss?

Möglicherweise sind im Versicherungsfall Dritte Ihnen gegenüber auch zur Leistung verpflichtet. Haben Sie deshalb Ansprüche gegenüber Dritten, sind diese vorrangig.

Dritte können z. B. sein:

- die gesetzliche Krankenversicherung,
- andere gesetzliche Leistungsträger (z. B. die gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung) oder
- andere (private) Versicherer.

Dies gilt auch dann, wenn diese ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart haben. Dies gilt unabhängig davon, wann Sie den anderen Vertrag geschlossen haben.

Wenn Sie den Versicherungsfall zuerst bei uns melden, werden wir Ihnen die versicherten Kosten erstatten. Wir wenden uns dann zur Kostenerstattung direkt an den Dritten.

Wir verzichten darauf die Kostenerstattung geltend zu machen, wenn Sie

- dies beantragen und
- nachweisen, dass Ihnen durch die Kostenerstattung ein wirtschaftlicher Nachteil entstehen würde.

Teil III – Ihre Obliegenheiten

§ 7 Was müssen Sie im Versicherungsfall beachten? (Obliegenheiten)

Im Versicherungsfall haben Sie die folgenden Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten):

a) Sie erteilen uns jede Auskunft, die wir zur Prüfung

- des Versicherungsfalls oder
- unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs

benötigen.

Alternativ erlauben Sie uns, Auskünfte bei Ärzten und Krankenanstalten aller Art einzuholen. Dazu müssen Sie die Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden.

b) Sie lassen sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen, wenn wir dies verlangen.

c) Sie weisen uns den Beginn und das Ende jeder Ihrer Auslandsreisen nach.

d) Sie weisen uns die entstandenen Aufwendungen nach. Hierfür können wir beispielsweise die Vorlage von Originalrechnungen oder Duplikaten mit Erstattungsvermerk eines Dritten (vgl. § 6 Abs. 2) oder Zahlungsnachweise verlangen.

Die Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:

- den Namen des Rechnungsstellers,
- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- die gestellten Diagnosen,
- die Behandlungsdaten,
- die einzelnen medizinischen Leistungen.

Wenn Sie sich zahnärztlich behandeln lassen, ist zusätzlich die Bezeichnung der behandelten Zähne erforderlich.

Bei

- Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel und
- Rezepten über Arznei- oder Verbandmittel

reichen Sie uns außerdem die ärztliche Verordnung ein. Die Rechnung muss hierbei die Einzelpositionen und die dazugehörigen Preise ausweisen.

Für die Zahlung eines Krankenhaustagegelds müssen Sie uns eine Bescheinigung des Krankenhauses über die vollstationäre Heilbehandlung vorlegen. Diese muss folgende Angaben enthalten:

- den Vor- und Zunamen der behan-

delten Person,
- die Krankheitsbezeichnung,
- das Aufnahme- und Entlassdatum und
- Angaben über eventuelle Beurlaubungen.

Überführungs- oder Bestattungskosten sind nachzuweisen durch

- Kostenbelege,
- die amtliche Sterbeurkunde und
- die ärztliche Bescheinigung der Todesursache.

Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

e) Wenn Sie Schadensersatzansprüche gegen Dritte haben, treten Sie diese an uns ab. Dies gilt nur, sofern die Ansprüche im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall stehen. Die Abtretung ist auf die Höhe unserer Leistung begrenzt.

Sie dürfen ein Recht, das zur Sicherung eines solchen Anspruchs dient, nicht ohne unsere Zustimmung aufgeben. Setzen wir dieses Recht durch, haben Sie dabei mitzuwirken, soweit dies erforderlich ist.

Soweit Ihnen schadensersatzpflichtige Dritte entstandene Aufwendungen ersetzen, können wir dies auf unsere Leistungen anrechnen.

Ausnahme:

Lebt der Dritte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft, können wir gegen ihn keine Ansprüche geltend machen. Dies gilt nicht, wenn er den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

f) Sie treten Ansprüche gegen Leistungserbringer an uns ab. Dies gilt nur, wenn

- Sie an den Leistungserbringer Entgelte ohne rechtlichen Grund gezahlt haben,
- Sie deshalb gegen den Leistungserbringer einen Anspruch auf Rückzahlung haben und
- wir für die Entgelte Erstattungen aus diesem Vertrag geleistet haben.

§ 8 Welche Folgen treten ein, wenn Sie die Obliegenheiten verletzen?

Verletzen Sie eine Ihrer Obliegenheiten (§ 7), leisten wir möglicherweise nur zum Teil oder sogar gar nicht. Hierbei richten wir uns nach den Regelungen des § 28 Abs. 2 bis 4 des Versicherungsvertragsgesetzes.

Die detaillierten Angaben des § 28 Versicherungsvertragsgesetz finden Sie im Anhang.

Teil IV – Versicherungsvertrag und Versicherungsschutz

§ 9 Wie können Sie den Versicherungsvertrag abschließen?

Sie haben mehrere Möglichkeiten, den Versicherungsschutz zu beantragen:

- schriftlich ausgefülltes Antragsformular,
- telefonisch oder
- Online-Formular auf unserer Internetseite oder in unserer App „Meine LVM".

Unsere Annahme erfolgt unter dem Vorbehalt, dass uns ein gültiges SEPA-Mandat erteilt wurde oder bereits vorliegt und das zugehörige Konto Deckung aufweist.

§ 10 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsvertrag?

(1) Wann beginnt der Vertrag und wann endet er?

Der Vertrag wird zunächst für ein Versicherungsjahr geschlossen. Anschließend verlängert er sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr.

Das erste Versicherungsjahr

- beginnt mit dem Tag des Versicherungsbeginns (siehe § 11 Abs. 1 a)) und
- endet mit dem Ablauf des Monats des Versicherungsbeginns im Folgejahr.

Jedes weitere Versicherungsjahr beträgt jeweils 12 Monate.

(2) Wann und wie kann der Vertrag gekündigt werden?

Sie als Versicherungsnehmer oder wir können den Vertrag zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung muss in Textform erfolgen.

Die Kündigung kann auf einzelne Versicherte beschränkt werden.

a) Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis eines einzelnen Versicherten, gilt:
   - Die Kündigung wird wirksam, sobald der Versicherte nachweislich Kenntnis von der Kündigungserklärung erhält.

b) Kündigen wir das Versicherungsverhältnis eines einzelnen Versicherten, gilt:
   - Sie können die Aufhebung des gesamten Vertrags verlangen. Dies müssen Sie dann innerhalb von 2 Wochen nach Zugang unserer Kündigung erklären. In diesem Fall endet der gesamte Vertrag zu dem Zeitpunkt, an dem unsere Kündigung wirksam wird.

c) Darüber hinaus können Sie als Versicherungsnehmer und wir den Vertrag aus wichtigem Grund außerordentlich kündigen.

Möglichkeiten zur außerordentlichen Kündigung finden Sie z.B. in §§ 13, 14.

(3) In welchen anderen Fällen endet der Vertrag?

Der gesamte Vertrag endet, wenn Sie als Versicherungsnehmer

- Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land verlegen, das weder in der Europäischen Union (EU) noch im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) liegt,
- versterben oder
- das SEPA-Mandat widerrufen.

Wenn ein Versicherter verstirbt oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt in eines der oben genannten Länder verlegt, endet nur sein Versicherungsverhältnis.

(4) In welchen Fällen kann ein neuer Versicherungsnehmer benannt und die Versicherung fortgesetzt werden?

a) Endet der Vertrag, weil Sie als Versicherungsnehmer

- Ihr Versicherungsverhältnis kündigen oder
- Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in eines der Länder nach Abs. 3 verlegen oder
- versterben,

kann ein Versicherter den Vertrag fortsetzen. Dazu muss der Versicherte innerhalb von zwei Monaten den neuen Versicherungsnehmer benennen. Außerdem muss ein neues SEPA-Mandat erteilt werden. Die Frist beginnt, wenn der Versicherte von diesem Recht erfährt.

b) Kündigen wir den Vertrag wirksam, weil Sie den Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, gilt: Ein Versicherter

kann die Fortsetzung des Vertrags erklären. Er muss dann den neuen Versicherungsnehmer benennen. Außerdem muss ein neues SEPA-Mandat erteilt werden.

§ 11 Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

(1) Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

a) Der Versicherungsschutz besteht ab Vertragsschluss (siehe § 9). Es kann im Versicherungsschein ein späteres Datum als Beginn des Versicherungsschutzes angegeben sein. Dann beginnt der Versicherungsschutz erst zu diesem Datum. Den Tag, ab dem der Versicherungsschutz besteht, nennen wir „Versicherungsbeginn".

b) Schließen Sie den Versicherungsvertrag während einer Auslandsreise ab, gilt:

- Für diese Auslandsreise besteht für Sie kein Versicherungsschutz,
- der Versicherungsschutz besteht erst bei einer neuen Auslandsreise.

c) Für Neugeborene besteht der Versicherungsschutz, wenn sie die Geburt vollendet haben.

Voraussetzung ist, dass

- ein Elternteil am Tag der Geburt bei uns versichert ist und
- Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung anmelden.

Der Geburt eines Kindes steht die Adoption eines minderjährigen Kindes oder die Aufnahme eines Pflegekindes gleich.

(2) Wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz endet - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - mit Beendigung

- Ihrer Auslandsreise; spätestens jedoch nach Ablauf von 8 Wochen oder der vereinbarten zeitlichen Erweiterung (vgl. § 1 Abs. 2),
- des Versicherungsvertrags.

Unsere Nachleistungsverpflichtung nach § 1 Abs. 2 bleibt jedoch bestehen. Dann endet Ihr Versicherungsschutz erst, wenn Ihre Rückreise aus medizinischen Gründen wieder möglich ist.

Teil V – Beitrag und Zahlungsregelungen

§ 12 Was kostet Ihre Versicherung und was müssen Sie bei der Zahlung beachten?

(1) Was kostet Ihre Versicherung?

a) Die Höhe sowie die Berechnung Ihres Beitrags ergibt sich aus der Tabelle im Anhang.

b) Auch für Familien berechnen wir den Beitrag als Einzelversicherungen, wenn die Summe Ihrer Beiträge geringer ist als in der Familienversicherung.

(2) Wann erhöht sich Ihr Beitrag?

Ihr Beitrag erhöht sich, wenn ein Versicherter

- das 31. Lebensjahr,
- das 61. Lebensjahr oder
- das 18. Lebensjahr (nur in der Familienversicherung) vollendet.

Die Erhöhung tritt ab dem folgenden Versicherungsjahr in Kraft. Den dann gültigen (Mehr-)Beitrag können Sie ebenfalls der Tabelle im Anhang entnehmen.

(3) Was gilt für Ihre Beitragszahlung?

a) Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr (siehe § 10 Abs. 1) und ist jährlich fällig.

- Der Erstbeitrag ist mit Abschluss der Versicherung fällig.
- Der Folgebeitrag ist zu Beginn eines jeden weiteren Versicherungsjahres fällig.

b) Haben Sie eine zeitliche Erweiterung des Versicherungsschutzes vereinbart, gilt:

- Der zusätzliche Beitrag ist sofort und in voller Höhe fällig.

c) Sie haben uns ein SEPA-Mandat erteilt. Bei Fälligkeit buchen wir daher den Beitrag von dem dort angegebenen Konto ab. Hierbei müssen Sie sicherstellen, dass:

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- einem berechtigten Einzug nicht widersprochen wird.

§ 13 Was passiert, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Wenn Sie den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, gelten die Bestimmungen des § 37 bzw. § 38 Versicherungsvertragsgesetz.

Das bedeutet unter anderem, dass

- wir ggf. vom Vertrag zurücktreten oder diesen kündigen können und
- Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren können, sofern Sie die Nichtzahlung zu vertreten haben.

Die detaillierten Angaben des § 37 bzw. § 38 Versicherungsvertragsgesetz finden Sie im Anhang.

§ 14 Können sich die Bedingungen oder Ihr Beitrag zukünftig ändern?

Wir können

- die Versicherungsbedingungen und/oder
- Ihren Beitrag

zu Beginn jedes neuen Versicherungsjahres auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse ändern. Die geänderten Bedingungen bzw. der neue Beitrag werden frühestens einen Monat nach Zugang der Änderungsmitteilung wirksam. Sie können dann den Versicherungsvertrag insgesamt oder für die betroffenen Versicherten kündigen. Dies müssen Sie innerhalb von 2 Monaten ab Zugang der Änderungsmitteilung erklären. Die Kündigung gilt dann zum Zeitpunkt der Änderung.

Teil VI – Weitere Regelungen

§ 15 Wann dürfen Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

Sie dürfen unsere Forderungen nur gegen eine Ihrer Forderungen aufrechnen, soweit

- Ihre Forderung unbestritten ist oder
- rechtskräftig festgestellt wurde.

§ 16 Welches Recht gilt? Welches Gericht ist zuständig?

(1) Welches Recht gilt?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

(2) Welches Gericht ist zuständig?

a) Sie können eine Klage gegen uns bei dem für den Ort

- unseres Sitzes oder
- Ihres Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts

zuständigen Gericht einreichen.

b) Sollten wir gegen Sie klagen, ist das Gericht am Ort Ihres Wohnsitzes zuständig.

c) Verlegen Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land gemäß § 10 Abs. 3, gilt:

- Sie können Klagen nur beim Gericht am Ort unseres Sitzes einreichen.

§ 17 Wann verjähren Ihre und unsere Ansprüche?

Ihre und unsere Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren nach drei Jahren.
Die Berechnung der Frist richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Ausnahme:

Für Ansprüche, die Sie bei uns angemeldet haben, ist die Verjährung gehemmt. Die Hemmung

- beginnt, wenn Sie den Anspruch bei uns anmelden und
- endet, wenn Ihnen unsere Entscheidung in Textform über diesen Anspruch zugeht.

§ 18 Was müssen Sie bei Mitteilungen an uns beachten?

Die Vertragssprache ist deutsch.

Ihre Willenserklärungen und Mitteilungen können uns gegenüber auch mündlich erfolgen.

Ausnahme:

Dies gilt nicht, wenn etwas anderes (z. B. Textform)

- ausdrücklich vereinbart wird oder
- gesetzlich vorgeschrieben ist.

§ 19 Was gilt, wenn sich Ihre Anschrift ändert?

Falls Sie uns eine Änderung

- Ihrer Anschrift oder
- Ihres Namens

nicht mitteilen, gilt für eine Erklärung, die wir Ihnen gegenüber abgeben:

- Ausreichend ist ein Einwurf-Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift.
- Die Erklärung gilt drei Tage, nachdem wir das Einschreiben abgesendet haben, als zugegangen.

§ 20 Was sind die Grundlagen dieses Versicherungsvertrags?

a) Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- diesen Bedingungen,
- ggf. zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen und
- den in Deutschland geltenden gesetzlichen Vorschriften.

b) Sind einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen unwirksam, gelten die übrigen Regelungen unverändert fort.

Anhang

Anhang Beitragstabellen

Einzelversicherung	Jahresbeitrag
bis Alter 30	20,90 Euro
Alter 31 bis 60	26,90 Euro
Alter 61 bis 74	49,90 Euro
Alter 75	159,90 Euro*)

*) bei Vertragsabschluss bis Alter 74 beträgt der Beitrag weiterhin 49,90 Euro

Familienversicherung	Jahresbeitrag
Grundbeitrag	61,90 Euro**)

**) wenn ein Elternteil 61 Jahre oder älter ist bzw. ein Kind 18 Jahre oder älter ist, ist als Mehrbeitrag der reguläre Beitrag der jeweiligen Einzelversicherung zu zahlen

Die aktuellen Beiträge für die Erweiterung des Versicherungsschutzes über 8 Wochen hinaus können beim Versicherer angefragt werden.

Gesetzesauszüge

Anhang Auszug aus dem 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 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 Auskunfts- 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 Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

Verbraucherinformation

Die nachfolgenden Informationen erhalten Sie aufgrund der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen.

Neben den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Sie im Anschluss vorfinden, handelt es sich um Informationen zum Versicherer, zur angebotenen Leistung, zum Vertrag und zum Rechtsweg.

Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die
LVM Krankenversicherungs-AG,
Kolde-Ring 21, 48126 Münster
mit Sitz in Münster. Registergericht:
Amtsgericht Münster, HR B 1809
Wir sind Erstversicherer im Bereich der privaten Krankenversicherung.

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, Telefon: 0228 4108-0, Telefax: 0228 4108-1550.

Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung dienen zunächst eigene Sicherheitsmittel, insbesondere das Eigenkapital der LVM Krankenversicherungs-AG. Daneben stehen erhebliche Rücklagen in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Verfügung. Schließlich besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer und der versicherten Personen.

Die LVM Krankenversicherungs-AG gehört dem Sicherungsfonds an.

Wesentliche Merkmale Ihrer Versicherung, anwendbares Recht, Gesamtpreis und Einzelheiten der Zahlung und Erfüllung sowie zusätzlich anfallende Kosten

Auf das Versicherungsverhältnis finden die dem Vertrag zu Grunde liegenden Versicherungsbedingungen ggf. einschließlich der Tarifbestimmungen und das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Daraus ergeben sich auch die Regelungen über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistung. Den zu entrichtenden Gesamtbeitrag können Sie entsprechend der gewünschten Zahlungsweise Ihrem Vorschlag/Antrag entnehmen.

Erfüllt haben Sie Ihre Verpflichtung zur Beitragszahlung, wenn wir den Beitrag erhalten haben. Beim Lastschriftverfahren tritt Erfüllung ein, wenn Ihr Konto wirksam belastet ist.

Gültigkeitsdauer von Informationen

Wenn unser Vorschlag, insbesondere im Hinblick auf den Beitrag, befristet ist, können Sie dies ggf. dem Vorschlag entnehmen.

Wird die Krankenversicherung mehrere Monate vor dem Versicherungsbeginn abgeschlossen, kann es zu einer Beitragsanpassung ab Versicherungsbeginn kommen. Einzelheiten entnehmen Sie den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Zustandekommen des Vertrages, Bindefrist für Ihre Vertragserklärung

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Antrag annehmen. In der Regel geschieht dies, wenn uns ein gültiges SEPA-Mandat erteilt wurde oder bereits vorliegt und das zugehörige Konto Deckung aufweist. Der Versicherungsschutz besteht ab Vertragsschluss. Es kann im Versicherungsschein ein späteres Datum als Beginn des Versicherungsschutzes angegeben sein. Dann beginnt der Versicherungsschutz erst zu diesem Datum. Weitere Angaben zum Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes können Sie den Ihrem Vertrag zu Grunde liegenden Bedingungen entnehmen. Sie sind an Ihre Vertragserklärung sechs Wochen gebunden. Die Bindefrist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG Informationspflichtenverordnung und die Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

LVM Krankenversicherungs-AG,
Kolde-Ring 21, 48126 Münster,
E-Mail: info@lvm.de

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dieser Betrag ermittelt sich wie folgt:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit dem Beitrag gemäß Zahlungsperiode (bei jährlicher Zahlung 1/360, bei halbjährlicher Zahlung 1/180, bei vierteljährlicher Zahlung 1/90, bei monatlicher Zahlung 1/30).

Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge 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 (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Vertragsdauer und Kündigungsbedingungen

Der Vertrag in der Einzel- bzw. Familienversicherung wird zunächst für ein Versicherungsjahr geschlossen.

Der Versicherungsbeginn ist in Ihrem Versicherungsschein angegeben. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht von Ihnen oder von uns spätestens einen Monat vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne Versicherte beschränkt werden.

Darüber hinaus können sowohl Sie als Versicherungsnehmer als auch wir den Vertrag aus wichtigem Grund außerordentlich kündigen. Einzelheiten entnehmen Sie den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht

Auf Rechtsbeziehungen zwischen Ihnen und uns, insbesondere auf einen Versicherungsvertrag ist ausschließlich das Recht der Bundesrepublik Deutschland anwendbar. Regelungen bezüglich des zuständigen Gerichts können Sie Ihren Versicherungsbedingungen entnehmen.

Sprache

Die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen werden Ihnen in deutscher Sprache mitgeteilt. Wir werden die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages ebenfalls in deutscher Sprache mit Ihnen führen.

Wir verwenden in der Regel die männliche Schreibweise. Gemeint sind damit immer auch die anderen Anredeformen.

Außergerichtliche Beschwerdestelle/ Schlichtungsstelle

Die LVM Krankenversicherungs-AG ist freiwilliges Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Dieser hat als außergerichtliche Schlichtungsstelle eine Ombudsmannstelle eingerichtet. Sie können deshalb für Angelegenheiten der privaten Krankenversicherung das kostenlose Streitschlichtungsverfahren vor dem neutralen Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung von uns einmal nicht einverstanden sein sollten. Sie erreichen den Ombudsmann unter:

Ombudsmann
Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22 · 10052 Berlin
Telefon: 0800 2550444 (kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz)
Telefax: 030 20458931

Weitere Informationen:
www.pkv-ombudsmann.de

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

Sie können sich außerdem bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (siehe oben) beschweren.