

Produktblatt
Auslandskrankenversicherung Jahrespolice

Versicherer: LVM Krankenversicherungs-AG
Tarif: Auslandsreise-Top (AVB/ARTop)
Stand: 05/2018

Nr.	Was	Bewertung	Bemerkung
	Leistungen		
1	Nur private oder auch berufliche Reisen	●	Alle Auslandsreisen. (§2 (2)1.)
2	Rücktransport	●	Medizinisch sinnvoll, stationärer Aufenthalt voraussichtlich länger als zwei Wochen, Behandlungskosten höher als Rücktransport, in zumutbarer Entfernung ist keine ausreichende Behandlung gewährleistet. Erstattung für Begleitperson nur, wenn diese auch bei LVM versichert ist. (§4 (7))
3	Vorerkrankungen	●	Keine Behandlungen von denen auf Grund einer bereits ärztlich diagnostizierten Erkrankung vor Reiseantritt feststand, dass sie durchgeführt werden müssen. Übernahme der Kosten bei Verschlechterung einer chronischen Erkrankung während der Reise. (§5 (1) 2a.)
4	Transportfähigkeit	●	Verlängerung der Versicherung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit. (§10 (1) 2.)
5	Behandler	●	Zugelassene Ärzte und Zahnärzte- (§4)
6	Reha / Kur	●	Keine Erstattung. (§5 (1) 6.)
7	Zahnersatz	●	Schmerzstillende Behandlung, Einfache Zahnfüllungen, Provisorischer Zahnersatz, Reparaturen von Prothesen. (§5 (1) 6)
8	Krieg	●	Keine Behandlung von Folgen von Kriegsereignissen, wenn das Auswärtige Amt vor Reisebeginn eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Keine Erstattung bei aktiver Teilnahme an inneren Unruhen. (§5 (1) 2d.)

9	Schwangerschaft und Geburt	●	Medizinisch notwendige ambulante und stationäre Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburt (bis Wiederherstellung Transportfähigkeit Mutter und Kind), Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes, Fehlgeburt. (§4 (3))
10	Kindernachversicherung	●	Schutz für Neugeborene ab Tag der Geburt, wenn ein Elternteil versichert ist. Anmeldung rückwirkend 2 Monate möglich. (§4 (3))
11	Rettungs- und Bergungskosten	10.000€	Maximal 10.000€. (§4 (8))
12	Reisedauer	●	8 Wochen (56 Tage)
13	Preise und Altersstaffel		
	Einzel		1. Versicherungsjahr: 12,40€ ab 2. Versicherungsjahr: 10,90€
	Paare, Familie		
	Allgemeines		
	Spezialisiert	●	Nein
	Online Schadensmeldung	●	Nein
	Größe in Dt. nach Umsatz		
	24 Stunden Notrufnummer	●	Ja
	Online Antrag	●	Nein
	Verlängerung möglich	●	Ja
	Müssen erst die anderen Zahlen	●	Eigentlich ja, treten aber in Vorleistung.
	Unser Tipp, Persönliche Erfahrung		Keine Erfahrung.

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

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

Wir – die LVM Krankenversicherungs-AG – sind Ihr Vertragspartner. Sie sind der Versicherungsnehmer. Sie und auch andere Personen können Versicherte sein. Wir verwenden hierbei die männliche Schreibweise. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Schreibweise.

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

Notfälle können Sie rund um die Uhr telefonisch unter der Rufnummer +49 251 702 4710 melden.

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

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsfall und Leistung

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Bei welchen Reisen bietet die Versicherung Schutz? Wie lange bietet sie Schutz?
- § 3 Wer kann sich versichern?
- § 4 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 5 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?
- § 6 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten?
- § 7 Welche Folgen treten ein, wenn Sie oder der Versicherte die Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) verletzen?
- § 8 An wen zahlen wir die Leistung?

Vertrag und Beitrag

- § 9 Wie wird die Versicherung abgeschlossen und für wie lange?
- § 10 Wann beginnt der Schutz der Versicherung und wann endet er?
- § 11 Was kostet die Versicherung? Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 12 Was passiert, wenn der Beitrag nicht gezahlt wird?
- § 13 Können sich die Bedingungen oder die Beiträge zukünftig ändern?

Weitere Regelungen

- § 14 Wann kann die Aufrechnung erklärt werden?
- § 15 Welches Recht gilt? Welches Gericht ist zuständig?
- § 16 Was gilt für Mitteilungen?
- § 17 Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
- § 18 Wann verjähren Ansprüche?

Versicherungsfall und Leistung

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Versicherungsfall
Wir erbringen bei einem Versicherungsfall die vereinbarten Leistungen. Ein Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person 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 der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod während einer Reise im Ausland.
- (2) Vertragsgrundlagen
Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus
1. dem Versicherungsschein,
 2. diesen Bedingungen,

3. ggf. zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen und
4. den in Deutschland geltenden gesetzlichen Vorschriften.

§ 2 Bei welchen Reisen bietet die Versicherung Schutz? Wie lange bietet sie Schutz?

- (1) Geltungsbereich
Der Schutz der Versicherung erstreckt sich auf das Ausland (weltweit). Deutschland gilt nicht als Ausland. Darüber hinaus gelten auch die Länder, in denen der Versicherte einen gewöhn-

lichen Aufenthalt hat, nicht als Ausland.

(2) Dauer der Auslandsreise

1. Versicherungsschutz besteht für die ersten 8 Wochen jeder Auslandsreise. Er endet mit Ablauf der 8. Woche eines Aufenthalts im Ausland. Die Dauer des Versicherungsschutzes kann bei längeren Reisen auf bis zu 365 Tage ausgedehnt werden (zeitliche Erweiterung).

2. Muss eine im Ausland begonnene Behandlung über 8 Wochen bzw. über die vereinbarte zeitliche Erweiterung hinaus oder über das Ende des Versicherungsvertrags hinaus fortgesetzt werden, gilt: Wir leisten, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist (Nachleistungsverpflichtung).

§ 3 Wer kann sich versichern?

(1) Versicherungsfähigkeit

Versichern können sich Personen, deren gewöhnlicher Aufenthalt bei Abschluss der Versicherung in Deutschland liegt.

(2) Einzelversicherung

Versichert in der Einzelversicherung sind die namentlich im Versicherungsschein genannten Personen.

(3) Familienversicherung

1. Versichert in der Familienversicherung sind

- Sie und
- Ihr in häuslicher Gemeinschaft lebender Ehe- oder Lebenspartner.

Mitversichert sind auch

- Ihre und
- dessen

im gemeinsamen Haushalt lebenden oder unterhaltsberechtigten Kinder. Zu den Kindern zählen auch

- Stiefkinder,
- Adoptivkinder und
- Pflegekinder.

Sie müssen uns alle Personen, die mitversichert werden sollen, benennen. Sollen in der Familienversicherung später weitere Personen (z.B. Neugeborene) mitversichert werden, sind diese unverzüglich nachzumelden.

Für ein neugeborenes Kind besteht Schutz unter den Voraussetzungen des § 9 Absatz (1) Nr. 2.

2. Mitversicherte Personen sind auch dann versichert, wenn Sie nicht mitreisen.

3. Entfällt für eine versicherte Person eine der Voraussetzungen für die Familienversicherung, bleibt der Versicherungsschutz erhalten. Ab dem folgenden Versicherungsjahr wird die

Versicherung für diesen Versicherten in dem bestehenden Vertrag als Einzelversicherung fortgeführt.

§ 4 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Ambulante Leistungen

1. Freie Arztwahl

Der Versicherte kann den Arzt frei wählen. Dieser muss nach dem im Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sein.

2. Unsere Leistungen

Wir erstatten die Aufwendungen für

- ärztliche Untersuchung und medizinisch notwendige Heilbehandlung,
 - Arznei-, Verband- und Heilmittel
- Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Nr. 1 genannten Behandlern verordnet werden.

Arzneimittel müssen aus einer Apotheke oder einer anderen im Reiseland offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Als Heilmittel gelten u.a. Massagen, Inhalationen, Bäder, medizinische Packungen, Krankengymnastik und Anwendungen des elektrischen Stroms.

c. die Miete medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Hilfsmittel, soweit diese aufgrund eines während des Auslandsaufenthalts eingetretenen Versicherungsfalls erforderlich werden. Ist eine leihweise Überlassung nicht möglich, erstatten wir die Aufwendungen für den Erwerb dieser Hilfsmittel zur Gewährleistung einer vorübergehenden Versorgung für die Dauer des Auslandsaufenthalts in einfacher Ausführung. Ausgenommen von der Erstattung sind Aufwendungen für Sehhilfen und Hörgeräte.

(2) Leistungen im Krankenhaus

1. Freie Krankenhauswahl

Der Versicherte kann das Krankenhaus frei wählen. 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.

2. Unsere Leistungen

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung erstatten wir Aufwendungen für

a. ärztliche Leistungen,

b. allgemeine Krankenhausleistungen,

c. Operationen einschließlich der Operationsnebenkosten,

d. Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus.

e. Rooming-In

Muss ein versichertes minderjähriges Kind stationär behandelt werden, erstatten wir die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.

Erstattet ein Dritter die Kosten für die stationäre Behandlung, erhalten Sie ein Krankenhaus-Tagegeld in Höhe von 30 Euro pro Tag.

(3) Leistungen bei Schwangerschaft

Wir erstatten ausschließlich Aufwendungen für

1. die medizinisch notwendige ambulante und stationäre Behandlung wegen Komplikationen in der Schwangerschaft
2. die Entbindung bei Frühgeburt einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und neugeborenem Kind entstehenden Kosten. Dies umfasst auch die Behandlung, Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes.
3. die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Fehlgeburt
4. den medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch.

(4) Zahnärztliche Leistungen

1. Freie Zahnarztwahl

Der Versicherte kann den Zahnarzt frei wählen. Dieser muss nach dem im Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sein.

2. Unsere Leistungen

Wir erstatten die Aufwendungen für

- schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen und
- Zahnfüllungen in einfacher Ausführung.

Abweichend von dem in § 5 Absatz (1) Nr. 12 geregelten Ausschluss erstatten wir bei zahnärztlicher Behandlung außerdem Aufwendungen für

- provisorischen Zahnersatz (zum Beispiel Zahnkronen, Brücken) jeweils in einfacher Ausführung,
- Reparaturen von Prothesen.

(5) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel

1. Wir leisten für von der Schulmedizin überwiegend anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden. Dies gilt auch für Arzneimittel.

2. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel,

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

Wir können unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(6) Krankentransport

Wir erstatten die Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus oder Arzt. Erweist sich das zunächst aufgesuchte Krankenhaus als nicht geeignet, erstatten wir auch die Transportkosten für die Verlegung aus medizinischen Gründen in ein anderes geeignetes Krankenhaus.

(7) Krankenrücktransport

Wir ersetzen die Kosten eines Krankenrücktransports, wenn

- er medizinisch sinnvoll ist oder
- die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach ärztlicher Bescheinigung voraussichtlich einen Zeitraum von 2 Wochen übersteigen würde oder
- die Kosten der Heilbehandlung im Ausland unter Berücksichtigung der ärztlichen Prognose voraussichtlich die Kosten des Krankenrücktransports übersteigen würden oder
- am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist.

Der Rücktransport erfolgt

- an den gewöhnlichen Aufenthaltsort des Versicherten oder
- in ein Krankenhaus oder einen anderen Ort im Land des gewöhnlichen Aufenthalts.

Wird der Versicherte auf dem Rücktransport begleitet, gilt: Wir erstatten auch die Mehrkosten für eine Begleitperson. Dies gilt nur, wenn diese zum Zeitpunkt des Rücktransports auch bei uns versichert ist. Als bei uns versichert gilt eine Person, wenn sie bei uns nach einem Tarif mit Anspruch auf Krankenrücktransport aus dem Ausland versichert ist. Mehrkosten sind die durch den Krankenrücktransport zusätzlich entstehenden Kosten.

(8) Kosten für Suche, Rettung und Bergung Wir übernehmen diese Kosten, wenn sie

- wegen Erkrankung,

- als Unfallfolge oder
 - wegen Tod
- des Versicherten anfallen. Maximal erstatten wir 10.000 Euro je Versicherungsfall.

(9) Bestattung und Überführung

Bei Tod eines Versicherten erstatten wir die Kosten wahlweise für

- die Überführung an einen Ort im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthaltsorts der versicherten Person oder
- die Bestattung im Ausland.

(10) Betreuung minderjähriger Kinder

Wir erstatten die Kosten für die Vermittlung einer Notfallbetreuung vor Ort. Ein Notfall liegt vor, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- Die Eltern werden stationär behandelt, zurücktransportiert oder sind verstorben.
- Hierdurch kann ein mitversichertes minderjähriges Kind auf der Reise nicht mehr betreut werden.

Zu den Kindern zählen auch

- Stiefkinder,
- Adoptivkinder und
- Pflegekinder.

(11) Serviceleistungen

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- 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

§ 5 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

(1) Keine bzw. eingeschränkte Leistungspflicht

Kein Versicherungsschutz besteht

1. für Auslandsreisen, die vor Beantragung des Versicherungsschutzes angetreten werden,

2. für Versicherungsfälle

a) deren Eintritt während der Reise für Sie oder die versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnose bereits bei Antritt der Reise bzw. der Beantragung der zeitlichen Erweiterung des Versicherungsschutzes fest stand. Dies gilt nicht, wenn der Tod des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades Grund für den Antritt der Reise bzw. die Beantragung der zeitlichen Erweiterung war.

Ist ein Versicherungsfall bereits vor Antritt der Reise eingetreten, gilt: Wir erstatten Aufwendungen für Heilbehandlungen, die aufgrund einer während der Auslandsreise eingetretenen Verschlechterung der Erkrankung erforderlich werden.

b) deren Behandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Auslandsaufenthalt war. Ausgenommen sind Fälle der Nachleistungsverpflichtung nach § 10 Absatz (2) Nr. 2.

c) einschließlich ihrer Folgen, die die versicherte Person vorsätzlich herbeigeführt hat.

d) einschließlich ihrer Folgen, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden, wenn das Auswärtige Amt vor Beginn der Auslandsreise eine entsprechende Reisewarnung ausgesprochen hat.

e) einschließlich ihrer Folgen, die durch eine aktive Teilnahme an Unruhen verursacht wurden.

3. für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

4. für eine ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Dies gilt nicht, wenn durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird.

5. für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen

6. für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen

7. für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen

8. für eine durch Pflegebedürftigkeit

oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung

9. für die Untersuchung und medizinische Behandlung wegen regelrecht verlaufender Schwangerschaft, Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge und die Entbindung.

10. für Hörgeräte und Sehhilfen.

11. unter anderem 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.

12. folgende zahnärztliche Behandlungen:

a) Zahnprophylaxe

b) Parodontosebehandlung

c) Neuanfertigungen von Zahnersatz.

Hierzu zählen Kronen, Brücken, Prothesen und Implantate.

d) Inlays und Onlays

e) Kieferorthopädie

(2) Herabsetzung von Leistungen

1. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme das medizinisch notwendige Maß, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, können wir unsere Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Leistungen Dritter

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

§ 6 Was ist bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten?

Sie und der Versicherte haben bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls die folgenden Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten):

1. Erteilung jeder für die Prüfung des Versicherungsfalls oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlichen Auskunft

2. Erteilung der Befugnis an uns, Auskünfte bei Ärzten und Krankenanstalten aller Art einzuholen. Dies gilt, soweit die Auskünfte zur Feststellung des Versicherungsfalls oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendig sind. Dazu muss der Versicherte die Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden. Alternativ kann der Versicherte diese Auskünfte selbst einholen und uns weiterleiten.

3. Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt auf unser Verlangen

4. Nachweis des Beginns und des Endes einer jeden Auslandsreise

5. Nachweis der entstandenen Aufwendungen durch Originalrechnungen oder durch Rechnungsduplikate mit Erstattungsvermerk eines anderen Kostenträgers.

Die Rechnungsbelege müssen folgende Angaben zur behandelten Person enthalten:

- den Namen des Rechnungsausstellers,
- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- Bezeichnungen von Krankheiten (Diagnosen),
- Behandlungsdaten und
- die einzelnen medizinischen Leistungen.

Bei zahnärztlicher Behandlung ist zusätzlich die Bezeichnung der behandelten Zähne erforderlich. Die

- Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel
- Rezepte über Arznei- und Verbandmittel

sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen. Die Rechnung muss Einzelpositionen und dazugehörige Preise ausweisen.

Für die Zahlung eines Krankenhaus-Tagegelds müssen Sie uns eine Bescheinigung des Krankenhauses über die vollstationäre Heilbehandlung vorlegen. Diese muss

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung,
- das Aufnahmedatum,
- das Entlassungsdatum und
- Angaben über eventuelle Beurlaubungen enthalten.

Überführungs- bzw. Bestattungskosten sind durch

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

Wird ein anderweitig bestehender Versicherungsschutz zuerst in Anspruch genommen, genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

6. Abtretung von Schadenersatz-Ansprüchen gegen Dritte im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall

Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Bei der Durchsetzung dieses Rechts durch uns haben Sie, soweit erforderlich, mitzuwirken. Soweit der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der entstandenen Aufwendungen erhalten hat, können wir dies auf unsere Leistungen anrechnen. Lebt der Dritte mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft, können wir gegen ihn keine Ansprüche geltend machen. Dies gilt nicht, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

7. Abtretung von Ansprüchen, die Sie oder der Versicherte gegen Leistungserbringer haben.

Dies gilt nur, wenn Sie gegen den Leistungserbringer einen Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte haben, für die wir aufgrund dieses Vertrags Erstattungsleistungen erbracht haben.

§ 7 Welche Folgen treten ein, wenn Sie oder der Versicherte die Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) verletzen?

Bei Verletzung einer der o.g. Obliegenheiten können sich erhebliche rechtliche Nachteile ergeben. Dabei gilt:

Bei vorsätzlicher Verletzung einer Obliegenheit geht Ihr Anspruch auf Leistung verloren.

Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir die Leistung kürzen. Diese Kürzung richtet sich im Verhältnis nach der Schwere Ihres Verschuldens. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungsfreiheit führen.

Wird die Obliegenheit nachweislich nicht grob fahrlässig verletzt, bleibt der Anspruch auf Leistung bestehen.

War die Verletzung der Obliegenheit nachweislich

- weder für die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich, leisten wir. Wir leisten

auch, wenn wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Bei arglistiger Verletzung einer Obliegenheit verlieren Sie den Anspruch auf Leistung in jedem Fall. Die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten rechnen wir Ihnen zu.

§ 8 An wen zahlen wir die Leistung?

(1) Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Wir sind nur zur Leistung verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise (§ 6 Absatz (1) Nr. 1 bis 5) erbracht sind.

2. Die Auszahlung der Versicherungsleistung können nur Sie verlangen. Sie können jedoch uns gegenüber in Textform einen Versicherten als Empfangsberechtigten benennen. In diesem Fall kann ausschließlich dieser die Leistung verlangen. Die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Dies gilt nicht, bei einer erteilten Kostenübernahme-Garantie oder Direkt-Abrechnung mit dem Krankenhaus (vgl. § 4 Absatz (11)).

3. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

4. Die Leistungen überweisen wir kostenfrei auf ein uns zu nennendes Konto. Bei Überweisungen ins Ausland trägt der Empfänger das damit verbundene Risiko und anfallende Kosten.

5. Die in ausländischer Währung entstandenen 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. Es gibt nicht gehandelte Währungen ohne Referenzkurse. Für diese gilt der Kurs nach dem jeweils neuesten Stand der „Devisenkursstatistik“. Diese veröffentlicht die Deutsche Bundesbank. Erwerben Sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs, so gilt dieser Kurs. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie dies durch Bankbelege nachweisen.

6. Die Leistungen sind fällig mit der Beendigung der Erhebungen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen sind.

(2) Erstattung bei mehreren Kostenträgern

Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung Dritter beansprucht werden, gehen diese Ansprüche den Ansprüchen aus diesem Vertrag vor.

Dritte können z.B.

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

Dies gilt auch dann, wenn diese ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart haben. Dies gilt unabhängig davon, wann der anderweitige Vertrag abgeschlossen wurde. Melden Sie den Versicherungsfall zuerst uns, treten wir in Vorleistung. Wir wenden uns dann zwecks Kostenerstattung direkt an den Dritten.

Wir werden auf die Geltendmachung der Kostenerstattung verzichten, wenn Sie dies beantragen und nachweisen, dass Ihnen hierdurch ein wirtschaftlicher Nachteil entsteht.

Vertrag und Beitrag

§ 9 Wie wird die Versicherung abgeschlossen und für wie lange?

(1) Zustandekommen des Versicherungsvertrags

Ihre Versicherung wird wie folgt abgeschlossen (Vertragsschluss):

1. Zugang des von Ihnen vollständig ausgefüllten Antragsformulars bei uns bzw. bei unserem Vermittler und Erteilung des im Antragsformular vorgesehenen SEPA-Mandats, wenn das bezogene Konto Deckung aufweist.

2. Telefonischer Vertragsschluss bei Vorliegen eines schriftlichen SEPA-Mandats, wenn das bezogene Konto Deckung aufweist.

(2) Vertragsdauer und Kündigung

1. Die Versicherung wird für die Dauer eines Versicherungsjahres abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr.

2. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Tag des Versicherungsbeginns und endet mit dem Ablauf des Monats des Versicherungsbeginns im Folgejahr. Die Dauer der folgenden Versicherungsjahre beträgt jeweils ein Jahr.

3. Sie oder wir können zum Ende eines Versicherungsjahrs mit einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung muss in Textform erfolgen.

4. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis eines Versicherten, gilt: Die Kündigung wird wirksam, wenn der Versicherte Kenntnis von der Kündigungserklärung hat.

(3) Ende der Versicherung

1. Tod des Versicherungsnehmers

Der Vertrag endet, wenn Sie versterben.

2. Tod des Versicherten

Verstirbt der Versicherte, endet dessen Versicherung.

3. Wegzug aus Deutschland

Der Versicherungsvertrag endet, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der Europäischen Union (EU) oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) verlegen.

Verlegt der Versicherte seinen gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der EU oder des EWR, endet dessen Versicherungsverhältnis.

4. Widerruf des SEPA-Mandats

Der Versicherungsvertrag endet, wenn Sie das SEPA-Mandat widerrufen.

(4) Fortsetzung unter Benennung eines neuen Versicherungsnehmers

1. Kündigung oder Beendigung durch Sie
Versicherte können bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie, Ihren Wegzug aus Deutschland oder Ihren Tod die Fortsetzung der Versicherung erklären. Dazu muss der Versicherte den künftigen Versicherungsnehmer benennen. Diese Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten abzugeben. Die Frist beginnt ab Kenntnis des Versicherten von seinem Recht.

2. Kündigung durch uns

Beschränken wir unsere Kündigung auf einzelne Versicherte, gilt: Sie können die Aufhebung des gesamten Vertrags verlangen. Ihre Kündigung muss innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer Kündigung erfolgen. Sie gilt dann zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Kündigung. Kündigen wir den Vertrag wirksam wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung, gilt: Ein Mitversicherter kann die Fortsetzung der Versicherung erklären. Dazu muss er einen künftigen Versicherungsnehmer benennen.

§ 10 Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

(1) Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Schutz besteht ab Vertragsschluss (siehe § 9 Absatz (1)). Er beginnt frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).

2. Schließen Sie den Versicherungsvertrag während Ihrer Auslandsreise ab,

besteht für diese Auslandsreise kein Versicherungsschutz. Versicherungsschutz besteht dann erst ab Beginn einer neuen Auslandsreise.

3. Bei Neugeborenen beginnt der Schutz ab Vollendung der Geburt. Voraussetzung ist, dass

- ein Elternteil am Tag der Geburt bei uns versichert ist und
- die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption eines minderjährigen Kindes gleich.

(2) Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung

1. der Auslandsreise, spätestens jedoch mit Ablauf der 8. Woche bzw. der vereinbarten zeitlichen Erweiterung der Auslandsreise (vgl. § 2 Absatz (2)) oder
2. des Versicherungsvertrags.

Muss eine im Ausland begonnene Behandlung über 8 Wochen bzw. über die vereinbarte zeitliche Erweiterung hinaus oder über das Ende des Versicherungsvertrags hinaus fortgesetzt werden, endet der Versicherungsschutz, wenn die Rückreise aus medizinischen Gründen wieder möglich ist (Nachleistungsverpflichtung).

§ 11 Was kostet die Versicherung? Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Beitragsberechnung und Beitragshöhe

1. Für die Beitragsberechnung und Beitragshöhe ist die Tabelle im Anhang maßgeblich.

2. Ist der Beitrag für eine Familie höher als die Summe der Beiträge der Einzelversicherungen, erfolgt die Beitragsberechnung der Einzelversicherungen.

(2) Erhöhung des Beitrags im laufenden Vertrag

1. Vollendet ein Versicherter das 61. Lebensjahr, gilt: Ab dem folgenden Versicherungsjahr ist der dann gültige Beitrag der Einzelversicherung zu zahlen.

2. Vollendet ein in der Familienversicherung Versicherter das 18. oder 61. Lebensjahr, gilt: Ab dem folgenden Versicherungsjahr erhöht sich der Familienbeitrag nach Maßgabe der Beitragstabelle im Anhang.

(3) Beitragszahlung

1. Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr und ist jährlich fällig. Der Erstbeitrag ist bei Abschluss des Versicherungsvertrags fällig, die Folgebeiträge

zu Beginn eines jeden weiteren Versicherungsjahres.

2. Haben Sie eine zeitliche Erweiterung des Versicherungsschutzes beantragt, gilt: Der zusätzliche Beitrag (vgl. Absatz (2)) ist sofort und in voller Höhe fällig.

(4) SEPA-Mandat

Sie haben uns ein SEPA-Mandat erteilt. Bei Fälligkeit buchen wir den Beitrag von dem von Ihnen angegebenen Konto ab. Sie müssen sicherstellen, dass wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können. Auch müssen Sie dafür sorgen, dass einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird.

§ 12 Was passiert, wenn der Beitrag nicht gezahlt wird?

(1) Folgen des Zahlungsverzugs beim Erstbeitrag

1. Können wir den Erstbeitrag nicht rechtzeitig einziehen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wir können dies nur, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Unser Recht auf Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie nachweisen.

2. Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie nachweisen. Wir müssen nicht leisten, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht haben.

(2) Folgen des Zahlungsverzugs beim Folgebeitrag

1. Können wir einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig einziehen, mahnen wir Sie in Textform. Die Mahnkosten müssen Sie tragen. In der Mahnung setzen wir eine Frist von mindestens zwei Wochen. Wir können den Vertrag kündigen, wenn Sie den Rückstand nicht fristgerecht begleichen. Dies gilt nur, wenn wir die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angeben, die nach Nr. 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind.

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, sind wir leistungsfrei.

3. Sind Sie mit der Zahlung der

geschuldeten Beträge nach Fristablauf noch im Verzug, können wir das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug sind und wir Sie hierauf bei der Kündigung ausdrücklich hingewiesen haben. Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leisten; Nr. 2 bleibt unberührt.

§ 13 Können sich die Bedingungen oder die Beiträge zukünftig ändern?

(1) Änderung der Versicherungsbedingungen oder der Beiträge

Wir können

- die Versicherungsbedingungen oder
- den Beitrag

zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse ändern. Die Neufestsetzung des Beitrags bzw. die Bedingungsänderungen werden frühestens einen Monat nach Mitteilung wirksam. Sie können die Versicherung hinsichtlich der betroffenen Person(en) oder auch insgesamt innerhalb von zwei Monaten ab Zugang der Änderungsmitteilung kündigen. Sie gilt dann zum Änderungszeitpunkt.

(2) Salvatorische Klausel

Sind einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen unwirksam, berührt dies nicht die Geltung der übrigen Regelungen.

Weitere Regelungen

§ 14 Wann kann die Aufrechnung erklärt werden?

Gegen unsere Forderungen dürfen Sie mit einer Ihrer Forderungen nur aufrechnen, soweit Ihre Forderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt wurde.

§ 15 Welches Recht gilt? Welches Gericht ist zuständig?

(1) Geltendes Recht

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

(2) Klagen des Versicherten

Sie können eine Klage gegen uns an das für

- Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder

- unseren Sitz
zuständige Gericht richten.

(3) Klagen aus diesem Vertrag gegen Sie
Für Klagen aus diesem Vertrag gegen Sie
ist das Gericht Ihres Wohnsitzes zustän-
dig.

(4) Klagen bei Verlegung des gewöhn-
lichen Aufenthalts

Verlegen Sie Ihren gewöhnlichen
Aufenthalt in einen Staat außerhalb

- der EU oder
- der Vertragsstaaten des Abkommens
über den Europäischen Wirtschafts-
raum (EWR), können Sie Klagen aus
dem Versicherungsvertrag nur am
Gericht unseres Sitzes erheben.

§ 16 Was gilt für Mitteilungen?

(1) Mitteilungen

Willenserklärungen und Mitteilungen
können uns gegenüber mündlich erfol-
gen. Es sei denn, etwas anderes

- wird ausdrücklich vereinbart (z.B.
Textform) oder
- ist gesetzlich vorgeschrieben.

(2) Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

§ 17 Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

Falls Sie uns eine Änderung

- Ihrer Anschrift oder
- Ihres Namens

nicht mitteilen, gilt Folgendes: Es genügt
für eine Ihnen gegenüber abzugebende
Erklärung die Absendung eines Einwurf-
Einschreibens an die letzte uns von Ihnen
bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt
drei Tage nach der Absendung des Briefs
als zugegangen.

§ 18 Wann verjähren Ansprüche?

(1) Verjährungsfrist

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren
nach drei Jahren. Die Berechnung der
Frist richtet sich nach den Vorschriften
des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

(2) Hemmung der Verjährung

Die Verjährung ist für bei uns angemel-
dete Ansprüche gehemmt. Dies gilt von
der Anmeldung bis zum Zugang unserer
Entscheidung in Textform bei Ihnen.

Anhang Beitragstabellen

Einzelversicherung	1. Versiche- rungsjahr	ab dem 2. Versiche- rungsjahr
bis Alter 60	12,90 Euro	10,90 Euro
Alter 61 bis 74	23,90 Euro	21,90 Euro
ab Alter 75	69,90 Euro	62,90 Euro *)

*) bei Vertragsabschluss bis Alter 74 beträgt der Beitrag weiterhin 21,90 Euro

Familienversicherung	1. Versiche- rungsjahr	ab dem 2. Versiche- rungsjahr
Grundbeitrag	26,90 Euro	24,90 Euro
Mehrbeitrag, wenn ein Elternteil 61 Jahre oder älter ist	23,90 Euro	21,90 Euro
Mehrbeitrag je Kind ab Alter 18	12,90 Euro	10,90 Euro

Erweiterung des Versicherungsschutzes über 8 Wochen hinaus	Pro Tag und pro Person ab 57. bis 365. Tag
bis Alter 59	1,50 Euro
Alter 60 bis 74	4,50 Euro
ab Alter 75	9,00 Euro

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 unter der Rufnummer +49 251 702 4710 immer für Sie erreichbar.

Außergerichtliche Beschwerdestelle/ Schlichtungsstelle

Zuständig für ein kostenloses Streit-schlichtungsverfahren im Zusammenhang mit der LVM Krankenversicherungs-AG ist der Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung.

PKV Ombudsmann
Postfach 06 02 22 · 10052 Berlin
Telefon: 0 800/25 50 44 4
Telefax: 0 30/20 45 89 31

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt. Neben der Möglichkeit, die Hilfe des Ombudsmanns in Anspruch zu nehmen, haben Sie auch die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienst-
leistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Telefon: 02 28/41 08-0
Telefax: 02 28/41 08-15 50

Adresse des gesetzlichen Sicherungsfonds

Medicator AG,
Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln

Ihr Vertragspartner ist die

LVM Krankenversicherungs-AG

Kolde-Ring 21 · 48126 Münster
Telefon: 02 51/70 2 -58 24
Telefax: 02 51/70 2-17 99
Internet: www.lvm.de
E-Mail: info@lvm.de

Aufsichtsratsvorsitzender:

Jochen Borchert
Vorstand: Dr. Mathias Kleuker
(Vorsitzender), Peter Bochnia,
Heinz Gressel, Ludger Grothues,
Werner Schmidt, Dr. Rainer Wilmlink
Sitz der Gesellschaft: Münster.
Registergericht: Amtsgericht Münster,
HR B 1809.

Wir sind Erstversicherer im Bereich der Krankenversicherung.

Hinweise zum Code of Conduct

Die LVM Versicherung ist den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft - „Code of Conduct“ - zum 1. Februar 2013 beigetreten. Diese Regeln gehen freiwillig über die geltenden Datenschutzvorschriften hinaus und unterstreichen, dass der Schutz der Kundendaten hohe Bedeutung hat. Mit unserem Beitritt verpflichten wir uns, die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nur im Rahmen dieser Verhaltensregeln durchzuführen. Wir benötigen diese personenbezogenen Daten, um unseren vertraglichen Pflichten im Rahmen der Antrags-, Vertrags- oder Leistungsbearbeitung nachkommen zu können. Unter Umständen ist es notwendig, diese Daten an Dienstleister weiterzugeben. Eine Liste der möglichen Dienstleister ist in Ihren

Vertragsunterlagen enthalten. Um eine übergreifende Betreuung sicherstellen zu können, speichern wir Ihre Adresdaten und weitere vertragsübergreifende Daten nach den Vorgaben des Code of Conduct in zentralen Datenbeständen.

Weitere Informationen zur Dienstleisterliste, zum Code of Conduct und zu Ihrem Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung erhalten Sie unter www.lvm.de/datenschutz, schriftlich unter LVM Versicherung, Datenschutzbeauftragter, Kolde-Ring 21, 48126 Münster oder in den allgemeinen Bedingungswerken, die Ihnen bei Vertragsschluss ausgehändigt werden.

Hinweis auf möglichen Datenaustausch mit anderen Versicherungsunternehmen

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.