

Antrag auf Krankenzusatzversicherung

LVM Krankenversicherungs-AG

Aufsichtsratsvorsitzender: Jochen Borchert.
Vorstand: Jochen Herwig, Vorsitzender, Ulrich Greim-Kuczewski, Klaus Michel, Werner Schmidt.
Sitz der Gesellschaft: Münster. Registergericht: Amtsgericht Münster, HR B 1809.

Anschrift der Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
– Bereich Versicherungen –
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Anschrift des Ombudsmannes:

PKV-Ombudsmann
Kronenstraße 13
10117 Berlin

Neuantrag Änderung **zur Krankenzusatzversicherung**

Antragsteller und Versicherungsnehmer

VS-Nr. _____ Sind Sie schon LVM-Kunde? nein ja, dann bitte eine VS-Nr. angeben: _____ VS-Nr. _____ VM-Nr. _____ UV-Nr. _____

Herr Name _____ hkk SB-Code _____
 1 _____
 Frau Vorname/Titel _____
 2 _____
 Straße/Hausnummer _____
 Postleitzahl _____ Ort _____ Telefon (freiwillige Angabe) _____

Geburtsdatum _____ allein stehend ja nein Staats-Angeh. _____ andere Nationalität _____ ausgeübter Beruf _____

Arbeitnehmer Bundesbeamter selbstständig Landesbeamter/Land _____

Versicherungsbeginn

Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Ich beantrage den Abschluss bzw. die Änderung eines Krankenversicherungsvertrags für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen.

Zu versichernde Personen

Falls Anschriften der zu versichernden Personen gegenüber der des Antragstellers abweichen, nennen Sie diese bitte auf einem Beiblatt.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Vorname Nachname, falls abweichend vom Antragsteller	_____	_____	_____	_____
Geburtsdatum Geschlecht	Tag _____ Monat _____ Jahr _____ m/w _____	Tag _____ Monat _____ Jahr _____ m/w _____	Tag _____ Monat _____ Jahr _____ m/w _____	Tag _____ Monat _____ Jahr _____ m/w _____
ausgeübter Beruf	_____	_____	_____	_____
durchschnittl. mtl Nettoeinkommen	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Vorversicherungen

Besteht, bestand oder wurde eine der folgenden Versicherungen beantragt bzw. Heilfürsorge gewährt?

A Gesetzliche Kranken-/Pflegeversicherung ja nein C Pflegezusatzversicherung ja nein

B Private Kranken-/Pflegeversicherung ja nein D Heilfürsorge ja nein

Falls ja, bitte nähere Angaben.

für Person	Art A-D	Krankenkasse oder Versicherungsunternehmen	von Monat Jahr	bis Monat Jahr	Krankenhaus-tagegeld €	Krankentagegeld €	Pflege-tagegeld €

Wurde eine dieser Versicherungen nicht oder nicht zu normalen Bedingungen angenommen? ja nein Falls ja, welche (Person/Art)? _____

Bei hkk-Mitgliedschaft bitte hier die Versichertennummer eintragen

Person 1 _____ Person 2 _____ Person 3 _____ Person 4 _____

Sonderkonditionen

Der beantragte Versicherungsschutz beinhaltet Sonderkonditionen für hkk-Versicherte. Die LVM Krankenversicherungs-AG ist berechtigt, die Versicherung zum Ende des Monats, in dem die Versicherung bei der hkk endet, auf die jeweiligen normalen Tarif- und sonstigen Bestimmungen umzustellen.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung müssen Sie die Ihnen bekannten Gefahrenumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzeigen. Stellt der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor seiner Vertragsannahme, Fragen der oben genannten Art, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflichten vorsätzlich oder grob fahrlässig, kann der Versicherer von Beginn an vom Vertrag zurücktreten. Bei einer weder vorsätzlichen noch grob fahrlässigen Verletzung Ihrer Anzeigepflichten hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung und das Kündigungsrecht des Versicherers sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Die vorgenannten Rechtsfolgen treten jedoch nicht ein, wenn Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben. Die Rechte des Versicherers sind ausgeschlossen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrenumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Juniorpaket

Für Person _____ wird das Juniorpaket beantragt. Es besteht aus den Tarifen SG 2, KHT 25 € Tagessatz, EG-Komfort und K-Dental. monatliche Beitragsrate € _____

Versicherungsschutz

Ergänzungsschutz:
EG-Komfort (65) bzw.
EG-Basis (65)
Zahn-Zusatzversicherung:
ZG 25
Zahn-Zusatzversicherung:
ZG 30
Zahn-Zusatzversicherung:
K-Dental bzw. K-Dental-Plus
Zahn-Zusatzversicherung:
Dental bzw. Dental-Plus

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Tarif	Tarif	Tarif	Tarif	Tarif
monatliche Beitragsrate €	monatliche Beitragsrate €	monatliche Beitragsrate €	monatliche Beitragsrate €	monatliche Beitragsrate €
Tarif _____	Tarif _____	Tarif _____	Tarif _____	Tarif _____
Tarif _____	Tarif _____	Tarif _____	Tarif _____	Tarif _____
Tarif _____	Tarif _____	Tarif _____	Tarif _____	Tarif _____
Tarif _____	Tarif _____	Tarif _____	Tarif _____	Tarif _____

Gesundheitsangaben

(bei „ja“ bitte Angaben unter Erläuterungen)

Falls ich oder eine der zu versichernden Personen gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, so kann ich diese gegenüber der LVM Krankenversicherung unmittelbar durch eingeschriebenen Brief nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von drei Tagen erfolgen.

Beantwortung nur bei Tarif EG Komfort (65) bzw. EG Basis (65)

Beantwortung nur bei Tarif Dental, Dental-Plus, K-Dental und K-Dental-Plus

Beantwortung nur bei Tarif K-Dental und K-Dental-Plus

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 |
| 1. Wird eine Sehhilfe (z.B. Brille, Kontaktlinsen) getragen oder ist eine solche notwendig oder angeraten? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, erkläre ich mich im Tarif EG Basis/EG Basis 65 mit einem Risikozuschlag von 2 € (bei Kindern bis 15 Jahre 1,50 €, bei Jugendlichen bis 20 Jahre 1,75 €) und im Tarif EG Komfort/EG Komfort 65 mit einem Risikozuschlag von 3 € (bei Kindern bis 15 Jahre 2 €, bei Jugendlichen bis 20 Jahre 2,50 €) einverstanden. | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat in den letzten 6 Monaten eine Behandlung bzw. haben in den letzten 3 Jahren mehr als 2 Behandlungstermine beim Heilpraktiker stattgefunden oder sind solche beabsichtigt? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, ist der Abschluss der Tarife EG Basis/EG Basis 65 und EG Komfort/EG Komfort 65 nicht möglich. | | | | |
| 3. Erfolgte in den letzten zwei Jahren eine zahnärztliche Untersuchung? Wenn nein, ist zur Beantwortung der nachstehend aufgeführten Fragen zunächst eine zahnärztliche Untersuchung erforderlich. | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind zahnärztliche Behandlungen/Untersuchungen (z. B. Füllungen, Parodontosebehandlungen, Inlays, Kronen, Brücken, Implantate, Prothesen) beabsichtigt oder angeraten? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, ist ein Heil- und Kostenplan bzw. ein zahnärztliches Zeugnis (KV 007) erforderlich. | | | | |
| 5. Wie viele Zähne (ausgenommen Milch- und Weisheitszähne) fehlen und sind noch nicht ersetzt? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Bei 1-3 fehlenden Zähnen erkläre ich mich mit einem Beitragszuschlag in den Tarifen EG Basis/EG Basis 65 und ZG 25 von jeweils 2,50 €, in den Tarifen EG Komfort/EG Komfort 65 und ZG 30 von jeweils 3,00 €, im Tarif K-Dental von jeweils 2,00 €, im Tarif K-Dental-Plus von jeweils 3,50 €, im Tarif Dental von jeweils 4,00 € und im Tarif Dental-Plus von jeweils 7,00 € für jeden fehlenden Zahn einverstanden. Diese Vereinbarung gilt nur, wenn die Frage 4 mit „nein“ beantwortet wurde. | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Wird zurzeit eine kieferorthopädische Behandlung (Zahn- und Kieferregulierung) durchgeführt, ist eine solche Behandlung oder eine Vorstellung beim Kieferorthopäden angeraten oder beabsichtigt? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, ist der Abschluss des Tarifes nicht möglich. Wählen Sie ggf. einen anderen Ergänzungstarif. | | | | |

Versicherungsschutz

Stationäre Zusatzversicherung: SG(R) 1 oder SG(R) 2
Pflegezusatztagelgeld: PZT, PZT-Komfort
Krankentagegeld: KT 22/KT 29/KT 43/KT 92/ KT 183/KT 274/KT 365

	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
	Tarif	monatliche Beitragsrate €	Tarif	monatliche Beitragsrate €	Tarif	monatliche Beitragsrate €	Tarif	monatliche Beitragsrate €
Tarif	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tagessatz/Beitrag	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Tarif	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tagessatz/Beitrag	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Tagessatz/Beitrag	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
monatliche Beitragsrate je Person	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gesundheitsangaben

(bei „ja“ bitte Angaben unter Erläuterungen)

Falls ich oder eine der zu versichernden Personen gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, so kann ich diese gegenüber der LVM Krankenversicherung unmittelbar durch eingeschriebenen Brief nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von drei Tagen erfolgen.

Beantwortung bei Tarif EG und ZG sowie Dental nicht erforderlich

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 |
| 7. Haben in den letzten zehn Jahren Untersuchungen oder Behandlungen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium, einer Heilstätte, Kurklinik oder sonstigen Klinik stattgefunden? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Bestehen zurzeit oder bestanden in den letzten drei Jahren Krankheiten, körperliche oder psychische Beschwerden, körperliche Fehler oder Pflegebedürftigkeit, soweit nicht bereits zu Frage 7 angegeben? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten drei Jahren Arbeitsunfähigkeit? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Werden oder wurden in den letzten 12 Monaten regelmäßig (mehr als zwei Mal in einem Jahr oder für einen Zeitraum von mehr als 10 Tagen) Medikamente, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel oder Schlafmittel genommen? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Wurde in den letzten fünf Jahren eine psychiatrische, psychotherapeutische oder psychologische Behandlung oder eine Suchtbehandlung durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 12. Sind Folgen von Erkrankungen, Verletzungen oder Unfällen verblieben? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Sind Arbeitsverletzungen, Berufskrankheiten, Wehrdienstbeschädigungen oder sonstige Schädigungsfolgen anerkannt? Wenn ja, bitte Kopie des Anerkennungsbescheides beifügen. | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 14. Sind Behandlungen/Untersuchungen beabsichtigt bzw. angeraten? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 15. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 16. Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | |
| Wenn ja, Person <input type="text"/> Entbindungstermin <input type="text"/> | | | | |
| 17. Körpergröße cm <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Körpergewicht kg <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Erläuterungen zu den Fragen 1-17

Person	zu Frage	ausführliche Angaben zu den Fragen 1-16, wenn „ja“ angekreuzt ist: Krankheit, Beschwerde, Medikament, zahnärztliche Behandlung usw.	behandelt von		beschwerdefrei ja, seit wann		Name, Anschriften der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser usw.	
			von	bis	ja, seit wann	nein		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Beiblatt Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem besonderen, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Blatt zu verweisen. Beiblatt beigelegt? ja nein

Hausarzt Name und Anschrift
Zahnarzt Name und Anschrift

Zahlungsweise jährlich (zzt. 2% Skonto) 1/2-jährlich (zzt. 1% Skonto) 1/4-jährlich (zzt. 0,5% Skonto) monatlich monatliche Beitragsrate gesamt

Lastschrift-ermächtigung Bankleitzahl Bankbezeichnung Konto-Nr.
Kontoinhaber (falls abweichend)

Zusätzliche Angaben **für Selbstständige** selbstständig seit? Monat Jahr Anzahl der weiteren Beschäftigten? Erfolgte eine Gewerbeanmeldung, eine Eintragung im Handelsregister oder eine behördliche Zulassung? ja nein
Person
Art des Betriebes (z. B. Handwerk, Groß- oder Einzelhandel, andere genaue Betriebsbezeichnungen)?
Ausgeübte Tätigkeit (z. B. nur Aufsicht führend, mitarbeitend, Innen- oder Außendienst, bitte genaue Angaben)?
– **für Arbeitnehmer bzw. Gesellschafter-Geschäftsführer (nur bei Beantragung eines Krankentagegeldes)** Person Person
Wie lange zahlt der Arbeitgeber bzw. die GmbH im Krankheitsfall das Gehalt bzw. den Lohn weiter? Wochen Wochen

Antrags-ergänzungen (werden nur Vertragsinhalt, wenn sie von der LVM Krankenversicherungs-AG durch den Versicherungsschein ausdrücklich bestätigt werden)

Versicherungs-bedingungen Vor Antragstellung habe ich die **Vertragsgrundlagen und weitere Informationen** einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, ggf. Sonderbedingungen (Bedingungsschlüssel: KV-Zusatzversicherung) wie gewünscht auf CD oder (ggf. bitte ankreuzen) vorab per E-Mail oder in Papierform sowie das **Produktinformationsblatt** in Papierform erhalten. Mit der Geltung der Bestimmungen bin ich einverstanden.

Datum Unterschrift des Antragstellers

Wichtig: Lesen Sie bitte die Hinweise und Erklärungen auf der Seite 5; sie werden mit Ihrer Unterschrift Bestandteil des Vertrages. Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Achten Sie bitte darauf, dass die Fragen im Antrag für den Antragsteller und die zu versichernden Personen vollständig und richtig beantwortet worden sind. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz.

Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen: Die Bedeutung der auf der Seite 5 abgedruckten Schlusserklärungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht, zum Widerruf und zur Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz ist mir bewusst.

Zusammen mit diesem Antrag haben Sie eine Beratungsdokumentation erhalten, falls Sie nicht ausdrücklich auf die Dokumentation verzichtet haben.

Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angaben 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 diese 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, Telefax: 02 51/7 02 10 99; 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 der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat, um einen Beitrag in Höhe des oben aufgeführten Beitrags gemäß Zahlungsweise, geteilt durch die Anzahl der Tage des Zahlungszeitraumes. 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.

Vertragsannahme:

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.

Für den Fall der Gewährung von Sonderkonditionen wegen einer bestehenden hkk-Mitgliedschaft willigen Sie mit der nachfolgenden Unterschrift in den in der umseitig abgedruckten Datenschutzerklärung zur Kooperation zwischen dem LVM und der hkk beschriebenen Datenaustausch und die Speicherung der genannten Daten bei den Kooperationspartnern ein.

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers Unterschrift des Beitragszahlers

Unterschrift der zu versichernden Personen ab sechzehn Jahren. Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift der gesetzlichen Vertreter. Unterschrift des Vermittlers

Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

Antragsbindefrist:

An diesen Antrag halte ich mich sechs Wochen gebunden. Die Bindefrist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

Einkommen:

Für die Krankentagegeldversicherung bestätige ich, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender und beantragter Versicherungen mein auf den Kalendertag umgerechnetes, aus der beruflichen Tätigkeit herführendes, durchschnittliches Nettoeinkommen nicht übersteigt. Ich bestätige ferner, dass – soweit ein Arbeitnehmerverhältnis besteht – die gewählte Karenzzeit die Dauer der Gehalts- bzw. Lohnfortzahlung im Krankheitsfall nicht unterschreitet.

Wartezeiten:

Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.

Die besonderen Wartezeiten für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie betragen 8 Monate; für die professionelle Zahnreinigung gilt eine Wartezeit von 3 Monaten.

Abweichend beträgt die Wartezeit in der Kurtagegeldversicherung 12 Monate; sie entfällt für vollstationäre Genesungskuren.

In der Pflegezusatzversicherung bestehen bis zu einem Eintrittsalter von 60 Jahren keine Wartezeiten; ab dem Eintrittsalter 61 beträgt die Wartezeit 3 Jahre; sie kann auf Grund einer ärztlichen Untersuchung entfallen.

Sämtliche Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten auch für Mehrleistungen infolge einer Vertragsänderung.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG):

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln, zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der LVM-Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertreter dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Ferner willige ich ein, dass der Versicherer zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf der Basis wissenschaftlich anerkannter statistischer

Verfahren unter Verwendung von Anschriften- und Daten von der Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und der Schufa Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, einholt und nutzt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir, zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen, auf Wunsch auch sofort, überlassen wird.

Datenschutzerklärung zur Kooperation zwischen dem LVM und der hkk

Um die Voraussetzungen für die Gewährung von hkk-Sonderkonditionen überprüfen und diesen Antrag bearbeiten zu können sowie eine bedarfsgerechte Information der hkk-Versicherten zu gewährleisten, erfolgt zwischen der hkk und der LVM Krankenversicherung ein Austausch und eine Speicherung der personenbezogenen Stammdaten, der Krankenversicherungsnummer sowie von Angaben zum Bestehen und zur Beendigung der Versicherung bei der hkk bzw. zum beantragten und bestehenden Versicherungsschutz bei der LVM Krankenversicherung. Hierzu findet ein fortlaufender, monatlicher Datenabgleich zwischen der hkk und der LVM Krankenversicherung statt. Ihre Einwilligung in diese Datenerhebung und -verarbeitung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Sie ist aber Bedingung für die Gewährung der hkk-Sonderkonditionen.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung*

Zum Antrag für Ihre LVM Krankenversicherung

Name

Versicherungsschein-Nr.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die LVM Krankenversicherungs-AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die LVM Krankenversicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die LVM Krankenversicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der LVM Krankenversicherungs-AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die LVM Krankenversicherungs-AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der LVM Krankenversicherungs-AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die LVM Krankenversicherungs-AG

Ich willige ein, dass die LVM Krankenversicherungs-AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die LVM Krankenversicherungs-AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

*Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtenbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzbehörden inhaltlich abgestimmt.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die LVM Krankenversicherungs-AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit 1:

- Ich willige ein, dass die LVM Krankenversicherungs-AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die LVM Krankenversicherungs-AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die LVM Krankenversicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die LVM Krankenversicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit 2:

- Ich wünsche, dass mich die LVM Krankenversicherungs-AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die LVM Krankenversicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die LVM Krankenversicherungs-AG einwillige oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die LVM Krankenversicherungs-AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der LVM Krankenversicherungs-AG

Die LVM Krankenversicherungs-AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die LVM Krankenversicherungs-AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die LVM Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die LVM Krankenversicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die LVM Krankenversicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die LVM Krankenversicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der LVM Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die LVM Krankenversicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die LVM Krankenversicherungs-AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die LVM Krankenversicherungs-AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.lvm.de/datenschutz eingesehen oder bei dem Konzerndatenschutzbeauftragten unter der E-Mail Adresse: datenschutz@lvm.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die LVM Krankenversicherungs-AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die LVM Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die LVM Krankenversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der LVM Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die LVM Krankenversicherungs-AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die LVM Krankenversicherungs-AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die LVM Krankenversicherungs-AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die LVM Krankenversicherungs-AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die LVM Krankenversicherungs-AG unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die LVM Krankenversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die LVM Krankenversicherungs-AG an das HIS melden. Die LVM Krankenversicherungs-AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die LVM Krankenversicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die LVM Krankenversicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2.1).

3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die LVM Krankenversicherungs-AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die LVM Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die LVM Krankenversicherungs-AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der LVM Krankenversicherungs-AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die LVM Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Datum

Versicherte Person/en (ab 16 Jahre)

Datum

Antragsteller

Datum

gesetzlicher Vertreter

Liste der Dienstleister

Stand: 01.12.2012

Konzerngesellschaften innerhalb der LVM Versicherung, die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen

- LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a.G.
- LVM Krankenversicherungs-AG
- LVM Lebensversicherungs-AG
- LVM Rechtsschutz-Service GmbH
- LVM Pensionsfonds-AG
- LVM Pensionsmanagement GmbH
- LVM Unterstützungskasse GmbH
- FSM Fonds-Service Münster GmbH

Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern, die im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung oder Funktionsübertragung Daten für die LVM Versicherung verarbeiten

Dienstleister in Einzelnennung

Auftraggeber	Auftragnehmer	Gegenstand und Zweck
Alle Gesellschaften der LVM Versicherung	LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a.G.	Postbearbeitung/Versand von Postsendungen Rechenzentrum und Anwendungsentwicklung IT-Dienstleistungen/Anwendersupport Wartung von Systemen/Anwendungen Aufbereiten, Sortieren, Scannen von Eingangspost
LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a.G.	IHR Rehabilitationsdienst Malteser Hilfsdienst Deutsche Post Adress GmbH & Co.KG Seghorn Inkasso GmbH	Betreuung von Unfallopfern der Unfallversicherung Hilfe und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung Adressermittlung und Postversand Abwicklung des externen Mahnverfahrens für die Sparten des VVaG
LVM Krankenversicherungs AG	Seghorn Inkasso GmbH	Abwicklung des externen Mahnverfahrens
LVM Lebensversicherungs AG	General Reinsurance AG SCOR Global Life Deutschland Dr. H.-G. Sch. (Vertragsarzt) LVM Pensionsmanagement GmbH	Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken Risikoprüfung Dienstleistungen zur betrieblichen Altersversorgung
FSM Fonds-Service Münster GmbH	Augsburger Aktienbank JP Morgan Aachener Bausparkasse AG	Produktgeber der Bankprodukte für den Vertrieb Depot Bankfunktion zur LVM Fondsfamilie Produktgeber für Bausparprodukte für den Vertrieb

Kategorien von Dienstleistern

Auftraggeber	Kategorie	Gegenstand und Zweck
Alle Gesellschaften der LVM Versicherung	Gutachter Rechtsanwälte Marktforschung Entsorger	Antrags- und Leistungsprüfung Juristische Beratung Marktforschung Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektr. Datenträgern