

BEST CARE

DKV
Luxembourg



SOFORTHILFE IM ERNSTFALL | ASSISTANCE IMMÉDIATE EN CAS D'URGENCE | EMERGENCY CARE

BEST CARE

Zusatzversicherung für eine garantierte Vermittlung zum Spezialisten

Assurance complémentaire pour une prise en charge garantie par des spécialistes

Supplementary insurance for a guaranteed referral to a specialist

membre du Groupe **lalux**⁴

BEST CARE

Krank ist niemand gerne – ernsthaft krank schon gar nicht. Was aber tun, wenn eine schwere oder gar lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt? Dann muss schnell gehandelt werden! Schließlich geht es um Ihre Gesundheit oder die Ihres Kindes!

Mit BEST CARE bringen wir Sie bei schwerer Erkrankung auf schnellstem Weg zu einem Top-Experten. Wir versprechen, dass Sie innerhalb von fünf Werktagen (MO – FR) einen Termin bei einem bzw. eine Expertise durch einen Spezialisten bekommen. Sie erhalten eine ausführliche Empfehlung (Zweitmeinung) zur weiteren Behandlung. Sollte eine Operation erforderlich sein, organisieren wir den Termin. Aufwendungen, wie z. B. für die Anreise oder die Kosten für die ambulante Sprechstunde, werden mit 500 € pauschal erstattet.

Schwere und lebensbedrohliche Erkrankungen dulden keinen Aufschub! Wir garantieren mit BEST CARE schnelle Hilfe, damit Sie im Ernstfall sofort den richtigen Arzt und Spezialisten an Ihrer Seite haben.

Melden Sie sich bei uns. Wir sind rund um die Uhr erreichbar!

24 Stunden am Tag

&

7 Tage in der Woche

Telefon +352/42 64 64-1

Fax +352/42 64 64-250

E-Mail: bestcare@dkv.lu

Geben Sie das Stichwort „BEST CARE“ an, damit Ihnen unser Serviceteam umgehend helfen kann.

Wir tun alles, damit für Sie ALLES getan wird!

Personne n'aime être malade – encore moins gravement malade. Que faire alors en cas de maladie grave ou engageant le pronostic vital ? La réaction doit être rapide. Il en va de votre santé ou de celle de votre enfant !

Avec BEST CARE, nous vous aidons à trouver le plus rapidement possible un spécialiste de qualité en cas de maladie grave. Nous vous garantissons la réalisation d'un examen par un spécialiste ou l'obtention d'un rendez-vous dans son cabinet dans un délai de cinq jours ouvrables (lundi - vendredi). Vous obtiendrez une recommandation détaillée (second avis) pour un traitement ultérieur. Si une opération s'avère nécessaire, nous nous chargeons d'organiser le rendez-vous. Les dépenses, telles que les frais de voyage ou les coûts de la consultation ambulatoire, sont remboursées à concurrence d'un forfait de 500 €.

Les maladies graves et engageant le pronostic vital nécessitent une action immédiate. Avec BEST CARE, nous vous garantissons une aide rapide, de façon à ce que le médecin et les spécialistes compétents soient immédiatement à votre chevet en cas d'urgence.

N'hésitez pas à nous contacter ! Vous pouvez nous joindre 24 heures sur 24.

**24 heures sur 24
et
7 jours sur 7**

**N° de téléphone : +352/42 64 64-1
Télécopie : +352/42 64 64-250
E-Mail: bestcare@dkv.lu**

Mentionnez le code « BEST CARE » afin que notre équipe puisse vous aider immédiatement.

Nous faisons tout pour que TOUT soit fait pour vous !

Nobody wants to be ill – and especially not seriously ill. But what if you or your child has a serious or even life-threatening illness? Swift action is needed! After all, your health or that of your child is at stake!

In case of serious illness, BEST CARE refers you to a top expert as quickly as possible. We promise that you will have an appointment with or get the opinion of a specialist within five working days (Mon – Fri). You will receive a detailed recommendation (second opinion) regarding further treatment. If an operation is necessary, we will organise the date. Expenses incurred, such as travel costs or the costs of the outpatient consultation, are reimbursed at a flat rate of €500.

There is no time to delay when faced with serious and life-threatening illnesses! With BEST CARE, we guarantee help will be provided quickly, to ensure you have the right physician and specialist on hand in an emergency.

Please contact us. We can be reached around the clock!

**24 hours a day
&
7 days a week**

**Phone +352/42 64 64-1
Fax +352/42 64 64-250
Email: bestcare@dkv.lu**

Please state the keyword “BEST CARE” at all times so that we can be of immediate assistance.

We do everything to ensure that EVERYTHING is done for you!

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Conditions générales d'assurance : page 12

General terms and conditions of insurance: page 20

Um den Tarif BEST CARE abschließen zu können, muss eine stationäre Vollkostenversicherung bei der DKV Luxembourg S.A. bestehen bzw. beantragt werden. Bei Nichtzustandekommen der stationären Vollkostenversicherung kann kein Versicherungsschutz gemäß Tarif BEST CARE angeboten werden.

TEIL 1 – UNSERE LEISTUNGEN

1. Was ist versichert?

Der medizinische Behandlungserfolg hängt auch von der ärztlichen Qualifikation und Erfahrung sowie der medizinisch-technischen Ausstattung einer Klinik ab. Im Ernstfall kann es wichtig sein, schnellstmöglich renommierte und anerkannte Experten einzuschalten. Mit dem Tarif BEST CARE decken wir diesen Bedarf bei bestimmten Diagnosen (vgl. Teil 1 Nr. 2.1.) ab.

2. Was sind unsere Leistungen?

2.1. Versicherungsfall

Bei folgenden – im Krankenhaus stationär behandlungsbedürftigen – Erkrankungen, Fehlbildungen und Komplikationen nach Unfallverletzungen besteht ein Anspruch auf Leistungen nach Nr. 2.3.-2.5.:

a) Bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres:

- Chronische physische (körperliche) Erkrankungen (z. B. Zuckerkrankheit, Rheuma); nicht aber psychische (seelische) Erkrankungen (z. B. Depression, Verhaltensstörung)
 - Angeborene Fehlbildungen (z. B. Herzklappenfehler, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte)
 - Bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Blutkrebs)
 - Gutartige Tumore des Nervensystems (z. B. Geschwulst der Hirnanhangsdrüse)
 - Komplikationen nach Unfallverletzungen (z. B. Knochenfehlstellung, Bewegungseinschränkung)
- b) Bei Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres:
- Bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Lungenkrebs, Darmkrebs, Brustkrebs)
 - Gutartige Tumore des Nervensystems (z. B. Tumor der Hirnhaut oder des Hörnerven)
 - Herzerkrankungen (z. B. Verengung der Herzkranzgefäße, Herzrhythmusstörungen)
 - Arterielle Gefäßerkrankungen (z. B.

Erweiterung der Baucha Schlagader, Verengung der Beinschlagader)

- Erkrankungen der Wirbelsäule mit Beeinträchtigung von Nerven (z. B. Bandscheibenvorfall)
 - Erkrankungen und Verletzungen des Kniegelenks und des Schultergelenks (z. B. Arthrose, Kreuzbandriss)
 - Komplikationen nach Unfallverletzungen (z. B. Lähmungserscheinung, Bewegungseinschränkung)
- Voraussetzung ist, dass die betreffende Diagnose fachärztlich gesichert ist. Ist dies erst im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung möglich, reicht auch ein durch ärztliche Voruntersuchungen begründeter Krankheitsverdacht aus. Nach Ansicht des behandelnden Facharztes muss eine stationäre Krankenhausbehandlung angezeigt sein.

2.2. Ärztliche Nachweise

Die ärztlichen Nachweise über das Vorliegen einer Diagnose nach Nr. 2.1. senden Sie uns bitte zu. Sie können uns die Unterlagen in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) senden. Die ärztlichen Berichte müssen neben dem Befund folgende Angaben enthalten: Vor- und Zuname der betroffenen versicherten Person sowie das Datum des Befundes. Diese Unterlagen werden

Eigentum der DKV Luxembourg S.A.
Versehen Sie dabei die Unterlagen – bei Briefen von außen – deutlich sichtbar mit dem Stichwort „BEST CARE“. Fehlt das Stichwort beginnt die Fünf-Tagesfrist nach Nr. 2.3. erst mit Zugang der Nachweise in der zuständigen Serviceeinheit.

Sie erreichen uns per Post:

DKV Luxembourg S.A.

Stichwort „BEST CARE“

B.P. 845, L-2018 Luxembourg

Oder:

- **per E-Mail: bestcare@dkv.lu**
- **per Fax: +352/42 64 64-250**
- **telefonisch: +352/42 64 64-1**

Geben Sie dabei immer das Stichwort „BEST CARE“ an, damit wir Ihnen umgehend helfen können.

2.3. Organisation der Behandlung

- a) Wir schalten für Sie einen für die jeweilige Diagnose qualifizierten Experten (vgl. Teil 1 Nr. 4.) ein. Ist eine Operation erforderlich, organisieren wir auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungsschutzes, dass der Experte die Operation durchführt. Erfolgt keine Operation, besteht die Expertenleistung in einer begründeten Empfehlung für die weitere Behandlung, ggf. im Rahmen einer vorstationären Sprechstunde.

Wir sichern zu, dass die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Experte praktiziert, oder die Vorstellung in der vorstationären Sprechstunde des Experten, innerhalb von fünf Werktagen außer Samstag erfolgt. Die Fünf-Tagesfrist beginnt am folgenden Tag, nachdem wir die Nachweise (vgl. Nr. 2.2.) erhalten haben. Sollten Sie nicht transportfähig sein, beginnt die Frist an dem Tag, an dem Sie uns die ärztlich gesicherte Transportfähigkeit mitteilen.

- b) Eine Operation kann durch den ständigen Vertreter des Experten erfolgen, wenn der Experte unvorhergesehen verhindert ist. Eine unvorhersehbare Verhinderung liegt vor, wenn der Experte die Operation aufgrund einer Erkrankung nicht durchführen kann. Entsprechendes gilt, wenn der Experte durch eine unplanbar berufliche Verpflichtung oder vergleichbar gravierende Gründe verhindert ist. Die berufliche Verpflichtung muss aufgrund des Anstellungsvertrages oder einer Güterabwägung vorrangig sein.
- c) Ist keine Operation erforderlich, besteht kein Anspruch, dass nach Festlegung der Therapie auch die anschließende Behandlung durch einen Experten erfolgt.

2.4. Aufwandspauschale

Wir zahlen Ihnen eine Aufwandspauschale in Höhe von 500 €.

Dies gilt unabhängig davon, ob Sie die Organisation der Behandlung wünschen.

Diese Pauschale zahlen wir Ihnen, wenn die Nachweise nach Nr. 2.2. erbracht sind. Sie steht Ihnen zur freien Verfügung und kann z. B. für Reise- und Transportkosten zum Experten verwendet werden.

2.5. Ersatzpauschale

Können wir die Fünf-Tagesfrist bei der Organisation der Behandlung ausnahmsweise nicht einhalten, zahlen wir Ihnen einmalig eine Ersatzpauschale in Höhe von 500 €.

Wir werden danach weiterhin versuchen, schnellstmöglich einen Experten einzuschalten. Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

2.6. Wann besteht ein erneuter Anspruch auf die Leistungen des Tarifes BEST CARE?

Ein erneuter Anspruch auf Leistungen aufgrund derselben Diagnose besteht frühestens zwölf Monate nach Ablauf der Fünf-Tagesfrist.

Die Zwölf-Monatsfrist gilt nicht, wenn die Leistungsvoraussetzungen aufgrund einer anderen Diagnose erfüllt

sind. Dies ist dann der Fall, wenn die neue Diagnose nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit der bisher behandelten steht. Entsprechendes gilt, wenn zwar ein ursächlicher Zusammenhang besteht, das Krankheitsgeschehen aber als ein selbstständiges zu bewerten ist. Von einem selbstständigen Krankheitsgeschehen ist auszugehen, wenn andere Körperteile oder Organe betroffen sind.

3. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

- 3.1. Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in unseren Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nr. 2.). Wir leisten jedoch generell nicht:
- Bei akuten Notfällen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Unfall), die eine sofortige ärztliche Behandlung erfordern. Als Notfallbehandlung gilt auch, wenn die stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen vor Ablauf der Fünf-Tagesfrist (vgl. Teil 1 Nr. 2.3.) begonnen werden muss.
 - Bei Transplantationen (außer bei Hauttransplantationen)
 - Für die Aufwendungen der Behandlung

Neben dem Tarif BEST CARE muss daher ein stationärer Versicherungsschutz gemäß Teil 2 Nr. 1. bestehen. Für etwaige ambulante Versicherungskosten können Versicherte, die einen ambulanten Versicherungsschutz vereinbart haben, auf diesen zurückgreifen. Versicherte ohne entsprechende ambulante Zusatzversicherung können bei Bedarf hierfür die Aufwandspauschale verwenden.

- Bei Schäden durch Einwirkung von Strahlen oder nuklearer Energie sowie Schäden durch Krieg, Bürgerkrieg, Unruhen, Terrorismus oder vergleichbare Umstände
 - Für die Reise- und Transportkosten zum oder vom Experten
- 3.2. Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
- vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 5.)
 - während der Wartezeiten (vgl. Teil 1 Nr. 6.)
 - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 3.)

4. Welche Ärzte sind Experten im Sinne des Tarifes BEST CARE und wo erbringen diese ihre Leistungen?

- 4.1. Experten im Sinne des Tarifs BEST CARE sind Ärzte, die mit uns im Rahmen einer diesbezüglichen Vereinbarung kooperieren. Diese Ärzte sind renommiert und für die jeweilige Diagnose (vgl. Teil 1 Nr. 2.1.) als Experte anerkannt. Uns steht es frei zu entscheiden, welche Ärzte wir als Experten aufnehmen.
- Sollten Experten mit uns getroffene Vereinbarungen nicht einhalten, können wir die Zusammenarbeit mit diesen beenden. Eine Vermittlung zu diesen Experten ist dann im Rahmen des Tarifs BEST CARE nicht mehr möglich.
- 4.2. Bei der Auswahl der Experten, bedienen wir uns wissenschaftlicher Kriterien und der Kenntnis von unserem Hause unabhängiger Fachleute.
- 4.3. Soweit möglich, berücksichtigen wir gerne Ihre Wünsche, welcher der von uns genannten Experten eingeschaltet werden soll. Beachten Sie dabei, dass sich durch die Auswahl der Experten ergibt, wo die Leistungen erbracht werden.
- 4.4. Wir rechnen die aus Tarif BEST CARE zu erstattenden Serviceleistungen der Experten direkt mit diesen ab. Auf-

wendungen für Behandlungen werden aus dem Tarif BEST CARE nicht erstattet.

5. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

- 5.1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages – das heißt nicht vor Unterzeichnung des Versicherungsscheins durch beide Vertragspartner – und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- 5.2. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrages anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose erfolgt sein. Bei einem Wechsel in Tarif BEST CARE gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- 5.3. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer gegen Krankheitskosten versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Neugeborene können nur in Tarife aufgenommen werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.

Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

- 5.4. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 8.). Mit diesem Zeitpunkt endet auch eine ggf. noch nicht abgeschlossene Organisation der Behandlung.

6. Gibt es eine Wartezeit? Wenn ja, wann beginnt sie und wie lange dauert sie?

- 6.1. Die Wartezeit fängt mit dem Versicherungsbeginn an (vgl. Teil 1 Nr. 5.) und beträgt drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall. Bei einem Wechsel in Tarif BEST CARE gelten die Wartezeitenregelung für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- 6.2. Die allgemeine Wartezeit kann erlassen werden, wenn dies auf einem besonderen Vordruck des Versicherers beantragt und der darin geforderte ärztliche Untersuchungsbericht vorgelegt wird.

7. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten und Stellungnahmen verlangen?

- 7.1. Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.

In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeuti-

sche) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.

- 7.2. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.
- 7.3. Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

8. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche aus Tarif BEST CARE weder abtreten noch verpfänden.

TEIL 2 – SONSTIGE BESTIMMUNGEN

1. Wer kann versichert werden?

Versicherungsfähig sind Personen, für die neben Tarif BEST CARE eine stationäre Krankheitskostenvollversicherung bei der DKV Luxembourg S.A. besteht.

2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die ver-

sicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.

3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

- 3.1. Sie erhalten keine Leistungen, wenn die in Teil 2 genannte Obliegenheit vorsätzlich verletzt wird. Wenn diese Obliegenheit grob fahrlässig (z. B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z. B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z. B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.
- 3.2. Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

4. Wie berechnen wir die Beiträge?

- 4.1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem

Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr.

- 4.2. Wir haben Tarif BEST CARE nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Dies bedeutet: Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um die mit zunehmenden Alter häufigere Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes vorzufinanzieren. Für die versicherte Person, die das 59. Lebensjahr vollendet, gilt daher der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.
- 4.3. Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird.

5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

- 5.1. Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

- 5.2. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.
- 5.3. Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und sie der Einziehung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

- 6.1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel wegen statistisch ermittelter steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 10%, so werden alle Tarifbeiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst.

Dabei werden auch besondere vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend geändert.

- 6.2. Die Beitragsanpassung wird dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres mitgeteilt. Sie wird mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam. Es steht dem Versicherungsnehmer jedoch frei, den Versicherungsvertrag innerhalb von 60 Tagen, gerechnet ab Zusendung der Mitteilung zu kündigen.

7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- 7.1. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer auch für bestehende Versicherungsverhältnisse bei Eintritt folgender Ereignisse geändert werden:
- a) Bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens
Bei einer solchen Änderung im Gesundheitswesen können wir auch die Auswahl der Diagnosen (vgl. Teil 1 Nr. 2.1.) anpassen.
 - b) Im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen
 - c) Bei Änderungen von Gesetzen, auf

denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen

- d) Bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Aufsichtsbehörde oder der Kartellbehörden

- 7.2. Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.

- 7.3. Die neuen Bedingungen werden dem Versicherungsnehmer spätestens drei Monate vor dem Datum, an dem sie wirksam werden sollen, mitgeteilt, sofern nicht ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird. Für die Bestimmung eines früheren als den in Satz 1 genannten Zeitpunktes bedarf es eines wichtigen Grundes. Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag nicht aufgrund der Änderung nach Maßgabe von Teil 2 Nr. 7.1., so gelten die neuen Bedingungen als vom Versicherungsnehmer angenommen.

- 7.4. Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese

Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den Willen und die Interessen des Versicherer und der Versichertengemeinschaft berücksichtigt. Punkt 7.3. gilt entsprechend.

8. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

- 8.1. Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- 8.2. Sie können den Tarif BEST CARE zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre kündigen. Ihre Kündigung muss schriftlich erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können den Tarif BEST CARE auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen.
- 8.3. Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das

gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Kündigung muss schriftlich erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.

Folgende Fristen sind zu beachten:

Erhöhen sich die Beiträge wegen Vollendung des 59. Lebensjahres (vgl. Teil 2 Nr. 4.2.), müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 6.), müssen Sie innerhalb von 60 Tagen, gerechnet ab Zusendung der Mitteilung, kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 7.1.).

- 8.4. Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 8.5. Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z. B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Teil 2 Nr. 5.). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten – unser ordentliches Kündigungs-

recht – verzichten wir.

- 8.6. Endet für die versicherte Person der Krankenversicherungsschutz nach Teil 2 Nr. 1., endet auch die Versicherung nach Tarif BEST CARE. Wird der Krankenversicherungsschutz in eine Anwartschaft umgestellt, muss auch Tarif BEST CARE entsprechend umgestellt werden. Ansonsten endet Tarif BEST CARE mit Beginn der Anwartschaft für den Krankenversicherungsschutz.
- 8.7. Die Versicherung nach Tarif BEST CARE endet auch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt oder stirbt.
- 8.8. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

9. Welche Gerichte sind zuständig?

Für alle aus dem Vertrag zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer entstandenen Streitigkeiten sind die Gerichte des Großherzogtums Luxemburg allein zuständig.

10. Welches Recht ist anwendbar?

Das Versicherungsverhältnis unterliegt dem Recht des Großherzogtums Luxemburg.

11. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen nicht rechtswirksam sein oder ihre Rechtswirksamkeit durch einen späteren Umstand verlieren oder sollte sich eine Lücke herausstellen, so wird hierdurch die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen bzw. zur Ausfüllung der Lücke soll eine angemessene Regelung treten, die dem am nächsten kommt, was der Versicherer unter Berücksichtigung der Interessen des Versicherungsnehmer gewollt haben würde, wenn dieser Punkt bedacht worden wäre.

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE

Afin de pouvoir bénéficier du tarif BEST CARE, une assurance-maladie complète stationnaire doit avoir été souscrite ou demandée auprès de DKV Luxembourg S.A. Si aucune assurance-maladie complète stationnaire n'est conclue, la couverture d'assurance au tarif BEST CARE ne peut être proposée.

PARTIE 1 – NOS PRESTATIONS

1. Qu'est-ce qui est assuré ?

La réussite du traitement médical dépend aussi de la qualification et de l'expérience du personnel médical ainsi que de l'équipement médico-technique d'une clinique. En cas d'urgence, le recours dans les plus brefs délais à des experts renommés et reconnus peut s'avérer crucial. Le tarif BEST CARE nous permet de couvrir ces besoins pour certains diagnostics (voir Partie 1, point 2.1).

2. Quelles sont nos prestations ?

2.1. Sinistre

S'agissant des maladies, malformations et complications consécutives à des accidents mentionnées ci-après et nécessitant un traitement stationnaire au sein d'un établissement hospitalier, l'assuré a droit aux prestations conformément aux points 2.3. - 2.5. :

a) Pour les personnes jusqu'à 20 ans révolus :

- Maladies chroniques physiques (corporelles) (par exemple, diabète, rhumatisme) ; sont exclues les maladies psychiques (mentales) (par exemple, dépression, troubles du comportement)
- Malformations congénitales (par exemple, affection des valves cardiaques, fente labio-maxillo-palatine)
- Maladies tumorales malignes (par exemple, leucémie)
- Tumeurs bénignes du système nerveux (par exemple, tumeur de l'hypophyse)
- Complications consécutives à des blessures causées par un accident (par exemple, déformation osseuse, réduction de la mobilité)

Si une maladie figurant uniquement au point 2.1.b) est diagnostiquée avant avoir atteint l'âge de 20 ans révolus, la clause suivante est applicable : Vous avez droit à toutes les prestations du tarif BEST CARE

b) Pour les personnes à partir de 20 ans révolus :

- Maladies tumorales malignes (par exemple, cancer du poumon, cancer de l'intestin, cancer du sein)
- Tumeurs bénignes du système ner-

veux (par exemple, tumeur des méninges ou tumeur du nerf auditif)

- Maladies cardiaques (par exemple rétrécissement des vaisseaux coronaires, troubles du rythme cardiaque)
- Artériopathies (par exemple, rétrécissement de l'artère fémorale, élargissement de l'aorte abdominale)
- Affections de la colonne vertébrale avec dégénérescence nerveuse (par exemple hernie discale)
- Maladies et blessures des articulations du genou et de l'épaule (par exemple, arthrose et rupture du ligament)
- Complications consécutives à des blessures causées par un accident (par exemple, signes de paralysie, réduction de la mobilité), à condition que le diagnostic correspondant soit confirmé par un médecin spécialiste. Si cela n'est possible que dans le cadre d'un traitement hospitalier stationnaire, une suspicion de maladie basée sur des examens médicaux préalables suffira. Un traitement hospitalier stationnaire doit être indiqué, de l'avis du médecin spécialiste traitant.

2.2. Preuves médicales

Veillez nous faire parvenir les justificatifs médicaux établissant un diagnostic visé au point 2.1. Vous pouvez nous envoyer les documents par écrit

(par exemple, lettre ou courrier électronique). Les avis médicaux doivent contenir, outre le constat, les données suivantes : Nom et prénom de la personne assurée concernée ainsi que la date du constat. Ces documents deviennent la propriété de DKV Luxembourg S.A.

Le code « BEST CARE » doit être clairement visible sur ces derniers, notamment sur l'enveloppe des courriers. A défaut de ce code, le délai de cinq jours visé au point 2.3 ne commence à courir qu'à partir de la réception des éléments de preuve par le service compétent.

Vous pouvez nous contacter par voie postale à l'adresse :

DKV Luxembourg S.A.

Code « BEST CARE »

B.P. 845, L-2018 Luxembourg

Ou :

- **Par courrier électronique :**
bestcare@dkv.lu
- **Par télécopie : +352/42 64 64-250**
- **Par téléphone : +352/42 64 64-1**

Mentionnez toujours le code « BEST CARE » afin que notre équipe puisse vous aider immédiatement.

2.3. Organisation du traitement

a) Nous sollicitons pour vous un expert qualifié pour le diagnostic correspon-

dant (voir Partie 1, n°4). Si une opération s'avère nécessaire, nous l'organisons sur la base de la couverture d'assurance-maladie existante de façon à ce que l'expert se charge de l'intervention. Dans le cas contraire, la prestation de l'expert consistera à émettre une recommandation argumentée pour le traitement ultérieur, le cas échéant, dans le cadre d'une consultation pré-stationnaire.

Nous veillons à ce que l'admission stationnaire dans l'établissement hospitalier au sein duquel l'expert sélectionné officie ou la consultation pré-stationnaire de l'expert ait lieu dans un délai de cinq jours ouvrables hors le samedi. Le délai de cinq jours commence à courir à partir du lendemain de la date de réception des éléments de preuve (voir point 2.2.). Si vous n'êtes pas en état d'être transporté, le délai commence à courir à partir de la date à laquelle vous nous avez remis le certificat médical d'aptitude au transport.

b) Une intervention peut être réalisée par le représentant permanent de l'expert lorsque celui-ci ne peut la pratiquer en raison de circonstances imprévues. Un empêchement imprévisible désigne l'impossibilité pour l'expert de procéder à l'opération pour

des raisons de maladie. Il en va de même lorsque l'expert est retenu par une obligation professionnelle non planifiable ou pour des motifs importants similaires. L'obligation professionnelle doit avoir un caractère prioritaire sur la base du contrat de nomination ou de l'évaluation des intérêts.

c) Si aucune intervention n'est nécessaire, le patient ne pourra faire valoir aucun droit au traitement subséquent par un expert après la détermination de la thérapie.

2.4. Forfait pour dépenses

Nous vous versons un forfait à hauteur de 500 € pour la couverture des dépenses.

Ce versement est effectué que vous souhaitez ou non bénéficier de l'organisation du traitement.

Nous vous verserons ce montant forfaitaire après avoir reçu les éléments de preuve visés au point 2.2. Vous pouvez en disposer librement et aussi l'utiliser pour couvrir les frais de voyage et de transport vers le cabinet de l'expert.

2.5. Montant forfaitaire de remplacement
Si, exceptionnellement, nous ne sommes pas en mesure de respecter le délai de cinq jours pour organiser le traitement, nous vous verserons une

somme forfaitaire de remplacement unique de 500 €.

Nous poursuivrons ensuite nos efforts pour faire intervenir le plus rapidement possible un expert. L'assuré ne peut faire valoir aucun autre droit.

2.6. Dans quelles conditions pouvez-vous à nouveau faire valoir un droit aux prestations du tarif BEST CARE ?

Vous pouvez à nouveau faire valoir un droit aux prestations sur la base du même diagnostic au plus tôt douze mois après l'expiration du délai de cinq jours.

Ce délai de 12 mois n'est pas applicable lorsque les conditions de prestations sont remplies sur la base d'un autre diagnostic. Cela est notamment le cas lorsque le nouveau diagnostic ne présente aucun lien de causalité avec le diagnostic faisant l'objet des soins thérapeutiques précédents. Il en va de même lorsqu'il existe bel et bien un lien de causalité, mais que l'évolution de la maladie peut être évaluée de manière autonome. Une pathologie est considérée comme autonome lorsque d'autres parties du corps ou d'autres organes sont affectés.

3. Qu'est-ce qui n'est pas assuré et dans quels cas notre obligation de prestation peut-elle être restreinte ?

3.1. Notre obligation de prestation est déterminée par la nature et l'étendue des prestations d'assurance visées dans nos descriptions de prestations (voir Partie 1, point 2).

Les prestations n'incluent pas :

- Les cas d'urgence (par exemple, infarctus, accident vasculaire cérébral, accident) nécessitant une intervention médicale immédiate. Est également considéré comme cas d'urgence, l'initiation du traitement stationnaire au sein d'un établissement hospitalier avant l'expiration du délai de cinq jours (voir Partie 1, point 2.3) pour des raisons médicales.
- Les transplantations (hormis les transplantations cutanées)
- Les dépenses thérapeutiques

Outre le tarif BEST CARE, l'assuré doit dès lors disposer d'une couverture d'assurance stationnaire, conformément à la Partie 2, point 1. En ce qui concerne les éventuels coûts d'assurance ambulatoire, les assurés qui ont souscrit une protection d'assurance ambulatoire pourront y recourir. Les assurés qui ne sont pas couverts par

une assurance complémentaire ambulatoire correspondante peuvent, en cas de besoin, utiliser à cet effet le forfait dépenses.

- Les dommages dus au rayonnement ou à l'énergie nucléaire ainsi que ceux dus à la guerre, la guerre civile, l'insurrection, le terrorisme ou autres circonstances similaires
- Les frais de voyage et de transport vers ou à partir du cabinet du spécialiste

3.2. D'autres restrictions peuvent être applicables :

- avant le début et au terme de la protection d'assurance (voir Partie 1, point 5)
- pendant les délais de carence (voir Partie 1, point 6)
- en cas de violation d'obligations (voir Partie 2, point 3)

4. Quels médecins sont considérés comme experts au sens du tarif BEST CARE et où exercent-ils ?

4.1. Les experts au sens du tarif BEST CARE sont des médecins qui collaborent avec nous dans le cadre d'une convention établie à cet effet. Il s'agit de médecins renommés, reconnus comme experts pour établir les diagnostics concernés (voir Partie 1,

point 2.1). Nous avons toute latitude pour déterminer quels médecins nous souhaitons intégrer chez nous en tant qu'experts.

Si un expert ne respecte pas les termes de la convention conclue avec nous, nous pourrions décider de mettre un terme à notre collaboration. Dans ce cas, une prise en charge par cet expert ne sera plus possible dans le cadre du tarif BEST CARE.

- 4.2. Lors de la sélection des experts, nous appliquons des critères scientifiques et avons recours aux connaissances de professionnels indépendants de notre société.
- 4.3. Dans la mesure du possible, nous tenons compte de vos souhaits quant à l'expert que nous devons contacter parmi ceux qui collaborent avec nous. Il convient de noter à cet égard que la sélection des experts détermine le lieu où les prestations seront effectuées.
- 4.4. Nous réglons les prestations de service des experts à rembourser au titre du tarif BEST CARE directement avec ces derniers. Les dépenses liées aux traitements ne sont pas remboursées par le tarif BEST CARE.

5. Quand commence et quand se termine la couverture d'assurance ?

- 5.1. La couverture d'assurance commence à courir à compter de la date indiquée sur le certificat d'assurance (début de la couverture d'assurance), et non avant la conclusion du contrat d'assurance – c'est-à-dire pas avant la signature du certificat d'assurance par les deux parties au contrat – et avant l'expiration des délais de carence.
- 5.2. Nous n'offrons aucune prestation au titre des sinistres survenus avant la conclusion du contrat d'assurance. Tel peut être le cas lorsque le médecin et la personne assurée ont envisagé un traitement hospitalier stationnaire comme alternative thérapeutique possible. Cette discussion sur le diagnostic ayant donné lieu au sinistre doit avoir eu lieu au cours des 24 mois précédant la conclusion du contrat. Lors du passage au tarif BEST CARE, les articles 1 à 3 sont applicables à la partie supplémentaire de la couverture d'assurance.
- 5.3. Pour le nouveau-né, la protection d'assurance commence à courir immédiatement après la naissance, sans délai de carence, si le jour de la naissance, un des parents est assuré depuis au moins trois mois auprès de l'assu-

reur pour la couverture des frais médicaux et si l'inscription à l'assurance est effectuée au plus tard deux mois après la date de naissance avec effet rétroactif au premier jour du mois de la naissance. La couverture de l'assurance ne peut être ni plus élevée ni plus étendue que celle d'un parent assuré. Les nouveau-nés ne peuvent être inclus que dans les tarifs ouverts aux nouveaux arrivants.

La naissance d'un enfant équivaut à une adoption, dans la mesure où l'enfant est encore mineur au moment de l'adoption. Eu égard à un risque accru, il peut être convenu d'augmenter la prime liée au risque à concurrence d'une fois le montant de la cotisation.

- 5.4. La couverture d'assurance prend fin au terme du contrat d'assurance (voir Partie 2, point 8). Une éventuelle organisation de traitement non encore clôturée prend également fin à cette date.

6. Y a-t-il un délai de carence ? Si oui, quand commence-t-il à courir et quelle en est la durée ?

- 6.1. Le délai de carence commence à courir au début de l'assurance (voir Partie 1, point 5) et dure trois mois. Ce délai ne s'applique pas en cas d'accident.

Lors du passage au tarif BEST CARE, le règlement en matière de délai de carence s'applique à la partie supplémentaire de la couverture d'assurance.

- 6.2. Le délai de carence général peut être levé en cas de demande par l'intermédiaire d'un formulaire particulier de l'assureur et si l'avis d'examen médical requis est présenté.

7. Des informations au sujet des expertises et des avis peuvent-elles être demandées par vous ou la personne assurée ?

- 7.1. Afin de vérifier notre obligation de prestation, nous pouvons demander des expertises ou des avis. Nous devons en divulguer le contenu à vous ou à la personne assurée, sur demande. Vous ou la personne assurée avez également le droit de consulter ces documents.
- Dans certaines situations exceptionnelles, nous ne pouvons donner des informations ou autoriser la consultation de documents qu'à un médecin ou à un avocat désigné. Cela est notamment le cas lorsque vous ou la personne assurée ne pouvez pas obtenir des informations ou consulter des documents pour des motifs (thérapeutiques).

7.2. Seule la personne concernée ou son représentant légal sont habilités à faire valoir le droit aux prestations.

- 7.3. Si vous avez fait réaliser l'expertise ou établir l'avis à notre demande, nous vous remboursons les frais acquittés.

8. Est-il possible de céder les droits aux prestations à un tiers ?

Vous ne pouvez ni céder ni gager vos droits au tarif BEST CARE.

PARTIE 2 – AUTRES DISPOSITIONS

1. Qui peut être assuré ?

Les personnes pouvant être assurées sont celles qui bénéficient, outre le tarif BEST CARE, d'une assurance maladie complète stationnaire souscrite auprès de DKV Luxembourg S.A.

2. Quelles sont les obligations (devoirs de collaboration) à observer ?

Pour vérifier notre obligation de prestation et l'étendue des prestations, nous devons disposer de certaines informations à votre sujet ou au sujet de la personne assurée. Vous ou la personne assurée êtes tenus de nous fournir les informations souhaitées.

3. Quelles sont les conséquences du non-respect des obligations ?

- 3.1. Vous ne bénéficierez d'aucune prestation en cas de non-respect intentionnel de l'obligation visée à la Partie 2. Si cette obligation a été violée du fait d'une négligence grave (par exemple, dans une large mesure), nous pouvons décider de réduire nos prestations. La réduction de la prestation est basée sur la gravité de la faute. En cas de non-respect des obligations en matière d'information et d'examen, nous ne pouvons réduire notre prestation que si nous vous en avons avisé par écrit (par exemple, lettre ou courrier électronique). Vous bénéficiez néanmoins de prestations si l'infraction à l'obligation n'affecte d'aucune manière notre obligation de prestations. Il n'en va pas de même si vous cherchez à nous tromper de manière frauduleuse (par exemple, en nous communiquant de fausses informations).
- 3.2. Nous vous tenons pour responsable des connaissances et du comportement de la personne assurée.

4. Comment calculons-nous les cotisations ?

- 4.1. La cotisation est une cotisation annuelle. Elle est calculée à compter de l'entrée en vigueur de l'assurance. A l'entrée en vigueur de l'assurance, vous payez la cotisation qui correspond à l'âge d'entrée de la personne assurée, calculée sur la base de la différence entre l'année d'entrée en vigueur de l'assurance et l'année de naissance.
- 4.2. Nous avons calculé le tarif BEST CARE sur la base du type d'assurance-dommages. Cela signifie qu'aucune provision de vieillissement n'est constituée en vue de préfinancer le recours de plus en plus fréquent à la couverture d'assurance lié à la vieillesse. Pour les personnes assurées ayant 59 ans révolus, la cotisation applicable est celle de la tranche d'âge immédiatement supérieure. Cette cotisation est exigible à partir du début de l'année civile suivante.
- 4.3. Nous prenons en considération l'âge atteint par la personne assurée lors de la modification de la cotisation. L'âge est déterminé en considérant la date à laquelle le changement prend effet.

5. Quand la cotisation est-elle exigible et quelles sont les conséquences d'un paiement tardif ?

- 5.1. La cotisation à payer est indiquée sur le certificat d'assurance ou sur l'avenant ultérieur au certificat d'assurance. Elle est due le premier de chaque mois.
- 5.2. La première cotisation ou le premier versement est payable au plus tard immédiatement après la délivrance du certificat d'assurance.
- 5.3. Dans le cadre du système de prélèvement automatique, vous êtes réputé avoir payé dans les délais impartis lorsque nous pouvons encaisser la cotisation à la date d'échéance et lorsque vous ne vous opposez pas à cet encaissement. Si nous ne pouvons pas encaisser la cotisation pour un motif indépendant de votre volonté, nous vous enverrons une demande de paiement écrite. Si vous payez la cotisation immédiatement, ce paiement sera considéré comme effectué dans les délais impartis.

6. Dans quelles conditions pouvons-nous modifier les cotisations ?

- 6.1. Dans le cadre des garanties contractuelles, les prestations de l'assureur

peuvent être modifiées, notamment en raison de l'augmentation des frais de soins médicaux établie statistiquement ou d'un recours plus fréquent aux prestations médicales. Par conséquent, l'assureur compare au moins une fois par an les prestations d'assurance nécessaires avec les prestations d'assurances calculées. Si cette comparaison fait apparaître un écart de plus de 10%, toutes les cotisations tarifaires de l'assureur feront l'objet d'une vérification et, le cas échéant, seront modifiées. Parallèlement, les majorations de cotisation spécialement convenues seront également modifiées en conséquence.

- 6.2. L'assureur ne pourra procéder à cette adaptation qu'avec effet à la prochaine date d'échéance annuelle du contrat. L'assureur communiquera cette modification au preneur d'assurance trente jours au moins avant la date d'effet de l'adaptation du tarif. Le délai accordé au preneur d'assurance pour résilier son contrat suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance est de soixante jours.

7. Dans quelles conditions pouvons-nous modifier les conditions générales d'assurance ?

7.1. Nous pouvons également modifier les conditions générales d'assurance, sous réserve de garantir les intérêts des preneurs d'assurance, en relation avec des contrats d'assurance existants si les événements suivants surviennent :

- a) Modification non transitoire du système de santé
Dans le cas d'un tel changement au niveau du système de santé, nous pouvons également ajuster le choix des diagnostics (voir Partie 1, point 2.1)
- b) Inapplicabilité des conditions
- c) Modification de lois sur lesquelles se basent les dispositions du contrat d'assurance
- d) Modifications de la jurisprudence ou de la pratique administrative de l'autorité de surveillance ou de l'autorité de la concurrence affectant directement le contrat d'assurance

7.2. Les nouvelles conditions doivent correspondre juridiquement et économiquement, de la manière la plus large possible, à celles qui ont été remplacées. Ces nouvelles conditions ne doivent pas entraîner pour l'assuré un désavantage inacceptable, y compris

à la lumière de leur interprétation précédente du point de vue juridique et économique.

7.3. Les nouvelles conditions sont communiquées au preneur d'assurance au plus tard trois mois avant la date à laquelle celles-ci prennent effet, sauf si une autre date a été spécifiée. La détermination d'une date antérieure à celle stipulée à la phrase précédente doit être justifiée par des raisons importantes. Si le preneur d'assurance ne résilie pas le contrat d'assurance sur la base des modifications apportées aux conditions en vertu de la Partie 2, point 7.1, les nouvelles conditions seront réputées avoir été acceptées par ce dernier.

7.4. Pour parer aux incertitudes d'interprétation, l'assureur peut reformuler les conditions, lorsque l'ajustement de l'énoncé précédent des conditions est couvert et prend en compte la volonté et les intérêts de l'assureur et de la communauté des assurés. Il en va de même pour le point 7.3.

8. Quelle est la durée de validité du contrat d'assurance et quels sont les motifs de résiliation ?

8.1. Le contrat d'assurance est conclu pour une durée de deux années d'assu-

rance, puis est reconduit tacitement d'année en année. La première année d'assurance commence à la date mentionnée sur le certificat d'assurance et se termine au 31 décembre de l'année civile concernée. Les années d'assurance suivantes correspondent à l'année civile.

8.2. Vous pouvez résilier le tarif BEST CARE à la fin de chaque année d'assurance, mais pas avant l'expiration des deux premières années d'assurance. La résiliation de votre contrat d'assurance doit revêtir la forme écrite. Le délai de résiliation est de trois mois. Vous pouvez aussi résilier le tarif BEST CARE pour des personnes assurées individuelles.

8.3. En cas d'augmentation de la cotisation, vous pouvez résilier l'assurance pour la ou les personnes affectées par cette hausse. Vous pouvez exercer le même droit en cas de réduction des prestations. La résiliation de votre contrat d'assurance doit revêtir la forme écrite. La résiliation prend alors effet à la date de l'augmentation de la cotisation ou de la réduction des prestations.

Les délais suivants doivent être respectés :

En cas d'augmentation des cotisations

- au motif que l'assuré a 59 ans révolus (voir Partie 2, point 4.2), vous devez résilier le contrat d'assurance dans un délai de deux mois à compter de la date de la modification. Si nous augmentons les cotisations en raison d'un ajustement de prime (voir Partie 2, point 6), vous devez résilier le contrat d'assurance dans un délai de 60 jours à compter de l'expédition de l'avis d'ajustement. Il en va de même en cas de diminution des prestations en raison d'une modification des conditions générales d'assurance (voir Partie 2, point 7.1).
- 8.4. Votre résiliation pour des personnes assurées individuelles ne prend effet que si vous apportez la preuve que les personnes concernées ont pris connaissance de la résiliation.
- 8.5. Nous ne pouvons résilier le contrat d'assurance, en tout ou en partie, que dans le cadre des dispositions légales et pour des motifs graves. Cette possibilité nous est notamment offerte lorsque vous omettez de payer ponctuellement les cotisations (voir Partie 2, point 5). Nous renonçons à appliquer d'autres options de résiliation (notre droit ordinaire de résiliation).
- 8.6. Si la couverture d'assurance maladie de la personne assurée prend fin confor-

mément à la Partie 2, point 1, l'assurance sur la base du tarif BEST CARE prend également fin. Si la couverture d'assurance maladie est transformée en un droit d'expectative, le tarif BEST CARE devra également être converti en ce sens. Dans le cas contraire, le tarif BEST CARE prend fin à la naissance d'un droit d'expectative pour la couverture d'assurance maladie.

- 8.7. L'assurance sur la base du tarif BEST CARE prend également fin si la personne assurée déplace son domicile dans un Etat hors de l'UE ou de l'EEE ou si elle vient à décéder.
- 8.8. Si le preneur d'assurance résilie le contrat d'assurance pour toutes ou pour quelques personnes assurées, ces dernières auront le droit de poursuivre les rapports d'assurance en désignant le preneur d'assurance futur. La déclaration à cet effet doit être remise dans un délai de deux mois à compter de la résiliation. La résiliation ne prend effet que si le preneur d'assurance apporte la preuve que les personnes assurées concernées par la résiliation ont pris connaissance de l'avis de résiliation.

9. Quels sont les tribunaux compétents?

Pour tous les litiges survenant entre le preneur d'assurance et l'assureur en relation avec le contrat d'assurance, seuls les tribunaux du Grand-Duché de Luxembourg sont compétents.

10. Quelle est la législation applicable?

Le rapport d'assurance est régi par le droit du Grand-Duché de Luxembourg.

11. Clause salvatrice

Si certaines dispositions de ces conditions générales sont déclarées nulles ou non valides en vertu de circonstances ultérieures, les autres clauses gardent toute leur portée et leur force.

Les parties remplaceront la disposition invalide ou inapplicable par une disposition valable et applicable, se rapprochant le plus possible de ce que l'assureur – compte tenu des intérêts du preneur d'assurance – aurait voulu si ce point avait été pris en considération.

Il en ira de même dans le cas où ces conditions générales devraient contenir une carence dans leurs dispositions.

GENERAL TERMS AND CONDITIONS OF INSURANCE

In order to conclude the BEST CARE tariff, inpatient comprehensive health insurance must be taken out or be applied for with DKV Luxembourg S.A. If no inpatient comprehensive health insurance has been concluded, insurance cover under the BEST CARE tariff cannot be offered.

PART 1 – OUR BENEFITS

1. What is insured?

The success of medical treatment depends on the medical qualification and experience as well as a clinic's medical equipment. In an emergency, it can be important to involve renowned and recognised experts as quickly as possible. With the BEST CARE tariff, we cover this need for specific diagnoses (cf. Part 1 No. 2.1.).

2. What benefits do we offer?

2.1. Insured event

The insured person is entitled to benefits according to No. 2.3.-2.5. for the following illnesses, defects and complications of accidental injuries that require inpatient hospital treatment:

- a) For persons up to the age of 20:
- Chronic physical illnesses (e.g. diabetes, rheumatism) but not psychological (mental) illnesses (e.g. depression, behavioural disorder)

- Congenital abnormalities (e.g. valvular heart defects, cleft lip and palate)
- Malignant tumours (e.g. leukaemia)
- Benign tumours of the nervous system (e.g. pituitary tumour)
- Complications of accidental injuries (e.g. bone malpositioning, restriction of mobility)

If an illness, which is only included in No. 2.1.b), is diagnosed before the age of 20, the following applies: You are entitled to all benefits of the BEST CARE tariff.

b) For persons aged 20 or older:

- Malignant tumours (e.g. lung cancer, bowel cancer, breast cancer)
- Benign tumours of the nervous system (e.g. meningioma or tumour of the auditory nerve)
- Heart diseases (e.g. narrowing of the coronary vessels, cardiac arrhythmias)
- Arterial vascular diseases (e.g. abdominal aortic aneurysm, narrowing of the femoral artery)
- Spinal diseases that impact on nerves (e.g. slipped disc)
- Illnesses of and injuries to the knee and shoulder joint (e.g. arthrosis, cruciate ligament tear)
- Complications of accidental injuries (e.g. paralytic symptoms, restriction of mobility)

The prerequisite is that the diagnosis concerned is confirmed by a specialist. If this is only possible within the scope of inpatient hospital treatment, grounds to suspect a disease through a preliminary medical check are sufficient. According to the specialist treating the insured, inpatient hospital treatment must be indicated.

2.2. Medical evidence

Please send us the medical evidence of a diagnosis according to No. 2.1. You can send us the documents in text format (e.g. by post or email). In addition to the findings, the medical reports must include the following details: First name and surname of the insured person concerned, and the date of the finding. These documents become the property of DKV Luxembourg S.A.

Please mark the documents clearly – on the envelope in the case of a letter – with the keyword “BEST CARE”. If the keyword is missing, the five-day period according to No. 2.3. does not start until the responsible service unit takes receipt of the evidence.

You can reach us by post:

DKV Luxembourg S.A.

Keyword: "BEST CARE"

B.P. 845, L-2018 Luxembourg

or:

- by email: bestcare@dkv.lu
- by fax: +352/42 64 64-250
- by phone: +352/42 64 64-1

Please state the keyword "BEST CARE" at all times so that we can be of immediate assistance.

2.3. Organising the treatment

- a) We engage qualified experts for you for the respective diagnosis (cf. Part 1 No. 4.). If an operation is necessary, we arrange for the expert to perform the operation on the basis of the existing health insurance cover. If no operation is carried out, the expert resources comprise a reasoned recommendation for further treatment or within the scope of a preadmission consultation if necessary.

We assure you that the inpatient admission to the hospital in which the chosen expert practices, or the presentation at the expert's preadmission consultation will take place within five working days excluding Saturdays. The five-day period starts on the day after we have received the evidence (cf. No. 2.2.). If you are unable

to travel, the period starts on the day on which you inform us that you are deemed medically fit to travel.

- b) An operation may be performed by the expert's permanent deputy if the expert is indisposed due to unforeseen circumstances. This situation is deemed to occur if the expert is unable to perform the operation due to illness. This shall apply mutatis mutandis if the expert is indisposed due to an unscheduled professional obligation or equally serious reasons. The professional obligation must be given priority due to the contract of employment or balancing of interests.
- c) If no operation is necessary, the insured person is not be entitled to subsequent treatment by an expert after the treatment is determined.

2.4. Flat fee for expenses

We pay you a flat fee of €500 for expenses.

This is regardless of whether you wish to have the treatment organised.

We pay you this flat fee when the evidence in No. 2.2. has been furnished. It is freely available to you and can be used, for example, for travel and transport costs to the expert.

2.5. Lump-sum compensation

If in the exceptional case that we are unable to organise the treatment within the five-day period, we will pay you a one-off lump-sum compensation of €500.

We will also continue to try to involve an expert as quickly as possible. There shall be no further claims.

2.6. When is one entitled to claim the benefits of the BEST CARE tariff again?

Another claim for benefits based on the same diagnosis can be made twelve months after the five-day period at the earliest.

The twelve-month period does not apply if the benefit prerequisites have been met based on another diagnosis. This is the case if there is no causal link between the new diagnosis and that for which treatment has been received. This shall apply mutatis mutandis if a causal link exists but the course of the illness must be assessed as separate. A separate course of illness can be assumed if other parts of the body or organs are affected.

3. What is not insured and in which cases can the scope of our obligation be restricted?

3.1. The scope of our obligation is determined by the type and extent of our insurance benefits in our benefits specifications (cf. Part 1 No. 2.).

However, we generally do not cover the following:

- Acute emergencies (e.g. heart attack, stroke, accident) that require immediate medical treatment. Emergency treatment is also where inpatient hospital treatment is necessary for medical reasons before the end of the five-day period (cf. Part 1 No. 2.3.).
- Transplants (except for skin grafts)
- For expenditure for treatment

In addition to the BEST CARE tariff, inpatient insurance cover must also be in place in accordance with Part 2 No. 1. Insured persons who have inpatient insurance cover can use this for any inpatient insurance costs. Insured persons without the corresponding inpatient supplementary insurance may use the flat fee for expenses as and when required.

- Damage caused by exposure to radiation or nuclear energy and damage caused by war, civil war, unrest, terrorism or comparable situations.

- Travel and transport costs to and from experts

3.2. Further restrictions can arise:

- Before and after the insurance cover is in place (cf. Part 1 No. 5.)
- During the waiting periods (cf. Part 1 No. 6.)
- In the event of violation of the obligations (cf. Part 2 No. 3.)

4. Which physicians are experts within the meaning of the BEST CARE tariff and where do they provide their services?

4.1. Experts within the meaning of the BEST CARE tariff are physicians that cooperate with us within an agreement to this effect. These physicians are renowned and are recognised as experts for the respective diagnosis (cf. Part 1 No. 2.1.). It is for us to decide which physicians we include as experts.

If experts fail to comply with the agreements made with us, we can end this cooperation. Referral to these experts is then no longer possible within the scope of the BEST CARE tariff.

4.2. We base our choice of experts on scientific criteria and on the knowledge of independent specialists.

4.3. If possible, we take your requests into consideration regarding the choice of expert we have designated. Please note that the choice of experts determines where the services are rendered.

4.4. We settle the services to be reimbursed under the BEST CARE tariff directly with the experts. Expenditure for treatment are not reimbursed under the BEST CARE tariff.

5. When does the insurance cover start and end?

5.1. The insurance cover starts at the time stated in the insurance certificate (policy inception), albeit not before the insurance contract is concluded – i.e. not before both parties sign the insurance certificate – and not before the end of any waiting periods.

5.2. We do not cover insurance events that occurred before conclusion of the insurance contract. This can be assumed if inpatient hospital treatment was discussed between the physician and the insured person as a potential treatment option. This discussion must have been held in the last 24 months before conclusion of the contract in connection with the diagnosis triggering the insured event. When

switching to the BEST CARE tariff, sentences 1 to 3 apply for the added part of the insurance cover.

- 5.3. Insurance cover for new-borns starts immediately after birth (with no waiting periods) provided one of the parents is insured with the insurer for medical costs for at least three months and the application for insurance is made two months at the latest after the date of birth, with retrospective effect from the first of the birth month. The insurance cover may not be higher or more comprehensive than that of the insured parent. New-borns can only be included in tariffs that are open to new additions. The birth of a child is equivalent to an adoption, provided the child is still a minor at the time of adoption. Considering an increased level of risk, a risk premium up to the simple level of contribution may be agreed.
- 5.4. The insurance cover ends upon termination of the insurance contract (cf. Part 2 No. 8.). The organisation of treatment that may not yet be completed also ends at this point in time.

6. Is there a waiting period? If so, when does it start and how long does it last?

- 6.1. The waiting period starts on the insurance inception date (cf. Part 1 No. 5.) and lasts for three months. It is waived in the event of an accident. When switching to the BEST CARE tariff, the regulation governing waiting periods applies for the added part of the insurance cover.
- 6.2. The general waiting period may be waived if this is requested on the insurer's special form and the necessary medical report is included.

7. May you or the insured person request information about expert opinions and statements?

- 7.1. We may obtain expert opinions or statements in order to review our obligations. We must provide you or the insured person with information about their contents on request. You or the insured person are also entitled to access these documents. In exceptional circumstances, we may provide information or access only to an appointed physician or solicitor. This is the case if there are (therapeutic) reasons why you or the insured person should not be given informa-

tion or access.

- 7.2. The claim can only be made by the respective person concerned or their legal representative.
- 7.3. We will reimburse any costs you may incur for an expert opinion or statement obtained at our request.

8. May you transfer your benefits to a third party?

You may neither assign nor pledge your claims under the BEST CARE tariff.

PART 2 – OTHER PROVISIONS

1. Who can be insured?

Persons that have comprehensive in-patient health insurance cover with DKV Luxembourg S.A. in addition to the BEST CARE tariff are eligible for insurance.

2. What obligations (duties to cooperate) must be observed?

We may require information from you or the insured person in order to review our benefits and the scope of these benefits. You or the insured person are obliged to provide us with the requested information.

3. What are the potential consequences of a breach of obligations?

- 3.1. You will receive no benefits if the obligation stated in Part 2 is violated intentionally. We may reduce the benefits if the violation of this obligation is grossly negligent (e.g. to a particularly great extent). The reduction is in line with the severity of the violation committed. In the case of a violation of duties of information and inspection, we can only reduce the benefits if we specifically drew your attention to them in writing (e.g. in a letter or email). However, you will receive benefits if the breach of obligation does not impact on the scope of our obligation. This does not apply if you commit fraud (e.g. by providing false information).
- 3.2. We deem you to be responsible for the knowledge and behaviour of the insured person.

4. How do we calculate the premium contributions?

- 4.1. The premium is paid annually. We calculate it from the inception of the policy. When insurance cover begins, you pay the sum for the entry age of the insured person. The entry age is calculated from the difference between the

year on which insurance cover begins and the year of birth.

- 4.2. We have calculated the BEST CARE tariff on a non-life basis. This means that no provisions are created for old-age in order to pre-finance more frequent use of the insurance cover with increasing age. The premium contribution for the insured person that has reached the age of 59 is therefore for the next age-group. You are required to pay this amount from the start of the following calendar year.
- 4.3. In the case of a change to the premiums, we take the actual age of the insured person into consideration. The point in time when the change takes effect is decisive in determining the age.

5. When is the premium payable and what are the consequences of a late payment?

- 5.1. The due premium is derived from the insurance certificate or a later supplement to the insurance certificate. The premium is payable on the first day of each month.
- 5.2. The initial premium or the first premium instalment is payable immediately after issuance of the certificate of insurance.

- 5.3. With the direct debit system, you pay on time if we can debit the premium on the due date and you do not countermand the debit. If we are unable to collect the due premium through no fault of your own, we will issue you with a written order for payment. Provided you pay the premium immediately, the premium payment shall be on time.

6. Under what conditions can we change the premiums?

- 6.1. Within the scope of the contractual benefits, the benefits provided by the insurer can change, for example, due to a statistically determined increase in medical treatment expenses or more frequent use of medical services. Accordingly, the insurer compares the necessary and the calculated insurance benefits at least once a year. If this comparison yields a change of more than 10%, the insurer reviews all the tariff premiums and adjusts them if necessary. Accordingly, specially agreed premium surcharges are also changed.
- 6.2. The policyholder is informed of the premiums changes 30 days before the start of the next insurance year at the latest. The changes become effective at the start of the next insurance

year. However, the policyholder is entitled to terminate the insurance contract within a period of 60 days after the communication is sent.

7. Under what circumstances can we change the GTCI?

7.1. The General Terms and Conditions of Insurance (GTCI) may also be changed for existing insurance contracts, while adequately supporting the interests of the policyholders, should one of the following events occur:

- a) A change in the state of the health service that is not temporary
In the event of such a change in the state of the health service, we can also adjust the choice of diagnoses (cf. Part 1 No. 2.1.).
- b) If the terms and conditions are pronounced invalid.
- c) The laws on which the provisions of the insurance contract are based change.
- d) Changes to case-law, the administrative practice of the supervisory authority or the antitrust authorities that impact directly on the insurance contract.

7.2. The new provisions should correspond as much as possible to the replacements in legal and commercial terms.

They may not unreasonably disadvantage the insured persons, also taking account of the previous interpretation from a legal and commercial perspective.

7.3. The policyholder will be informed of the new provisions, three months at the latest before the date on which they shall become effective, unless a different date is determined. Good cause is required to determine a date earlier than that specified in sentence 1. If the policyholder does not terminate the insurance contract due to a change according to Part 2, No. 7.1., the new provisions are deemed to be accepted by the policyholder.

7.4. To eliminate any doubt, the insurer may change the wording of the provisions, if this adjustment is covered by the previous conditional text and the wishes and interests of the insurer and the insured persons as a whole are taken into consideration. Point 7.3. applies accordingly.

8. How long does the insurance contract run and what grounds for termination are there?

8.1. The insurance contract is concluded initially for two insurance years and is extended thereafter by one insur-

ance year at a time. The first insurance year starts on the date stated in the insurance certificate. It ends on 31 December of the corresponding calendar year. The following insurance years are consistent with the calendar year.

8.2. You may terminate the BEST CARE tariff effective the end of an insurance year, but not before the end of the first two insurance years. Your notice to terminate the contract must be given in writing. The notice period is three months. You may also terminate the BEST CARE tariff for individual insured persons.

8.3. You may terminate the insurance of the persons concerned if the premium contribution is increased. You have the same right if the benefits are reduced. Your notice to terminate the contract must be given in writing. The termination shall be effective on the date on which the contribution is increased or the benefits reduced.

The following deadlines must be observed:

If the contributions increase because the insured person turns 59 (cf. Part 2 No. 4.2.), you must terminate the contract within two months of the change. If the premium contributions increase due to a premium ad-

justment (cf. Part 2 No. 6.), you must terminate within 60 days, calculated from the date on which the communication is sent. This also applies if the benefits are reduced due to a change in the GTCI (cf. Part 2 No. 7.1.).

- 8.4. Your notice of termination for individual insured persons shall only be effective provided you can prove that these have been informed of the termination.
- 8.5. We may terminate the insurance contract fully or partially within the scope of the legal provisions for good cause only. This option is available to us if, for example, you fail to pay the contributions on time (cf. Part 2 No. 5.). We waive other termination options – our ordinary right to terminate.
- 8.6. If the health insurance cover for the insured person as shown in Part 2 No. 1. ends, the insurance cover under the BEST CARE tariff also ends. If the health insurance cover is converted to an entitlement, the BEST CARE tariff must be converted accordingly too. The BEST CARE tariff otherwise ends upon commencement of the entitlement of the health insurance cover.
- 8.7. The insurance cover under the BEST CARE tariff also ends if the insured person moves his/her habitual place of residence to a country outside the

EU or the EEA, or passes away.

- 8.8. If the policyholder terminates the insurance contract as a whole or for individual insured persons, the insured persons have the right to continue the insurance contract, naming the future policyholder.
The explanation must be submitted within two months after the notice of termination is served. The notice of termination shall only be effective provided the policyholder proves that the insured persons in question have been notified thereof.

9. Which courts have jurisdiction

The courts of the Grand Duchy of Luxembourg alone shall be responsible for all disputes arising from the insurance contract between the policyholder and the insurer.

10. Which law is applicable?

The insurance contract is subject to the law of the Grand Duchy of Luxembourg.

11. Severability clause

Should individual provisions of these terms and conditions of insurance be ineffective or cease to be effective due to later circumstances, or should

a loophole emerge, the legal effectiveness of the other provisions is not effected. To replace the ineffective provisions or close the loophole in the contract, an appropriate provision shall be put in place that reflects as closely as possible the intentions of the insurer had it considered this point, taking into account the interests of the policyholder.

MONATLICHE BEITRÄGE (STAND 01.05.14)

Sobald eine versicherte Person das 59. Lebensjahr vollendet hat, gilt ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe.

Alter Âge Age	BEST CARE
0-59	4,90 €
ab à partir de from 60	11,90 €

Alle angegebenen Beiträge verstehen sich zuzüglich 4 % Versicherungssteuer. Wir gewähren 2 % Skonto bei halbjährlicher und 3 % Skonto bei jährlicher Beitragszahlung.

COTISATIONS MENSUELLES (AU 01.05.14)

Dès qu'un assuré a atteint l'âge des 59 ans révolus, la prime correspondant à la tranche d'âge supérieure devient applicable à compter du début de l'année civile suivante.

L'impôt sur les assurances (4 %) vient s'ajouter à toutes les cotisations indiquées. Nous accordons 2 % d'escompte en cas de paiement semestriel et 3 % d'escompte en cas de paiement annuel.

MONTHLY PREMIUMS (AS AT 01.05.14)

Once an insured person turns 60, the premium relevant to the next age-group bracket applies as of the following calendar year.

All premiums: + 4 % insurance tax. Half-yearly premium payment: 2 % discount; annual premium payment: 3 % discount.



KONTAKT | CONTACT



DKV Luxembourg S.A.
11-13, rue Jean Fischbach · L-3372 Leudelange
T +352/42 64 64-1 · F +352/42 64 64-250
info@dkv.lu · www.dkv.lu

R.C. Luxembourg, B 45 762
Société Anonyme

Postanschrift · Adresse postale · Postal address:
DKV Luxembourg S.A.
B.P. 845 · L-2018 Luxembourg

Cette traduction n'est valable qu'à titre d'information. La seule version légale est la version allemande.
This translation is for information purposes only. The legal conditions of the policy are as laid down in the German version.