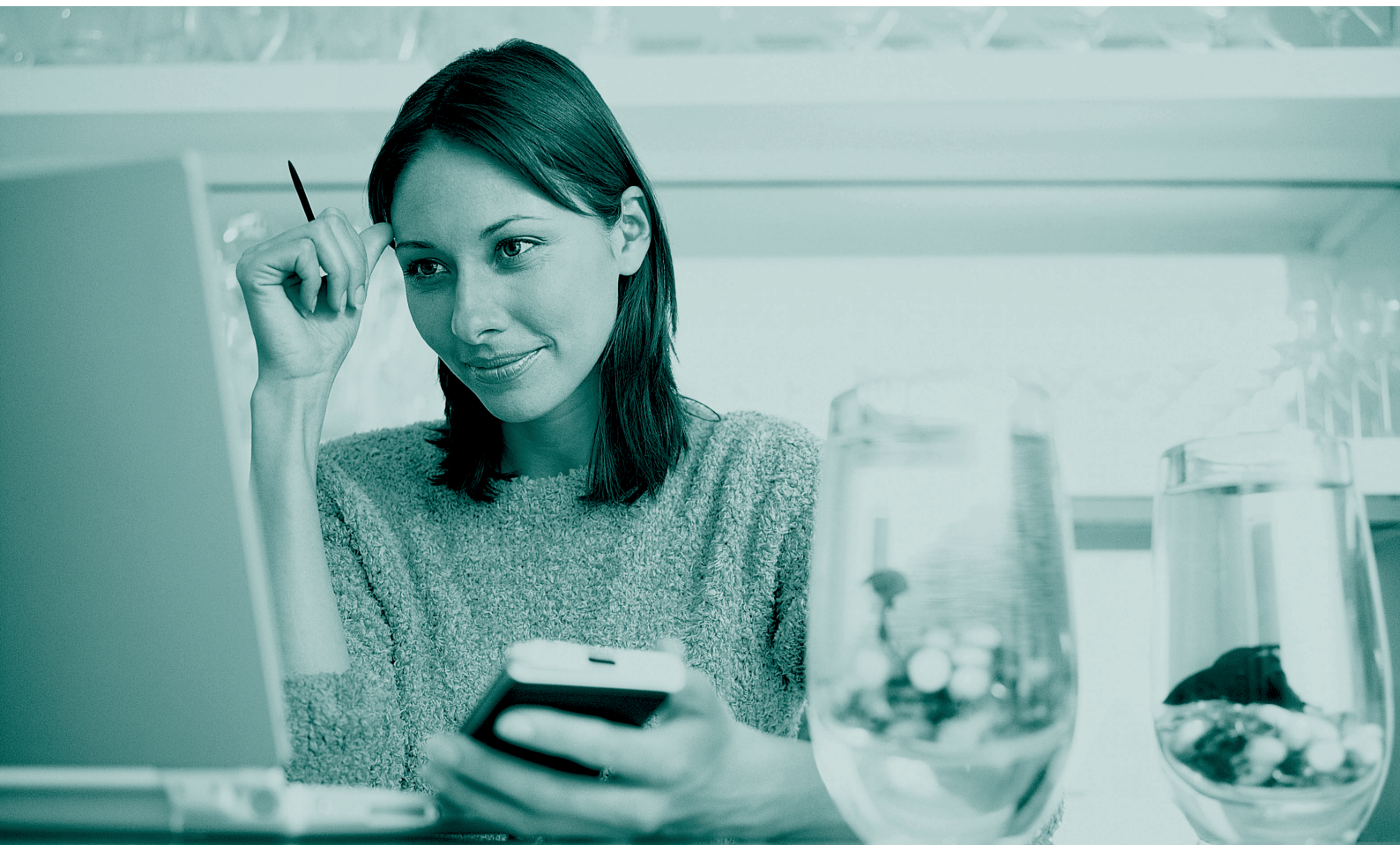




Allgemeine Versicherungsbedingungen | Conditions Générales d'Assurance | General Insurance Conditions

KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG
ASSURANCE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DE MALADIE
DAILY SICKNESS BENEFIT INSURANCE

Inhaltsverzeichnis | Table des Matières | List of Contents

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen umfassen diesen Bedingungsteil und die jeweils vereinbarten Tarife.

Seite

- 4** § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Wartezeiten
- 5** § 4 Umfang der Leistungspflicht
- 6** § 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 7 Ende des Versicherungsschutzes
- 7** § 8a Beitragszahlung, Zahlungsverzug und Folgen
- § 8b Beitragsanpassung

Seite

- 8** § 9 Obliegenheiten
- § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- 9** § 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungspflicht
- § 12 Verjährung
- § 13 Vertragsdauer
- § 14 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- 10** § 15 Kündigung und Nichtigkeit des Versicherungsverhältnisses
- § 16 Sonstige Beendigungsgründe
- 11** § 17 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 18 Gerichtsstand
- § 19 Anwendbares Recht
- § 20 Salvatorische Klausel

Conditions générales d'assurance

Les Conditions Générales d'Assurance comprennent le présent volet Conditions, ainsi que les divers tarifs convenus. Cette traduction n'est valable qu'à titre d'information. La seule version légale est la version allemande « Allgemeine Versicherungsbedingungen ».

Page

- 12** § 1 Objet, étendue et validité territoriale de la garantie
- § 2 Date de prise d'effet de la garantie
- § 3 Délais de carence
- 13** § 4 Etendue de l'obligation de prestation
- 14** § 5 Limitation de l'obligation de prestation
- § 6 Versement des prestations
- § 7 Extinction de la garantie
- 15** § 8a Paiement des primes, retard de paiement et conséquences
- § 8b Réajustement des primes

Page

- 16** § 9 Obligations de l'assuré
- § 10 Conséquences d'un non-respect des obligations
- 17** § 11 Obligation de déclaration en cas de perte de l'assurabilité
- § 12 Prescription
- § 13 Durée du contrat
- § 14 Modifications des Conditions Générales d'Assurance
- 18** § 15 Résiliation et nullité du contrat d'assurance
- § 16 Autres motifs de résiliation
- 19** § 17 Déclarations de volonté et notifications
- § 18 Juridiction compétente
- § 19 Droit applicable
- § 20 Clause salvatrice

General terms and conditions of insurance

The general terms and conditions of insurance are relative to this section of said terms and conditions in addition to individually applicable (insurance) tariffs. This translation is for information purposes only. The legal conditions of the policy are as laid down in the German version of the 'Allgemeine Versicherungsbedingungen'.

Page

- 20** § 1 Type, extent and validity of insurance cover
- § 2 Commencement of insurance cover
- § 3 Waiting periods
- 21** § 4 Extent of claim settlement obligation
- 22** § 5 Limitations of claim settlement obligation
- § 6 Payment of insurance compensation
- § 7 Termination of insurance cover

Page

- 23** § 8a Payment of premiums, default on payment and consequences
- § 8b Adjustment of premiums
- 24** § 9 Obligations
- § 10 Consequences of breaches of obligations
- 25** § 11 Obligation to inform when circumstances render terms of insurance policy no longer applicable
- § 12 Statute of limitations
- § 13 Duration of contract
- § 14 Amendments regarding the general terms and conditions of insurance
- 26** § 15 Cancellation and nullification of insurance contract
- 27** § 16 Other grounds for termination of insurance
- § 17 Declaratory action & obligation to notify
- § 18 Place of jurisdiction
- § 19 Applicable law
- § 20 Severance clause

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Conditions générales d'assurance à partir de page 12

General terms and conditions of insurance from page 20

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- 1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaustausch als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er gewährt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
- 2 Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in kei-

nem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

- 3 Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
- 4 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil und Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften in Luxemburg.
- 5 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Großherzogtum Luxemburg. Bei Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbe-

handlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- 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. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.

§ 3 Wartezeiten

- 1 Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- 2 Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
- 3 Die besonderen Wartezeiten betra-

- gen für Psychotherapie, Zahnbehandlung einschließlich Zahnextraktion, Zahnersatz (zum Beispiel Prothesen, Brücken, Kronen jeder Art) einschließlich vorbereitender und wiederherstellender Maßnahmen und für Kieferorthopädie 8 Monate. Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen und im Falle von schmerzstillenden Behandlungen (schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausfertigung, nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen).
- 4 Die allgemeine Wartezeit kann erlassen werden, wenn dies auf einem besonderen Vordruck des Versicherers beantragt und der darin geforderte ärztliche Untersuchungsbericht vorgelegt wird.
 - 5 Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- § 4 Umfang der Leistungspflicht**
- 1 Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
 - 2 Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.
 - 2.1 Zahlungen jeder Art, die an die Stelle des Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung treten, sind dem Bezug von Krankengeld gleichgestellt.
 - 2.2 Bei freiberuflich Tätigen oder sonstigen Selbständigen gilt als Nettoeinkommen der Gewinn – Artikel 10 Ziffer 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes vom 04.12.1967 – aus der im Versicherungsantrag angegebenen Tätigkeit.
 - 3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.
 - 4 Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des 2. Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.
 - 5 Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
 - 6 Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
 - 7 Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Die Bescheinigung muss auch die Krankheitsbezeichnung enthalten. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Verweigert der behandelnde Arzt die Angabe der Krankheitsbezeichnung, so kann der Versicherer seine Leistungen von einer ärztlichen Untersuchung nach § 9 Abs. 3 abhängig machen.
 - 8 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und

therapeutische Möglichkeiten verfügen, sich auf wissenschaftlich allgemein anerkannte Methoden beschränken und Krankengeschichten führen.

- 9 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- 1 Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) bei Schäden durch Einwirkung von Strahlen oder nuklearer Energie sowie Schäden durch Krieg, Bürgerkrieg, Unruhen, Terrorismus oder vergleichbare Umstände;
 - b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
 - d) wegen Schwangerschaftskrankheiten, Schwangerschaftsabbruch,

Sterilisation, Fehlgeburt und Entbindung einschließlich deren Folgen;

- e) wegen kosmetischer Maßnahmen jeder Art und deren Folgen;
 - f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem Wohnsitz im Großherzogtum Luxemburg aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 3 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person im Großherzogtum außerhalb ihres Wohnsitzes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
 - g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie während Rehabilitationsmaßnahmen.
- 2 Bei Neurosen und Psychosen wird Krankentagegeld nur gezahlt, wenn und soweit der Versicherer nach Anzeige einer Arbeitsunfähigkeit gemäß § 9 Abs. 1 aufgrund des Gutachtens eines von ihm beauftragten Arztes eine schriftliche Zusage gegeben hat.
 - 3 Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Auf-

enthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- 1 Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- 2 Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.
- 3 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen – ausgenommen aus dem Sprachraum der Europäischen Gemeinschaft – können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§ 15 und 16). Widerspricht der Versicherer der Verlängerung des Versicherungsverhältnisses insgesamt oder für eine der versicherten Personen gemäß § 13 Abs. 2, so endet der Versicherungsschutz

für bereits eingetretene Versicherungsfälle erst am 30. Tag nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 16 Buchstabe a oder b.

§ 8a Beitragszahlung, Zahlungsverzug und Folgen

- 1 Der Versicherungsnehmer hat den vereinbarten Beitrag (Prämie) und die Nebenkosten einschließlich Steuern zu zahlen.
Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- 2 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Er wird vom Versicherungsbeginn an berechnet und ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig. Der Jahresbeitrag kann auch in den tariflich vorgesehenen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zu ihrer Fälligkeit als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind – auch nach Eintritt des Versicherungsfalles – am Ersten eines jeden Monats fällig.

- 3 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.
- 4 Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet; über diesen Zeitpunkt hinaus gezahlte Beiträge werden zurückerstattet. Hat der Versicherer über den Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsverhältnisses hinaus Nebenkosten zu zahlen, so gehen diese in voller Höhe zu Lasten des Versicherungsnehmers und werden spätestens mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses fällig.
- 5 Wird der Beitrag nicht innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach dem Fälligkeitstag gezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist zur Zahlung auffordern. Diese Zahlungsaufforderung wird durch eingeschriebenen Brief dem Versicherungsnehmer an seinen letzten dem Versicherer bekannten Wohnsitz zugestellt. Die Zustellung gilt auch dann als erfolgt, wenn der Versicherungsnehmer die Annahme dieses Schreibens verweigert.
- 6 Unterbleibt die Zahlung des Beitrags auch innerhalb von 30 Tagen nach Zahlungsaufforderung, so ist der Versicherer für die nach Ablauf dieser Frist eintretenden Versiche-

rungsfälle leistungsfrei. Frühestens 10 Tage nach Ablauf dieser Zusatzfrist von 30 Tagen kann der Versicherer – abgesehen von der Leistungsfreiheit – den Vertrag mit sofortiger Wirkung kündigen. Wird der Vertrag nicht gekündigt, so setzt die Leistungspflicht des Versicherers für alle neu eintretenden Versicherungsfälle wieder ein, falls der Versicherungsnehmer die bis zu diesem Zeitpunkt fälligen Beiträge und die nachgewiesenen Kosten des Mahnverfahrens gezahlt hat. Der Versicherungsschutz beginnt dann um 0 Uhr am Tage nach Eingang aller geschuldeten Beträge beim Versicherer (oder bei der vom Versicherer hierzu bevollmächtigten Person). Eine Leistungspflicht besteht jedoch nicht, wenn der Versicherungsnehmer erst zu dem Zeitpunkt zahlt, in dem der Eintritt des Versicherungsfalles nicht mehr ungewiss ist.

§ 8b Beitragsanpassung

- 1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel wegen statistisch ermittelter steigender Arbeitsunfähigkeitstage ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstel-

lung eine Veränderung von mehr als 10 %, so werden alle Tarifbeiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst. Dabei werden auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend geändert.

- 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 (vgl. § 15 Abs. 1a).

§ 9 Obliegenheiten

- 1 Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 3 Tagen nach dem vereinbarten Leistungsbeginn durch Vorlage eines Nachweises gemäß § 4 Abs. 7 anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstag an gezahlt jedoch nicht vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unaufgefordert alle 2 Wochen nachzuweisen, sofern der Versicherer den Nachweis nicht in anderen Abständen anfordert. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähig-

keit ist dem Versicherer binnen 3 Tagen anzuzeigen.

- 2 Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen und alle Nachweise zu erbringen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich sind. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- 3 Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich innerhalb von 3 Tagen nach Erhalt der Aufforderung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Verweigert sie diese Nachuntersuchung, kann das Krankentagegeld für die Dauer der Weigerung entzogen werden.
- 4 Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- 5 Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- 6 Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld

darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- 1 Wird eine der Obliegenheiten aus § 9 Abs. 1 und 2 in der Absicht, den Versicherer zu täuschen, verletzt, so ist der Versicherer leistungsfrei. Bei sonstigen Verletzungen dieser Obliegenheiten kann der Versicherer seine Versicherungsleistungen um den Betrag reduzieren, der dem vom Versicherer durch die Obliegenheitsverletzung erlittenen Schaden entspricht.
- 2 Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 3 bis 4 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung nur insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- 3 Wird die in § 9 Abs. 5 und 6 genannte Obliegenheit schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer den Vertrag innerhalb von 3 Monaten, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangte, mit sofortiger Wirkung kündigen. Im Falle der Kündigung ist der Versicherer von der Verpflichtung

zur Leistung frei.

- 4 Für die Erfüllung der Obliegenheiten haftet allein der Versicherungsnehmer.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 16 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren. Der Bezug von Altersrente (vgl. § 16 Buchstabe c) ist dem Versicherer ebenfalls unverzüglich anzuzeigen. Im Übrigen gilt auch hier Satz 2 der obigen Bestimmung.

§ 12 Verjährung

Jede aus dem Vertrag abgeleitete Forderung verjährt 3 Jahre nach dem Zeitpunkt des Ereignisses, auf das sie sich begründet.

§ 13 Vertragsdauer

- 1 Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein

weiteres Versicherungsjahr (stillschweigende Verlängerung), wenn nicht vom Versicherungsnehmer fristgerecht widersprochen wird.

- 2 Der Versicherungsnehmer kann der Verlängerung des Versicherungsverhältnisses insgesamt oder für eine der versicherten Personen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten durch schriftliche Anzeige an den Vertragspartner widersprechen. Das Recht der Vertragsbeendigung durch den Versicherer besteht nur im Fall der Unwirksamkeit der Beitragsanpassungsklausel (§ 8a) oder der Bedingungsänderungsklausel (§ 14); in diesem Fall bleibt es dem Versicherer vorbehalten, jeweils mit Wirkung für das nächste Versicherungsjahr der Verlängerung des Versicherungsverhältnisses zu widersprechen, es sei denn, der Versicherungsnehmer stimmt der Beitragsanpassung oder Bedingungsänderung ausdrücklich zu.
- 3 Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); es endet nach Ablauf von 12 Monaten.

§ 14 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- 1 Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können vom Versicherer 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;
 - 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.
- 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.
 - 3 Die neuen Bedingungen werden dem Versicherungsnehmer spätestens 3 Monate vor dem Datum, an dem sie wirksam werden sollen, mitgeteilt, sofern nicht ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird. Für die Bestimmung eines früheren als des in Satz 1 genannten Zeitpunktes bedarf es eines wichtigen Grundes. Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag nicht aufgrund der Änderungen

nach Maßgabe von § 14 Abs. 1, so gelten die neuen Bedingungen als vom Versicherungsnehmer angenommen.

- 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 Versicherers und der Versicherten-gemeinschaft berücksichtigt. Abs. 3 Satz 1 und 2 gelten entsprechend.

§ 15 Kündigung und Nichtigkeit des Versicherungsverhältnisses

- 1 Der Versicherungsnehmer kann
 - a) bei einer Beitragserhöhung 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 Frist ist zu beachten: Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. § 8b Abs. 2), 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. § 14 Abs. 1).
 - b) bei Widerspruch des Versicherers gegen die Vertragsverlängerung

hinsichtlich einer der versicherten Personen gemäß § 13 Abs. 2 die Aufhebung des Versicherungsverhältnisses hinsichtlich der nicht betroffenen Personen innerhalb von 2 Wochen nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum Ende des Versicherungsjahres verlangen;

- c) in den Fällen des Abs. 4 die Aufhebung des Versicherungsverhältnisses hinsichtlich der nicht betroffenen Personen innerhalb von 2 Wochen nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung zugegangen ist.
- 2 Der Vertrag ist nichtig, wenn durch vorsätzliche Verletzung der Anzeigepflicht die Beurteilung des Risikos derart verändert wird, dass ihn der Versicherer bei Kenntnis des verschwiegenen Umstandes gar nicht oder nicht zu denselben Bedingungen abgeschlossen hätte. Das gleiche gilt für eine Anzeigepflichtverletzung bei Verträgen über die Abänderung oder Wiedereinkraftsetzung des Versicherungsschutzes. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, empfangene Versicherungsleistungen zurückzuzahlen. Gezahlte Beiträge bleiben dem Versicherer erhalten.
- 3 Erfolgt die Verletzung der Anzeigepflicht nicht vorsätzlich, kann der Versicherer

- a) den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, kündigen, sofern er beweist, dass er das Risiko in keinem Fall versichert hätte;
- b) eine Abänderung des Versicherungsvertrages innerhalb eines Monats, nachdem er von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, rückwirkend auf den Tag vorschlagen, an dem er von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat. Lehnt der Versicherungsnehmer die vorgeschlagene Vertragsänderung ab oder nimmt er diesen Vorschlag nicht innerhalb eines Monats nach Zugang an, so kann der Versicherer den Vertrag innerhalb einer Frist von 15 Tagen kündigen.
- 4 Liegen bei Versicherungsverhältnissen, die mehrere versicherte Personen umfassen, die Voraussetzungen der Kündigung nur hinsichtlich einzelner versicherter Personen vor, so kann die Ausübung des Kündigungsrechts auf diese beschränkt werden.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

- a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des

Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber 3 Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahrs zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird;
- d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter

Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

- e) mit dem Wegzug aus dem Großherzogtum Luxemburg, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

- 1 Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsagenten nicht bevollmächtigt.
- 2 Hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer eine Wohnungsänderung nicht mitgeteilt, genügt es für die Rechtswirkung einer dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebenden Willenserklärung, wenn diese an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift abgesandt ist. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie ohne Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

§ 18 Gerichtsstand

Für alle aus dem Vertrag zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer entstandenen Streitigkeiten sind die Gerichte des

Großherzogtums Luxemburg allein zuständig.

§ 19 Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt dem Recht des Großherzogtums Luxemburg.

§ 20 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen nicht rechtswirksam sein oder ihre Rechtswirkung durch einen späteren Umstand verlieren oder sollte sich eine Lücke herausstellen, so wird hierdurch die Rechtswirkung 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 Versicherungsnehmers gewollt haben würde, wenn dieser Punkt bedacht worden wäre.

Conditions Générales d'Assurance

§ 1 Objet, étendue et validité territoriale de la garantie

- 1 L'assureur offre une couverture contre les pertes de salaire suite à une maladie ou à un accident, dans la mesure où ceux-ci sont à l'origine d'une incapacité de travail. En cas de réalisation du risque par incapacité de travail, l'assureur accorde une indemnité journalière de maladie correspondant à la couverture contractuelle.
- 2 La réalisation du risque est constituée par la nécessité médicale d'administrer à une personne assurée un traitement curatif suite à une maladie ou à un accident au cours desquels une incapacité de travail est médicalement constatée. La réalisation du risque commence avec le traitement curatif ; elle se termine lorsque les résultats des examens médicaux ont établi qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail ni nécessité de traitement. Les suites d'une nouvelle maladie ou d'un nouvel accident survenant en cours de traitement et faisant également l'objet d'un traitement, au cours desquelles une incapacité de travail est médicalement constatée ne peuvent justifier un nouveau sinistre que s'il n'existe aucune relation de cause à effet avec la maladie ou l'accident

d'origine. Si l'incapacité de travail est motivée par plusieurs maladies ou accidents simultanément, l'indemnité journalière de maladie ne sera versée qu'une seule fois.

- 3 Aux termes des présentes conditions, il y a incapacité de travail lorsqu'il a été médicalement constaté que la personne assurée ne peut momentanément en aucun cas exercer son activité professionnelle, qu'elle ne l'exerce effectivement pas et ne déploie aucune autre activité à but lucratif.
- 4 L'étendue de la garantie est soumise à la police d'assurance, à d'éventuelles conventions écrites ultérieures, aux Conditions Générales d'Assurance (partie conditions et tarif), de même qu'aux dispositions légales en vigueur au Luxembourg.
- 5 La garantie s'applique au Grand-Duché de Luxembourg. En ce qui concerne les séjours dans d'autres pays d'Europe, les maladies se déclarant sous une forme aiguë ou les accidents survenant à l'étranger donneront lieu au paiement de l'indemnité de maladie journalière contractuelle, et ce pour la durée du traitement curatif stationnaire médicalement nécessaire dans un hôpital public.

§ 2 Date de prise d'effet de la garantie

La garantie prend effet à la date indiquée sur la police d'assurance (prise d'effet du contrat), mais pas avant la conclusion du contrat d'assurance – autrement dit pas avant la signature de la police d'assurance par les deux parties contractantes – ni avant l'échéance de délais de carence. Aucune prestation ne sera accordée au titre des sinistres survenus avant la date de prise d'effet de la garantie. Les sinistres survenus après la conclusion du contrat d'assurance ne sont exclus de l'obligation de prestation que dans la mesure où ils sont antérieurs à la date de prise d'effet de la garantie ou sont survenus pendant une période de carence.

§ 3 Délais de carence

- 1 Les délais de carence comptent à partir de la date de prise d'effet de la garantie.
- 2 Le délai général de carence est de 3 mois. Ce délai est supprimé en cas d'accident.
- 3 Les délais de carence spéciaux sont les suivants : huit mois pour la psychothérapie, les soins dentaires, y compris l'extraction de dents, les prothèses dentaires (bridges et

couronnes en tout genre, etc.), les mesures préparatoires et restauratrices, ainsi que la chirurgie maxillo-faciale. Les délais de carence spéciaux sont supprimés en cas d'accident ou de soins destinés à calmer la douleur (soins dentaires visant à calmer la douleur et plombages simples, à l'exclusion des prothèses et couronnes dentaires).

- 4 Le délai général de carence peut être supprimé si l'assuré en fait la demande sur un formulaire spécial de l'assureur et fournit le rapport d'examen médical demandé sur ce formulaire.
- 5 En cas de modification du contrat, les conditions de délais de carence sont applicables à la partie nouvelle de la garantie.

§ 4 Etendue de l'obligation de prestation

- 1 Le montant et la durée des prestations d'assurance sont fonction du tarif et des conditions tarifaires.
- 2 La somme de l'indemnité journalière de maladie et d'autres indemnités journalières et de maladie ne doit pas excéder le salaire net perçu au titre de l'activité professionnelle, salaire calculé sur la base de la journée calendaire. C'est le salaire moyen des 12 derniers mois avant la demande ou avant la survenue de l'incapacité de travail qui constitue l'élément déterminant du

calcul du salaire net.

- 2.1 Les paiements de toute nature se substituant aux indemnités de maladie des caisses d'assurance maladie sont assimilés à des indemnités de maladie.
- 2.2 Pour les professions libérales et autres activités indépendantes, le revenu net est constitué par les bénéfices – article 10, chiffres 1 à 3 de la loi du 04.12.1967 sur l'impôt sur le revenu – découlant de l'activité indiquée dans la demande de contrat.
- 3 L'assuré est tenu d'informer sans délai l'assureur de toute minoration qui ne serait pas momentanée du salaire net résultant de l'activité professionnelle.
- 4 Au cas où l'assureur a connaissance du fait que le salaire net de la personne assurée est descendu en deçà du revenu ayant servi de base contractuelle, il peut alors – indépendamment de ce que la réalisation du risque soit déjà intervenue ou non – minorer l'indemnité journalière de maladie, de même que la prime, au prorata de la baisse de salaire net, et ce avec effet au début du deuxième mois suivant la date où il aura eu connaissance du fait. Jusqu'à la date de cette minoration, l'obligation de fournir les prestations liées à une incapacité de travail déjà intervenue n'est pas remise en cause.

- 5 Le paiement d'indemnités journalières de maladie est subordonné au fait que la personne assurée soit traitée pendant la durée de l'incapacité de travail par un médecin ou dentiste établi et agréé, ou encore dans un hôpital.
- 6 Liberté est laissée à la personne assurée de consulter le médecin ou dentiste établi et agréé de son choix.
- 7 Début et durée de l'incapacité de travail doivent être obligatoirement attestés par le médecin ou le dentiste traitants. L'attestation doit également faire mention de la nature de la maladie. Les frais éventuellement entraînés par une telle attestation sont à la charge du contractant. Les attestations établies par un conjoint, parent ou enfant ne suffisent pas à justifier l'incapacité de travail. Au cas où le médecin traitant refuse d'indiquer la nature de la maladie, l'assureur peut subordonner le paiement de ses prestations à un examen médical aux termes du § 9, al. 3.
- 8 En cas de nécessité d'un traitement curatif stationnaire, la personne assurée a le libre choix parmi les hôpitaux publics et privés placés en permanence sous la direction d'un personnel médical, disposant de moyens diagnostiques et thérapeutiques suffisants, se limitant à des méthodes généralement

reconnues par la science et pratiquant l'anamnèse.

- 9 En cas de nécessité d'un traitement curatif stationnaire dans un service médical pratiquant également des cures, des soins de sanatorium ou accueillant des convalescents, mais qui satisfont par ailleurs aux conditions énoncées à l'al. 8, les prestations tarifaires ne seront fournies que si l'assureur a donné son accord par écrit avant le début du traitement.

§ 5 Limitation de l'obligation de prestation

- 1 L'obligation de prestation devient caduque en cas d'incapacité de travail
- a) 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 ;
 - b) due à des maladies ou accidents d'origine intentionnelle, y compris leurs suites, de même qu'à des mesures de désintoxication, y compris les cures de désintoxication ;
 - c) due à des troubles de la conscience provoqués par la consommation d'alcool ;
 - d) due à des maladies liées à une grossesse, une interruption volontaire de grossesse, une stérilisation, une fausse couche, un accouchement et leurs suites ;

- e) due à une opération cosmétique quelle qu'elle soit et à ses suites ;
 - f) si la personne assurée ne séjourne pas dans son lieu de résidence du Grand-Duché de Luxembourg, sauf si – nonobstant les dispositions de l'alinéa 3 – elle suit un traitement curatif stationnaire nécessaire d'un point de vue médical (cf. § 4, al. 8 et 9). L'indemnité journalière de maladie échoit également à la personne assurée si elle est victime d'une incapacité de travail dans le Grand-Duché de Luxembourg, hors de son lieu de résidence, aussi longtemps que la maladie ou les suites de l'accident l'empêcheront, au vu des résultats des examens médicaux, de regagner son lieu de résidence ;
 - g) pendant des soins de cure ou de sanatorium, ainsi qu'en raison de mesures de rééducation.
- 2 En cas de névroses ou de psychoses, l'indemnité journalière de maladie n'est versée que dans la mesure où l'assureur, suite à la déclaration d'incapacité de travail conformément au § 9, al. 1, a donné son accord écrit sur la base du rapport d'expertise établi par un médecin commis par lui.
- 3 Durant un séjour dans une station thermale ou dans une ville de cure, il n'y a pas – même en cas de séjour en hôpital – obligation de prestation. Cette limitation devient caduque si la personne assurée y a

son domicile permanent, ou encore si l'incapacité de travail survient durant un séjour momentané et à la suite d'une maladie aiguë ou d'un accident sans lien avec le but du séjour, et ce dans la mesure où le retour au lieu de résidence habituel est exclu par les résultats des examens médicaux.

§ 6 Versement des prestations

- 1 L'assureur n'est tenu de fournir la prestation que si les justificatifs exigés par lui sont effectivement fournis. Ceux-ci deviennent la propriété de l'assureur.
- 2 L'assureur est habilité à fournir les prestations au porteur ou à l'expéditeur de justificatifs corrects.
- 3 Les frais de virement des prestations, de même que les traductions – à l'exception de l'espace linguistique des pays de la Communauté européenne – sont déductibles des prestations.

§ 7 Extinction de la garantie

La garantie prend fin – également pour les sinistres déjà déclarés – à expiration du contrat d'assurance (§ 15 et 16). Dans le cas où l'assureur s'oppose à la prolongation du contrat d'assurance dans sa totalité ou pour l'une seulement des personnes assurées en vertu du § 13, al. 2, la garantie applicable aux sinistres déjà survenus ne se ter-

mine alors qu'au 30e jour suivant la date d'expiration du contrat. S'il est mis fin au contrat d'assurance pour cause de nullité de l'une des conditions d'assurabilité figurant au tarif ou en raison de la survenue de l'incapacité de travail, l'obligation de prestation est alors définie aux termes du § 16, lettre a ou b.

§ 8a Paiement des primes, retard de paiement et conséquences

- 1 Le contractant est tenu au paiement de la cotisation (prime) convenue et des frais annexes, taxes comprises. La prime est établie à la conclusion du contrat d'assurance, en fonction de l'âge d'entrée de la personne assurée. Il est admis que l'âge d'entrée est constitué par la différence entre l'année de naissance et l'année de prise d'effet de la garantie.
- 2 La prime est une prime annuelle. Elle est facturée à partir de la date de prise d'effet de la garantie et exigible au début de chaque année contractuelle. La prime annuelle peut également être réglée sous la forme des paiements mensuels fractionnés prévus au tarif, lesquels sont réputés différés jusqu'à leur exigibilité. Ces paiements fractionnés sont exigibles le premier de chaque mois, même lorsqu'un sinistre est déjà intervenu.
- 3 La première prime ou la première mensualité sont payables au plus

tard immédiatement après la remise au contractant de la police d'assurance.

- 4 Les primes ou mensualités sont payables jusqu'à la fin du mois au cours duquel le contrat d'assurance arrive à expiration ; les primes réglées au-delà de cette date seront remboursées. Au cas où l'assureur aurait à payer des frais annexes après la date d'expiration du contrat, ces frais seront intégralement à la charge du contractant et seront exigibles au plus tard à la date d'expiration du contrat.
- 5 En cas de non-paiement de la prime dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, l'assureur peut, à l'issue de ce délai, mettre le contractant en demeure de payer. La mise en demeure est signifiée au contractant par lettre recommandée, adressée à son dernier domicile connu de l'assureur. La notification est réputée valable même si le contractant refuse de réceptionner cette lettre.
- 6 Si le paiement de la prime n'intervient pas non plus dans un délai de 30 jours suivant la mise en demeure, l'assureur n'est plus tenu à indemnisation pour les sinistres survenant au-delà de ce délai. 10 jours au plus tôt après la fin de ce délai supplémentaire de 30 jours, l'assureur – outre qu'il est dégagé de l'obligation d'indemnisation – peut résilier le contrat avec effet

immédiat. Si le contrat n'est pas résilié, l'obligation de prestation de l'assureur est rétablie pour tous les nouveaux sinistres au cas où le contractant a payé les primes exigibles jusqu'à cette date ainsi que, sur justification, les frais de procédure de mise en demeure. La garantie prend alors effet à 0 heure du jour suivant la date de réception par l'assureur (ou par la personne ayant reçu pouvoir de l'assureur à cette fin) de la totalité des primes dues. Il n'y a toutefois pas obligation d'indemnisation si le contractant ne s'acquitte du paiement des primes qu'à une date où il n'est plus douteux qu'un sinistre va survenir.

§ 8b Réajustement des primes

- 1 Dans le cadre des prestations garanties par contrat, il peut arriver que les prestations de l'assureur, en raison par exemple d'une augmentation, statistiquement établie, du nombre global de journées d'incapacité de travail, doivent être modifiées. En conséquence, l'assureur compare, une fois par an au moins, les prestations d'assurance effectivement requises aux prévisions. Si cette comparaison révèle une différence supérieure à 10%, toutes les primes tarifaires sont soumises à un réexamen par l'assureur, lequel procède le cas échéant à un réajustement. Les surprimes

faisant l'objet d'une convention spéciale seront également modifiées en conséquence.

- 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 (cf. § 15, al. 1a).

§ 9 Obligations de l'assuré

- 1 L'incapacité de travail médicalement constatée est à déclarer sans délai auprès de l'assureur – au plus tard dans un délai de 3 jours suivant le début convenu pour l'indemnisation – par présentation d'une attestation conforme aux termes du § 4, al. 7. Si cette déclaration est fournie en retard, l'indemnité journalière de maladie ne sera payée qu'à compter de la date de réception de la déclaration, mais pas avant la date prévue au tarif. En cas d'incapacité de travail prolongée, le contractant doit fournir de sa propre initiative une nouvelle attestation toutes les 2 semaines, sauf si l'assureur en exige la présentation à d'autres intervalles. Le rétablissement de la capacité de travail doit être déclaré

auprès de l'assureur dans un délai de 3 jours.

- 2 Le contractant et la personne assurée sont tenus de fournir à sa demande à l'assureur tout renseignement et tout justificatif nécessaires au constat du sinistre ou de l'obligation d'indemnisation de l'assureur ainsi que du montant de cette indemnisation. Ces renseignements sont également à communiquer à un mandataire de l'assureur.
- 3 A la demande de l'assureur, la personne assurée est tenue de se faire examiner dans un délai de 3 jours après notification par un médecin commis par lui. Au cas où la personne assurée refuse ce contre-examen, l'indemnité journalière de maladie peut lui être retirée pour la durée de ce refus.
- 4 La personne assurée est tenue de veiller au rétablissement de sa capacité de travail ; elle doit notamment se conformer scrupuleusement aux recommandations du médecin et ne rien faire qui soit de nature à entraver la guérison.
- 5 L'assureur doit être informé sans délai de tout changement de profession de la personne assurée.
- 6 La conclusion d'un nouveau contrat d'assurance ou l'augmentation des prestations liées à une assurance déjà existante et donnant également droit à des indemnités journalières de maladie peuvent uni-

quement intervenir avec l'accord de l'assureur.

§ 10 Conséquences d'un non-respect des obligations

- 1 En cas de manquement aux obligations définies au § 9, al. 1 et 2, et ce dans l'intention de tromper l'assureur, celui-ci n'est plus tenu à indemnisation. En cas d'autres manquements à ces mêmes obligations, l'assureur est en droit de minorer ses prestations du montant correspondant au dommage subi par lui en raison du non-respect par l'assuré de ses obligations.
- 2 L'assureur est dégagé de ses obligations à indemniser dès lors qu'il y a manquement intentionnel à l'une des obligations mentionnées au § 9, al. 3 à 4. En cas de manquement dû à une négligence grossière, l'assureur n'est plus tenu à fournir la prestation que dans la mesure où le manquement n'a eu de conséquences ni sur la constatation du sinistre, ni sur la constatation ou sur le volume de la prestation incombant à l'assureur.
- 3 En cas de manquement fautif à l'obligation mentionnée au § 9, al. 5, l'assureur est habilité à résilier le contrat avec effet immédiat dans un délai de 3 mois après qu'il a eu connaissance de ce manquement. En cas de résiliation, l'assureur est dégagé de l'obligation d'indemnisation.

- 4 Le contractant est seul responsable de l'acquittement par lui des obligations contractées.

§ 11 Obligation de déclaration en cas de perte de l'assurabilité

La nullité d'une des conditions d'assurabilité définies au tarif ou la survenue de l'incapacité de travail (cf. § 16, lettre b) d'une personne assurée doivent être immédiatement signalées à l'assureur. Au cas où l'assureur n'a connaissance de cet événement que plus tard, les deux parties sont tenues de se reverser mutuellement les prestations reçues après expiration du contrat d'assurance.

L'obtention d'une pension de vieillesse (cf. § 16, lettre c) doit être de même immédiatement signalée à l'assureur. La phrase 2 de la clause ci-dessus est également applicable en l'occurrence.

§ 12 Prescription

Toute prétention déduite de ce contrat se prescrit au bout des 3 années suivant la date de l'événement sur lequel elle se fonde.

§ 13 Durée du contrat

- 1 Le contrat d'assurance est conclu dans un premier temps pour une durée d'un an. Il est reconduit d'un an (reconduction tacite) s'il n'y est pas fait opposition dans les délais-

par le preneur d'assurance.

- 2 Le preneur d'assurance peut faire opposition à la reconduction du contrat d'assurance, soit dans sa totalité, soit pour l'une des personnes assurées, et ce par déclaration écrite adressée à l'autre partie contractante à la fin de chaque année contractuelle, avec un délai de 3 mois. L'assureur se réserve le droit de faire opposition à la reconduction du contrat d'assurance avec prise d'effet au début de l'année d'assurance suivante dans le cas de caducité de la clause de réajustement des primes (Paragraphe 8) ou de la clause de modification des Conditions d'Assurance, sauf si le contractant se déclare expressément d'accord avec le réajustement de prime ou la modification des conditions.
- 3 L'année d'assurance commence à la date indiquée dans la police d'assurance (prise d'effet de la garantie) ; elle se termine au bout de 12 mois.

§ 14 Modifications des Conditions Générales d'Assurance

- 1 A condition de prendre suffisamment en compte les intérêts des assurés, l'assureur est habilité, en présence des événements ci-après, à modifier les Conditions Générales d'Assurance, y compris celles régissant les contrats existants
- a) en cas de modification durable des

conditions de santé publique ;

b) en cas de nullité de certaines des conditions ;

c) en cas de modification des textes de loi sur lesquels se fondent les dispositions du contrat d'assurance ;

d) en cas de modification de la législation, de la pratique administrative de l'autorité de tutelle ou de l'office des cartels ayant des incidences directes sur les termes du contrat.

- 2 Les nouvelles conditions devront, du point de vue juridique et économique, se rapprocher le plus possible des conditions auxquelles elles se sont substituées. Même en tenant compte de l'interprétation qui en était faite jusqu'alors, elles ne devront pas pénaliser l'assuré de manière inacceptable au plan juridique et économique.

- 3 Les nouvelles conditions seront portées à la connaissance du contractant 3 mois au plus tard avant la date prévue pour leur entrée en vigueur, sauf s'il est fixé une autre date. La décision de fixer une date antérieure à celle mentionnée dans la phrase 1 doit être motivée par un fait important. Aux termes du § 14, al. 1, au cas où le contractant ne résilie pas le contrat d'assurance en raison des modifications intervenues, les nouvelles conditions sont réputées acceptées par lui.
- 4 Dans le but d'exclure les doutes

d'interprétation, l'assureur peut modifier le libellé de certaines conditions si cette adaptation est couverte par le texte employé jusque-là et prend également en compte les intérêts de l'assureur et ceux de la communauté des assurés. L'alinéa 3, phrases 1 et 2, est valable en conséquence.

§ 15 Résiliation et nullité du contrat d'assurance

1 Le contractant peut

a) en cas d'augmentation de la cotisation, 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. Le délai suivant doit être respecté: Si nous augmentons les cotisations en raison d'un ajustement de prime (cf. § 8b, al. 2), 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 (cf. § 14, al. 1);

b) en cas d'opposition de l'assureur à la reconduction du contrat

aux termes du § 13, al. 2, en ce qui concerne l'une des personnes assurées, exiger la résiliation du contrat d'assurance pour les personnes non concernées, et ce dans un délai de 2 semaines après réception de la déclaration de l'assureur, la résiliation prenant effet à la fin de l'année d'assurance;

c) dans les cas énoncés à l'al. 4, exiger la résiliation du contrat d'assurance pour les personnes non concernées, et ce dans un délai de 2 semaines après réception par lui de la déclaration de l'assureur, la résiliation prenant ici effet à la fin du mois au cours duquel il a reçu cette déclaration.

2 Le contrat est nul lorsque, suite à un manquement intentionnel à l'obligation de déclaration, l'évaluation du risque est faussée de telle manière que l'assureur n'aurait pas conclu le contrat – ou du moins pas aux mêmes conditions – s'il avait eu connaissance des faits passés sous silence. Il en est de même pour un manquement à l'obligation de déclaration dans le cas de contrats portant sur la modification ou le rétablissement de la garantie. Le contractant est alors tenu de rembourser les prestations d'assurance perçues. L'assureur est en droit de conserver les primes payées.

3 Si le manquement à l'obligation de

déclaration n'est pas intentionnel, l'assureur peut

a) résilier le contrat dans un délai d'un mois après avoir eu connaissance du manquement à l'obligation de déclaration, dans la mesure où il fournit la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque;

b) proposer une modification du contrat d'assurance dans un délai d'un mois après avoir eu connaissance du manquement à l'obligation de déclaration, modification avec effet rétroactif à la date à laquelle il a eu connaissance de ce manquement.

Au cas où le contractant refuse la modification du contrat proposée ou s'il ne l'accepte pas dans un délai d'un mois suivant réception, l'assureur est en droit de résilier le contrat dans un délai de 15 jours.

4 Si, dans le cadre de contrats d'assurance regroupant plusieurs personnes assurées, les conditions d'une résiliation ne sont données que pour certaines de ces personnes, l'exercice du droit de résiliation peut alors être limité aux dites personnes.

§ 16 Autres motifs de résiliation

S'agissant des personnes assurées concernées, le contrat d'assurance expire

a) à la fin du mois au cours duquel une condition d'assurabilité défi-

nie au tarif est devenue caduque.

Au cas où il y a toutefois à cette date incapacité de travail dans le cadre d'un sinistre déjà survenu, le contrat d'assurance n'expire pas avant la date jusqu'à laquelle l'assureur est tenu de fournir les prestations tarifaires correspondant à cette incapacité de travail, au plus tard cependant 3 mois après que la condition soit devenue caduque ;

b) à la date à laquelle intervient l'incapacité professionnelle. Il y a incapacité professionnelle lorsque la personne assurée est, au vu des examens médicaux, pour plus de 50% dans l'incapacité d'exercer la profession qu'elle exerçait jusque-là. Au cas où il y a toutefois à cette date incapacité de travail dans le cadre d'un sinistre déjà survenu, le contrat d'assurance n'expire pas avant la date jusqu'à laquelle l'assureur est tenu de fournir les prestations tarifaires correspondant à cette incapacité de travail, au plus tard cependant 3 mois après l'apparition de l'incapacité professionnelle ;

c) avec l'obtention d'une pension de vieillesse, au plus tard à 65 ans révolus, à la fin du mois au cours duquel la limite d'âge est atteinte ;

d) En cas de décès du contractant, les personnes assurées sont en droit de reconduire le contrat d'assurance en désignant nommément le

futur contractant.

La déclaration doit être faite dans un délai de deux mois suivant le décès du contractant précédent ;

e) avec le déménagement hors du Grand-Duché de Luxembourg, sauf passation d'un accord contraire.

§ 17 Déclarations de volonté et notifications

- 1 Les déclarations de volonté et notifications destinées à l'assureur doivent obligatoirement revêtir la forme écrite. Les agents d'assurances n'ont pas pouvoir de les réceptionner.
- 2 Au cas où le contractant n'a pas informé l'assureur d'un changement de domicile, il suffit, pour qu'une déclaration de volonté à faire parvenir à l'assuré soit valide, qu'elle soit envoyée à la dernière adresse connue de l'assureur. Cette déclaration prend effet à la date à laquelle elle serait, en cas d'acheminement régulier, parvenue au contractant s'il n'y avait pas eu changement de domicile.

§ 18 Juridiction compétente

Les tribunaux du Grand-Duché de Luxembourg sont seuls compétents pour tous litiges entre le contractant et l'assureur à propos de ce contrat.

§ 19 Droit applicable

Le contrat d'assurance relève du droit du Grand-Duché de Luxembourg.

§ 20 Clause salvatrice

L'invalidité présente ou l'invalidation, pour une cause ultérieure, de l'une des dispositions figurant dans ces Conditions d'Assurance, de même que l'apparition d'une lacune ne remettent pas en cause la validité des autres. Afin de remplacer la clause invalide ou de combler la lacune, on conviendra d'une clause raisonnable, se rapprochant le plus possible de ce que l'assureur – compte tenu des intérêts du contractant – aurait voulu si ce point avait été pris en considération à l'origine.

General terms and conditions of insurance

§ 1 Type, extent and validity of insurance cover

- 1 The insurance company provides insurance cover against loss of earnings incurred through illness or accidents, insofar as this causes incapacity to work. When insurance claims are made, the company grants daily sickness benefit as stipulated in the contract for the duration of (insured persons') incapacity to work.
- 2 Insurance cover applies to the necessary medical treatment of persons insured in the wake of illness or as a result of an accident, in the course of which a doctor determines said person's incapacity to work. Insurance cover commences with the onset of treatment or therapy and ends when medical diagnoses state that the person is no longer unfit to work, and that treatment is no longer necessary. A separate claim for insurance cover is valid only in cases where treatment is extended to illness or the consequences of an accident in the course of which incapacity to work is determined by a doctor when said cases are not directly connected to the original reason for medical treatment. Payment of daily sickness benefit applies only once in cases where incapacity to work is a simultaneous result

of several illnesses or consequences of accidents.

- 3 For the purposes of these terms and conditions, incapacity to work occurs when medical diagnoses state that the person insured is temporarily unable to pursue their professional occupation to any degree and when said persons pursue neither their own nor any other gainful occupation.
- 4 The insurance cover involved is based on a combination of the terms stipulated in the insurance policy and the subsequent written agreements together with the general terms and conditions of insurance (section relative to said terms and conditions plus tariff) and, finally, the legal regulations in Luxembourg.
- 5 Insurance cover applies to the Grand Duchy of Luxembourg. In cases where acute illness or accidents occur during sojourns in other countries within Europe, daily sickness benefit will be paid as stipulated in the contract for the duration of hospital treatment in a state hospital which is deemed medically necessary.

§ 2 Commencement of insurance cover

- 1 Insurance cover commences in accordance with the time period stated in the policy document (com-

mencement of insurance); however, not before the insurance contract has been concluded, i.e. not before the insurance policy has been signed by both contractual partners and not before the termination of waiting periods. Insurance claims which arise prior to the onset of insurance cover are barred from compensation. Insurance claims made after the conclusion of the insurance contract are only partly exempt from compensation; namely, for the period preceding commencement of insurance cover or applicable to waiting periods.

§ 3 Waiting periods

- 1 Waiting periods are calculated from the commencement of insurance onwards.
- 2 There is a 3-month regulatory waiting period. This does not apply when accidents occur.
- 3 Special waiting periods of eight months apply for psychotherapy, dental treatment including dental extractions, tooth replacement (e.g. dentures, bridges, all types of crowns) including preparatory and restorative treatment as well as orthodontic treatment. Said special waiting periods are waived when accidents occur or when treatment

for pain prevention takes place (pain-preventive dental treatment and basic tooth fillings; not applicable to tooth replacements and dental crowns).

- 4 The regulatory waiting period can be dispensed with provided applicants fill in the special requisite insurance form and attach the necessary medical examination report.
- 5 In cases where contracts are amended, the regulations governing the waiting periods relative to the additional section of insurance cover apply.

§4 Extent of claim settlement obligation

- 1 The extent and duration of claim settlement is based on the tariff together with the applicable conditions.
- 2 The sum of the daily sickness benefit together with any other applicable sickness and health insurance benefits which are calculated on a daily basis in accordance with net earnings from (insured persons') professional occupations should not exceed aforementioned net earnings. Calculations relative to net income are based on average earnings over the past 12 months prior to applying for benefit, or alternatively, prior to incapacity to work.
- 2.1 Any payments made in place of sickness benefit entitlements from state insurance funds are equal in value to

sickness benefit entitlements.

- 2.2 In the case of freelance and other self-employed occupations, net income is defined as the profits derived from said occupation as it is described in the insurance application – article 10, fig. 1 of the income tax legislation from 4/12/1967.
- 3 The policyholder is obliged to notify the insurance company immediately of any reduction of a nontemporary nature relative to net income in respect of their professional occupation.
- 4 Should it come to the insurance company's knowledge that the insured person's net income has fallen to a level below the income level stipulated in the contract, then the insurance company is entitled to lower the daily sickness benefit together with the premium in accordance with the reduced level of net income, effective as of the second month after this came to the company's notice, irrespective of whether an insurance claim has been made or not. Any insurance cover already provided at this point in respect of incapacity to work will remain unaffected until reduced benefits take effect.
- 5 Daily sickness benefit is paid provided the person insured is treated by a doctor or dentist registered with the national health authorities or, alternatively, undergoes hospital treatment during the period when they

are unfit for work.

- 6 The person insured can select the doctor or dentist of their choice from among those registered with the national health authorities.
- 7 The commencement and duration of incapacity to work must be certified by the doctor or dentist providing treatment. Such certificates must also state the nature of the illness involved. Any costs involved in connection with such certificates must be borne by the policyholder. Certificates provided by marital partners, parents or children are not sufficient proof of incapacity to work. Should the doctor providing treatment refuse to give details about the nature of the illness involved, then the insurance company can insist upon a medical examination in accordance with paragraph 9, section 3 before providing cover.
- 8 When medical treatment in hospital is necessary, then the insured person can select a hospital of their choice from among the public and private clinics available, provided such clinics are run under constant medical supervision, are equipped with sufficient diagnostic and therapeutic apparatus, restrict treatment to generally accepted scientific methods and keep records of their patients.
- 9 In cases where medical treatment which is deemed necessary takes place in clinical institutions which

also offer spa cures, sanatorium treatment or convalescence periods but which are recognised as hospitals as described in section 8 above, insurance cover will be provided only in cases where the insurance company gave its agreement in writing prior to treatment taking place.

§ 5 Limitations of claim settlement obligation

- 1 There is no claim settlement for incapacity to work due to
 - a) damage caused by exposure to radiation or nuclear energy and damage caused by war, civil war, unrest, terrorism or comparable situations;
 - b) illnesses or accidents and their consequences which the persons insured deliberately caused to themselves as well as drug therapy including rehabilitation therapy;
 - c) illnesses and consequences of accidents due to mental disturbance caused by alcohol consumption;
 - d) illnesses caused by pregnancy, abortions, sterilisation, miscarriages and childbirth and their consequences;
 - e) all types of cosmetic surgery and/or treatments and their consequences;
 - f) circumstances in which the person insured is not living at their place of residence in the Grand Duchy of Luxembourg, except –notwithstanding section 3 – in cases where the person is undergoing hospital treatment deemed medically necessary (com-

pare paragraph 4, sections 8 and 9). In cases where the person insured in the Grand Duchy is rendered unfit for work outwith their place of residence, they are still entitled to daily sickness benefit, provided said illness or the consequences of an accident rule out a return home according to medical diagnoses;

- g) health cure and sanatorium treatment or rehabilitation periods.
- 2 With neurosis and psychosis, daily sickness benefit is paid only in cases where the insurance company has given its written consent and on the basis of a medical report carried out by a doctor commissioned by the insurance company, after the insured person has notified the company of their incapacity to work in accordance with paragraph 9, section 1.
- 3 Treatments at health spa resorts or health cures – even those which occur during hospitalisation – are not covered by insurance. This limitation does not apply if the person insured is permanently resident there or such persons are rendered unfit for work due to acute illness or accidents which occurred during temporary residence and which are in no way connected with the reasons for residence, provided a return home is out of the question according to medical diagnoses.

§ 6 Payment of insurance compensation

- 1 The insurance company is not obliged to grant compensation until the required written proof of documentation is submitted as required. Such documents then become the property of the insurance company.
- 2 The insurance company is entitled to transfer compensation to whoever submits or delivers proof of documentation necessary in the required way.
- 3 The costs of transferring compensatory amounts and translating documentation – with the exception of languages pertaining to the European Community – may be deducted from the amount of compensation due.

§ 7 Termination of insurance cover

Insurance cover ends – including any insurance claims which may be still pending – when the insurance contract is terminated (paragraphs 15 and 16). If the insurance company is opposed to an extension of the insurance contract as a whole or in respect of any one person insured in accordance with paragraph 13, section 2, then insurance cover for any insurance claims still pending does not end until 30 days after the termination of the insurance contract. If the insurance contract is terminated because a condition pertaining to the tariff necessary for insurance no

longer applies or because of incapacity to work, then the extent of (insurance) cover is decided in accordance with paragraph 16, a) or b).

§ 8a Payment of premiums, default on payment and consequences

- 1 The policyholder is obliged to pay the contractually stipulated amount (premium) as well as any additional costs including tax. After the insurance contract has been concluded, the premium is calculated according to the entry age of the person insured. The entry age is calculated as being the difference between the person's year of birth and the year in which insurance commences.
- 2 The premium amount is payable annually. It is calculated from day one of insurance and is due at the beginning of each insurance year, can however be transferred in monthly instalments in accordance with the tariff, such transfers being considered as "extended payments" until each instalment is due. Monthly instalments are due on the first day of each month, including periods during which an insurance claim has been made.
- 3 The first instalment and/or the first premium payment must be paid at the latest immediately after the insurance policy has been given to the policyholder.
- 4 The instalments and/or premium

payments must be paid by the end of the month in which the insurance contract ends. Instalments paid after this point will be reimbursed. If the insurance company has to pay additional costs after the insurance contract has ended, then these will be debited in full to the policyholder and are due, at the very latest, when the insurance contract ends.

- 5 If the instalment is not paid within a time limit of 10 days following the due date, then the insurance company can demand payment from the policyholder when said time limit has expired. The demand for payment is made in the form of a registered letter addressed to the policyholder at the address last made known to the insurance company. Official delivery has taken place even in cases where the policyholder refuses to accept the letter.
- 6 Should payment of instalments still not take effect within 30 days of demand for payment being made, then the insurance company is exempt from providing cover for any claims made after the expiry of this time limit. Apart from its exemption to provide cover, the insurance company cannot cancel the insurance contract with immediate effect until at least 10 days after the expiry of this additional time limit of 30 days. If the contract is not cancelled, then the insurance company is liable to

provide cover once more in respect of any new insurance claims made, provided the policyholder has paid the outstanding instalments plus any costs owing on demands for payment up to this point. Insurance cover then commences from midnight of the day on which all monies owing to the insurance company have been transferred to the company (or an authorised company representative) accordingly. However, the company is exempt from providing cover in cases where the policyholder withholds payment until the point in time when the occurrence of the event insured is no longer uncertain.

§ 8b Adjustment of premiums

- 1 The contractually agreed insurance cover guaranteed by the insurance company is subject to change depending on factors such as e.g. statistical proof of an increase in working days lost due to incapacity to work. Accordingly, the insurance company carries out comparisons at least once per annum, measuring the necessary insurance cover against the actual insurance cover provided. Should this comparison result in a discrepancy of more than 10%, then all premiums belonging to each tariff are examined by the insurance company and adjusted wherever necessary. Likewise, special contractually regulated premi-

um surcharges are also changed accordingly.

- 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 (see paragraph 15, section 1a).

§ 9 Obligations

- 1 The insurance company must be informed immediately – or within 3 days of contractual commencement of insurance cover at the latest – of medically confirmed incapacity to work through the submission of appropriate written proof in accordance with paragraph 4, section 7. Should the company be notified of this too late, then daily sickness benefit will only be paid from the day of notification onwards; not, however, before the point stipulated in the contractual tariff. Proof of ongoing incapacity to work must be provided automatically to the insurance company every 2 weeks, provided the insurance company does not require proof within any other time space.
Proof of ability to return to work must be submitted to the insurance company within 3 days.

- 2 The policyholder and the person insured are obliged to furnish on demand (by the company) any information as well as all documentation necessary in order to determine an insurance claim or the amount and extent of compensation due on the part of the company. Such information must be provided to any company representative.
- 3 Persons insured are obliged to undergo a medical examination performed by a medical consultant on behalf of the company within 3 days if requested to do so by the insurance company. Should the person(s) refuse to undergo such subsequent examinations, then the company can withdraw daily sickness benefit for the duration of the refusal.
- 4 The person insured must do all they can to restore their ability to return to work, particularly by complying conscientiously with the doctor's instructions and refraining from any course of action which might impede the recovery process.
- 5 The company must be notified immediately whenever insured persons change jobs.
- 6 Additional insurance with other insurance companies providing entitlement to daily sickness benefit or adjustments to such existing insurance in order to qualify for daily sickness benefit require the express consent of the insurance company.

§ 10 Consequences of breaches of obligations

- 1 The insurance company is freed from its obligations to provide cover whenever there is a breach which is intended to mislead the insurance company of any of the obligations laid down in paragraph 9, sections 1 and 2. In the case of other breaches of these obligations, the insurance company can reduce the insurance cover provided by the amount which corresponds to the damages incurred by the insurance company through the breach caused.
- 2 The insurance company is exempt from providing cover whenever there is a deliberate breach of any of the obligations stipulated in paragraph 9, sections 3 to 4. If breaches occur through gross negligence, the company is only required to provide insurance cover insofar as the breach did not have any influence on the determination of the insurance claim or on the determination of the extent of the cover for which the company is liable.
- 3 If the breach of obligations stipulated in paragraph 9, sections 5 and 6 is caused through the fault of persons insured, then the company can cancel the contract within 3 months with immediate effect after learning of the breach. In cases where contracts are cancelled, the company is exempt from providing insurance cover.

- 4 The policyholder bears sole responsibility for fulfilling the contractual obligations.

§ 11 Obligation to inform when circumstances render terms of insurance policy no longer applicable

The company must be notified immediately whenever any of the conditions pertaining to the insurance tariff relative to a person insured no longer apply or when said person is rendered unfit to work (see paragraph 16, letter b). Should the insurance company not learn about the existence of such circumstances until a later date, then both parties are mutually obliged to reimburse any insurance benefits they may have received during the time following termination of the insurance contract. Likewise, insured persons who draw an old-age pension (see paragraph 16, letter c) must inform the company immediately of this. Clause 2 of the regulations described above also applies in this case.

§ 12 Statute of limitations

All claims made on this contract have a 3-year statutory time limit from the accrual of the cause of action on which the claim is based.

§ 13 Duration of contract

- 1 The initial duration of an insurance

contract is one insurance year. The contract is automatically renewed for a further insurance year (tacit renewal) provided the policyholder does not contest the contract within the statutory period of notice.

- 2 The policyholder can contest the renewal of the insurance contract as a whole or relative to any one person insured by notifying the contractual partner in writing 3 months prior to the end of the insurance year. The right to contest the contract is only incumbent on the insurance company in cases where the clause relative to the adjustment of premiums (paragraph 8a) or the clause relative to a change in the terms of insurance (paragraph 14) is invalid. In such cases, the insurance company retains the right to contest the renewal of the insurance contract effective as of the following insurance year, unless the policyholder gives their express consent to the premium adjustment or change in (insurance) conditions.
- 3 The insurance year starts at the point in time stipulated in the insurance policy (commencement of insurance) and ends after 12 months have expired.

§ 14 Amendments regarding the general terms and conditions of insurance

- 1 The insurance company is entitled

to amend the general terms and conditions of insurance in general and in respect of insurance policies already in existence, provided policyholders' interests are safeguarded accordingly, whenever any of the following events occur:

- a) where there has been a change in the health service which cannot be regarded as being of a temporary nature;
- b) whenever any term or condition no longer applies;
- c) whenever there is a change in the law upon which the terms and conditions of insurance contracts are based;
- d) whenever there is a change in the jurisdiction, administrative practices of the (insurance) supervisory authorities or cartel authorities which has a direct effect on the insurance contract.
- 2 New terms and conditions must correspond as closely as possible to the legal and economic aspects of those they are replacing. Persons insured should not be at an unreasonable disadvantage relative to the legal and economic implications of the terms and conditions hitherto applicable.
- 3 Policyholders will be notified about the new terms and conditions at least 3 months prior to the date on which they become effective, provided no other point in time is stated in the contract. The stipulation of

a point in time prior to the one stated in clause 1 must be based on an important reason. The policyholder accepts the new terms and conditions provided they do not cancel their contracts on account of the amendments in accordance with paragraph 14, section 1.

- 4 The insurance company can alter the wording of the terms and conditions in order to rule out doubts about any implications contained therein, provided the underlying purpose of such an adjustment is covered by the wording of the terms and conditions hitherto applicable and the intentions and interests of the insurance company and the insurance association are appropriately safeguarded. Section 3, clauses 1 and 2 apply accordingly.

§ 15 Cancellation and nullification of insurance contract

- 1 The policyholder can
 - a) 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 deadline must be observed: If the premium contributions increase

due to a premium adjustment (see paragraph 8b, section 2), 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 (see paragraph 14, section 1).

- b) demand the cancellation of the insurance contract by the end of the insurance year in respect of the persons not affected by the above within 2 weeks of notification of the insurance company's intentions, should the insurance company contest the renewal of the insurance contract with respect to any of the persons insured in accordance with paragraph 13, section 2;
 - c) demand the cancellation of the insurance contract within 2 weeks of notification of the insurance company's intentions by the end of the month in which notification was made in respect of the persons not affected by the stipulations contained in section 4.
- 2 The contract is invalid in cases where the deliberate withholding of information alters the risk assessment involved to the extent that the insurance company would not have concluded the existing contract or would not have concluded the contract under the same terms and conditions, had the company known about the circumstances involved

beforehand. The same applies to a breach of the obligation to pass on information for contractual purposes relative to alterations or restorations of aspects of insurance cover. The policyholder is obliged to pay back any insurance benefit amounts received. Premiums already paid are retained by the insurance company.

- 3 In cases where the withholding of information is not deliberate, the insurance company can
 - a) cancel the contract within one month after learning of the breach of the obligation to pass on information, provided the company can prove that the risk would not have been insured under any circumstances;
 - b) propose an amendment to the insurance contract within one month of learning of the breach of the obligation to pass on information, backdated to the date when the company learned of the breach of the obligation to pass on information. If the policyholder refuses to accept the proposed contractual amendment or if they do not accept this proposal within one month of notification, then the insurance company can cancel the contract within a 15-day period.
- 4 Whenever there are several people insured under one insurance contract and grounds for cancellation in respect of individual persons insured therein, then the right of cancella-

tion (of the contract) can be restricted to the persons in question.

§ 16 Other grounds for termination of insurance

The insurance contract ends in respect of the persons insured therein

- a) whenever a condition pertaining to the tariff for insurance no longer applies, cancellation becoming effective as of the end of the month in which the condition no longer applies. However, if an insurance claim due to incapacity to work has already been made at this point, then the insurance contract does not end until the point where the insurance company has fulfilled its obligations in accordance with the tariff in respect of said incapacity to work up to a maximum of 3 months after the time in which the condition no longer applies;
- b) when persons insured are unable to work. Insured persons are classed as unable to work when medical diagnoses state that said persons are 50% unable to pursue their regular professional occupation for an unforeseeable length of time. However, if an insurance claim due to incapacity to work has already been made at this point, then the insurance contract does not end until the point where the insurance company has fulfilled its obligations in accord-

ance with the tariff in respect of said incapacity to work up to a maximum of 3 months after said persons are declared unable to work;

- c) when insured persons qualify for old-age pensions; however, no later than the end of the last month in the year in which persons insured reach their 65th birthday;
- d) in the case of death. Upon the death of the policyholder, persons insured have the right to continue the insurance policy by appointing another person as the future policyholder. The company must be notified accordingly within two months of the death of the policyholder;
- e) when residence is transferred away from the Grand Duchy of Luxembourg, unless alternative provisions have been made.

§ 17 Declaratory action & obligation to notify

- 1 Declaratory actions and notification of changes in circumstances made to the insurance company must follow in writing. Insurance agents are not authorised to accept such documents.
- 2 In cases where policyholders did not inform the insurance company of a change of address, it is sufficient for the legal validity of a declaratory action intended for the policyholder if said declaratory action is sent to the address last made known to the

insurance company. The declaratory action is effective as of the time taken for normal delivery, had no change of address taken place.

§ 18 Place of jurisdiction

The sole place of jurisdiction for all disputes arising out of the contract between the policyholder and the insurance company is the courts of the Grand Duchy of Luxembourg.

§ 19 Applicable Law

Insurance contracts are subject to the law of the Grand Duchy of Luxembourg.

§ 20 Severance clause

Should any of these insurance terms and conditions be invalid or should any condition become invalid due to circumstances occurring at a future date or should there be a loophole in any of the aforementioned terms and conditions, then the legal validity of the remaining terms and conditions remains unaffected by this. An appropriate regulation should then fill the loophole or take the place of the conditions which do not apply. While safeguarding the interests of the policyholder, such regulations should correspond as closely as possible to what the insurance company would originally have intended if said intention had been taken into consideration from the outset.

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