



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

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG | KRANKENHAUSTAGEGELDVERSICHERUNG
ASSURANCE FRAIS DE MALADIE | ASSURANCE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION
HEALTH COSTS INSURANCE | HOSPITALISATION BENEFIT INSURANCE

Inhaltsverzeichnis | Table des Matières | List of Contents

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen umfassen diesen Bedingungs-
teil und die jeweils vereinbarten Tarife.

Seite

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

Seite

- 9** § 8b Beitragsanpassung
- § 9 Obliegenheiten
- § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- 10** § 11 Ansprüche gegen Dritte
- § 12 Verjährung
- § 13 Vertragsdauer
- § 14 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- 11** § 15 Kündigung und Nichtigkeit des Versicherungsverhältnisses
- 12** § 16 Sonstige Beendigungsgründe
- § 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

- 13** § 1 Objet, étendue et validité territoriale de la garantie
- § 2 Date de prise d'effet de la garantie
- 14** § 3 Délais de carence
- § 4 Etendue de l'obligation de prestation
- 16** § 5 Limitation de l'obligation de prestation
- § 6 Versement des prestations
- 17** § 7 Extinction de la garantie
- § 8a Paiement des primes, retard de paiement et conséquences

Page

- 18 § 8b Réajustement des primes
- § 9 Obligations de l'assuré
- § 10 Conséquences d'un non-respect des obligations
- 19 § 11 Prétentions à l'égard de tiers
- § 12 Prescription
- § 13 Durée du contrat
- § 14 Modifications des Conditions Générales d'Assurance
- 20 § 15 Résiliation et nullité du contrat d'assurance
- 21 § 16 Autres motifs de résiliation
- § 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

- 22 § 1 Type, extent and validity of insurance cover
- § 2 Commencement of insurance cover
- 23 § 3 Waiting periods
- § 4 Extent of claim settlement obligation
- 24 § 5 Limitations of claim settlement obligation
- 25 § 6 Payment of insurance compensation
- 26 § 7 Termination of insurance cover

Page

- 26 § 8a Payment of premiums, default on payment and consequences
- 27 § 8b Adjustment of premiums
- § 9 Obligations
- § 10 Consequences of breaches of obligations
- 28 § 11 Claims against third parties
- § 12 Statute of limitations
- § 13 Duration of contract
- § 14 Amendments regarding the general terms and conditions of insurance
- 29 § 15 Cancellation and nullification of insurance contract
- 30 § 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 13

General terms and conditions of insurance from page 21

§1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- 1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall:
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen;
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Behandlung ein Krankenhaustagegeld.
- 2 Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht

insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gilt auch die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung sowie die ambulante Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).

- 3 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil und Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften in Luxemburg.
- 4 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 16 Abs. 2). Während des 1. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere 2 Monate.

§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 aus-

geschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.

- 2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz in der Krankheitskostenversicherung ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens 3 Monate beim Versicherer gegen Krankheitskosten versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens 2 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.
- 3 Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§3 Wartezeiten

- 1 Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- 2 Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt:
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten einer mindestens seit 3 Monaten versicherten

Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb von 2 Monaten nach der Eheschließung beantragt wird.

- 3 Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, 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 Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- 2 Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahn-

ärzten frei. Sofern es der jeweilige Tarif vorsieht, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

- 2.1 Wird von einem nicht ortsansässigen Arzt Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet, so können diese Kosten nach Maßgabe des Weges gekürzt werden, den der nächsterreichbare, für die Behandlung zuständige Arzt zurücklegen müsste.
- 2.2 Zahnersatz (vgl. § 3 Abs. 3) und Kieferorthopädie gelten in den Tarifen auch dann als Leistungen des Zahnarztes, wenn sie von einem Arzt ausgeführt worden sind. Sie sind nicht Gegenstand der Tarife für ambulante oder stationäre Heilbehandlung.
- 3 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Der Mehrfachbezug eines Arzneimittels mit derselben Verordnung muss vom Behandler auf dem Rezept verordnet sein.
- 3.1 Diät-, Nähr- und Stärkungsmittel, Mittel zur Gewichtsabnahme, empfängnisverhütende Präparate, Geriatrika, Mineralwässer, Badezusätze und kosmetische Mittel gelten nicht als Arzneimittel.
- 3.2 Als Arzneimittel gelten auch

- homöopathische Medikamente.
- 3.3 Als Heilmittel gelten:
- a) die Leistungen staatlich zugelassener Masseur oder Masseur-Kinesiotherapeuten (das sind Massagen, Thermotherapie, Elektro-Physiotherapie, Kinesiotherapie, medizinische Bäder);
 - b) Stimm-, Sprach- und Sprachübungsbehandlung, wenn sie von einem Logopäden ausgeführt worden ist. Mehraufwendungen für Behandlung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig. Von der Kostenerstattung ausgeschlossen sind Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder.
- 3.4 Als Hilfsmittel gelten, soweit im Tarif nicht anders geregelt, Brillengläser, Brillenfassungen bis zu einem tariflich vereinbarten Rechnungsbetrag, Kontaktlinsen, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Einlagen zur Fußkorrektur, Gips- lieschalen, Korrekturschienen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beistützapparate, Hörgeräte, elektronischer Kehlkopf, Arm-, Hand-, Bein- oder Fußprothesen. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel (zum Beispiel orthopädische Schuhe, Massagegeräte, Blutdruckmessgeräte, Inhalationsgeräte, Bestrahlungslampen, Heizkissen) sowie für Betriebsfä-

higkeit, Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

- 4 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 und Krankengeschichten führen.
- 5 Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen aus einer Krankheitskostenversicherung nur dann erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei einer Krankenhaustagegeldversicherung kann eine entsprechende Zusage nicht erteilt werden.
- 6 Der Versicherte leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder

die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

- 7 Bei ambulanter und bei stationärer Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer aufgrund des Gutachtens eines von ihm beauftragten Arztes vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

§5 Einschränkung der Leistungspflicht

- 1 Keine Leistungspflicht besteht:
 - a) bei Schäden durch Einwirkung von Strahlen oder nuklearer Energie sowie Schäden durch Krieg, Bürgerkrieg, Unruhen, Terrorismus oder vergleichbare Umstände;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Schwangerschaftsabbruch und für Sterilisation, außer bei erwiesener medizinischer Notwendigkeit;
 - d) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherte aus wichtigem Grunde von der

Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt; Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall noch nicht beendet ist, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

- e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- f) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort; Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird.
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder; Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- i) für kosmetische Maßnahmen jeder Art und deren Folgen;
- j) für Gutachten, Atteste, Heil- und Kostenpläne, soweit sie vom Ver-

sicherungsnehmer vorzulegen sind.

- 2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Der Versicherer ist zu einer solchen Herabsetzung seiner Leistungen auch dann berechtigt, wenn für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme ein unangemessen hohes Entgelt berechnet worden ist.
- 3 Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz der gesetzlich vorgesehenen Leistungen notwendig bleiben.
- 4 Bei stationärer Behandlung von Neurosen oder Psychosen und bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Leistungen aus einer Krankenhaustagegeldversicherung.

§ 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.
 - 1.1 Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen. Hat sich ein anderer Krankenversicherer an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften mit der Maßgabe, dass der Erstattungsbetrag des anderen Versicherers ausgewiesen wird.
 - 1.2 Rechnungen müssen enthalten: Namen und Anschrift des Arztes, den Namen der behandelten Person, die Behandlungszeit, die einzelnen Leistungen und die Krankheitsbezeichnungen. Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der auch die Krankheitsbezeichnung enthaltenden ärztlichen Verordnung einzureichen. Beim Folgebezug einer Brille wegen verminderter Sehschärfe genügt die Angabe des Brechkraftwertes in der Optikerrechnung. Für die Zahlung des Krankenhaustagegeldes ist eine Bescheinigung des Krankenhauses erforderlich, aus der Beginn und Ende der stationären Behandlung sowie die Krankheits-

bezeichnungen hervorgehen. Verweigert der behandelnde Arzt die Angabe der Krankheitsbezeichnung, so kann der Versicherer seine Leistungen von einer ärztlichen Untersuchung nach § 9 Abs. 5 abhängig machen.

- 1.3 Rechnungen aller Art sind möglichst gesammelt bis spätestens 31. März des Folgejahres einzureichen.
- 2 Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.
- 3 Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- 4 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen – ausgenommen aus dem Sprachraum der Europäischen Gemeinschaft – können von den Leistungen abgezogen werden.
- 5 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 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 Fälligkeitstage 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 Versicherungsfälle 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 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 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 Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn 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.
- 3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer bei Zahnersatz (vgl. § 3 Abs. 3) und bei Kieferorthopädie vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan vorzulegen.
- 4 Psychotherapeutische Behandlung ist vor Behandlungsbeginn durch den Versicherer genehmigungspflichtig.
- 5 Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

- 6 Bei einem weiteren Versicherer darf eine Krankheitskostenversicherung oder eine Krankentagegeldversicherung nur mit Einwilligung des ersten Versicherers (DKV) abgeschlossen oder erhöht 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 und 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 genannte Obliegenheit schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer den Ver-

trag 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 Ansprüche gegen Dritte

Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so ist dieser Anspruch – unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs – bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten; der Anspruch geht insoweit auf den Versicherer über. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird der Versicherer insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht Ersatz hätte erlangen können.

§ 12 Verjährung

Jede aus dem Vertrag abgeleitete Forderung verjährt drei Jahre nach

dem Zeitpunkt des Ereignisses, auf das sie sich begründet.

§ 13 Vertragsdauer

- 1 Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von 2 Versicherungsjahren 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, frühestens aber zum Ablauf des 2. Versicherungsjahres, mit einer Frist von 3 Monaten durch schriftliche Anzeige an den Versicherer widersprechen. Dieses Recht obliegt dem Versicherer nur im Fall der Unwirksamkeit der Beitragsanpassungsklausel (§ 8b) 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 1. Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein

bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 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 Versicherungsgemeinschaft 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 Zeit-

- punkt 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 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 Wiederinkraftsetzung 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 hin-

sichtlich einzelner versicherter Personen vor, so kann die Ausübung des Kündigungsrechts auf diese beschränkt werden.

- 5 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 2 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.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

- 1 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- 2 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Großherzogtum Luxemburg, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

- 3 Beim Tod oder Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

§ 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 Rechtswirksamkeit 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 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 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 garantie pour les maladies, accidents et autres événements mentionnés dans le contrat. Il accorde en cas de sinistre :
 - a) l'indemnisation des frais de traitement curatif et autres prestations convenues dans le cadre de l'assurance frais de maladie ;
 - b) en cas de soins stationnaires dans le cadre de l'assurance indemnité journalière d'hospitalisation une indemnité journalière d'hospitalisation.
- 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. 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 nécessité de traitement. Au cas où le traitement curatif doit être étendu à une maladie ou aux

suites d'un accident pour lesquelles il n'existe aucune relation de cause à effet, il y a alors apparition d'un nouveau sinistre. Les examens et traitements médicaux nécessités par une grossesse et un accouchement, de même que les examens médicaux ambulants de dépistage dans le cadre des programmes prévus par la législation (examens de dépistage ciblés) sont également reconnus comme sinistres.

- 3 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.
- 4 La garantie s'étend aux traitements curatifs appliqués en Europe. Elle peut également, par convention, être étendue à des pays situés hors d'Europe (cf. toutefois § 16, al. 2). Pendant le premier mois de séjour dans un pays situé hors d'Europe, la garantie est valable également

sans convention particulière. Si le séjour doit être prolongé au-delà d'un mois du fait qu'un traitement curatif est nécessaire, la garantie demeure valide aussi longtemps que la personne assurée ne peut effectuer le voyage de retour sans mettre sa santé en danger, la garantie ne pouvant cependant être prolongée de plus de deux autres mois.

§2 Date de prise d'effet de la garantie

- 1 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'obli-

gation 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.

- 2 S'agissant des nouveau-nés, la garantie de l'assurance frais de maladie prend effet sans délai de carence et immédiatement après la naissance, à condition que l'un des parents ait souscrit depuis 3 mois au moins une assurance frais de maladie auprès de l'assureur et que la déclaration à l'assurance intervienne rétroactivement au premier du mois de la naissance et deux mois au plus tard après celle-ci. La garantie ne doit pas être plus élevée ni plus complète que celle d'un parent assuré. Les nouveau-nés peuvent être admis uniquement dans des tarifs accessibles aux nouveaux contrats.
- 3 L'adoption est soumise aux mêmes dispositions que la naissance d'un enfant dans la mesure où l'enfant adopté est encore mineur à la date de l'adoption. Compte tenu d'une augmentation du risque, il peut être décidé d'instituer une surprime qui pourra égaler au maximum le montant de la prime simple.

§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 :
 - a) en cas d'accident ;
 - b) pour le conjoint d'une personne assurée depuis trois mois au moins, dans la mesure où une assurance du même type est contractée dans un délai de deux mois après le mariage.
- 3 Les délais de carence spéciaux sont les suivants : huit mois pour l'accouchement, 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 en fonction du tarif et des conditions tarifaires.
- 2 Liberté est laissée à la personne assurée de consulter le médecin ou dentiste établi et agréé de son choix. Dans la mesure où le tarif concerné le prévoit, la personne assurée peut également consulter un naturopathe dans le cadre de la législation allemande sur la naturopathie.
 - 2.1 Au cas où un médecin installé dans une autre localité facture une indemnité kilométrique ou de déplacement, ces frais peuvent être réduits au prorata de la distance que le médecin compétent le plus proche aurait dû parcourir.
 - 2.2 Les prothèses dentaires (cf. § 3, al. 3) et les interventions de chirurgie maxillo-faciale sont considérées dans les tarifs comme des prestations fournies par un dentiste lorsqu'elles ont été réalisées par un médecin. Elles ne relèvent pas des tarifs applicables aux traitements curatifs ambulants ou stationnaires.
- 3 Les médicaments, bandages et appareillages doivent faire l'objet d'une ordonnance établie par les praticiens mentionnés à l'al. 2, les médicaments devant être par ailleurs achetés en pharmacie. L'achat de quantités multiples d'un médi-

- cament relevant de la même prescription doit être justifié par une mention correspondante du praticien sur l'ordonnance.
- 3.1 Les produits de régime, produits alimentaires et fortifiants, ainsi que les produits amaigrissants, contraceptifs, produits de gériatrie, eaux minérales, produits pour le bain et produits cosmétiques ne sont pas considérés comme des médicaments.
 - 3.2 Les médicaments homéopathiques sont également considérés comme des médicaments.
 - 3.3 Sont considérés comme remèdes :
 - a) les prestations de masseurs agréés par l'Etat ou de masseurs-kinésithérapeutes (il s'agit des massages, de la thermothérapie, électrophysiothérapie, kinésithérapie et des bains médicaux) ;
 - b) les traitements de la voix, de la parole et les exercices d'élocution s'ils ont été dispensés par un logopédiste. Les frais supplémentaires de traitement au domicile du patient ne sont pas remboursables. Les frais de sauna ainsi que de bains thermaux et similaires ne sont pas remboursés.
 - 3.4 Sont considérés comme appareillages – sauf réglementation contraire stipulée au tarif – les verres et montures de lunettes, jusqu'à un montant facturé figurant au tarif. Les lentilles de contact, bandages, bandages herniaires, bas de caoutchouc, inserts de correction pour les pieds, coquilles de plâtre, attelles correctrices, appareils orthopédiques de soutien du tronc, des bras et des jambes, appareils auditifs, larynx électroniques, prothèses des bras, des jambes ou du pied. Ne sont pas remboursables les frais occasionnés par l'ensemble des autres appareillages, appareils médicaux et articles sanitaires (chaussures orthopédiques, appareils de massage, appareils de mesure de la tension, appareils pour inhalations, lampes à rayons, coussins chauffants), de même que les frais liés au bon fonctionnement, à l'utilisation et à l'entretien d'appareillages.
- 4 En cas de nécessité de 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.
 - 5 En cas de nécessité de traitement curatif stationnaire dans un service médical pratiquant également des cures, des soins de sanatorium ou accueillant des convalescents, mais qui satisfait par ailleurs aux conditions énoncées à l'al. 4, les prestations tarifaires ne seront fournies que si l'assureur a donné son accord par écrit avant le début du traitement. Un tel accord ne peut être donné en ce qui concerne l'assurance indemnité journalière d'hospitalisation.
 - 6 L'assureur fournit la prestation prévue au contrat pour les méthodes d'examen ou de traitement et les médicaments généralement reconnus par la médecine officielle. Au-delà, il fournit également ses prestations pour des méthodes et médicaments qui se sont montrés dans la pratique tout aussi prometteurs ou qui sont utilisés en raison de l'absence de méthodes ou de médicaments relevant de la médecine officielle ; l'assureur est cependant en droit de réduire ses prestations au montant qui aurait été payable en cas d'emploi de méthodes et de médicaments relevant de la médecine officielle.
 - 7 En ce qui concerne la psychothérapie ambulante et stationnaire, les prestations ne seront fournies qu'à la condition et dans la mesure où l'assureur aura donné son accord écrit sur la base d'un rapport d'expertise établi par un médecin mandaté par lui.

§5 Limitation de l'obligation de prestation

- 1 L'obligation de prestation devient caduque :
 - 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) dans le cas de maladies ou accidents d'origine intentionnelle, y compris leurs suites, de même que pour les mesures de désintoxication, y compris les cures de désintoxication ;
 - c) pour les interruptions de grossesse et les opérations de stérilisation, sauf lorsqu'il est prouvé qu'elles sont nécessaires d'un point de vue médical ;
 - d) pour les traitements dispensés par des médecins, dentistes et dans des établissements hospitaliers dont l'assureur a, pour des raisons majeures, exclu le remboursement des notes de frais lorsque le sinistre intervient après que le contractant a été informé de leur exclusion de la prestation ;

Dans la mesure où un sinistre n'est pas terminé à la date où le contractant est informé de cette exclusion, l'assureur n'est pas tenu de fournir la prestation pour les frais survenus à l'issue des trois mois suivant la notification.
 - e) pour les traitements de cure et de

sanatorium, de même que pour les soins de rééducation ;

- f) pour les traitements curatifs ambulants dans une station thermale ou dans une ville de cure ;

Cette limitation devient caduque si la personne assurée y a son domicile permanent, ou encore lorsqu'un traitement curatif devient nécessaire durant un séjour momentané et à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu sur place et sans lien avec le but du séjour.
 - g) pour les traitements appliqués par un conjoint, un ascendant direct ou un enfant ;

Les frais matériels seront remboursés sur justificatifs et conformément au tarif.
 - h) pour un placement dû à la nécessité d'une assistance tierce personne ou suite à un internement ;
 - i) pour des opérations cosmétiques en tout genre et leurs suites ;
 - j) pour les expertises, attestations, descriptifs de soins et devis dans la mesure où ils sont à fournir par le contractant.
- 2 Au cas où le montant d'un traitement curatif ou d'autres types de soins pour lesquels des prestations ont été convenues excède les frais médicalement nécessaires, l'assureur peut réduire ses prestations à un montant acceptable. L'assureur est également habilité à une telle minoration de ses prestations

lorsque les frais facturés au titre d'un traitement curatif nécessaire ou d'un autre type de soins dépassent un montant acceptable.

- 3 Si l'assuré a droit à des prestations des caisses d'assurance maladie, assurance accident ou assurance retraite, à une assistance médicale ou accident publiques, l'assureur – sans préjudice des droits de l'assuré à indemnité journalière d'hospitalisation – est uniquement tenu au remboursement des frais qui demeurent nécessaires au-delà des prestations publiques prévues.
- 4 Dans le cas du traitement stationnaire de névroses ou de psychoses ainsi qu'en cas de traitement partiellement stationnaire, l'assuré n'a pas droit aux prestations résultant de l'assurance indemnité journalière d'hospitalisation.

§6 Versement des prestations

- 1 L'assureur n'est tenu de fournir la prestation que si les justificatifs demandés par lui sont effectivement fournis. Ceux-ci deviennent la propriété de l'assureur.
- 1.1 Les justificatifs de frais présentés doivent être des originaux. L'assureur est en droit de demander une preuve que les notes de frais ont été auparavant réglées. Au cas où une autre compagnie d'assurance maladie a participé aux frais, la production de doubles de notes

de frais est suffisante, à condition qu'un justificatif soit fourni sur le montant remboursé par l'autre assureur.

- 1.2 Les factures doivent comporter : le nom et l'adresse du médecin, le nom du patient, la période de traitement, les diverses prestations et la désignation de la maladie. Les ordonnances sont à adresser à l'assureur accompagnées des notes d'honoraires de médecin correspondantes, des factures portant sur les médicaments et appareils, ainsi que de la prescription médicale qui doit également faire mention de la maladie. En cas de deuxième achat ou plus d'une paire de lunettes en raison d'une diminution de l'acuité visuelle, la mention du pouvoir réfringent sur la facture de l'opticien suffit. Une attestation de l'hôpital faisant mention de la date de début et de fin d'un traitement stationnaire, ainsi que de la désignation de la maladie est nécessaire pour le versement de l'indemnité journalière d'hospitalisation. Si le médecin se refuse à préciser la désignation de la maladie, l'assureur peut faire dépendre ses prestations d'un examen médical selon le § 9, al. 5.
- 1.3 Les factures de toute sorte sont à envoyer, si possible groupées, avant le 31 mars de l'année suivante.
- 2 L'assureur est habilité à fournir les

prestations au porteur ou à l'expéditeur de justificatifs corrects.

- 3 Les frais de maladie facturés dans des monnaies étrangères seront convertis en Euro au cours du jour où les justificatifs parviennent à l'assureur.
- 4 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.
- 5 Les droits à des prestations d'assurance ne peuvent être ni cédés ni constitués en gage.

§ 7 Extinction de la garantie

La garantie prend fin – également pour les sinistres déjà déclarés – à expiration du contrat d'assurance.

§ 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 notifi-

cation 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 l'assureur, en raison par

exemple d'une augmentation statistiquement établie des coûts de traitement ou d'un recours accru à des prestations médicales, modifie ses prestations. 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 Tout traitement en hôpital est à signaler à l'assureur dans un délai de 10 jours suivant son début.
- 2 Le contractant et la personne assurée sont tenus de fournir à sa demande à l'assureur tout rensei-

gnement et tout justificatif nécessaires au constat du sinistre ou de l'obligation d'indemnisation de l'assureur ainsi que du montant de cette indemnisation.

- 3 S'agissant de prothèses dentaires (cf. § 3, al. 3) ou de chirurgie maxillo-faciale, le contractant est tenu de présenter avant le début des soins un descriptif de soins ainsi qu'un devis.
- 4 Les traitements psychothérapeutiques doivent faire l'objet d'un accord préalable de la part de l'assureur.
- 5 A la demande de l'assureur, la personne assurée est tenue de se faire examiner par un médecin nommé par lui.
- 6 Lorsqu'il y a un autre assureur, une assurance frais de maladie ou une assurance indemnité journalière d'hospitalisation ne peuvent être contractées ou augmentées qu'avec l'accord du premier assureur (DKV).

§ 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 mon-

tant correspondant au dommage subi par lui en raison du non-respect par l'assuré de ses obligations.

- 2 L'assureur est déchargé de ses obligations d'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 de 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 déchargé de l'obligation d'indemnisation.
- 4 Le contractant est seul responsable de l'acquittement par lui des obligations contractées.

§ 11 Prétentions à l'égard de tiers

Au cas où le contractant ou une personne assurée ont un droit à dommages et intérêts à l'encontre d'un tiers, ce droit devra être – sans préjudice du transfert légal de créance – cédé par écrit à l'assureur à concurrence du montant

des indemnités accordées au titre du contrat d'assurance. Ce droit est transféré dans cette mesure à l'assureur. Si le contractant ou une personne assurée renoncent à cette prétention, ou encore à un droit servant de garantie à cette prétention, sans l'accord de l'assureur, celui-ci est déchargé de son obligation de prestation à concurrence de l'indemnité qui aurait pu lui échoir au titre de la créance ou du droit.

§ 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 de deux ans. 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 recon-

duction 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 La première année d'assurance commence à la date indiquée dans la police d'assurance (prise d'effet de la garantie) ; elle se termine au 31 décembre de l'année civile concernée. Les années d'assurance suivantes coïncident avec l'année civile.

§ 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 modifications de la légis-

lation, 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 elle 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 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 apporte 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.
- 5 Au cas où le contractant résilie le contrat d'assurance dans sa totalité ou pour certaines seulement des personnes assurées, les personnes assurées ont le droit de reconduire le contrat d'assurances en désignant le futur assuré. La déclaration est à adresser à l'assureur dans un délai de deux mois après résiliation. La résiliation n'est valide que si le contractant apporte la preuve que les personnes assurées concernées ont eu connaissance de la notification de résiliation.

§ 16 Autres motifs de résiliation

- 1 Le contrat d'assurance prend fin avec le décès du contractant. Les personnes assurées sont toutefois en droit de reconduire le contrat d'assurance en désignant le futur contractant. La déclaration doit être faite dans un délai de deux mois suivant le décès du contractant précédent.
- 2 Le contrat d'assurance prend fin avec le déménagement du contractant hors du Grand Duché du Luxembourg, sauf passation d'un accord contraire.
- 3 Le contrat d'assurance prend fin en cas de décès ou de départ d'une personne assurée.

§ 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 au contractant 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, parve-

nue 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 du 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 illness, accidents and other occurrences stipulated in the contract. When insurance claims are made, the company grants:
 - a) reimbursement of expenses incurred through medical treatment and any other expenses covered by health costs insurance;
 - b) hospitalisation benefit during hospital treatment covered by hospitalisation benefit insurance.
- 2 Insurance cover applies to the necessary medical treatment of persons insured in the wake of illness or as a result of an accident. Insurance cover commences with the onset of treatment or therapy and ends when medical diagnoses state that treatment is no longer necessary. A separate claim for insurance cover is recognised as such in cases where treatment is extended to illness or the consequences of an accident which were not direct-

ly connected to the original reason for medical treatment. An insurance claim is also valid for examinations and medical treatment necessary during pregnancy as well as childbirth itself and medical check-ups as an outpatient for the early detection of illness in accordance with the prevailing state health regulations (specific preventive check-ups).

- 3 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.
- 4 Insurance cover applies to medical treatment throughout Europe and can also extend to non-European countries by means of special agreement (see paragraph 16, section 2 in this respect). Insurance cover is provided during the

first month of a temporary sojourn in a non-European country; no special provision is necessary for this. In cases where such sojourns last longer than one month due to the necessity of medical treatment then insurance cover is given provided the person insured is unable to return home without endangering their health, up to a maximum of a further two months.

§2 Commencement of insurance cover

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

- 2 With newborn children insurance cover for health costs commences directly after birth without waiting periods, provided one parent has had health costs insurance with the company for a period of at least three months on the day of the birth and the application for insurance is made no later than two months subsequent to the date of birth and backdated to the first day of the month in which the child was born. The insurance cover should not exceed that of either parent in any way. Newborn children can only be insured in tariffs which permit new entrants for insurance cover.
- 3 An adopted child is on a par with one born to the parents, provided the child is still under age at the time of adoption. The contract allows for additional risk cover in the form of a surcharge, payable quite simply as a higher premium, in order to take the increased risk into account.

§3 Waiting periods

- 1 Waiting periods are calculated from the commencement of insurance onwards.
- 2 There is a 3-month regulatory wait-

ing period. This does not apply:

- a) when accidents occur;
 - b) for marital partners of persons insured for a period of at least three months, provided a similar type of insurance is applied for within two months of the marriage.
- 3 Special waiting periods of eight months apply for childbirth, psycho-therapy, 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 type and extent of claim settlement is based on the tariff togeth-

er with the applicable conditions.

- 2 The person insured can select the doctor or dentist of their choice from among those registered with the national health authorities. In accordance with the German regulations governing nature healers, these may also be consulted, as long as the insurance tariff in question provides cover.
 - 2.1 In cases where mileage allowance or travel expenses are charged by doctors who do not live locally, such costs can be reduced to correspond to the distance covered by the nearest available doctor for treatment.
 - 2.2 Tooth replacement (see paragraph 3, section 3) and orthodontic treatment are defined as dental insurance charges even when they are performed by a doctor. They do not form part of the insurance tariff cover for outpatient or hospital treatment.
- 3 Medication, bandage material, therapeutic treatment and mechanical aids must be prescribed by consultants as listed in section 2 above. Medication must be obtained from a chemist's. Repeated doses of medication with the same prescription must be prescribed accordingly by the consultant.
 - 3.1 Diet foods, cereals and restorative foods, weight-reducing measures and contraceptive aids, geriatric

implements, mineral water, bath salts and cosmetic articles are not defined as medication.

3.2 In addition, homeopathic solutions are defined as medication.

3.3 Therapeutic treatment is defined as:

a) treatments administered by state-registered massage therapists or massage therapists in kinesiology (i.e. massage, thermo-therapy, electro-physiotherapy, kinesiotherapy, medical baths);

b) treatment for voice, speech and speech exercises, when such treatment is carried out by a speech therapist. Additional expenses incurred for treatment within the patient's home cannot be claimed against insurance. Reimbursement of costs does not cover saunas, thermal baths and similar types of treatment.

3.4 Mechanical aids are defined as follows, provided no other provision is contained in the insurance tariff: glasses, glasses' frames whose maximum costs are stipulated in the insurance tariff, contact lenses, bandages, hernia supports, orthopaedic stockings, arch supports to correct the foot, plaster leg-casings, corrective splints, orthopaedic supporting apparatus for torso, arms and legs, hearing aids, electronic voice boxes, artificial limbs to replace arms, hands, legs or feet. Additional expenses for all other

mechanical aids, medical apparatus and health aids (such as e.g. orthopaedic shoes or apparatus for massage, measuring blood pressure and inhalation, radiation lamps and electric cushions) cannot be claimed against insurance, nor can any maintenance or servicing costs in such regard be claimed against insurance.

4 When medical treatment in hospital is necessary, then the person insured 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 and keep records of their patients.

5 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 4 above, health costs insurance cover will be provided solely in cases where the insurance company gave its agreement in writing prior to treatment taking place. By contrast, no such assent can be given with hospitalisation benefit insurance.

6 The insurance company provides cover in accordance with the insurance policy for examinations,

courses of treatment and medication which are categorised by and large under classical medicine. In addition, the insurance company provides cover for certain methods and forms of medication which have proved equally successful in practice or which are practised in the absence of any alternative classical medical methods or means of medication. However, the insurance company can restrict cover to the costs which would have been incurred if prevailing methods of classical medicine or medication had been applied.

7 With outpatient and hospital treatment for psychotherapy, the insurance company provides adequate cover solely in cases where the company has given written consent prior to the commencement of treatment on the basis of a medical report carried out by a doctor commissioned by the company.

§5 Limitations of claim settlement obligation

1 There is no claim settlement for:

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 caused by abortions and sterilisation, unless these are proved to have been medically necessary;

d) treatment by doctors, dentists or in medical institutions whose invoices are excluded from reimbursement by the insurance company for good reasons, if the event insured occurs after the person insured was informed by the company of said exclusion;

In cases where an insurance claim has not yet ended at the time the person insured was informed by the company, insurance cover only extends to a subsequent three month-period, after which no expenses incurred are reimbursed.

e) health cure and sanatorium treatment or for rehabilitation periods;

f) outpatient treatment at health spa resorts or health cures;

This limitation does not apply if the person insured is permanently resident there or persons suffer illness or meet with accidents which are in no way connected with a temporary sojourn there but which render medical treatment or therapy necessary.

g) treatments administered by marital partners, parents or children; Proper medical costs incurred will be reimbursed in accordance with

the insurance tariff.

h) accommodation accorded to persons in need of care or supervision;

i) all types of cosmetic surgery and/or treatments and their consequences;

j) medical reports, certificates or written assessments of costs or therapy which have to be submitted to the company by the policyholder.

2 If a course of treatment or therapy exceeds the necessary medical limits for which insurance cover is provided, then the company is entitled to reduce provision of cover to an appropriate amount.

The company is also entitled to reduce the amount of cover provided in cases where the charges for a course of treatment or therapy deemed medically necessary are disproportionately high.

3 In cases where persons insured are also entitled to state benefits pertaining to health, accident or pension insurance or state benefits relative to medical or accident care, the company is only liable for insurance cover in respect of claims deemed necessary, notwithstanding the policyholder's claims for hospitalisation benefit and despite the aforementioned state entitlements.

4 During treatment of neurosis or psychosis which takes place wholly or partly in hospital, persons

insured are not entitled to claim on hospitalisation benefit insurance.

§ 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.

1.1 Cost receipts must be submitted in their original form. The insurance company is entitled to demand proof that payment has already been effected. If another insurance company is participating in the costs, then duplicate copies suffice, provided the amount reimbursed by the other insurance company is clearly marked.

1.2 Invoices must contain the following information: name and address of the doctor, name of the person treated, time period relating to treatment, detailed description of what treatment involved and description of illness. Prescriptions should be submitted together with the doctor's bill; invoices pertaining to therapeutic treatment and mechanical aids together with the medical prescription, likewise containing a description of the illness. In the case of renewed pairs of glasses on account of reduced

sight, the information relating to the level of focal power in the optician's bill suffices. In order to receive hospitalisation benefit, persons insured must submit a certificate from the hospital, which states the nature of the illness as well as the dates when hospital treatment commenced and ended. Should the medical consultant refuse to give information regarding the nature of the illness, then the insurance company can insist on a medical examination in accordance with paragraph 9, section 5 before providing cover.

- 1.3 All bills of all types should be submitted together, where possible, no later than 31st March of the following year.
- 2 The insurance company is entitled to transfer compensation to whoever submits or delivers proof of documentation necessary in the required way.
- 3 Health costs paid in foreign currency will be converted into EURO at the exchange rate prevailing on the day the insurance company receives the receipts.
- 4 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.

- 5 Claims on insurance cover cannot be relinquished or pawned.

§ 7 Termination of insurance cover

Insurance cover ends – including any insurance claims which may be still pending – when the insurance contract is terminated.

§ 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 the costs of treatment or increasingly frequent use of medical cover. 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 premium 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 notified about all hospital treatment within 10 days of said treatment commencing.
- 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.
- 3 The policyholder must submit writ-

ten assessments of costs or therapy to the company prior to commencement of treatment before any tooth replacement (see paragraph 3, section 3) or orthodontic treatment takes place.

- 4 Treatment for psychotherapy must be approved by the insurance company before treatment commences.
- 5 Persons insured are obliged to undergo a medical examination performed by a medical consultant on behalf of the company if requested to do so by the insurance company.
- 6 Insurance contracts with other insurance companies which grant entitlements or extra benefits in respect of health costs insurance or hospitalisation benefit insurance require the express consent of the first insurance company (DKV).

§ 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 or the extent of the cover for which the company is liable.
- 3 If the breach of obligations stipulated in paragraph 9, section 5 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 Claims against third parties

In cases where policyholders or persons insured wish to bring damage charges against third parties, then said claims are transferred in writing to the insurance company in accordance with the compensation owing on the insurance policy;

as such, the claim is passed on to the insurance company. Such procedures do not prejudice the legal assignment of the claim. Whenever policyholders or persons insured relinquish such claims or the right to secure such claims without the consent of the insurance company, then the company is freed of the obligation it would otherwise have had to obtain compensation on the basis of said rights or claims.

§ 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 two insurance years. The contract is automatically renewed for a further insurance year (tacit renewal) provided that 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 insurance company in writing 3 months prior to the end of the insurance year; however, not before termination of the second insurance year at the earliest. 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 8b) 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 first insurance year starts at the point in time stipulated in the insurance policy (commencement of insurance) and ends on the 31st of December of the calendar year in question. Subsequent insurance years coincide with the calendar year.

§ 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 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. Premi-

ums 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 cancellation (of the contract) can be restricted to the persons in question.
- 5 If the policyholder cancels the contract completely or relative to individually insured persons, then such

persons are entitled to continue the insurance policy by appointing another person as the future policyholder. The company must be notified accordingly within two months of the cancellation of the contract. The cancellation (of the contract) is only valid provided the policyholder can prove that the insured persons affected by this were informed of notification to cancel.

§16 Other grounds for termination of insurance

- 1 The insurance contract ends when the death of the policyholder occurs. However, the persons insured are entitled 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.
- 2 The insurance contract ends when the policyholder transfers their residence from the Grand Duchy of Luxembourg, unless alternative provisions have been made.
- 3 The insurance contract ends as such upon the death of the person insured or when that person transfers their residence elsewhere.

§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.

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

KONTAKT | CONTACT

