

Gesundheitspaket

Versicherungsbedingungen **OptiSoins**



alles was Sie wissen müssen

oktober 2013

d'Assurance / **nei erfannen**



Inhaltsverzeichnis

Abschnitt	seite	inhalt
1 Umfang und Gegenstand der Versicherung	3	
	3	Definitionen
	3	Vertragsunterlagen
	4	Die Versicherungspakete
	4	Umfang und Gegenstand der Versicherung
	4	Zustandekommen, Inkrafttreten und Laufzeit des Vertrags
	5	Wartezeit
	6	Umfang der Leistungen
	7	Ausschlüsse und Höchstbeträge des Versicherungsschutzes
	8	Begleichung der Leistungen
	9	Formalitäten vor einer Zusicherung der Kostenübernahme
2 Administrative Bestimmungen	11	
	11	Ende der Versicherung
	11	Zahlung der Prämien
	12	Berechnung der Prämien
	13	Anpassung der Prämien
	13	Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten
	14	Folgen der Nichterfüllung der Pflichten
	14	Rechtsmittel gegen Dritte
	14	Verjährung
	15	Kündigung des Vertrags durch den Versicherungsnehmer
	15	Kündigung des Vertrags durch die Gesellschaft und Fall der Ungültigkeit
	16	Zustellanschrift und Korrespondenz
	16	Änderung der Versicherungsbedingungen
	17	Streitfall
	17	Gerichtsstand und geltendes Recht
	17	Eigenständigkeit der Vertragsbestimmungen

1 Umfang und Gegenstand der Versicherung

1.1 Definitionen

Gemäß diesem Versicherungsvertrag gelten die folgenden Definitionen:

- 1.1.1 **Unfall mit Personenschaden:** Plötzliches, nicht vom **Versicherten** zu beeinflussendes Ereignis, das eine Körperverletzung zur Folge hat, deren Ursache außerhalb des Organismus des Opfers liegt und dessen Symptome von einer zuständigen ärztlichen Stelle objektiviert und festgestellt werden können, sodass eine Diagnose möglich ist und eine Behandlung vorgeschrieben werden kann.
- 1.1.2 **Versicherter:** Die Person(en), die in den **Einzelbedingungen** angegeben sind und für die das Risiko des Eintretens des versicherten Ereignisses besteht.
- 1.1.3 **Gesellschaft:** AXA Assurances Luxemburg, luxemburgische Versicherungsgesellschaft, mit der der Vertrag geschlossen wurde.
- 1.1.4 **Wartezeit:** Vertraglich festgelegter Zeitraum, der für jeden **Versicherten** gilt und ab dem Datum des Inkrafttretens beginnt, ab dem der **Versicherte** durch den Vertrag abgesichert ist, und in dem der Versicherungsschutz nicht greift, obwohl der **Versicherte** Beiträge zahlt.
- 1.1.5 **Krankenhaus:** Jede öffentliche oder private Einrichtung zur medizinischen Versorgung von Personen, deren Gesundheitszustand den Aufenthalt in der Einrichtung sowie die Behandlung und/oder Diagnose erfordert, die einer Beobachtung, Überwachung und Kontinuität bedarf, die nur in dieser Einrichtung organisiert werden können. Als Krankenhäuser gelten nicht: geschlossene psychiatrische Einrichtungen, medizinisch-pädagogische Einrichtungen, Pflegeheime, zugelassene Erholungs- und Pflegeheime, Kurzentren und Rehasentren.
- 1.1.6 **Krankheit:** Verschlechterung des Zustands der physischen oder mentalen Gesundheit, deren Ursache und Symptome von einer ärztlichen Stelle objektiviert und festgestellt werden können, sodass eine Diagnose möglich ist und eine Therapie vorgeschrieben wird, wobei diese Verschlechterung nicht auf einen Unfall mit Personenschaden zurückgeführt werden kann.
- 1.1.7 **Versicherungsnehmer:** die Person(en), die den Versicherungsvertrag abschließt/abschließen und die die Prämien bezahlt/bezahlen. Bei mehreren **Versicherungsnehmern** sind diese gesamtschuldnerisch und unteilbar für alle vertraglichen Pflichten verantwortlich.

1.2 Vertragsunterlagen

Der Versicherungsvertrag – im Folgenden der Vertrag – umfasst die folgenden Vertragsunterlagen:

- 1.2.1 den **Vorschlag** oder das **Angebot der Versicherung**, die **Fragebögen** mit den Eigenschaften der Versicherung und den Elementen zur Risikoeinschätzung. Sie werden vom **Versicherungsnehmer** und vom **Versicherten** ausgefüllt und unterzeichnet.
- 1.2.2 die **Versicherungsbedingungen**, welche die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien festlegen.

- 1.2.3 die **Sonderbedingungen**, welche die Leistungen entsprechend dem von Ihnen gewählten Versicherungspaket (vgl. 1.3) festlegen und zusätzlich zu den **Versicherungsbedingungen** zur Anwendung kommen.
- 1.2.4 die **Einzelbedingungen**, die für jeden Vertrag individuell aufgesetzt werden und insbesondere die Elemente zur Risikobewertung wie diejenigen bezüglich des **Versicherungsnehmers**, des **Versicherten**, des gewählten Pakets, der Prämienhöhe, der Vertragslaufzeit usw. enthalten.
- 1.2.5 die **Nachträge**, die eventuelle vertragliche Änderungen enthalten.

1.3 Die Versicherungspakete

- 1.3.1 Es können drei Versicherungsformeln abgeschlossen werden: die Formel **Start**, die Formel **Active** oder die Formel **Privilège**.
- 1.3.2 Die Eigenschaften und Details zu den Leistungen dieser Formeln sind in den **Sonderbedingungen** ergänzend zu den hier vorliegenden Bedingungen angegeben.

1.4 Umfang und Gegenstand der Versicherung

- 1.4.1 Die **Gesellschaft** garantiert im **Schadensfall**, wie er in den **Sonderbedingungen** definiert ist, die Bezahlung der Leistungen je nach der gewählten Versicherungsformel, die in den **Einzelbedingungen** angegeben ist.
- 1.4.2 Die Versicherung umfasst die Heilbehandlung in Europa. Sie kann mittels einer Sondervereinbarung auf Länder außerhalb der Grenzen Europas ausgeweitet werden (vgl. auch 2.1.4 und 2.1.5). Der Versicherungsschutz wird ohne besondere Vereinbarung außerhalb Europas für einen vorübergehenden Aufenthalt von längstens 60 aufeinanderfolgenden Kalendertagen gewährt. Wenn der Aufenthalt aus Gründen einer Heilbehandlung über 60 Tage hinaus verlängert werden muss, wird der Versicherungsschutz so lange, wie die versicherte Person nicht ohne ein gesundheitliches Risiko nach Europa zurückkehren kann, jedoch maximal für 60 zusätzliche aufeinanderfolgende Kalendertage gewährt.

1.5 Zustandekommen, Inkrafttreten und Laufzeit des Vertrags

- 1.5.1 Der Vertrag tritt zu dem in den **Einzelbedingungen** angegebenen Datum in Kraft. Der Versicherungsvertrag gilt als geschlossen, wenn die Police von den Vertragsparteien unterzeichnet wurde und wenn der **Versicherungsnehmer** die erste Prämie oder die erste Rate der vereinbarten Prämie gezahlt hat. Für Schäden, die vor dem Inkrafttreten der Versicherung eingetreten sind, wird keine Leistung bewilligt. Diese Bestimmungen zum Inkrafttreten gelten auch im Fall eines Zusatzes, einer Änderung oder Erweiterung des Versicherungsschutzes. Schäden, die nach dem Abschluss des Vertrags eingetreten sind, werden vom Versicherungsschutz nur für den Teil ausgeschlossen, der in den Zeitraum vor dem Inkrafttreten des Versicherungsschutzes oder der **Wartezeiten** fällt. Die Daten des Inkrafttretens und der Beendigung des Vertrags sind jeweils 0 Uhr. Dieselben Bestimmungen gelten für jeden Nachtrag.

- 1.5.2 Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz unmittelbar nach der Geburt und ohne Wartezeit, wenn mindestens ein Elternteil zum Geburtsdatum des Kindes in einem Vertrag OptiSoins bei der **Gesellschaft** seit mindestens drei Monaten versichert ist und wenn der Versicherungsantrag spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Geburtsdatum gestellt wurde. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Die Neugeborenen werden zu den zum Zeitpunkt des Versicherungsantrags geltenden Tarifen versichert.
- 1.5.3 Das Versicherungsjahr beginnt an dem in den **Einzelbedingungen** angegebenen Datum. Das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr. Wenn ein Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres in Kraft tritt, endet das erste Jahr dieses Vertrags am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahrs. Änderungen der Tarife haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr. Der Versicherungsvertrag wird für eine Laufzeit von zwei Jahren geschlossen und anschließend stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, wenn er nicht in der vorgesehenen Kündigungsfrist gekündigt wird.

1.6 Wartezeit

- 1.6.1 Die **allgemeine Wartezeit** beträgt 3 Monate.
- 1.6.2 Sie gilt nicht:
- bei einem Unfall;
 - für den Ehegatten/die Ehegattin oder den Lebenspartner/die Lebenspartnerin einer versicherten Person, die seit mindestens drei Monaten versichert ist, wenn eine Versicherung, die dieselbe Formel absichert, innerhalb von 2 Monaten nach der Trauung oder dem Abschluss eines Partnerschaftsvertrags (PACS) abgeschlossen wurde.
- 1.6.3 Eine **besondere Wartezeit** von 10 Monaten gilt in den Fällen der Schwangerschaft oder der Niederkunft. Sie beträgt 6 Monate bei Psychotherapie, zahnärztlicher Versorgung einschließlich Ziehen von Zähnen, Zahnprothesen (Brücken, Kronen, künstliche Zähne jeder Art), kieferorthopädischer Behandlung einschließlich vorbereitender und reparierender Behandlung sowie bei Kiefer-Gesichts-Chirurgie. Diese **besondere Wartezeit** gilt nicht bei einem Unfall.
- 1.6.4 Der **Versicherte** kann den Erlass der **allgemeinen Wartezeit** beantragen. Diese Aufhebung der **allgemeinen Wartezeit** hängt vom Eingang eines ordnungsgemäß ausgefüllten und unterschriebenen Ad-hoc-Formulars (Ärztliches Zeugnis genannt) ab, das nicht früher als 3 Wochen vor der Antragstellung ausgestellt werden darf und das der Gesellschaft innerhalb von 3 Wochen nach Antragstellung vorliegen muss.
- 1.6.5 Im Fall einer Vertragsänderung gelten die **Wartezeiten** auch für die Erweiterung des Versicherungsschutzes, wenn in den **Sonderbedingungen** oder den **Einzelbedingungen** nichts anderes vereinbart wurde.

1.7 Umfang der Leistungen

- 1.7.1 Die Art und die Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den **Einzelbedingungen** und den **Sonderbedingungen**.
- 1.7.2 Der **Versicherte** hat die freie Wahl der niedergelassenen und zugelassenen Ärzte und Zahnärzte. Sofern es in der abgeschlossenen Versicherungsformel vorgesehen ist, kann der **Versicherte** auch einen gemäß der deutschen Heilpraktikergesetzgebung zugelassenen Heilpraktiker aufsuchen.
- 1.7.3 Arzneimittel, Verbände, Heilmittel und therapeutisches Material müssen von den in Absatz 1.7.2 genannten Personen verordnet werden. Außerdem müssen die Arzneimittel in einer Apotheke gekauft worden sein.
- 1.7.4 Die Zahnprothesen (vgl. 1.6.3) und kiefer-/gesichtschirurgische Eingriffe werden in den Versicherungspaketen als Leistungen der „zahnärztlichen Behandlungen“ und nicht als Leistungen der „ambulanten medizinischen Behandlungen“ angesehen, selbst wenn sie von einem Arzt ausgeführt wurden.
- 1.7.5 Auch die homöopathischen Arzneimittel gelten in vollem Umfang als Arzneimittel.
- 1.7.6 Nicht erstattet werden: Diät- und Ernährungsprodukte, Schlankheitsprodukte, stärkende Mittel, Mineralwässer, Produkte für das Bad, Empfängnis verhütende Produkte, Produkte für die Geriatrie sowie kosmetische Produkte. Dies gilt auch für alle medizinischen Geräte und Sanitärartikel (z. B. Thermometer, Massagegeräte, Heizkissen), die nicht in den **Einzelbedingungen** aufgeführt sind. Zuschläge für die Behandlung des Patienten zuhause werden ebenfalls nicht erstattet.
- 1.7.7 Im Fall einer erforderlichen ärztlichen Behandlung in einem **Krankenhaus** hat der **Versicherte** die freie Krankenhauswahl. Die Einrichtung muss über ausreichende diagnostische und therapeutische Mittel verfügen und Krankengeschichten ihrer Patienten führen.
- 1.7.8 Die **Gesellschaft** leistet im Rahmen des Versicherungsvertrags bei Untersuchungsmethoden oder Behandlungsmethoden sowie Arzneimitteln, die von der Schulmedizin anerkannt sind. Die **Gesellschaft** gewährleistet darüber hinaus die Erstattung für Behandlungsmethoden und Arzneimittel, deren Ergebnisse sich in der Praxis als ebenso überzeugend erwiesen haben oder die in Ermangelung einer Entsprechung in der Schulmedizin eingesetzt werden. Die **Gesellschaft** hat aber das Recht, die Höhe ihrer Leistungen auf den Betrag zu senken, den sie der Einsatz von Methoden und Arzneimitteln der Schulmedizin gekostet hätte. Die **Gesellschaft** beteiligt sich im Rahmen des Versicherungsvertrags außerdem an den Diensten von Ärzten oder Heilpraktikern – sofern dies in der Versicherungsformel vorgesehen ist – in allen Fällen von Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die in dem Gebührenverzeichnis (GebüH, Ausgabe 1985) – einschließlich Arzneimittel – aufgeführt sind, und zwar bis zu dem in dem besagten Verzeichnis genannten Höchstbetrag.

- 1.7.9 Ärztlicher Versorgung gleichgestellt sind:
- 1.7.9.1 die Leistungen von staatlich zugelassenen Masseuren oder Masseuren-Krankengymnasten (es handelt sich hierbei um Massagen, Wärmetherapie, Elektro-Physiotherapie, Krankengymnastik und medizinische Bäder).
 - 1.7.9.2 Behandlungen der Stimme, logopädische Behandlungen und Sprechübungen, wenn sie von einem Logopäden durchgeführt werden. Zusatzkosten der Behandlung des Patienten zuhause werden nicht erstattet. Die Kosten für Sauna sowie Thermal- und ähnliche Bäder werden nicht erstattet.
 - 1.7.10 Als therapeutisches Material gelten – im Rahmen vorbehaltlich einer anders lautenden Bestimmung in den **Sonderbedingungen** – Bandagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, orthopädische Einlagen und Schuhe, Gipsbetten, Stützstrümpfe, korrigierende Schienen, Rollstühle, orthopädische Stützvorrichtungen des Oberkörpers, der Arme und der Beine, Hörgeräte, elektronische Kehlköpfe, künstliche Gliedmaßen und Inhalationsgeräte. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten, die durch andere therapeutische Geräte, medizinische Geräte und Sanitärartikel (Massagegeräte, Blutdruckmessgeräte, Rotlichtlampen, Heizkissen) entstehen.
 - 1.7.11 Leistungen der augenärztlichen Behandlung gleichgestellt sind: Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen.

1.8 Ausschlüsse und Höchstbeträge des Versicherungsschutzes

- 1.8.1 Die **Gesellschaft** gewährt niemals einen Versicherungsschutz für **Schäden** in den nachstehend genannten Fällen sowie für alle ihre Folgen, es sei denn, ihre Absicherung ist von ihr ausdrücklich schriftlich akzeptiert worden:
- 1.8.1.1 Krankheit, begleitenden Krankheiten oder Unfall auf Grund eines Bürger- oder sonstigen Krieges, auf Grund von **Schäden** im Rahmen des Militärdienstes, Aufständen, kollektiver Gewaltanwendungen politischer, ideologischer oder sozialer Natur, wenn nachgewiesen ist, dass die versicherte Person aktiv daran beteiligt war;
 - 1.8.1.2 eine vorsätzliche Handlung der versicherten Person, es sei denn, sie beweist, dass es sich um Notwehr oder gerechtfertigte Rettung von Personen oder Vermögensgegenständen handelt; vorsätzliche Handlung im Sinne dieser Klausel ist die Handlung, die freiwillig und bewusst begangen wurde und einen vernünftigerweise vorhersehbaren Schaden verursacht.
 - 1.8.1.3 Selbstmordversuch;
 - 1.8.1.4 Chronische oder nicht unfallbedingte Vergiftung oder Rauschgiftsucht;
 - 1.8.1.5 Schwangerschaftsabbruch außer im Fall einer nachgewiesenen medizinischen Notwendigkeit, Sterilisation, Empfängnisverhütung, künstliche Befruchtung, Schönheitsoperation;
 - 1.8.1.6 Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Reha-Maßnahmen, wenn die **Sonderbedingungen** nichts anderes vorsehen;

- 1.8.1.7 Behandlung, die von einem Ehegatten oder Partner, einem Verwandten in direkter aufsteigender Linie oder einem Kind durchgeführt wird. Die belegten materiellen Kosten werden dem Tarif entsprechend erstattet;
- 1.8.1.8 im Fall des dauerhaften Verlusts der Eigenständigkeit des **Versicherten**, der Aufenthalt und/oder die nicht ärztliche Versorgung zuhause oder in einem Erholungsheim, in einem Erholungs- und Pflegeheim, in einer psychiatrischen Einrichtung oder einer Einrichtung desselben Typs;
- 1.8.1.9 funktionelle, subjektive oder psychische Störungen, bei denen entweder die Ursache und die Symptome nicht ärztlich objektiviert werden können oder deren Behandlung oder Therapie nicht nach einer ausschließlich medizinischen Sicht notwendig sind;
- 1.8.1.10 Ersuchen um die Erstellung von Gutachten, Bescheinigungen, Beschreibungen der Behandlung und Kostenvoranschläge, sofern der **Versicherungsnehmer** oder der **Versicherte** sie vorlegen müssen.
- 1.8.2 Wenn die Heilbehandlung oder sonstige Versorgungsarten, für die die Leistungen abgesichert sind, das medizinisch erforderliche Maß überschreiten, kann die **Gesellschaft** ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag senken. Die **Gesellschaft** ist außerdem befugt, eine solche Senkung ihrer Leistungen zu veranlassen, wenn für eine medizinisch erforderliche Behandlung oder jede andere Maßnahme zu hohe Honorare in Rechnung gestellt wurden.
- 1.8.3 Wenn der **Versicherungsnehmer** auch Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Alters- oder Berufsunfähigkeitsversicherung hat, muss die **Gesellschaft** nur die verbleibenden Kosten nach der Leistung der gesetzlichen Versicherungen erstatten.

1.9 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- 1.9.1 Die **Gesellschaft** muss die Leistungen nur erbringen, wenn die von ihr geforderten Nachweise vorgelegt wurden. Diese gehen in den Besitz der **Gesellschaft** über.
 - 1.9.1.1 Die übergebenen Kostenbelege müssen die Originale sein. Es können Kopien übergeben werden, wenn sich eine andere Krankenversicherung an den Kosten beteiligt hat, vorausgesetzt, der Nachweis für den von dieser Versicherung erstatteten Betrag wird erbracht.
 - 1.9.1.2 Die Rechnungen müssen den Namen des Patienten, die Behandlungsdauer, die Aufzählung der verschiedenen Leistungen und die Bezeichnungen der Krankheiten enthalten. Die Rechnungen für Arzneimittel und Pflege müssen mit den ärztlichen Verordnungen oder mit einem Ersatzdokument eingereicht werden, das von der gesetzlichen Krankenversicherung in Luxemburg anerkannt ist. Wenn der behandelnde Arzt sich weigert, den Namen der Krankheit anzugeben, kann die **Gesellschaft** ihre Leistungen von einer ärztlichen Untersuchung gemäß 2.5.2 abhängig machen. Die **Gesellschaft** behält sich das Recht vor, alle sonstigen Unterlagen zu fordern, die sie für die Feststellung des Anspruchs auf Leistung für erforderlich hält.
- 1.9.2 Die **Gesellschaft** darf ihre Leistungen der Person auszahlen, die ihr die Nachweise in korrekter Form vorlegt oder zusendet. Bei einem begründeten Zweifel über die Legitimität dieser Person zahlt die **Gesellschaft** den Erstattungsbetrag an den **Versicherungsnehmer**.
- 1.9.3 Die in einer anderen Währung entstandenen Krankheitskosten werden in Euro zum Kurs an dem Tag, an dem die Belege der **Gesellschaft** übergeben wurden, umgerechnet.

- 1.9.4 Wenn die Dokumente (beispielsweise Arztberichte, Rechnungen, Verordnungen) nicht in einer der Amtssprachen des Großherzogtums Luxemburg abgefasst sind, kann eine beglaubigte Übersetzung angefordert werden. In diesem Fall werden die entstandenen Kosten für die Übersetzung nicht von der **Gesellschaft** übernommen. Die Überweisungskosten der Leistungen werden von den Leistungen abgezogen.
- 1.9.5 Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen dürfen weder abgetreten noch verpfändet werden.

1.10 Formalitäten vor einer Zusicherung der Kostenübernahme

- 1.10.1 Bei einer Vorleistung der Sozialversicherung an den Aufwendungen ist keine vorherige Formalität erforderlich. Aber bei einem medizinisch erforderlichen Aufenthalt in einer Einrichtung, die auch Kuren, Behandlungen im Sanatorium anbietet oder genesende Patienten aufnimmt, bedürfen die entsprechenden Kosten sowie die Kosten für eine Kur, die durch diesen Vertrag abgesichert ist, einer vorherigen Genehmigung.
- 1.10.2 Beteiligt sich die Sozialversicherung nicht an den Kosten, hängt der Anspruch auf Erstattung bestimmter Kosten von der Zusendung eines Antrags auf Zusicherung der Kostenübernahme ab. Die Kostenzusicherung muss 10 Tage vor Beginn der medizinischen Behandlung eingegangen sein. Der Beschluss wird dem **Versicherten** per Post innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang der vollständigen Unterlagen zugesandt.

1.10.3 Das Formular „Antrag auf Zusicherung der Kostenübernahme“ muss für die folgenden Handlungen ausgefüllt werden:

Für Behandlungen ohne Beteiligung der gesetzlichen Versicherung	Antrag auf Zusicherung der Kostenübernahme
Krankenhausaufenthalt / Niederkunft	Ja
Ambulante oder stationäre Psychotherapie	Ja
Serienbehandlung von mehr als 5 Behandlungen durch medizinische Hilfskräfte, alternativ-medizinischer Versorgung und Heilbehandlungen	Ja
Zahnprothesen /Kieferchirurgie	Ja
Thermalkuren oder Sanatoriumsbehandlung in einer Einrichtung, die die Bedingungen in Punkt 1.7.7 erfüllt	Ja
Sonstige Methoden der alternativen Medizin	Ja
Für Behandlungen mit Beteiligung der gesetzlichen Versicherung	Antrag auf Zusicherung der Kostenübernahme
Thermalkuren oder Sanatoriumsbehandlung in einer Einrichtung, die die Bedingungen in Punkt 1.7.7 erfüllt	Ja

1.10.4 Ungeachtet der obigen Bestimmungen kann die **Gesellschaft** die Erstattung bewilligen, wenn infolge besonderer Umstände die obigen Formalitäten vom **Versicherten** gutgläubig nicht eingehalten werden konnten, wobei dieser den Beweis für die besondere Natur dieser Umstände erbringen muss.

1.10.5 Bei einem offensichtlichen Notfall muss der Antrag auf Zusicherung der Kostenübernahme innerhalb von 5 Werktagen nach der Aufnahme im **Krankenhaus** mit dem Hinweis auf die Dringlichkeit des Aufenthalts im **Krankenhaus** zugesandt werden.

1.10.6 Die Zusicherung der Kostenübernahme muss bei jeder Verlängerung des Krankenhausaufenthalts über 30 Tage hinaus beantragt werden. Dies gilt auch für jeden neuen Zeitraum von 30 Tagen. Der Antrag auf Zusicherung der Kostenübernahme muss innerhalb von 10 Tagen vor Ablauf jedes Zeitraums zugesandt werden.

2 Administrative Bestimmungen

2.1 Ende der Versicherung

- 2.1.1 Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene **Schäden** – bei Ablauf des Versicherungsvertrags.
- 2.1.2 Der Vertrag endet beim Tod des **Versicherungsnehmers**. Die bis zum Tod entstandenen Arztkosten sind aber entsprechend dem in den **Sonderbedingungen** angegebenen Versicherungsschutz abgesichert. Die **Versicherten** haben aber das Recht, die Versicherung durch die Benennung eines neuen **Versicherungsnehmers** fortzuführen, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des **Versicherungsnehmers** einen diesbezüglichen Antrag gestellt haben.
- 2.1.3 Bei einer Scheidung haben der/die **Versicherungsnehmer** und/oder der/die **Versicherten** das Recht, ihren Teil des Vertrags als eigenständigen Versicherungsvertrag fortzuführen. Dies gilt auch für den/die **Versicherungsnehmer** und/oder **Versicherten**, die getrennt leben.
- 2.1.4 Der Vertrag endet im Fall der Verlegung des gesetzlichen Wohnsitzes des **Versicherungsnehmers** außerhalb des Großherzogtums Luxemburg, wenn nichts anderes vereinbart wurde.
- 2.1.5 Der Tod oder die Verlegung des gesetzlichen Wohnsitzes des **Versicherten** außerhalb des Großherzogtums Luxemburg beendet die Versicherung.

2.2 Zahlung der Prämien

- 2.2.1 Die Zahlung der Prämien (oder bei deren Aufteilung der Prämienraten) sowie die Kosten, Gebühren, Aufwendungen und Nebenkosten, die gesetzlich zugelassen sind, ist vom **Versicherungsnehmer** zu leisten.

Die Prämie ist eine Jahresprämie. Sie wird ab dem Inkrafttreten der Versicherung in Rechnung gestellt und ist jedes Jahr am 1. Januar fällig. Bei jedem Fälligkeitsdatum der Prämienzahlung muss die **Gesellschaft** den **Versicherungsnehmer** über das Fälligkeitsdatum und den von ihm zu zahlenden Betrag informieren.

Die Jahresprämie kann auch in Form von monatlichen, vom Tarif vorgesehenen Raten gezahlt werden, die bis zu ihrer Fälligkeit als gestundet betrachtet werden. Diese Ratenzahlungen sind am Ersten jedes Monats fällig, selbst wenn ein Schaden eingetreten ist. Bei einer Änderung des Vertrags im Verlauf eines Jahres wird die Prämie angepasst und bewirkt dann entweder eine Zahlung oder eine Erstattung.

- 2.2.2 Die erste Prämie oder die erste Prämienrate ist spätestens bei der Übergabe der Versicherungspolice und frühestens zum Datum des Inkrafttretens der Versicherung zu zahlen.
- 2.2.3 Die Prämien oder die Prämienraten sind bis zum Ende des Monats, in dem die Versicherung ausläuft, zu zahlen. Prämien, die über dieses Datum hinaus gezahlt wurden, werden erstattet.
- 2.2.4 Die Prämien müssen per Überweisung auf das von der **Gesellschaft** angegebene Bankkonto gezahlt werden.

- 2.2.5 Wenn eine Prämie oder eine Prämienrate nicht innerhalb von 10 Tagen nach ihrer Fälligkeit gezahlt wurde, wird der Versicherungsschutz unabhängig von dem Recht der **Gesellschaft**, die Prämie(n) auf dem Rechtsweg einzutreiben, nach einer Frist von 30 Tagen ausgesetzt, nachdem dem **Versicherungsnehmer** ein Einschreiben an seinen letzten bekannten Wohnsitz gesendet wurde. Das Einschreiben enthält die Aufforderung an den **Versicherungsnehmer**, die fällige Prämie zu zahlen, nennt das Fälligkeitsdatum und den Prämienbetrag und weist auf die Folgen einer nicht geleisteten Zahlung nach Ablauf der obigen Frist hin. Ein Schaden, der während des Zeitraums der Aussetzung eingetreten ist, ist nicht von der **Gesellschaft** abgesichert. Diese hat das Recht, den Versicherungsvertrag 10 Tage nach Ablauf der obigen Frist von 30 Tagen zu kündigen. Die Aussetzung des Versicherungsschutzes beeinträchtigt nicht die Rechte der **Gesellschaft**, die später fällig werdenden Prämien zu fordern. Der ungekündigte Versicherungsvertrag wird für die Zukunft am darauffolgenden Tag um Mitternacht nach dem Tag wieder wirksam, an dem der **Gesellschaft** die fällige Prämie oder bei einer Ratenzahlung der Jahresprämie die Prämienraten, die angemahnt wurden, sowie diejenigen, die in dem Zeitraum der Aussetzung fällig geworden sind, und gegebenenfalls die Kosten der Rechtsverfolgung und Eintreibung gezahlt worden sind. Die Zahlung kann direkt an die **Gesellschaft** oder an den hierfür von ihr benannten Bevollmächtigten geleistet werden. Dieses Recht ist aber auf die Prämien für zwei aufeinanderfolgende Jahre beschränkt. Der wegen ausbleibender Prämienzahlung ausgesetzte Versicherungsschutz wird zwangsweise nach einer kontinuierlichen Aussetzung von 2 Jahren gekündigt.
- 2.2.6 Wird die Prämie nicht bezahlt, behält sich die **Gesellschaft** das Recht vor, vom **Versicherungsnehmer** die Verwaltungskosten in Verbindung mit diesem Verzug zu fordern. Diese sind für jedes Einschreiben zu zahlen und werden pauschal auf der Grundlage des Zweieinhalbfachen des offiziellen Tarifs für Einschreiben berechnet.

2.3 Berechnung der Prämien

- 2.3.1 Die Methode der Prämienberechnung wird durch die technischen Berechnungsgrundlagen der **Gesellschaft** festgelegt. Die im Tarif angegebenen Prämien können beim Abschluss oder bei einer Änderung des Vertrags Prämienzuschläge zur Folge haben.
- 2.3.2 Sobald eine versicherte Person das 14. oder das 19. Lebensjahr vollendet hat, gilt ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe.
- 2.3.3 Im Fall einer Änderung der Prämien hat die **Gesellschaft** außerdem das Recht, die vertraglich geforderten Prämienzuschläge zu ändern.
- 2.3.4 Wenn sich bei einer Vertragsänderung das versicherte Risiko erhöht, hat die **Gesellschaft** das Recht, einen angemessenen Zuschlag zur Prämie für den Teil des Versicherungsschutzes anzuwenden, der hinzukommt. Dieser Zuschlag wird gemäß den Bewertungsgrundsätzen der **Gesellschaft** für erhöhte Risiken festgelegt.

2.4 Anpassung der Prämien

- 2.4.1 Die von der **Gesellschaft** zugesicherten Leistungen können sich ändern, beispielsweise aufgrund einer Erhöhung der Behandlungskosten einer Risikogruppe oder der allgemeinen, häufigeren Nutzung ärztlicher Leistungen. Deswegen vergleicht die **Gesellschaft** mindestens einmal jährlich für jeden Tarif einen Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Wenn aus diesem Vergleich eine Differenz von mehr als 10% hervorgeht, werden alle technischen Berechnungsgrundlagen und tariflichen Prämien der **Gesellschaft** überprüft und gegebenenfalls angepasst. Unter denselben Bedingungen können die Beträge der Selbstbeteiligung, Obergrenzen für Leistungen und Tagessätze eines Krankenhausaufenthalts angepasst werden, und die Prämienzuschläge, die in einer Sondervereinbarung festgelegt sind, können dementsprechend geändert werden.
- 2.4.2 Die eventuelle Prämienanpassung wird dem **Versicherungsnehmer** mindestens 3 Monate vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres mitgeteilt und tritt Anfang dieses Jahres in Kraft. Der **Versicherungsnehmer** kann aber den Vertrag innerhalb von 30 Tagen nach dem Anpassungsbescheid kündigen. In diesem Fall wird die Kündigung zum Datum des Inkrafttretens der Anpassung wirksam.
- 2.4.3 Die Prämie wird abhängig vom Alter des **Versicherten** bei Vertragsabschluss festgesetzt. Bei bestimmten Altersgruppen sieht der Tarif eine Prämienangleichung vor, wenn der **Versicherte** von einer Altersgruppe in die nächste wechselt. Diese Angleichung ist keine Anpassung der Prämien im Sinne des Artikels 2.4.1 und begründet nicht das Recht auf Kündigung, wie laut Artikel 2.4.2 vorgesehen.

2.5 Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten

- 2.5.1 Jede Behandlung im **Krankenhaus** muss der **Gesellschaft** innerhalb von 10 Tagen nach deren Beginn gemeldet werden. Auf Ersuchen der **Gesellschaft** müssen der **Versicherungsnehmer** und der **Versicherte** alle Auskünfte erteilen und alle erforderlichen Belege für die Feststellung des Schadens und die Ermittlung der Leistung der **Gesellschaft** sowie deren Umfang vorlegen (vgl. hierzu auch Punkt 1.9, in dem die Belege, die der **Gesellschaft** zwecks Bezahlung der Leistungen übermittelt werden müssen, aufgeführt sind).
- 2.5.2 Der **Versicherte** muss sich auf Ersuchen der **Gesellschaft** von einem von ihr benannten Arzt untersuchen lassen.
- 2.5.3 Einige Behandlungen bedürfen der Zusicherung der Kostenübernahme der **Gesellschaft**. Sie sind in Punkt 1.10 aufgeführt.
- 2.5.4 Der **Versicherungsnehmer** und der **Versicherte** sind verpflichtet, den Abschluss oder die Erhöhung einer weiteren Krankheitskostenversicherung bei einer anderen Versicherungsgesellschaft, Zusatzversicherung oder Krankenkasse unverzüglich anzugeben.

2.6 Folgen der Nichterfüllung der Pflichten

- 2.6.1 Wenn der **Versicherungsnehmer** oder der **Versicherte** nicht den in Punkt 2.5.1 genannten Pflichten nachgekommen ist, kann die **Gesellschaft** ihre Leistung entsprechend dem Schaden, den sie aufgrund dieser Nichtbeachtung der Pflichten des **Versicherungsnehmers** oder des **Versicherten** erlitten hat, kürzen. Wenn der **Versicherungsnehmer** oder der **Versicherte** in betrügerischer Absicht gehandelt hat, ist die **Gesellschaft** nicht mehr zur Entschädigung verpflichtet und kann den Vertrag kündigen.
- 2.6.2 Die **Gesellschaft** ist von ihrer Entschädigungspflicht befreit, wenn ein vorsätzlicher Verstoß gegen eine der in Punkt 1.10 genannten Pflichten vorliegt. Im Fall eines Verstoßes infolge einer groben Fahrlässigkeit muss die **Gesellschaft** die Leistung nur in dem Maß erbringen, in dem der Verstoß keine Folgen für die Schwere des Schadens oder für die Höhe der von der **Gesellschaft** zu erbringenden Leistung hatte.

2.7 Ansprüche gegen Dritte

- 2.7.1 Wenn der **Versicherungsnehmer** oder ein **Versicherter** Anspruch auf Schadensersatz gegenüber einem Dritten hat, muss dieser Anspruch – unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs – schriftlich der **Gesellschaft** in Höhe der laut Versicherungsvertrag gewährten Entschädigungen abgetreten werden. Insofern wird dieser Anspruch an die **Gesellschaft** abgetreten. Wenn der **Versicherungsnehmer** oder ein **Versicherter** auf diesen Anspruch oder auch auf ein Recht, das als Sicherung dieses Anspruchs dient, ohne die Zustimmung der **Gesellschaft** verzichtet, ist diese von ihrer Leistungsverpflichtung in Höhe der Entschädigung befreit, die ihr gemäß der Forderung oder des Anspruchs zugestanden hätte.

2.8 Verjährung

- 2.8.1 Jede Forderung in Verbindung mit dem Vertrag ist nach drei Jahren gerechnet ab dem Ereignis, auf das sie sich begründet, verjährt. Wenn aber der Forderungsberechtigte beweist, dass er von diesem Ereignis erst zu einem späteren Datum erfahren hat, beginnt die Frist erst ab diesem Datum, sie darf aber fünf Jahre gerechnet ab dem Ereignis – mit Ausnahme eines Betrugs – nicht überschreiten.
- 2.8.2 Die Verjährung greift nicht gegen denjenigen, der aufgrund höherer Gewalt nicht in der Lage war, innerhalb der vorgeschriebenen Fristen zu handeln. Wenn der Schaden rechtzeitig gemeldet wurde, wird die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt unterbrochen, zu dem die **Gesellschaft** der anderen Partei ihren Beschluss schriftlich mitgeteilt hat. Bezüglich der Forderung des Begünstigten beginnt die Frist ab dem Tag, an dem dieser von der Existenz des Vertrags, seiner Eigenschaft als Begünstigter und vom Eintreten des Ereignisses erfahren hat, von dem die Fälligkeit der Versicherungsleistungen abhängt.

2.9 Kündigung des Vertrags durch den Versicherungsnehmer

- 2.9.1 Der **Versicherungsnehmer** hat das Recht, den Versicherungsvertrag insgesamt oder für einzelne **Versicherte** zum Datum der Fälligkeit der Jahresprämie, frühestens jedoch zum Ende der vereinbarten Vertragslaufzeit mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zu kündigen.
- 2.9.2 Der **Versicherungsnehmer** hat das Recht:
- 2.9.2.1 bei einer Tarifierhöhung unter den in 2.4 genannten Umständen und/oder im Fall einer Änderung der **Versicherungsbedingungen**, die zur Reduzierung der Leistungen führt, den Vertrag für den betreffenden **Versicherten** innerhalb von einem Monat nach Erhalt der Mitteilung über die Änderung mit Wirkung zum Datum des Inkrafttretens der Änderungen zu kündigen,
- 2.9.2.2 in den in Punkt 2.10.5 genannten Fällen die Aufhebung des Versicherungsvertrags für die nicht betroffenen **Versicherten** innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt der Erklärung der **Gesellschaft** mit Wirkung zum Ende des Monats, in dem die Erklärung bei ihm eingegangen ist, zu fordern.
- 2.9.3 Wenn der **Versicherungsnehmer** den Versicherungsvertrag insgesamt oder für einzelne **Versicherte** kündigt, haben die **Versicherten** das Recht, die Versicherung durch die Benennung eines neuen **Versicherungsnehmers** fortzusetzen. Eine entsprechende Mitteilung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung erfolgen.
- 2.9.4 Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Kündigungsantrag vom **Versicherungsnehmer** unterzeichnet und von dem/den **Versicherten** gegengezeichnet wurde. Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen.

2.10 Kündigung des Vertrags durch die Gesellschaft und Fall der Ungültigkeit

- 2.10.1 Die **Gesellschaft** hat das Recht, den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zu kündigen, wenn der **Versicherungsnehmer** oder ein **Versicherter** durch Betrug Versicherungsleistungen erhalten hat oder versucht hat, diese zu erhalten. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb des Monats nach dem Datum ausgeübt wird, zu dem die **Gesellschaft** Kenntnis von dem Tatbestand, der die Kündigung rechtfertigt, erhalten hat.
- 2.10.2 Der Vertrag ist ungültig, wenn aufgrund eines vorsätzlichen Verstoßes gegen die Anzeigepflicht bei Vertragsabschluss die Risikobewertung so geändert wurde, dass die **Gesellschaft**, wenn ihr die nicht angezeigten Umstände bekannt gewesen wären, auf keinen Fall das Risiko versichert oder es nicht zu denselben Bedingungen versichert hätte. Der **Versicherungsnehmer** ist dann verpflichtet, die erhaltenen Versicherungsleistungen zurückzuzahlen. Die **Gesellschaft** hat das Recht, die gezahlten Prämien einzubehalten.
- 2.10.3 Wenn nicht vorsätzlich gegen die Anzeigepflicht verstoßen wurde, kann die **Gesellschaft** innerhalb von einem Monat gerechnet ab dem Tag, an dem sie davon Kenntnis erhielt, eine Vertragsänderung mit Wirkung zu diesem Datum vorschlagen. Wenn der **Versicherungsnehmer** den **Vorschlag** der Vertragsänderung ablehnt oder wenn dieser nicht innerhalb eines Monats, gerechnet ab dem Eingang des **Vorschlags** nicht angenommen wurde, kann die **Gesellschaft** den Vertrag kündigen. Wenn die **Gesellschaft** den Beweis erbringt, dass sie im Fall einer korrekten Risikoanzeige auf keinen Fall den Vertrag abgeschlossen hätte, kann sie den Vertrag innerhalb eines Monats, gerechnet ab dem Tag, an dem sie von dem Verstoß gegen die Anzeigepflicht erfahren hat, kündigen.

- 2.10.4 Wenn der nicht vorsätzliche Verstoß gegen die Anzeigepflicht dem **Versicherungsnehmer** zur Last gelegt werden kann und wenn ein Schaden eintritt, bevor die Vertragsänderung oder Vertragskündigung in Kraft getreten sind, muss die **Gesellschaft** ihre Leistung nur entsprechend dem Verhältnis zwischen der gezahlten Prämie und der Prämie erbringen, die der **Versicherungsnehmer** im Fall einer korrekten Risikoanzeige hätte zahlen müssen. Wenn die **Gesellschaft** den Beweis erbringt, dass sie das Risiko, dessen wahre Natur sich bei dem Schaden gezeigt hat, auf keinen Fall versichert hätte, ist ihre Leistung im **Schadensfall** auf die Erstattung der gezahlten Prämien begrenzt.
- 2.10.5 Wenn die Bedingungen einer Kündigung im Rahmen eines Versicherungsvertrags für mehrere **Versicherte** nur einige dieser Personen betreffen, kann die Ausübung des Kündigungsrechts auf diese Personen begrenzt werden.
- 2.10.6 Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen.

2.11 Zustellanschrift und Korrespondenz

- 2.11.1 Als Zustellanschrift des **Versicherungsnehmers** wird von Rechts wegen die in den **Einzelbedingungen** angegebene Adresse gewählt, es sei denn, der **Versicherungsnehmer** hat der **Gesellschaft** schriftlich eine Änderung der Zustellanschrift mitgeteilt. Die Mitteilungen des **Versicherungsnehmers** an die **Gesellschaft** sind schriftlich an den Sitz der **Gesellschaft** zu richten. Der **Versicherungsnehmer** muss der **Gesellschaft** umgehend jeden Wechsel der Zustellanschrift mitteilen.
- 2.11.2 Während der Vertragslaufzeit werden die Mitteilungen der **Gesellschaft** ordnungsgemäß an die Zustellanschrift des **Versicherungsnehmers** zugestellt. Im Fall mehrerer **Versicherungsnehmer** handelt jeder für den anderen. Jede Mitteilung der **Gesellschaft**, die an einen von ihnen gesandt wird, ist für alle anderen gültig. Sie sind weiterhin solidarisch und unteilbar an die aus dem Vertrag erwachsenden Pflichten gebunden.

2.12 Änderung der Versicherungsbedingungen

- 2.12.1 Unter Berücksichtigung der hinreichenden Wahrung der Interessen der **Versicherten** können die **Versicherungsbedingungen** in folgenden Fällen geändert werden:
 - 2.12.1.1 im Fall einer dauerhaften Änderung der Bedingungen der öffentlichen Gesundheit;
 - 2.12.1.2 im Fall von Abänderungen der Gesetze, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrags basieren.

In diesen Fällen hat der **Versicherungsnehmer** das Recht, den Vertrag gemäß Punkt 2.9.2.1 zu kündigen. Im Fall des Punktes 2.12.1.2 ist eine Änderung nur zulässig, sofern sie die diesbezüglichen Bestimmungen des Versicherungsschutzes, die Pflichten des **Versicherungsnehmers**, andere Gründe für die Beendigung des Vertrags, Meldungen und Mitteilung und den Gerichtsstand betreffen.

- 2.12.2 Die neuen Bedingungen müssen möglichst umfassend rechtlich und wirtschaftlich gesehen denjenigen entsprechen, die sie ersetzen. Auch unter Berücksichtigung der existierenden Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht dürfen sie die **Versicherungsnehmer** nicht unzulässig benachteiligen.

2.12.3 Die in Punkt 2.12.1 genannten Änderungen werden dem **Versicherungsnehmer** schriftlich mindestens drei Monate vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres mitgeteilt und werden zu diesem Zeitpunkt wirksam, es sei denn, eine Anpassung der Bedingungen ist kraft eines Gesetzes zu einem früheren Datum erforderlich.

2.13 Streitfall

2.13.1 Wenn der **Versicherungsnehmer** trotz aller Anstrengungen der **Gesellschaft**, die Probleme zu lösen, die während der Laufzeit des Versicherungsvertrags auftreten können, keine zufriedenstellende Antwort erhalten hat, wird er aufgefordert, seine Beschwerden bei der Generaldirektion der **Gesellschaft** vorzutragen. Er kann sich außerdem an die Versicherungsbehörde (7, boulevard Royal, L-2449 Luxemburg) oder an die Vermittlungsstelle wenden, die auf Initiative des Verbandes der Versicherungsgesellschaft (www.aca.lu) und des Luxemburgischen Verbraucherverbandes (www.ucl.lu) eingerichtet wurde, und dies unbeschadet der Möglichkeit einer gerichtlichen Klage.

2.13.2 Im Streitfall ist die französische Fassung gegenüber der Deutschen ausschlaggebend.

2.14 Gerichtsstand und geltendes Recht

2.14.1 Für jeden Streit zwischen dem **Versicherungsnehmer** und der **Gesellschaft**, der aus diesem Vertrag entsteht, sind ausschließlich die Gerichte des Großherzogtums Luxemburg zuständig, unbeschadet der Anwendung internationaler Verträge oder Abkommen.

2.14.2 Dieser Vertrag unterliegt luxemburgischem Recht.

2.15 Eigenständigkeit der Vertragsbestimmungen

2.15.1 Sollten eine oder mehrere Bestimmungen in diesen **Versicherungsbedingungen** ungültig sein, beeinträchtigt dies keineswegs die Gültigkeit der anderen Bestimmungen oder Klauseln. Der **Versicherungsnehmer** und die **Gesellschaft** nehmen dann eine Ersatzbestimmung an, die rechtlich gültig ist und der ungültigen Klausel möglichst nahe kommt.

Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem AXA-Berater.

Wir verstehen, dass der Abschluss einer Versicherung zahlreiche berechnete Fragen aufwirft.

„Bin ich bei der richtigen Gesellschaft, wurde mir das richtige Produkt empfohlen, werde ich bei einem Unfall Bezahlung erhalten ... kurz, kann ich Vertrauen haben?“...

Wir sind überzeugt davon, dass dieses Vertrauen Tag für Tag gewonnen werden muss.

Wir von AXA verpflichten uns daher, unter allen Umständen zu diesen drei Verhaltensweisen:

Verfügbarkeit, Aufmerksamkeit, Zuverlässigkeit.

Vorsorge
Sparen
Zuzatsrente
Sparen & Kapitalanlagen
Kombinierte Versicherung
Reisen & Freizeit
Krankenversicherung

(+352) 44 24 24-1
www.axa.lu