

Gesundheitspaket

Versicherungsbedingungen **Santé Frontalier**



alles was Sie wissen müssen

Januar 2012

d'Assurance / **nei erfannen**



Inhaltsverzeichnis

Abschnitt	seite	inhalt
1 Allgemeine Bestimmungen	2	
	2	Beteiligte Parteien
	2	Définition
	2	Vertragsunterlagen
	3	Der Versicherungsschutz
	3	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
	3	Beginn des Versicherungsschutzes
	4	Wartezeiten
	5	Umfang der Leistungspflicht
	6	Einschränkung der Leistungspflicht
	7	Auszahlung der Versicherungsleistungen
	7	Ende des Versicherungsschutzes
	8	Pflichten des Versicherungsnehmers
	8	Beitragszahlung, Beitragsberechnung
	9	Obliegenheiten
	9	Folgen von Obliegenheitsverletzungen
	10	Ansprüche gegen Dritte
	10	Aufrechnung
	10	Verjährung
	11	Ende der Versicherung
	11	Kündigung und Nichtigkeit des Versicherungsverhältnisses
	11	Sonstige Beendigungsgründe
	12	Sonstige Bestimmungen
	12	Willenserklärungen und Anzeigen
	12	Gerichtsstand
	12	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
2 Sonderbedingungen	13	
	13	Versicherungsfähigkeit
	13	Leistungen des Versicherers
	15	Leistungen des Versicherungsnehmers

Teil I: Allgemeine Bestimmungen

1.1 Beteiligte Parteien

Gemäß diesem Versicherungsvertrag gelten die folgenden Definitionen:

- 1.1.1 **Gesellschaft:** AXA Assurances Luxemburg, luxemburgische Versicherungsgesellschaft, mit der der Vertrag geschlossen wurde.
- 1.1.2 **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.
- 1.1.3 **Versicherter:** Die Personen, die in den Einzelbedingungen angegeben sind und für die das Risiko des Eintretens des versicherten Ereignisses besteht.

1.2 Definition

Gemäß diesem Versicherungsvertrag gilt die folgende Definition:

- 1.2.1 **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.

1.3 Vertragsunterlagen

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

- 1.3.1 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.
- 1.3.2 die **Versicherungsbedingungen**, welche die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien festlegen.
- 1.3.3 die **Sonderbedingungen**, welche die Leistungen entsprechend dem von Ihnen gewählten Versicherungspaket (vgl. 1.3) festlegen und zusätzlich zu den **Versicherungsbedingungen** zur Anwendung kommen.
- 1.3.4 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.
- 1.3.5 die **Nachträge**, die eventuelle vertragliche Änderungen enthalten.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- 1 Die Gesellschaft bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Sie gewährt im Versicherungsfall, Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarten Leistungen, die festgehalten sind in den folgenden Bestimmungen.
- 2 Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 3 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 Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung.
- 4 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, sowie den gesetzlichen Vorschriften in Luxemburg.
- 5 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten 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 zwei 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 (Faksimile sind ausreichend) – **und nicht vor Ablauf von Wartezeiten**. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, **wird nicht geleistet. Nach Abschluß des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt**. Bei Tarifförderstufungen, Vertragsänderungen oder -erweiterungen gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend für die Mehrleistung bzw. für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- 2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei der Gesellschaft versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Unter diesen Voraussetzungen besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Gebrechen.
- 3 Der Vertrag wird pro Person und Tarifierstmals für die Dauer von drei Versicherungsjahren abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht gemäß § 14 schriftlich gekündigt wird.
- 4 Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifs rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 3 Wartezeiten

- 1 Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- 2 **Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.** Sie entfällt
 - A bei Unfällen und für Behandlung auf Auslandsreisen, soweit diese nicht zur Behandlung von Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen angetreten wird.
 - B für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.
- 3 **Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindungen, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz einschließlich vorbereitender und wiederherstellender Maßnahmen und Kieferorthopädie acht Monate.** Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung und Zahnersatz einschließlich vorbereitender und wiederherstellender Maßnahmen entfallen bei Unfällen.
- 4 Die allgemeine Wartezeit kann erlassen werden, wenn der Abschluß einer Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt und ein ärztlicher Untersuchungsbericht auf dem hierfür bestimmten Vordruck der Gesellschaft vorgelegt wird.
- 5 Die Bestimmungen gemäß Abs. 1 bis 3 gelten auch für Mehrleistungen infolge einer vom Versicherungsnehmer beantragten Vertragsänderung.

§ 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 Zahnärzten frei. Erstattungsfähig sind auch die Leistungen eines Heilpraktikers in Deutschland sowie die von ihm verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel. Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden in Deutschland herausgegebenen Fassung (GebüH).
- 3 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 Satz 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Nähr- und Stärkungsmittel oder Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, unterliegen nicht der Erstattungspflicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind. Desinfektionsmittel sowie kosmetische Mittel, Weine, Mineralwasser, Badezusätze usw. gelten nicht als Arzneimittel.

Als Heilmittel gelten physikalisch-medizinische Heilmaßnahmen durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe, d. s. Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, medizinische Bäder, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie. Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig. Von der Erstattung ausgenommen sind Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder. Als Hilfsmittel gelten Brillengläser (für die Fassung kann ein Zuschuß gezahlt werden), Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gehapparate, Krankenfahrstühle (bis zu 2.500 EUR Rechnungsbetrag), Gehstützen, Kompressionsstrümpfe, Einlagen zur Fußkorrektur, orthopädisches Schuhwerk (bis zu 500 EUR Rechnungsbetrag pro Jahr), Hörgeräte, Körperersatzstücke, Sprechhilfen, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Stützapparate einschließlich Liegeschalen. Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln, ausgenommen an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen, sind im Rahmen der vorstehenden Regelungen erstattungsfähig. Leistungen für notwendige Hilfsmittel gleicher Art werden bei nachgewiesenem Bedarf einmal im Kalenderjahr gewährt, sofern eine längere Gebrauchs- bzw. Funktionsfähigkeit nicht gegeben ist. **Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel (z. B. Massagegeräte, Blutdruckmeßgeräte, Inhalationsgeräte, Bestrahlungslampen, Heizkissen) sowie für Betriebsfähigkeit, 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, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.
- 5 **Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn die Gesellschaft diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.**
- 6 **Bei ambulanter und stationärer Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit die Gesellschaft aufgrund des Gutachtens eines von ihm beauftragten Arztes vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.**

- 7 Als Leistungsjahr gilt das Kalenderjahr. Für die Feststellung, welchem Kalenderjahr die Heilbehandlungskosten zugeordnet werden müssen, sind die Behandlungsdaten bzw. der Bezugszeitpunkt der Arznei- und Hilfsmittel maßgebend.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- 1 Keine Leistungspflicht besteht

A **für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;**

B **für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren; als Entziehungskuren gelten auch Maßnahmen zur Entwöhnung und Entgiftung;**

C **für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen die Gesellschaft 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 schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;**

D **für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;**

E **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;

F **für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel;**

G **für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder.** Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

H **für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;**

I **wegen Maßnahmen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere kosmetische Maßnahmen jeder Art und deren Folgen;**

J **für Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation.**

2 **Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann die Gesellschaft seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.**

3 **Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist die Gesellschaft, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.**

- 4 **Bei stationärer Behandlung von psychischen und psychiatrischen Krankheiten und bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Leistungen aus einer Krankenhaustagegeldversicherung.**

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- 1 Die Gesellschaft ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum der Gesellschaft.
- 2 Die Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen und müssen enthalten: Name der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Behandlungsdaten. Verweigert der behandelnde Arzt die Angabe der Krankheitsbezeichnung, so kann die Gesellschaft seine Leistungen von einer ärztlichen Untersuchung nach § 9 Abs. 3 abhängig machen.
- 3 Die Höhe der von einer anderen Gesellschaft oder Kostenträger erbrachten Leistungen müssen von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.
- 4 Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, ist als Nachweis eine Bescheinigung des Krankenhauses oder Krankenhausarztes über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie das Aufnahme- und das Entlassungsdatum enthält.
- 5 Die Gesellschaft ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.
- 6 Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der Gesellschaft eingehen, in Euro umgerechnet.
- 7 **Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für die Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.**
- 8 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.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung, Beitragsberechnung

- 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 Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Kinder (0 bis 15 Jahre) und Jugendliche (16 bis 20 Jahre) zahlen vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21. Diese Umstellung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne dieser Bestimmungen und bewirkt kein außerordentliches Kündigungsrecht.
- 2 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in den tariflich vorgesehenen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind – auch nach Eintritt des Versicherungsfalles – am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag abweichend von Abs. 10 letzter Satz während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- 3 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines, frühestens ab Versicherungsbeginn 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 die Gesellschaft 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 Die Beiträge sind einforderbar am Wohnsitz oder am Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers.
- 6 Wird der Beitrag nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach dem Fälligkeitstage gezahlt, so kann die Gesellschaft den Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist zur Zahlung auffordern. Diese Zahlungsaufforderung ist durch eine als eingeschriebenen Brief an den letztbekannten Wohnort des Versicherungsnehmers adressierte Mahnung festzustellen. Die Kosten der vorgenannten Zahlungsaufforderung sind mit der Beitragszahlung zu erstatten und gehen in allen Fällen zu Lasten des Versicherungsnehmers.
- 7 **Unterbleibt die Zahlung des Beitrags oder der in Abs. 6 genannten Kosten auch innerhalb von dreißig vollen Tagen ab Zugang der Mahnung, so ist die Gesellschaft für die nach Ablauf dieser Frist eintretenden Behandlungsfälle leistungsfrei.** Die Leistungspflicht der Gesellschaft setzt für alle neu eintretenden Behandlungsfälle wieder ein, falls der Versicherungsnehmer die bis zu diesem Zeitpunkt fälligen Beiträge und die nachgewiesenen Kosten des Mahnverfahrens gezahlt hat. **Eine Leistungspflicht besteht jedoch nicht, wenn der Versicherungsnehmer erst zu einem Zeitpunkt zahlt, in dem der Eintritt des Versicherungsfalles nicht mehr ungewiß ist.**
- 8 Liegen die in Abs. 7 Satz 1 genannten Voraussetzungen vor, so kann die Gesellschaft – abgesehen von Leistungsfreiheit – den Vertrag innerhalb von 10 Tagen kündigen.
- 9 Die Berechnung der Beiträge erfolgt im Rahmen technischer Berechnungsgrundlagen.

- 10 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der Gesellschaft z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht die Gesellschaft zumindest jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 10 %, so werden alle Tarifbeiträge von der Gesellschaft überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepaßt. Bei einer Veränderung von mehr als 5 % können alle Tarifbeiträge von der Gesellschaft überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepaßt werden. In beiden Fällen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbehalte angepaßt werden.

Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn die Veränderung der Versicherungsleistung als vorübergehend anzusehen ist.

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Der Umfang der Anpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Die Beitragsanpassung wird zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam, wenn dem Versicherungsnehmer die Benachrichtigung über die Beitragsanpassung mindestens drei Monate vor Wirksamwerden zugegangen ist.

- 11 Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu zahlen.
- 12 Bei Beitragsänderungen kann die Gesellschaft auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge ändern.

§ 9 Obliegenheiten

- 1 Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen der Gesellschaft jede Auskunft zu erteilen und alle Nachweise zu erbringen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht der Gesellschaft und ihres Umfangs erforderlich sind.
- 2 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der Gesellschaft bei Zahnersatz, bei Kieferorthopädie und bei Psychotherapie vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan vorzulegen.
- 3 Auf Verlangen der Gesellschaft ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der Gesellschaft beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- 4 Bei einem weiteren Versicherer darf eine Krankheitskostenversicherung nur mit Einwilligung des ersten Versicherers (AXA Luxembourg) abgeschlossen oder erhöht werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- 1 **Die Gesellschaft ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.** Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt die Gesellschaft zur Leistung nur insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluß weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der Gesellschaft obliegenden Leistungen gehabt hat.

- 2 Wird die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit schuldhaft verletzt, so kann die Gesellschaft den Vertrag innerhalb dreier Monate, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangte, mit sofortiger Wirkung kündigen. **Im Falle der Kündigung ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei.**
- 3 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Ansprüche gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an die Gesellschaft schriftlich abzutreten. **Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung der Gesellschaft auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.**

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der Gesellschaft nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 13 Verjährung

Jede aus dem Vertrag abgeleitete Forderung verjährt mit drei Jahren nach dem Zeitpunkt des Ereignisses, auf das sie sich begründet.

Ende der Versicherung

§ 14 Kündigung und Nichtigkeit des Versicherungsverhältnisses

- 1 Der Versicherungsnehmer kann
 - A das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
 - B bei Beitragserhöhung gemäß § 8 Abs. 10 oder Verminderung seiner Leistungen gemäß § 18 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.
 - C in den Fällen des Abs. 4 die Aufhebung des Versicherungsverhältnisses hinsichtlich der nicht betroffenen Personen innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Erklärung der Gesellschaft zum Ende des Monats verlangen, in dem die Erklärung zugegangen ist.
- 2 Die Gesellschaft kann das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen, wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Versicherungsleistungen erschlichen hat oder zu erschleichen versucht. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem die Gesellschaft von den zur Kündigung berechtigenden Tatsachen Kenntnis erhalten hat. Andere außerordentliche Kündigungsrechte der Gesellschaft bleiben unberührt. Das ordentliche Kündigungsrecht der Gesellschaft ist ausgeschlossen.
- 3 **Der Vertrag ist nichtig, wenn durch schuldhafte Verletzung der Anzeigepflicht die Beurteilung des Risikos derart verändert wird, daß ihn die Gesellschaft 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. Die Gesellschaft muß die gezahlten Beiträge zurückzahlen, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht erfolgte vorsätzlich.**
- 4 Liegen bei Versicherungsverhältnissen, die mehrere versicherte Personen umfassen, die Voraussetzungen der Kündigung gemäß Abs. 2 oder Nichtigkeit gemäß Abs. 3 nur hinsichtlich einzelner versicherter Personen vor, so kann die Ausübung der vorstehenden Rechte auf diese beschränkt werden.

§ 15 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 zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- 2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 3 **Bei Änderung des Wohnsitzes ausserhalb von Belgien, Frankreich und Deutschland, wird der Vertrag zum Ende des Monats des Wohnortwechsels gekündigt. Für alle anderen Fälle genügt ein Wohnort in einem anderen Land zur Vertragskündigung.**

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- 1 Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie den Gerichtsstand betreffen.
- 2 Änderungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

Teil II: Sonderbedingungen

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit Teil I – Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit

- A Versicherungsfähig sind Personen die ihren ständigen Wohnsitz in Belgien, Frankreich und Deutschland haben und aufgrund ihrer Berufstätigkeit in der luxemburgischen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Ausnahmen können nur von Fall zu Fall betrachtet werden und nur mit Zustimmung der Gesellschaft. Die Aufnahmefähigkeit endet mit dem 70. Lebensjahr.
- B Endet die Mitgliedschaft in der luxemburgischen Krankenversicherung, ist dies der Gesellschaft innerhalb von zwei Monaten schriftlich mitzuteilen. Das Versicherungsverhältnis endet dann mit dem Ablauf des Monats, in dem der Nachweis bei der Gesellschaft eingeht. Bei unterlassener oder verspäteter Nachweisführung endet das Versicherungsverhältnis mit Ablauf des Monats, in dem die Gesellschaft von dem Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit Kenntnis erlangt hat. **In diesem Fall werden vom Zeitpunkt des Wegfalls an nur Leistungen gemäß Abschnitt A erbracht, bei gleichzeitigem Wegfall der Leistungen gemäß Abschnitt B; bei stationärer Heilbehandlung (Abschnitt C) wird nur die „Ersatzleistung Krankenhaustagegeld“ gezahlt.**

2 Leistungen der Gesellschaft

Erstattungsfähig sind die nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

A Ambulante Heilbehandlung

Die Tarifleistung beträgt für

- ärztliche Leistungen,
- Arznei- und Verbandmittel,
- Heilmittel,
- Hilfsmittel

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. Hat die gesetzliche Krankenversicherung keine Vorleistung erbracht, beträgt die Tarifleistung 20 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. **Für Behandlung im Ausland (ohne Luxemburg) gilt der höhere Erstattungsprozentsatz nur, wenn eine gesetzliche Krankenversicherung in gleichem Umfang wie bei Behandlung im Land des Wohnsitzes geleistet hat.** Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports aus dem Ausland werden übernommen, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist. Der Rücktransport muß an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Im Todesfall der versicherten Person im Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung zu deren letztem ständigen Wohnsitz bis zu 10.000 EUR erstattet. Die Leistungen eines Heilpraktikers in der Bundesrepublik Deutschland sowie die von ihm verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel werden zu 80 % (bis zu 400 EUR) pro Jahr erstattet.

B Zahnärztliche Behandlung

Die Tarifleistung beträgt für

- Zahnbehandlung 100 %
- Zahnersatz (zahnärztliches Honorar, Material- und Laborkosten) einschließlich Reparaturen, Zahnkronen und Kieferorthopädie zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung höchstens 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Hat die gesetzliche Krankenversicherung keine Vorleistung erbracht, beträgt die Tarifleistung für Zahnbehandlung, Zahnersatz (einschließlich Reparaturen), Zahnkronen und Kieferorthopädie 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Für Behandlung im Ausland (ohne Luxemburg) gilt der höhere Erstattungsprozentsatz nur, wenn eine gesetzliche Krankenversicherung in gleichem Umfang wie bei Behandlung im Land des Wohnsitzes geleistet hat.

Bei Zahnersatz und Zahnkronen gelten die in den Besonderen Bestimmungen festgelegten Erstattungshöchstsätze: Prothesen Die Tarifleistung erreicht zusammen mit der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung höchstens 80 % den in der besonderen Bestimmungen genannten Sätze.

c Stationäre Heilbehandlung

Die Tarifleistung beträgt für

- ärztliche Leistungen,
- Unterkunft im Einbettzimmer (1. Klasse),
- vom Krankenhaus gesondert berechenbare diagnostische, therapeutische und sonstige Nebenleistungen (z. B. Labor- oder Röntgenuntersuchungen, Arzneimittel, Operationssaalbenutzung),
- Transport im Krankenwagen zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus bis 100 km. Die Begrenzung auf 100 km gilt nicht für Transporte innerhalb Europas.

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Dieser Erstattungsprozentsatz gilt auch, wenn die gesetzliche Krankenversicherung bei Behandlung im Ausland nicht oder nicht in gleichem Umfang wie bei Behandlung im Land des Wohnsitzes geleistet hat. **Keine Leistungspflicht besteht für Implantate (künstliche Wurzel und Kronenaufbau) einschließlich vorbereitender Arbeiten und Maßnahmen.** Ersatzleistung Krankenhaustagegeld Werden bei vollstationärer Behandlung keine Kosten in Anspruch genommen, so wird ein Krankenhaustagegeld von 15 EUR gewährt. Für Kinder (0 bis 15 Jahre) beträgt unter den gleichen Voraussetzungen das Krankenhaustagegeld 7,50 EUR. **Bei teilstationärer (halbstationärer) Behandlung besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.**

D Assistenzleistungen

- a) Privatunterricht bei längerer Krankheit des Kindes. Wenn das Kind wegen einer langwierigen Erkrankung für längere Zeit zu Hause verweilen muß, organisiert die Gesellschaft Privatunterricht durch qualifizierte Lehrer. Die Gesellschaft leistet einen Zuschuß in Höhe von 15 EUR pro Stunde (max. 10 Stunden pro Woche) für die Kosten des Privatunterrichts. Der Zuschuß wird gezahlt, solange das schulpflichtige Kind nicht am Schulunterricht teilnehmen kann, maximal bis zu sechs Wochen pro Versicherungsfall (Kinder bis 14 Jahre).

- b) Unterbringung eines Elternteils im Krankenhauszimmer des Kindes. Wenn das Kind im Krankenhaus verweilen muß, übernimmt die Gesellschaft die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils, das im Zimmer des Kindes übernachtet (Kinder bis 12 Jahre).
- c) Vermittlung einer Haushaltshilfe. Ist einer der oder sind beide Elternteile länger als eine Woche krank, vermittelt Interlux eine Haushalts- und Einkaufshilfe oder eine Betreuungsperson für Kinder bis 4 Jahre. Die Gesellschaft übernimmt die Kosten für die Vermittlung der Hilfsperson.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die gesetzliche Versicherungssteuer ist in den Beiträgen nicht enthalten und wird gesondert erhoben.

Im Streitfall, ist die deutsche Fassung gegenüber der Französischen ausschlaggebend.

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

Zusatzrente

Sparen & Kapitalanlagen

Kombinierte Versicherung

Reisen & Freizeit

Krankenversicherung

(+352) 44 24 24-1

www.axa.lu