



Krankenzusatzversicherung

Versicherungs- bedingungen OptiSoins



Juni 2021

Abschnitt	Seite	Inhalt
1. Umfang und Gegenstand der Versicherung		3
1.1. Definitionen		3
1.2. Vertragsunterlagen		5
1.3. Die Versicherungsformeln		6
1.4. Gegenstand und Anwendungsbereich der Versicherung		6
1.5. Zustandekommen, Inkrafttreten und Laufzeit des Vertrags		7
1.6. Wartezeit		7
1.7. Umfang der Leistungen		8
1.8. Ausschlüsse und Höchstbeträge des Versicherungsschutzes		10
1.9. Begleichung der Leistungen		11
1.10. Formalitäten vor der Zusicherung der Kostenübernahme		12
2. Verwaltungsbestimmungen		14
2.1. Ende der Versicherung		14
2.2. Zahlung der Prämie		14
2.3. Auf den Vertrag anwendbares Steuerrecht		16
2.4. Berechnung der Prämien		16
2.5. Anpassung der Prämien		16
2.6. Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten		17
2.7. Folgen der Nichterfüllung der Pflichten		17
2.8. Rechtsmittel gegen Dritte		18
2.9. Verjährung		18
2.10. Kündigung des Vertrags durch den Versicherungsnehmer		19
2.11. Kündigung des Vertrags durch die Gesellschaft und Fall der Ungültigkeit		19
2.12. Zustellanschrift und Korrespondenz		20
2.13. Änderung der Versicherungsbedingungen		21
2.14. Streitfall		21
2.15. Gerichtsstand und geltendes Recht		21
2.16. Eigenständigkeit der Vertragsbestimmungen		22
Addendum zu den Versicherungsbedingungen		23
Artikel 1: Bestehen und Datum des Inkrafttretens des Vertrags		23
Artikel 2: Interessenkonflikte		23
Artikel 3: Vergütungen, Provisionen und Vorteile		24
Artikel 4: Anreize (nur für Anlageprodukte auf Versicherungsbasis)		24
Artikel 5: Schutz personenbezogener Daten		25

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. Gesetzliche Krankenkasse (im Folgenden „Krankenkasse“)

Öffentliche luxemburgische Einrichtung, die im Rahmen des Sozialversicherungssystems für die Krankenversicherung im öffentlichen und im privaten Sektor zuständig ist. Zur **gesetzlichen Krankenkasse** zählen die nationale Gesundheitskasse (CNS), die Krankenkasse der Beamten und Angestellten des Staates (CMFEP), die Krankenkasse der Kommunalbeamten und kommunalen Angestellten (CMFEC) und die Krankenkasse der luxemburgischen Eisenbahngesellschaft.

1.1.3. Ärztliche Stelle

Der von der luxemburgischen Gesetzgebung oder nach geltendem Recht in dem Land, in dem sich der **Versicherte** befindetet, praktizierende Heilberufler, der in der Lage ist, eine Diagnose bezüglich der **Krankheit** oder des **Unfalls mit Personenschaden** zu stellen.

1.1.4. Versicherter

Die Person(en), die in den **Persönlichen Bedingungen** angegeben sind und für die das Risiko des Eintretens des versicherten Ereignisses besteht.

1.1.5. Standard-Einzelzimmer

Einzelzimmer in einem **Krankenhaus**, das als Zimmer „erster Klasse“ gilt, ohne Höherstufung und/oder Sonderzuschläge etwa für den Aufenthalt, ein benachbartes zusätzliches Zimmer oder einen Hotelservice.

1.1.6. Gesellschaft

AXA Assurances Luxembourg, luxemburgische Versicherungsgesellschaft, mit der der Vertrag abgeschlossen wurde.

1.1.7. Bedingung für die Versicherbarkeit

Unverzichtbare Voraussetzung, die der **Versicherungsnehmer** und der **Versicherte** erfüllen müssen, um in den Genuss der vertraglichen Leistungen kommen zu können. Ist

eine **Bedingung für die Versicherbarkeit** nicht mehr gegeben, so zieht dies für den betroffenen **Versicherten** den Verlust seiner mit dem Vertrag verbundenen Rechte sowie gegebenenfalls die Kündigung seines Vertragsteils nach sich.

1.1.8. Thermalkur

Medizinisch erforderlicher Aufenthalt des **Versicherten** in einem Thermalzentrum zur Behandlung bestimmter Leiden.

1.1.9. 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** seine Versicherungsprämie zahlt.

1.1.10. Wohnsitz

Der im Großherzogtum Luxemburg, in Deutschland, in Belgien oder in Frankreich gelegene gesetzliche oder gewählte **Wohnsitz**, der in den **Persönlichen Bedingungen** angegeben ist. Handelt es sich beim **Versicherungsnehmer** um eine juristische Person, so entspricht der **Wohnsitz** ihrem Sitz im Großherzogtum Luxemburg.

1.1.11. Krankenhaus

Jede öffentliche oder private Einrichtung zur medizinischen Versorgung von Personen, deren Gesundheitszustand den Aufenthalt in der Einrichtung sowie eine 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.

1.1.12. Ausland

Jedes Land außer dem Land des gesetzlichen oder gewählten **Wohnsitzes** des **Versicherten**

1.1.13. 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.

1.1.14. Schwere Krankheit

Eine von der Hohen Gesundheitsbehörde im Rahmen des Sozialversicherungsgesetzbuchs des Großherzogtums Luxemburg als „Langzeiterkrankung“ eingestufte chronische **Krankheit**, die eine langfristige ärztliche Behandlung erfordert.

1.1.15. Arzneimittel

Jede Substanz oder Rezeptur, deren Eigenschaften als wirksam zur Heilung von Krankheiten beschrieben werden.

1.1.16. Orthopädiemechaniker-Bandagist

Unternehmen oder Freiberufler, das/der von der luxemburgischen Gesetzgebung oder der Gesetzgebung des Landes, in dem sich der **Versicherte** befindet, anerkannt ist und orthopädische Prothesen, Orthesen oder Epithesen anbietet.

1.1.17. Versicherungsnehmer

Die natürliche Person, die den Versicherungsvertrag abschließt und die Prämien bezahlt. Handelt es sich beim **Versicherungsnehmer** um eine juristische Person, so muss diese ihren Sitz im Großherzogtum Luxemburg haben.

1.1.18. Versicherungsantrag

Dokument, das es dem potenziellen **Versicherungsnehmer** erlaubt, den Abschluss eines Versicherungsvertrags zu beantragen.

1.1.19. Gesundheitsfragebogen

Von jedem **Versicherten** auszufüllendes Dokument, das es der **Gesellschaft** erlaubt, dessen persönliche Situation einzuschätzen und die Modalitäten der Vertragsannahme festzulegen.

1.1.20. Krankenhausbehandlung

Medizinisch erforderlicher Aufenthalt in einem **Krankenhaus** zum Zweck einer ärztlichen Behandlung oder eines chirurgischen Eingriffs, wobei die zu behandelnde Person mindestens 24 Stunden lang im **Krankenhaus** verbleibt und dort gepflegt wird.

1.1.21. Schadensfall

Medizinisch erforderliche Behandlung des **Versicherten** infolge einer **Erkrankung**, einer **Entbindung** oder eines **Unfalls mit Personenschaden**.

1.2. Vertragsunterlagen

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

- 1.2.1.** der **Versicherungsantrag** und die **Gesundheitsfragebögen** 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 der von Ihnen gewählten Versicherungsformel (vgl. 1.3) festlegen und zusätzlich zu den **Versicherungsbedingungen** zur Anwendung kommen;
- 1.2.4. die **Persönlichen Bedingungen**, die für jeden Vertrag individuell aufgesetzt werden und insbesondere die Elemente zur Risikobewertung wie diejenigen bezüglich des **Versicherungsnehmers**, des **Versicherten**, der gewählten Formel, der Prämienhöhe, der Vertragslaufzeit etc. enthalten;
- 1.2.5. die **Nachträge**, die eventuelle vertragliche Änderungen enthalten.

1.3. Die Versicherungsformeln

- 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. Gegenstand und Anwendungsbereich 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 **Persönlichen Bedingungen** angegeben ist.

Die Versicherung umfasst die Heilbehandlung in Europa. 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.

- 1.4.2. Der Versicherungsschutz kann auf schriftlichen Antrag des **Versicherungsnehmers** oder des **Versicherten** mittels einer Sondervereinbarung auf Länder außerhalb der Grenzen Europas über den Zeitraum von 60 Tagen hinaus ausgeweitet werden, und dies gegen Zahlung einer Zusatzprämie für jeden von der Ausweitung betroffenen Monat, die zusätzlich zu der in den **Persönlichen Bedingungen** genannten regulären Versicherungsprämie zu zahlen ist.

1.5. Zustandekommen, Inkrafttreten und Laufzeit des Vertrags

1.5.1. Der Vertrag tritt zu dem in den **Persönlichen Bedingungen** angegebenen Datum in Kraft. Der Versicherungsvertrag gilt als abgeschlossen, wenn die **Persönlichen Bedingungen** von den Vertragsparteien unterzeichnet wurden und wenn der **Versicherungsnehmer** die erste Prämie oder die erste Rate der vereinbarten Prämie gezahlt hat. Für **Schadensfälle**, 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 sofern der Versicherungsantrag spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Geburtsdatum gestellt wird. Der Versicherungsschutz kann nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Neugeborene werden zu den zum Zeitpunkt des Versicherungsantrags geltenden Tarifen versichert.

Adoptionen unterliegen denselben Bestimmungen wie die Geburt eines Neugeborenen, sofern das adoptierte Kind zum Zeitpunkt der Adoption das 15. Lebensjahr noch nicht erreicht hat. Angesichts der Risikoerhöhung behält sich die **Gesellschaft** das Recht vor, eine Zusatzprämie zu erheben und/oder einen Leistungsausschluss anzuwenden.

1.5.3. Das Versicherungsjahr beginnt an dem in den **Persönlichen Bedingungen** 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 abgeschlossen 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:

- im Fall eines Unfalls;
- für den Ehegatten/die Ehegattin oder den Lebenspartner/die Lebenspartnerin einer seit mindestens drei Monaten versicherten Person, wenn eine Versicherung, die dieselbe Formel absichert, innerhalb von zwei Monaten nach der Trauung oder dem Abschluss eines Partnerschaftsvertrags (PACS) abgeschlossen wurde;

- 1.6.3. Eine **besondere Wartezeit** von 6 Monaten gilt bei Psychotherapie, zahnärztlicher Versorgung einschließlich Ziehen von Zähnen, Zahnersatz (Brücken, Kronen, künstliche Zähne jeder Art), Kieferorthopädie einschließlich vorbereitender und reparierender Behandlung sowie bei Kiefer-Gesichts-Chirurgie. Diese besondere **Wartezeit** gilt nicht bei einem Unfall.
- 1.6.4. Eine **besondere Wartezeit** von 10 Monaten gilt im Fall einer Schwangerschaft und der Niederkunft.
- 1.6.5. 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 der Antragstellung vorliegen muss. Die mit der Anfertigung des ärztlichen Zeugnisses verbundenen Kosten sowie die Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt der Antragsteller.
- 1.6.6. Im Fall einer Vertragsänderung gelten die **Wartezeiten** auch für die Erweiterung des Versicherungsschutzes, wenn in den **Persönlichen Bedingungen** nichts anderes vereinbart wurde. Sofern sie zum Zeitpunkt der Vertragsänderung nicht verstrichen sind, bleiben die Wartezeiten während ihrer verbleibenden Dauer weiter bestehen.

1.7. Umfang der Leistungen

- 1.7.1. Die Art und die Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den **Persönlichen Bedingungen** und den **Sonderbedingungen**.
- 1.7.2. Der **Versicherte** hat die freie Wahl der niedergelassenen und zugelassenen Ärzte und Zahnärzte. Sofern diese Leistung 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 **Arzneimittel** in einer Apotheke gekauft werden.
- 1.7.4. Zahnersatz und kiefer-/gesichtschirurgische Eingriffe werden in den Versicherungsformeln als Leistungen der Kategorie „zahnärztliche Behandlungen“ und nicht als Leistungen der Kategorie „ambulante medizinischen Behandlungen“ angesehen, selbst wenn sie von einem Arzt ausgeführt wurden. Sie sind nicht im Rahmen von „ambulanten medizinischen Behandlungen“ oder einer „**Krankenhausbehandlung**“ erstattungsfähig.
- 1.7.5. Homöopathische **Arzneimittel** gelten ebenfalls in vollem Umfang als **Arzneimittel**.
- 1.7.6. Nicht erstattet werden: Diät- und Ernährungsprodukte, Schlankheitsprodukte, stärkende Mittel, Mineralwässer, Produkte für das Bad, Empfängnisverhütungsmittel, Produkte für die Geriatrie sowie Kosmetika. Dies gilt auch für alle medizinischen Geräte und

Sanitärartikel (z. B. Thermometer, Massagegeräte, Heizkissen), die nicht in den **Sonderbedingungen** 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 Krankenakten ihrer Patienten führen.

1.7.8. Die **Gesellschaft** leistet im Rahmen des Versicherungsvertrags bei Untersuchungs- 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 mangels Äquivalenz 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 Kosten für die Dienste 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 Masseurinnen-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 (mit Ausnahme von Sporeinlagen), Gipsbetten, Stützstrümpfe, korrigierende Schienen, Rollstühle, orthopädische Stützvorrichtungen des Oberkörpers, der Arme und der Beine, Hörgeräte, elektronische Kehlköpfe, Perücken (im Fall einer **schweren Krankheit**), künstliche Gliedmaßen und Inhalationsgeräte.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten, die durch andere therapeutische Geräte, medizinische Geräte und Sanitärartikel (Massagegeräte, Blutdruckmessgeräte, Rotlichtlampen, Heizkissen) entstehen. Die mit dem Erhalt der einwandfreien Funktionsweise, der Verwendung, der Wartung oder der Reparatur des therapeutischen Materials verbundenen Kosten sind nicht erstattungsfähig.

1.7.11. Leistungen der augenärztlichen Behandlung gleichgestellt sind: Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen sowie refraktive Chirurgie.

- 1.7.12. In Bezug auf ambulante und stationäre Psychotherapie unterliegt die Erstattung der vorherigen Zustimmung der **Gesellschaft** gemäß den unter 1.10 aufgeführten Modalitäten.
- 1.7.13. Thermalkuren müssen von einer **ärztlichen Stelle** verschrieben worden sein, und ihre Erstattung unterliegt der vorherigen Zustimmung der **Gesellschaft** gemäß den unter 1.10 aufgeführten Modalitäten.

1.8. **Ausschlüsse und Höchstbeträge des Versicherungsschutzes**

- 1.8.1. Die **Gesellschaft** gewährt niemals einen Versicherungsschutz für **Schäden** oder in den nachstehend genannten Fällen sowie für alle ihre Folgen, es sei denn, ihre Absicherung ist von ihr ausdrücklich schriftlich akzeptiert worden. Die Ausschlüsse gelten für alle in den **Sonderbedingungen** aufgeführten Deckungen:

- 1.8.1.1. unmittelbare oder mittelbare Schäden, die durch das Eintreten oder die Folgen von Krieg oder ähnlichen Ereignissen, Invasionen, Handlungen ausländischer Feinde, Feindseligkeiten (ganz gleich, ob sie auf eine Kriegssituation zurückzuführen sind oder nicht), Bürgerkrieg, Angriffe mit bakteriellen oder chemischen Kampfstoffen, Meuterei, Volksaufstand (Aufruhr, Anschlag oder Arbeitskonflikt, kollektive Gewalt), militärischem Aufstand, Unruhen, Rebellion, Revolution, Militär- oder anderem Putsch, Kriegsrecht, Beschlagnahme oder Verstaatlichung oder Sicherstellung oder Vernichtung auf Anweisung einer Regierung oder einer lokalen Behörde entstehen;
- 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; als vorsätzliche Handlungen im Sinne dieser Klausel gelten Handlungen, die freiwillig und bewusst begangen wurden und einen vernünftigerweise vorhersehbaren Schaden verursachen;
- 1.8.1.3. ein Selbstmord oder Selbstmordversuch des **Versicherten**;
- 1.8.1.4. chronische oder nicht unfallbedingte Vergiftung oder Rauschgiftsucht, Entzugsbehandlungen einschließlich Drogentherapien;
- 1.8.1.5. Schwangerschaftsabbruch außer im Fall einer nachgewiesenen medizinischen Notwendigkeit, Sterilisation, Empfängnisverhütung, künstliche Befruchtung;
- 1.8.1.6. Kur- und Sanatoriumbehandlungen 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. palliative Behandlungen, Versorgung und Eingriffe des **Versicherten**;
- 1.8.1.10. 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;
- 1.8.1.11. Ersuchen um die Erstellung von Gutachten, Bescheinigungen, Beschreibungen der Behandlung und Kostenvoranschläge, sofern der **Versicherungsnehmer** oder der **Versicherte** sie vorlegen müssen;
- 1.8.1.12. Kommunikationskosten, Mahlzeiten/Lebensmittel, Komfortprodukte bei der Behandlung in einem **Krankenhaus**;
- 1.8.1.13. die Versorgung und Behandlung einschließlich ihrer direkten oder indirekten Folgen, die keiner nachgewiesenen medizinischen Notwendigkeit entsprechen; für jegliche Behandlung kosmetischer und/oder ästhetischer Natur, die zu nichtmedizinischen Zwecken von Ärzten, Zahnärzten oder anderen Fachmedizinern durchgeführt wird. Unter diesen Ausschluss fallen insbesondere Behandlungen wie die Fettabsaugung, Anti-Aging-Behandlungen, die Haarentfernung, die Kryolipolyse, die Lipo-Kavitation und die Tätowierungsentfernung (keine abschließende Aufzählung);
- 1.8.1.14. Haartransplantationen;
- 1.8.1.15. therapeutisches Sportmaterial einschließlich Sport-Einlegesohlen;
- 1.8.1.16. von Orthopädiemechaniker-Bandagisten, Fußpflegern und Podologen vorgenommene Vermessungen.

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. Hat der **Versicherungsnehmer** und/oder der **Versicherte** auch Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Alters- oder Berufsunfähigkeitsversicherung, muss die **Gesellschaft** nur die verbleibenden Kosten nach der Leistung der gesetzlichen Versicherungen erstatten.

1.9. Begleichung der Leistungen

1.9.1. Die **Gesellschaft** muss die Leistungen nur erbringen, wenn die von ihr geforderten Nachweise vorgelegt wurden und wenn die vorherige Zahlung der Kosten durch den **Versicherungsnehmer** und/oder den **Versicherten** erfolgt ist. Diese gehen in den Besitz der **Gesellschaft** über.

1.9.1.1. Bei den übermittelten Kostenbelegen muss es sich um die Originale handeln. 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 und die Adresse des Arztes, 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 **Krankenkasse** 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 2.6.2 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 an die Person auszahlen, die ihr die Nachweise in korrekter Form vorlegt oder zusendet. Bei einem begründeten Zweifel über die Legitimität dieser Person oder falls der **Versicherungsnehmer** oder ein **Versicherter** dem ausdrücklich widersprechen, zahlt die **Gesellschaft** den Erstattungsbetrag an den **Versicherungsnehmer**.
- 1.9.3. Die in einer anderen Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Behandlung oder medizinische Leistung erfolgt ist, in Euro 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 der Zusicherung der Kostenübernahme

- 1.10.1. Bei einer Vorleistung der **Krankenkasse** 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. Dasselbe gilt für die ambulante und stationäre Psychotherapie, die der vorherigen Zustimmung unterliegt.
- 1.10.2. Beteiligt sich die **Krankenkasse** nicht an den Kosten, hängt der Anspruch auf Erstattung bestimmter Kosten von der Zusendung eines Antrags auf Zusicherung der Kostenübernahme ab. Der Antrag auf Kostenzusicherung muss 10 Tage vor Beginn der medizinischen Behandlung bei der **Gesellschaft** 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 vorherige Vereinbarung“ muss für die folgenden Behandlungen ausgefüllt werden:

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

Für Behandlungen mit Beteiligung der gesetzlichen Krankenkasse	Antrag auf Zusicherung der Kostenübernahme
Thermalkuren oder Sanatoriumbehandlung in einer Einrichtung, die die Bedingungen von Punkt 1.7.7 erfüllt	Ja
Ambulante oder stationäre Psychotherapie	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 Krankenhausaufenthalts 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. **Verwaltungsbestimmungen**

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 jedoch 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. Die vorgenannten Bestimmungen gelten auch bei Zahlungsunfähigkeit des **Versicherungsnehmers**.
- 2.1.3. Bei einer Scheidung haben der **Versicherungsnehmer** und/oder der/die **Versicherte(n)** das Recht, ihren Teil des Vertrags als eigenständigen Versicherungsvertrag fortzuführen. Dasselbe gilt auch für den **Versicherungsnehmer** und/oder den/die **Versicherten**, die getrennt leben.
- 2.1.4. Der Vertrag endet im Fall der Verlegung des gesetzlichen **Wohnsitzes** des **Versicherungsnehmers** ins **Ausland**.
- 2.1.5. Der Tod oder die Verlegung des gesetzlichen **Wohnsitzes** des **Versicherten** ins **Ausland** beendet die Versicherung.
- 2.1.6. Der Vertrag endet bei Ausscheiden aus der **Krankenkasse**. Bei Ausscheiden nur eines oder mehrerer **Versicherten** endet der Vertrag nur für den/die betroffenen **Versicherten**.
- 2.1.7. Bei Verlegung des gesetzlichen **Wohnsitzes** des **Versicherungsnehmers** und/oder des **Versicherten** ins **Ausland** und/oder bei Ausscheiden aus der **Krankenkasse** endet der Vertrag zum Ende des Monats der Wohnsitzverlegung und/oder des Ausscheidens.

2.2. **Zahlung der Prämie**

- 2.2.1. Die Zahlung der Prämien (oder bei deren Aufteilung der Prämienraten) sowie die Kosten/Gebühren, Steuern, Aufwendungen und Nebenkosten, die gesetzlich zugelassen sind, ist vom **Versicherungsnehmer** zu leisten. Die Prämien (oder Prämienraten) sind im Voraus an den Sitz der **Gesellschaft** oder ihres hierzu ernannten Bevollmächtigten zu zahlen. Sind mehrere **Versicherte** vom Vertrag abgedeckt, so gilt der Gesamtbetrag der Prämie als unteilbare Prämie.

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, tariflich 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 oder per Bankeinzug gezahlt werden. Die Zahlungsart und -modalitäten sind in den **Sonderbedingungen** festgelegt.

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. Die Benachrichtigung gilt zu dem Datum als gültig zugestellt, zu dem das Schreiben am letzten bekannten Wohnort des **Versicherungsnehmers** abgeliefert wurde, und dies auch dann, wenn Letzterer die Annahme dieses Schreibens verweigert und/oder falls dieser nach Ablauf der Verwahrungszeit zurück an die **Gesellschaft** gesendet wird.

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 im 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 jedoch auf Prämien für zwei aufeinander folgende Jahre beschränkt. Der wegen ausbleibender Prämienzahlung ausgesetzte Versicherungsschutz wird zwangsweise nach einer kontinuierlichen Aussetzung von 2 Jahren gekündigt.

2.2.6. Bei Nichtzahlung der Prämie behält sich die **Gesellschaft** das Recht vor, vom **Versicherungsnehmer** die Verwaltungskosten in Verbindung mit diesem Verzug zu fordern. Diese sind für jedes Einschreiben fällig und werden pauschal auf der Grundlage des Zweieinhalbfachen des offiziellen Tarifs für Einschreiben berechnet.

2.3. Auf den Vertrag anwendbares Steuerrecht

- 2.3.1. Alle heute oder künftig auf den Vertrag anwendbaren Steuern, Abgaben oder Beiträge richten sich nach der Steuer- und sonstigen Gesetzgebung des Wohnsitzlands des **Versicherungsnehmers** und sind von diesem zahlbar.

2.4. Berechnung der Prämien

- 2.4.1. Die Methode der Prämienberechnung wird durch die technischen Berechnungsgrundlagen der **Gesellschaft** festgelegt. Die Prämie richtet sich nach dem Alter des **Versicherten** bei Vertragsabschluss; sie berechnet sich auf Grundlage des Eintrittsalters, das der Differenz zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Inkrafttretens des Vertrags entspricht. Wird ein **Versicherter** einem Vertrag hinzugefügt, so berechnet sich die Prämie auf Grundlage des Eintrittsalters, das der Differenz zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Inkrafttretens des Nachtrags entspricht. Die im Tarif angegebenen Prämien können beim Abschluss oder bei einer Änderung des Vertrags Prämienzuschläge zur Folge haben.
- 2.4.2. **Versicherte** zwischen 0 und 14 Jahren oder zwischen 15 und 19 Jahren bezahlen die Prämie der entsprechenden Altersgruppe. Die Prämie wird zum 1. Januar des Kalenderjahres angepasst, in dem der **Versicherte** das 15. oder das 20. Lebensjahr erreicht.
- 2.4.3. Im Fall einer Änderung der Prämien hat die **Gesellschaft** außerdem das Recht, die vertraglich geforderten Prämienzuschläge zu ändern.
- 2.4.4. 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.

2.5. Anpassung der Prämien

- 2.5.1. 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 nimmt die **Gesellschaft** mindestens einmal jährlich für jeden Tarif einen Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen vor. 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 Obergrenzen für Leistungen angepasst werden, und die Prämienzuschläge, die in einer Sondervereinbarung festgelegt sind, können dementsprechend geändert werden.

- 2.5.2. Die eventuelle Prämienanpassung wird dem **Versicherungsnehmer** mindestens 30 Tage vor dem jährlichen Fälligkeitsdatum des Versicherungsvertrags mitgeteilt und tritt an diesem Datum in Kraft. Der **Versicherungsnehmer** kann jedoch den Vertrag innerhalb von 60 Tagen nach dem Versanddatum des Anpassungsbescheids kündigen. In diesem Fall wird die Kündigung am zweiten Arbeitstag nach Versanddatum der Kündigung mittels Einschreiben mit Rückschein, frühestens jedoch zum jährlichen Fälligkeitsdatum wirksam.
- 2.5.3. Bei bestimmten Altersgruppen sieht der Artikel 2.4.2 eine Prämienangleichung vor, wenn der **Versicherte** von einer Altersgruppe in die nächste wechselt. Diese Angleichung ist keine Anpassung der Prämien im Sinne des Artikels 2.5.1 und begründet kein Kündigungsrecht gemäß Artikel 2.5.2.

2.6. **Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten**

- 2.6.1. Jede Behandlung in einem **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).
- 2.6.2. Der **Versicherte** muss sich auf Ersuchen der **Gesellschaft** von einem von ihr benannten Arzt untersuchen lassen.
- 2.6.3. Bestimmte Behandlungen bedürfen der Zusicherung der Kostenübernahme der **Gesellschaft**. Sie sind unter 1.10 aufgeführt.
- 2.6.4. Der **Versicherungsnehmer** und der **Versicherte** sind verpflichtet, den Abschluss oder die Erhöhung einer weiteren Krankenversicherung bei einer anderen Versicherungsgesellschaft, Zusatzversicherung oder Krankenkasse unverzüglich anzugeben.
- 2.6.5. Der **Versicherungsnehmer** und der **Versicherte** haben die Pflicht, die Verlegung ihres gesetzlichen **Wohnsitzes** ins **Ausland** sowie die Ausscheidung aus der **Krankenkasse** der **Gesellschaft** spätestens binnen zwei Monaten zu melden.

2.7. **Folgen der Nichterfüllung der Pflichten**

- 2.7.1. Kommt der **Versicherungsnehmer** oder der **Versicherte** seinen unter 2.6.1 aufgeführten Pflichten nicht nach, so kann die **Gesellschaft** ihre Leistung entsprechend dem Schaden, den sie aufgrund dieser Nichtbeachtung der Pflichten des **Versicherungsnehmers** oder des **Versicherten** erlitten hat, kürzen. Hat der **Versicherungsnehmer** oder der **Versicherte** in betrügerischer Absicht gehandelt, ist die **Gesellschaft** nicht mehr zur Entschädigung verpflichtet und kann den Vertrag kündigen.

- 2.7.2. 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.
- 2.7.3. Kommt der **Versicherungsnehmer** oder der **Versicherte** seinen unter 2.6.5 aufgeführten Pflichten nicht nach oder geht die Meldung verspätet bei der **Gesellschaft** ein, so ist diese berechtigt, den Versicherungsvertrag zu beenden, nachdem sie Kenntnis von der **Wohnsitzverlegung ins Ausland** und/oder dem Ausscheiden aus der **Krankenkasse** erlangt hat. Der Vertrag endet für den oder die betroffenen **Versicherten** mit Wirkung ab dem Ende des Monats, in dem die Veränderung erfolgt ist.
- 2.7.4. Im Fall eines vorsätzlichen Verstoßes gegen die unter 2.6.2 aufgeführte Pflicht ist die **Gesellschaft** berechtigt, den Vertrag innerhalb einer Frist von 3 Monaten, nachdem sie von diesem Versäumnis Kenntnis erlangt hat, mit sofortiger Wirkung zu kündigen. Im Fall einer Kündigung ist die **Gesellschaft** von ihrer Entschädigungspflicht befreit.

2.8. **Rechtsmittel gegen Dritte**

- 2.8.1. 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.

2.9. **Verjährung**

- 2.9.1. 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.
- 2.9.2. 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.

2.10. Kündigung des Vertrags durch den Versicherungsnehmer

2.10.1. Der **Versicherungsnehmer** hat das Recht, den Versicherungsvertrag insgesamt oder für einzelne **Versicherte** jedes Jahr zum Fälligkeitsdatum der Jahresprämie mittels Einschreiben mit Rückschein an die **Gesellschaft** und mit einer Kündigungsfrist von 30 Tagen vor diesem Datum zu kündigen.

Die Kündigung ist wirksam am zweiten Arbeitstag nach Versanddatum der Kündigung, frühestens jedoch zum jährlichen Fälligkeitsdatum.

2.10.2. Der **Versicherungsnehmer** hat das Recht:

2.10.2.1. bei einer Tarifierhöhung unter den unter 2.5 genannten Bedingungen und/oder im Fall einer Änderung der **Versicherungsbedingungen**, die zur Reduzierung der Leistungen führt, den Vertrag innerhalb von 60 Tagen nach Versanddatum der Zahlungsaufforderung mit Mitteilung über die Tarifierhöhung bzw. des Änderungsbescheids zu kündigen. Die Kündigung ist wirksam am zweiten Arbeitstag nach Versanddatum der Kündigung per Einschreiben mit Rückschein, jedoch frühestens zum jährlichen Fälligkeitsdatum im Falle einer Tarifierhöhung oder am Tag des Inkrafttretens der Änderungen bei Änderungen der **Versicherungsbedingungen**.

2.10.2.2. in den unter 2.11.5 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.

2.10.3. Wenn der **Versicherungsnehmer** den Versicherungsvertrag insgesamt oder für einzelne **Versicherten** 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.

2.10.4. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Kündigungsantrag vom **Versicherungsnehmer** unterzeichnet und von dem/den **Versicherten** gegengezeichnet wurde. Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen.

2.11. Kündigung des Vertrags durch die Gesellschaft und Fall der Ungültigkeit

2.11.1. 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.

2.11.2. 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.

2.11.3. 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. Falls der **Versicherungsnehmer** den Vorschlag zur Vertragsänderung ablehnt oder der Vorschlag nach Ablauf einer Frist von einem Monat nach Erhalt dieses Vorschlags nicht angenommen wird, ist die **Gesellschaft** berechtigt, den Vertrag zu kündigen. Falls 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.

2.11.4. 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.

2.11.5. 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.

2.11.6. Die **Gesellschaft** ist berechtigt, den Versicherungsvertrag gemäß den unter 2.7.3 aufgeführten Bedingungen zu kündigen.

2.11.7. Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen.

2.12. **Zustellanschrift und Korrespondenz**

2.12.1. Als Zustellanschrift des **Versicherungsnehmers** wird von Rechts wegen die in den **Persönlichen Bedingungen** angegebene Adresse gewählt, es sei denn, der **Versicherungsnehmer** hat der **Gesellschaft** schriftlich eine Änderung der Zustellanschrift mitgeteilt. Mitteilungen des **Versicherungsnehmers** an die **Gesellschaft** sind schriftlich an den Sitz der **Gesellschaft** zu richten. Jeder Wechsel des **Wohnsitzes** muss der **Gesellschaft** unverzüglich mitgeteilt werden.

2.12.2. Während der Vertragslaufzeit werden die Mitteilungen der **Gesellschaft** ordnungsgemäß an die Zustellanschrift des **Versicherungsnehmers** zugestellt.

2.13. Änderung der Versicherungsbedingungen

2.13.1. Unter Berücksichtigung der hinreichenden Wahrung der Interessen der **Versicherten** können die **Versicherungsbedingungen** in folgenden Fällen geändert werden:

2.13.1.1. im Fall einer dauerhaften Änderung der Bedingungen der öffentlichen Gesundheit;

2.13.1.2. 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 2.10.2.1 zu kündigen. Im Fall des Punktes 2.13.1.2 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 Mitteilungen und den Gerichtsstand betreffen.

2.13.2. 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.

2.13.3. Die unter 2.13.1 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.

2.14. Streitfall

2.14.1. 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 Joseph II, L-1840, 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.

2.15. Gerichtsstand und geltendes Recht

2.15.1. 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.

2.15.2. Dieser Vertrag unterliegt dem luxemburgischen Recht.

- 2.15.3. Im Streitfall ist die französische Fassung gegenüber der englischen und der deutschen Fassung ausschlaggebend.

2.16. Eigenständigkeit der Vertragsbestimmungen

- 2.16.1. 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** einigen sich in diesem Fall auf eine Ersatzbestimmung, die rechtlich gültig ist und der ungültigen Klausel möglichst nahe kommt.

Addendum zu den Versicherungsbedingungen

Artikel 1: Bestehen und Datum des Inkrafttretens des Vertrags

Vorbehaltlich anderslautender oder besonderer Bestimmungen wird der Absatz zum Bestehen, Zustandekommen und Inkrafttreten oder Datum des Inkrafttretens des Vertrags wie folgt präzisiert und ergänzt:

„Der Vertrag kommt mit der Unterzeichnung der **Persönlichen Bedingungen** durch den **Versicherungsnehmer** und die **Gesellschaft** zustande.

Der **Versicherungsnehmer** lässt der **Gesellschaft** ein unterzeichnetes Exemplar zukommen. **Auch bei Nichtrücksendung der unterzeichneten Persönlichen Bedingungen gilt der Vertrag dann als ausdrücklich vom Versicherungsnehmer angenommen und wirksam abgeschlossen, wenn die Prämie(n) entrichtet wurde(n).**“

Artikel 2: Interessenkonflikte

Ein **Interessenkonflikt** lässt sich definieren als „jede berufliche Situation, in welcher die Gefahr besteht, dass die Unabhängigkeit oder Integrität des Ermessens oder der Entscheidungskraft einer Person, eines Unternehmens oder einer Organisation von Erwägungen persönlicher Natur oder unter dem Druck eines Dritten beeinflusst oder beeinträchtigt werden.“

Zur Aufdeckung von Interessenkonflikten, die im Rahmen ihrer Geschäftstätigkeit einschließlich im Rahmen des Versicherungsvertriebs auftreten können und das Risiko bergen, dass die Interessen eines Kunden (**Versicherungsnehmer, Versicherter** oder **Begünstigter**) verletzt werden, ist die **Gesellschaft** verpflichtet, zu prüfen, ob sie selbst, ihre Führungskräfte und Mitarbeiter, ihre Versicherungsagenten oder jede andere Person, die direkt oder indirekt über eine kontrollierende Beziehung mit ihr verbunden ist, ein Interesse am Ergebnis dieser Tätigkeit haben, sofern dieses Interesse:

- 1) vom Interesse des Kunden abweicht
- 2) oder potenziell das Ergebnis der Vertriebstätigkeiten zulasten des Kunden beeinflussen kann.

Die **Gesellschaft** muss auf dieselbe Weise vorgehen, um Interessenkonflikte zwischen ihren Kunden aufzudecken.

Vor diesem Hintergrund hat die **Gesellschaft** eine Reihe organisatorischer und administrativer Maßnahmen zur Erkennung, Vermeidung, Handhabung und Lösung jeglicher Interessenkonfliktsituationen ergriffen, die sich negativ auf die Interessen ihrer Kunden auswirken können, insbesondere – jedoch nicht ausschließlich – beim Vertrieb von Versicherungsverträgen.

Sofern erwiesen ist, dass bestimmte organisatorische und administrative Maßnahmen nicht ausreichen, um die Vermeidung eines Interessenkonflikts oder dessen wirksame Lösung sicherzustellen, verpflichtet sich die **Gesellschaft**, den Kunden rechtzeitig vor Abschluss des Versicherungsvertrags über die Natur und den Ursprung des betreffenden Interessenkonflikts zu informieren.

Die Politik der **Gesellschaft** bei Interessenkonflikten ist auf Anfrage erhältlich oder kann direkt auf der Website www.axa.lu eingesehen werden.

Artikel 3: Vergütungen, Provisionen und Vorteile

Allgemeiner Grundsatz

Die **Gesellschaft** verpflichtet sich dazu, sicherzustellen, dass die zugunsten ihrer Mitarbeiter, Versicherungsagenten und allgemein der mit dem Vertrieb ihrer Versicherungsprodukte betrauten Vermittler betriebene Vergütungspolitik nicht deren Fähigkeit beeinträchtigt, im besten Interesse ihrer Kunden zu handeln, und sie nicht davon abhält, eine angemessene Empfehlung abzugeben oder eine Information unparteiisch, klar verständlich und nicht irreführend darzustellen.

Provisionen und Vorteile

Die **Versicherungsnehmer** und **Versicherten** werden vor Vertragsschluss über die Art der von den Versicherungsvermittlern in Verbindung mit dem Vertrieb eines Versicherungsprodukts oder von den Mitarbeitern der **Gesellschaft** im Fall des Direktvertriebs erhaltenen Vergütung informiert.

Insbesondere können die Versicherungsvermittler eine Vergütung in Form einer Versicherungsprovision erhalten, die in der Regel in der Versicherungsprämie für die jeweils vertriebenen Verträge enthalten ist.

Beim Direktvertrieb werden die Mitarbeiter der **Gesellschaft** in Form eines Gehalts vergütet. Sie erhalten keinerlei Provision, die in direktem Zusammenhang mit dem Vertrieb eines Versicherungsvertrags steht.

Versicherungsvermittler und Mitarbeiter der **Gesellschaft** können darüber hinaus Vergütungen jeder weiteren Art wie etwa in Form geldwerter oder nicht geldwerter Vorteile beziehen, sofern der vorstehend beschriebene allgemeine Grundsatz eingehalten wird.

Artikel 4: Anreize (nur für Anlageprodukte auf Versicherungsbasis)

„Anreiz“: Jegliche „Entgelte, Provisionen oder geldwerten oder nicht geldwerten Vorteile, die Versicherungsunternehmen oder -vermittler im Zusammenhang mit dem Vertrieb

eines auf einer Versicherung beruhenden Anlageprodukts oder der Erbringung einer ergänzenden Dienstleistung an jegliche Partei zahlen oder von dieser erhalten, mit Ausnahme des Kunden oder der im Namen des Kunden handelnden Person.“

Die **Gesellschaft** verpflichtet sich, **angemessene Organisationsabläufe** einzuführen und aufrechtzuerhalten, um sicherzustellen, dass die von ihr im Zusammenhang mit dem Vertrieb eines Versicherungsprodukts gezahlten oder erhaltenen Anreize und Anreizsysteme i) weder zu einer Beeinträchtigung der Qualität des dem Kunden gebotenen Service führen ii) noch sie davon abhalten, wie ihre Agenten und sonstigen Versicherungsvermittler ihrer Verpflichtung nachzukommen, ehrlich, loyal und professionell sowie im besten Interesse ihrer Kunden (**Versicherungsnehmer, Versicherte** oder Begünstigte) zu handeln.

Informationen zu sämtlichen Kosten in Verbindung mit dem Vertrieb eines Versicherungsprodukts einschließlich der Beratungskosten werden dem potenziellen Kunden rechtzeitig vor Abschluss des Vertrags in zusammengefasster Form im Basisinformationsblatt zum jeweiligen Produkt bereitgestellt. Auf Anfrage des Kunden kann die **Gesellschaft** eine Aufschlüsselung dieser Kosten nach Posten unter Angabe der Höhe der dem Versicherungsvermittler gezahlten Provisionen bereitstellen.

Artikel 5: Schutz personenbezogener Daten

Für die Datenverarbeitung verantwortliche Stelle

Die **Gesellschaft** AXA Assurances Luxembourg S.A. bzw. AXA Assurances Vie Luxembourg S.A. ist für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten verantwortlich, die ihr im Rahmen des Abschlusses/des Beitritts zum Versicherungsvertrag oder zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen der Erfüllung des Versicherungsvertrags mitgeteilt werden. Sie hat einen Datenschutzbeauftragten ernannt, der speziell für sämtliche Fragestellungen zum Datenschutz innerhalb der **Gesellschaft** zuständig ist.

Die Verarbeitung personenbezogener oder persönlicher Daten

Die Verarbeitung persönlicher Daten bezeichnet allgemein sämtliche gegebenenfalls von der **Gesellschaft** mithilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Schritte, die auf personenbezogene Daten oder Datensätze angewandt werden, zum Beispiel die Erfassung, Speicherung, Organisierung, Strukturierung, Aufbewahrung, Anpassung oder Änderung, Extraktion, Abfrage, Verwendung, Weiterleitung durch Übertragung, Verbreitung oder jede weitere Form der Verfügbarmachung, Abgleichung oder Verknüpfung, Eingrenzung, Löschung oder Zerstörung.

Diese Daten werden ausnahmslos im Einklang mit den einzelstaatlichen Datenschutzvorschriften und gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (DSGVO) verarbeitet.

Die betroffenen Personen

Die **Gesellschaft** ist berechtigt, persönliche Daten folgender betroffener Personen oder Personenkategorien zu verarbeiten:

- **Personen, die ein Interesse am Versicherungsvertrag haben:** insbesondere die **Versicherungsnehmer, Versicherten** oder Mitglieder, Begünstigten, Anspruchsberechtigten, Dritten, Erben, Vormunde, Verwalter, Fahrer etc.
- **Vertragsbeteiligte:** insbesondere die Versicherungsvermittler (Versicherungsagenten, Versicherungsmakler, Vermittler in untergeordneter Funktion), Sachbearbeiter und Leistungserbringer (Sachverständige, Ärzte, Rechtsanwälte etc.).

Dies ist keine erschöpfende Aufstellung. Maßgeblich ist einzig das Verzeichnis der Gesellschaft.

Kategorien personenbezogener Daten

Die **Gesellschaft** kann alle Daten verarbeiten, die allgemein erforderlich und relevant sind für die Risikobeurteilung, die Schadensbewertung oder die ordnungsgemäße Ausführung der Vertragsverarbeitung und insbesondere entsprechend der jeweiligen Art des abgeschlossenen Versicherungsvertrags folgende Hauptkategorien personenbezogener Daten:

- Daten zur Identifizierung der betroffenen Personen (Identität, Familienstand, Anschrift, Steuer**wohnsitz**, Steuernummer, Staatsangehörigkeit etc.);
- ergänzende Daten zur persönlichen, familiären, wirtschaftlichen und finanziellen Situation des **Versicherungsnehmers** und/oder **Versicherten**/Mitglieds, Daten zu seinen Lebensgewohnheiten (Sport, Freizeit, Reisen etc.) sowie zu seiner beruflichen Situation;
- sensible Daten zur körperlichen und/oder geistigen Gesundheit des **Versicherten**/Mitglieds;

Dies ist keine erschöpfende Aufstellung. Maßgeblich ist einzig das Verzeichnis der Gesellschaft.

Zwecke und Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Zwecke (keine erschöpfende Aufstellung – maßgeblich ist einzig das Verzeichnis der **Gesellschaft**)

Personenbezogene Daten werden insbesondere zu folgenden Zwecken erfasst und verarbeitet:

- Analyse der Kundenbedürfnisse und -anforderungen;
- Risikobewertung;
- Vertragsvorbereitung, -abschluss und -verwaltung;
- Vertragserfüllung;
- Schadensregulierung;
- Betrugsverhinderung;
- Erstellung versicherungsmathematischer Statistiken und Studien;
- Management von Beschwerden, Reklamationen und Streitfällen;
- Kundenmanagement und gegebenenfalls Kundenwerbung;
- Einhaltung und Erfüllung gesetzlicher Pflichten hinsichtlich geltender Rechts- und Verwaltungsvorschriften (insbesondere bezüglich der Bekämpfung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung, Steuerabgaben, Reportingvorgaben etc.).

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

Die Verarbeitung personenbezogener Daten zu den vorstehend beschriebenen Zwecken beruht auf mindestens einer der folgenden Rechtsgrundlagen:

- Die Verarbeitung ist für die Erfüllung des Versicherungsvertrags erforderlich, zu dessen Parteien oder Beteiligten die betroffenen Personen zählen, oder zur Erfüllung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Wunsch der betroffenen Person(-en) ergriffen werden;
- die Verarbeitung ist zur Einhaltung gesetzlicher Vorschriften erforderlich, an die die **Gesellschaft** gebunden ist;
- die Verarbeitung ist notwendig, um die lebenswichtigen Interessen der betroffenen Personen oder einer anderen natürlichen Person zu wahren;
- in den nachstehend aufgeführten Fällen wurde das Einverständnis erteilt.

Das Einverständnis der betroffenen Person ist darüber hinaus erforderlich, wenn es sich um Folgendes handelt:

- die Verarbeitung gesundheitsbezogener Daten zur betroffenen Person für sämtliche vorstehend aufgeführten Zwecke;
- die Datenverarbeitung zur Kundenwerbung.

Empfänger oder Kategorien von Empfängern personenbezogener Daten

Die personenbezogenen Daten können vorbehaltlich strenger Beschränkungen und Bedingungen, die durch das luxemburgische Gesetz zum Versicherungsgeheimnis festgelegt sind, an folgende Personengruppen übermittelt werden (*siehe Artikel 300 des Gesetzes vom 7. Dezember 2015 über den Versicherungssektor*):

- Versicherungsvermittler (Versicherungsagenten, Versicherungsmakler und Vermittler in untergeordneter Funktion) und weitere Partner der **Gesellschaft**;
- Dienstleister und Auftragnehmer der **Gesellschaft** insoweit, als dies für die Durchführung der ihnen übertragenen Aufgaben erforderlich ist;
- die weiteren Unternehmen der Versicherungsgruppe, der die **Gesellschaft** angehört;
- der oder die Rückversicherer der **Gesellschaft**, Rechnungs- und Wirtschaftsprüfer;
- die am Versicherungsvertrag beteiligten Personen wie zum Beispiel Rechtsanwälte, Sachverständige, Vertrauensärzte etc.;
- und allgemein jede Person oder (administrative, steuerliche oder rechtliche) Stelle, an die personenbezogene Daten von Gesetzes wegen zu Bedingungen und innerhalb von Grenzen, die gesetzlich vorgegeben sind, weitergeleitet werden müssen oder dürfen.

Dies ist keine erschöpfende Aufstellung. Maßgeblich ist einzig das Verzeichnis der **Gesellschaft**.

Datenübermittlung außerhalb der Europäischen Union

Die personenbezogenen Daten können in folgenden zulässigen Fällen in Länder außerhalb der Europäischen Union übermittelt werden, in folgenden autorisierten Fällen und vorbehaltlich strenger Beschränkungen und Bedingungen, die durch das luxemburgische Gesetz zum Versicherungsgeheimnis festgelegt sind:

- Die Übermittlung erfolgt in ein Land, das ein angemessenes Schutzniveau gewährleistet, das dem von der Europäischen Kommission festgelegten oder von einer zuständigen Stelle als gleichwertig eingestuften Niveau entspricht;

- die Übermittlung unterliegt den von der Europäischen Kommission verabschiedeten Standardvertragsklauseln;
- die Übermittlung wird durch ein Unternehmen der AXA-Gruppe vorgenommen, das die verbindlichen unternehmensinternen Vorschriften unterzeichnet hat, die ein ausreichendes Schutzniveau gewährleisten;
- die Übermittlung ist gemäß einer der in Artikel 49 der europäischen Datenschutzverordnung festgelegten Ausnahmen zulässig (insbesondere im Fall des ausdrücklichen Einverständnisses der betroffenen Person, zur Erfüllung der Versicherungsverträge, zum Schutz menschlichen Lebens oder zur Feststellung, Ausübung oder Verteidigung von Rechten vor Gericht).

Es dürfen lediglich solche Daten übermittelt werden, die im Hinblick auf den von der Übermittlung verfolgten Zweck sachdienlich sind.

Um eine rechtmäßige Verarbeitung personenbezogener Daten sicherzustellen, verpflichtet sich die **Gesellschaft** vor jeder Übermittlung oder auf einfache Anfrage der betroffenen Personen umfassende Informationen über den Zweck, die Art der Daten und das oder die Empfängerländer bereitzustellen.

Vergabe von Unteraufträgen für bestimmte Verarbeitungsvorgänge ins Ausland

In Übereinstimmung mit den oben beschriebenen Prinzipien und gemäß den durch das Gesetz über den Versicherungssektor vorgesehenen Bedingungen und Einschränkungen setzen wir Sie in Kenntnis davon, dass die **Gesellschaft** nachfolgende Dienste und Verarbeitungsvorgänge an externe oder konzerninterne Dienstleister vergeben kann:

- Die Filterung der Kundendatenbanken (Versicherungsanwärter, **Versicherte** und Begünstigte) anhand der Überwachungslisten, die im Rahmen der Bekämpfung der Geldwäsche und der Terrorismusfinanzierung gemäß den rechtlichen Verpflichtungen der **Gesellschaft** eingerichtet wurden.
 - Art der Dienstleister: konzerninterne Gesellschaften
 - Art der den Dienstleistern zur Verfügung gestellten Daten: persönliche Identifikationsdaten der betroffenen Personen
 - Land der Niederlassung der Dienstleister: konzernintern (Frankreich und Belgien) und außerhalb der Europäischen Union (Indien)
- Regulierung von AXA Assistance Schadensfällen (Versicherungsanwärter, **Versicherte** und Begünstigte)
 - Art der Dienstleister: konzerninterne Gesellschaften
 - Art der den Dienstleistern zur Verfügung gestellten Daten: persönliche Identifikationsdaten der betroffenen Personen sowie die Daten, die für die Verwaltung von Schadensfällen erforderlich sind
 - Land der Niederlassung der Dienstleister: konzernintern (weltweit)
- Die Bearbeitung bestimmter Erstattungsanträge über die Weiße Karte (Noémie-Netz) für **Versicherte** mit **Wohnsitz** in Frankreich
 - Art der Dienstleister: externe Gesellschaft
 - Art der den Dienstleistern zur Verfügung gestellten Daten: persönliche Identifikationsdaten der betroffenen Personen sowie die für die Leistungsbearbeitung unbedingt erforderlichen medizinischen Daten
 - Land der Niederlassung der Dienstleister: Frankreich

Die Untervergabe der oben beschriebenen Transaktionen unterliegt immer der Unterzeichnung einer Vertraulichkeitsvereinbarung durch jeden Dienstleister bezüglich der persönlichen Daten, auf die er Zugriff hat.

Externe Dienstleister für Informatikdienstleistungen

Um die Kontinuität und Qualität der Dienstleistungen zu gewährleisten, haben die Unternehmen externe Informatikdienstleister hinzugezogen oder können sie hinzuziehen. Diese Informatikdienstleistungen beinhalten keinerlei versicherungstechnischen Leistungen (wie z. B. Schadensverwaltung, Assistenzleistungen etc.).

Die Unternehmen können unter anderem Dienstleistungen in Anspruch nehmen betreffend Infrastruktur, Cloud Computing (Infrastruktur und/oder Software) oder sich an Informatikanbieter wenden, die unter anderem Cloud Computing-Dienste verwenden. In diesem Fall verschlüsseln die Unternehmen zwecks Vertraulichkeitsgewährleistung die Daten und bewahren den Verschlüsselungsschlüssel in Luxemburg auf, damit der Dienstleister keinerlei Zugriff auf die Daten hat. Zusätzlich unterzeichnet jeder Dienstleister eine Vereinbarung, um die Einhaltung der Vertraulichkeit zu gewährleisten.

Bei Informatikdienstleistungen liegt die Verantwortung für die Gesamtheit der Prozesse bei den Unternehmen und die Dienstleistungen schließen Folgendes aus: Qualitätsverringerung der Gouvernance, erhöhtes Betriebsrisiko, Unfähigkeit der Aufsichtsbehörde zu kontrollieren, ob das betreffende Unternehmen seinen Verpflichtungen nachkommt, oder Beeinträchtigung des Leistungsniveaus für die **Versicherungsnehmer**.

Jede spätere Änderung im Zusammenhang mit der Untervergabe der oben beschriebenen Vorgänge oder jede neue Übertragung von Daten an einen Subunternehmer ins Ausland, die im Hinblick auf den Zweck der Verarbeitung erforderlich ist, ist Gegenstand einer schriftlichen Mitteilung seitens der **Gesellschaft**, entweder in Form eines Addendums zu den Allgemeinen Bedingungen oder durch gesonderte Benachrichtigung gemäß den oben genannten allgemeinen Grundsätzen der Kommunikation.

Verzeichnis der personenbezogener Daten

Die **Gesellschaft** führt ein Verzeichnis, in dem die betroffenen Personen, die Kategorien personenbezogener Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, die Empfänger und Empfängerkategorien sowie die Zwecke der Datenverarbeitung aufgeführt sind. Bei Abweichung der Bestimmungen des vorliegenden Absatzes und des Inhalts des Verzeichnisses ist Letzteres maßgeblich.

Dauer der Datenaufbewahrung

Die personenbezogenen Daten werden von der **Gesellschaft** in einer Form gespeichert, die die Identifizierung der betroffenen Personen während des gesamten Zeitraums erlaubt, der für die Zwecke, zu denen diese Daten erhoben und verarbeitet werden, erforderlich ist. Generell werden sie solange gespeichert, wie für die **Gesellschaft** erforderlich, um ihren gesetzlichen Pflichten nachzukommen, die sich aus den anwendbaren Gesetzen ergebenden Verjährungsfristen einzuhalten und allgemein ihre Rechte festzustellen, auszuüben oder vor Gericht zu verteidigen.

Die **Gesellschaft** ergreift die erforderlichen Maßnahmen, um die Sicherheit der Verarbeitung personenbezogener Daten sicherzustellen.

Rechte der betroffenen Personen

Die betroffenen Personen haben das Recht, Einsicht in ihre persönlichen Daten zu nehmen und deren Berichtigung oder in bestimmten Fällen ihre Löschung, die Beschränkung ihrer Verarbeitung sowie ihre Übertragbarkeit zu verlangen.

a. Auskunfts- und Änderungsrecht

Jede betroffene Person verfügt gegenüber der **Gesellschaft** über ein Recht auf Auskunft über ihre personenbezogenen Daten sowie auf die erneute Bereitstellung sämtlicher folgender Informationen: die Verarbeitungszwecke, die betroffenen Kategorien personenbezogener Daten, die Empfänger oder Empfängerkategorien, an die die Daten weitergeleitet wurden oder werden, die Dauer der Datenaufbewahrung sowie sämtliche Rechte der betroffenen Person bezüglich dieser Daten.

Die **Gesellschaft** überprüft in jedem Fall die Identität der Person, die Auskunft über die Daten verlangt, bevor sie einer solchen Aufforderung nachkommt.

Jede betroffene Person hat darüber hinaus die Möglichkeit, die unverzügliche Berichtigung von Daten zu verlangen, die sich als unrichtig erweisen, sowie die unverzügliche Ergänzung unvollständiger Daten.

Die **Gesellschaft** sorgt dafür, dass die Mitteilung der gewünschten Daten beziehungsweise die erbetene Berichtigung binnen eines Monats ab Eingang der Aufforderung erfolgt.

Das Recht auf Zugang und/oder Änderung kann von den betroffenen Personen grundsätzlich kostenfrei wahrgenommen werden, sofern dies keinen für die **Gesellschaft** unzumutbaren Aufwand darstellt, wobei sie in diesem Fall eine Bezahlung verlangen kann.

b. Recht auf Widerruf des Einverständnisses

Jede Person, die ausdrücklich und insbesondere in den unter „Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung“ genannten Fällen in die Verarbeitung ihrer persönlichen Daten eingewilligt hat, kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung hat keine rückwirkende Kraft und stellt die auf der Einwilligung vor diesem Widerruf beruhende Verarbeitung nicht infrage.

c. Recht auf Vergessenwerden

Jede betroffene Person hat in folgenden Fällen die Möglichkeit, seitens der **Gesellschaft** die unverzügliche Löschung der sie betreffenden Daten zu erwirken:

- Die erhobenen Daten sind für die Verarbeitungszwecke nicht mehr erforderlich;
- Die betroffene Person widerruft die der Verarbeitung zugrunde liegende Einwilligung (und es gibt keine weitere Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Daten);
- Die Löschung ist zur Einhaltung einer gesetzlichen Verpflichtung erforderlich, an die die **Gesellschaft** gebunden ist.

Die **Gesellschaft** setzt die betroffene Person über jede Löschung personenbezogener Daten in Kenntnis.

d. Recht auf die Einschränkung der Verarbeitung

Jede betroffene Person kann in folgenden Fällen die Einschränkung der Verarbeitung ihrer persönlichen Daten verlangen:

- Die betroffene Person bestreitet die Richtigkeit der sie betreffenden Daten und verlangt die Aussetzung der Verarbeitung, um es der für die Verarbeitung verantwortlichen Person oder Stelle zu erlauben, die Daten zu überprüfen.
- Die betroffene Person will ihre Daten nicht löschen lassen, sondern lediglich deren Verwendung einschränken;
- Die Daten sind veraltet, für die betroffene Person jedoch für die Feststellung, Ausübung oder Verteidigung ihrer Rechte vor Gericht erforderlich.

Die **Gesellschaft** setzt die betroffene Person über jede Einschränkung bezüglich ihrer persönlichen Daten in Kenntnis.

e. Recht auf die Datenübertragbarkeit (Portabilität)

Jede betroffene Person hat das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, und sie hat das Recht, diese Daten einem anderen für die Verarbeitung Verantwortlichen ohne Behinderung durch die **Gesellschaft** zu übermitteln.

Sie kann darüber hinaus verlangen, dass ihre personenbezogenen Daten direkt von der **Gesellschaft** an einen anderen Verantwortlichen übermittelt werden, sofern dies technisch möglich ist.

f. Ausübung der Rechte

Jede betroffene Person kann diese Rechte ausüben, indem sie dem Datenschutzbeauftragten der **Gesellschaft** entweder eine schriftliche, datierte und unterschriebene Anfrage mit einer Kopie der Vorder- und Rückseite ihres gültigen Ausweisdokuments oder eine E-Mail an folgende Adresse sendet: dpo@axa.lu.

Beschwerden

Beschwerden im Zusammenhang mit der Verarbeitung personenbezogener Daten kann der **Versicherungsnehmer** oder der **Versicherte** an die Datenschutzbehörde seines Wohnsitzlands richten.

Luxemburg:

Commission Nationale pour la Protection des Données (CNPD)

Service des Plaintes

15 Boulevard du Jazz

L-4370 Belvaux

Belgien:

Autorité de Protection des Données (APD)

Rue de la Presse 35

B-1000 Bruxelles

Frankreich:

Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL)

Service des plaintes

3 Place de Fontenoy - TSA 80715

F-75334 PARIS CEDEX 07

Deutschland:

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)

Graurheindorfer Str. 153

D-53117 Bonn.

Ihr AXA-Ansprechpartner



Sie finden all Ihre Leistungen
und Vertragsdokumente

auf axa.lu
