

La couverture d'assurance

Article 1 Objet, étendue et territorialité de l'assurance

1) La garantie de l'assureur est accordée pour maladie, accident ou tout autre événement visé au contrat. En cas de réalisation du risque, il garantit

a) l'indemnisation des frais occasionnés par le traitement médical et d'autres prestations convenues, dans le cadre de l'Assurance Frais de Maladie;

b) le versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation, dans le cadre de l'Assurance Indemnité Journalière d'Hospitalisation.

2) Aux termes du présent contrat, il y a accident lorsque l'assuré subit involontairement un dommage portant atteinte à sa santé du fait d'un événement extérieur.

Il y a également accident lorsqu'en raison d'un effort excessif des articulations ou de la colonne vertébrale, une articulation est luxée ou que des muscles, des tendons, des ligaments ou des capsules sont distendus ou déchirés.

3) Est considéré comme réalisation du risque le traitement médicalement requis d'un assuré en raison d'une maladie ou par suite d'un accident. La réalisation du risque commence avec le traitement curatif, et il prend fin lorsqu'un examen médical établit que la nécessité de traitement ne se justifie plus. La nécessité d'étendre le traitement médical à une maladie ou un accident n'ayant aucun lien causal avec celle ou celui traité jusqu'à présent donnera lieu à une nouvelle réalisation du risque. Est également considéré comme réalisation du risque tout examen ou traitement médicalement requis pendant la grossesse et l'accouchement.

4) L'étendue de la couverture découle de la police d'assurance, des avenants ultérieurs, des Conditions Générales d'Assurance (y compris les conditions et tarifs) ainsi que des dispositions légales en vigueur au Luxembourg.

5) La garantie s'applique aux traitements médicaux effectués en Europe. Par convention, elle peut être étendue aux pays non européens (mais cf. Article 15 alinéa 3). Pendant le premier mois de séjour dans un pays non européen, la garantie est accordée même en l'absence de convention particulière. Si le séjour doit se prolonger au-delà d'un mois pour raisons médicales, la garantie s'applique pendant toute la période où un retour mettrait en péril la santé de l'assuré, mais seulement pour deux mois supplémentaires au plus.

Article 2 Prise d'effet de l'assurance

1) L'assurance prend effet à la date spécifiée dans la police (début de la date d'effet), **mais pas avant la conclusion du contrat d'assurance**, c'est-à-dire pas avant la signature de la police par les deux parties (les télécopies étant admises), **ni avant l'expiration du délai de carence**. Pour les sinistres survenus avant la date d'effet, **aucune prestation n'est accordée. Les sinistres intervenant après la conclusion du contrat d'assurance ne sont exclus de la garantie que pour autant que la période de celle-ci est située avant la prise d'effet de l'assurance ou pendant le délai de carence.**

En cas d'augmentation d'échelon tarifaire, de modification ou d'extension du contrat, les alinéas 1 à 3 s'appliquent à la prestation supplémentaire ou à la partie supplémentaire de la couverture d'assurance.

2) Les nouveau-nés ne sont soumis à aucun délai de carence et sont couverts dès la naissance, si à cette date, l'un des deux parents est assuré auprès de l'assureur depuis au moins trois mois et si la déclaration d'inscription d'assurance intervient au plus tard deux mois après le jour de la naissance avec effet rétroactif au premier du mois de la naissance. La couverture d'assurance ne peut être plus élevée ou plus étendue que celle de l'un des parents assurés. Si lesdites conditions sont remplies, les dommages néonataux de même que les maladies et les handicaps congénitaux sont couverts par l'assurance.

3) Le contrat est conclu par personne et par tarif pour une durée initiale de trois années d'assurance. Il est reconduit tacitement d'année en année, sauf résiliation écrite conforme à l'article 14.

4) La première année d'assurance pour le tarif concerné commence avec la date d'effet et prend fin au 31 décembre de la même année civile. Les années d'assurance suivantes coïncident avec l'année civile.

Article 3 Délai de carence

1) Le délai de carence commence avec la date d'effet de l'assurance.

2) **Le délai de carence général est de trois mois.** Il ne s'applique pas

a) en cas d'accident et pour le traitement pendant les voyages à l'étranger, pour autant que ce traitement n'ait pas été entamé pour traiter des maladies et leurs séquelles, de même que les séquelles d'un accident.

b) pour le conjoint d'une personne assurée depuis au moins trois mois, pour autant qu'une proposition d'assurance analogue ait été conclue dans les deux mois suivant le mariage.

3) **Le délai de carence particulier pour les accouchements, les psychothérapies, les soins dentaires, les prothèses dentaires, y compris les traitements préparatoires et réparateurs, ainsi que l'orthodontie est de huit mois.** Le délai de carence particulier pour les soins dentaires, les prothèses dentaires, y compris les traitements préparatoires et réparateurs est supprimé en cas d'accident.

4) Le délai de carence général peut être supprimé si la conclusion d'une assurance avec certificat médical est demandée et si un rapport médical est présenté sur le formulaire prévu à cet effet par l'assureur.

5) Les dispositions des alinéas 1 à 3 s'appliquent également en cas de prestations supplémentaires consécutives à une modification du contrat demandée par le preneur d'assurance

Article 4 Conditions et étendue des prestations

1) La nature et le montant des prestations d'assurance découlent du tarif et des conditions tarifaires.

2) L'assuré a le libre choix des médecins ou médecins-dentistes établis et agréés. Sont également remboursables, les prestations fournies par un homéopathe installé en République fédérale d'Allemagne, ainsi que les médicaments, les pansements et les soins ordonnés par celui-ci. Les prestations d'homéopathie comprennent l'ensemble des actes posés par des homéopathes selon la nomenclature publiée en 1985 par les associations d'homéopathes de la République fédérale d'Allemagne (GebüH).

3) Les médicaments, pansements, moyens curatifs et accessoires doivent être prescrits par les praticiens visés à l'article 2 phrase 1, les médicaments devant être en outre achetés dans une pharmacie.

Les aliments et fortifiants ou les substances prises à titre préventif ou habituel ne sont pas soumis à l'obligation de remboursement, même s'ils sont prescrits par un médecin. Les désinfectants et les cosmétiques, vins, eaux minérales, produits additifs pour le bain, etc. ne sont pas considérés comme médicaments.

Sont considérés comme moyens curatifs les soins d'ordre physico-médical pratiqués par des membres des professions paramédicales reconnues par l'Etat, c'est-à-dire les inhalations, la gymnastique médicale, la rééducation fonctionnelle, les massages, l'hydrothérapie et les enveloppements, les bains médicaux, les traitements par la chaleur, l'électrothérapie, la photothérapie. Les frais supplémentaires occasionnés par le traitement à domicile du patient ne donnent pas lieu à des remboursements. **Sont exclus des remboursements le sauna, la balnéothérapie et les bains similaires.**

Sont considérés comme accessoires les verres de lunettes (un supplément peut être payé pour la monture), les lentilles de contact, les ceintures herniaires, les appareils de soutien à la marche, les chaises roulantes (montant facturé limité à 2.500 EUR par an), les béquilles/cadre de marche, les bas élastiques, les appareils orthopédiques, les chaussures orthopédiques (montant facturé limité à 500 EUR), les appareils auditifs, les pièces prothétiques, les aides à la parole, les appareils orthophoniques (larynx électronique) et les appareils de soutien, y compris les corsets. Les dépenses pour la réparation des accessoires, **à l'exception des semelles et des talons de chaussures orthopédiques sur mesure**, sont pris en charge dans le cadre de la réglementation existante. Des prestations pour des moyens accessoires analogues sont accordées une fois par an en cas de besoin justifié, à moins qu'une utilisation ou un fonctionnement prolongés ne soient plus donnés.

Ne sont pas remboursables les frais occasionnés par tous les autres types de moyens curatifs, appareils médicaux et articles sanitaires (par exemple appareils de massage, appareils de mesure de la tension artérielle, inhalateurs, lampes à rayonnement, coussins chauffants) ainsi que les frais de fonctionnement, d'utilisation et d'entretien des accessoires.

- 4) En cas d'hospitalisation médicalement requise, l'assuré a la faculté de choisir parmi des hôpitaux privés et publics se trouvant sous une direction médicale permanente, disposant de moyens diagnostiques et thérapeutiques suffisants, travaillant suivant des méthodes scientifiques généralement reconnues et tenant des dossiers médicaux.
- 5) **En cas d'hospitalisation médicalement requise dans des établissements qui offrent également des cures ou des traitements en sanatorium ou qui recueillent des personnes en rééducation et remplissent par ailleurs les conditions stipulées à l'alinéa 4, les prestations visées au tarif ne sont dues que si l'assureur les a agréées par écrit avant le début du traitement.**
- 6) **En cas de psychothérapie ambulatoire ou stationnaire, les prestations ne sont accordées que dans la mesure où l'assureur les a agréées par écrit avant le début du traitement sur la base d'un rapport médical établi par un médecin qu'il a désigné.**
- 7) L'année de prestation est l'année civile. Pour déterminer dans quelle année civile les frais de traitement ont eu lieu, les dates de traitement ainsi que de réception font foi.

Article 5 Limitation des prestations

1) Aucune prestation n'est due

- a) **consécutives à une maladie ou un accident – y compris leurs suites – résultant d'événements de guerre ou reconnus comme dommages liés au service militaire et qui ne sont pas expressément inclus dans la garantie;**

- b) **consécutives à une maladie ou un accident – y compris leurs suites – causés intentionnellement, ainsi que pour des mesures de désintoxication, y compris les cures de désintoxication, tous les traitements en vue d'une désaccoutumance;**
 - c) **pour les traitements effectués par des médecins, des médecins-dentistes ainsi que dans des établissements hospitaliers dont les honoraires ont été exclus du remboursement par l'assureur pour un motif grave, lorsque le sinistre intervient après notification de l'exclusion des prestations au preneur d'assurance. Si au moment de la notification un sinistre est en cours, il n'y a aucune obligation de prestation pour les frais intervenus trois mois après la date de notification;**
 - d) **pour les cures et traitements en sanatorium ainsi que pour les mesures de rééducation;**
 - e) **pour les traitements curatifs ambulatoires dans une station thermale ou balnéaire.** Cette restriction ne s'applique pas si l'assuré y a son domicile habituel ou si, pendant un séjour temporaire, un traitement curatif est nécessaire en raison d'une maladie indépendante du but du séjour ou d'un accident qui s'y est produit;
 - f) **pour des méthodes d'examen ou de traitement et des médicaments qui en général ne sont pas scientifiquement reconnus;**
 - g) **pour des traitements effectués par le conjoint, les parents ou les enfants.** Les frais matériels justifiés sont remboursés conformément au tarif;
 - h) **pour un séjour en gériatrie ou sous garde partielle ou permanente;**
 - i) **pour des mesures qui ne revêtent pas une nécessité médicale directe pour le traitement de maladies, en particulier la chirurgie esthétique et ses conséquences;**
 - j) **pour une interruption de grossesse ou une stérilisation.**
- 2) **Si un traitement médical ou une autre mesure, pour lequel des prestations ont été convenues, dépasse ce qui est médicalement nécessaire, l'assureur peut réduire ses prestations à un montant approprié.**
 - 3) **S'il existe un droit à des prestations de la part de l'assurance légale accident ou de l'assurance légale vieillesse, à une assistance médicale ou à une assistance accident, l'assureur est uniquement tenu au remboursement des frais qui ne sont pas pris en charge dans le cadre des prestations légales, sans préjudice des droits du preneur d'assurance à l'indemnité journalière pour cause d'hospitalisation.**
 - 4) **Une hospitalisation pour maladie psychique ou psychiatrique ou une hospitalisation partielle ne donne aucun droit à une indemnité journalière en cas d'hospitalisation.**

Article 6 Règlement des prestations d'assurance

- 1) L'assureur est uniquement tenu au paiement des prestations si les preuves justificatives exigées par lui sont fournies. Celles-ci deviennent la propriété de l'assureur.
- 2) L'original des pièces justificatives des frais sont à remettre et doivent contenir:
le nom de la personne traitée, la nature de la maladie, la mention de chaque prestation avec les différentes dates de traitement. Si le médecin traitant refuse de mentionner la dénomination de la maladie, l'assureur peut subordonner ses prestations à un examen médical conformément à l'article 9 alinéa 3.
- 3) Le montant des prestations d'un autre assureur ou organisme doit être confirmé par celui-ci sur les documents y afférents.
- 4) Si seule l'indemnité journalière d'hospitalisation est due, il convient d'envoyer une pièce justificative d'une attestation de l'hô-

pital ou du médecin de l'hôpital certifiant l'hospitalisation, mentionnant le nom de la personne traitée, la nature de la maladie ainsi que la date d'entrée et de sortie.

- 5) L'assureur est habilité à verser les prestations à la personne qui lui remet ou lui envoie les pièces justificatives en bonne et due forme.
- 6) Les frais de maladie en devises étrangères sont convertis en euros au cours du jour où les documents parviennent à l'assureur.
- 7) **Les frais résultant du versement des prestations ou de traductions peuvent être déduits des prestations.**
- 8) Les prétentions aux prestations ne peuvent être ni cédées ni mises en gage.

Article 7 Fin de la couverture d'assurance

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

Obligations du preneur d'assurance

Article 8 Paiement et calcul des primes

- 1) Le preneur d'assurance est tenu au paiement de la cotisation (prime) convenue et des frais accessoires, y compris les impôts.

La prime est fixée à la conclusion du contrat d'assurance en fonction de l'âge d'entrée de l'assuré. L'âge d'entrée est la différence entre l'année de naissance et l'année du début de l'assurance. Les enfants (0 à 15 ans) et les adolescents (16 à 20 ans) paient la prime correspondant à l'âge d'entrée de 16 ou de 21 ans, à partir de l'année civile au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 16 ou 21 ans accomplis. Cet ajustement ne constitue pas une augmentation de prime au sens des présentes conditions et ne donne par droit à une résiliation extraordinaire.

- 2) La prime est une prime annuelle et est calculée à partir de la prise d'effet de l'assurance. Elle est due au début de chaque année d'assurance, mais peut également être versée par mensualités telles que prévues par le tarif, celles-ci constituant des paiements différés jusqu'à l'échéance. Elles sont payables, même après réalisation du risque, le premier de chaque mois. Si la modification de la prime annuelle déroge à l'alinéa 10 dernière phrase, la différence de prime pour la période allant de la date de modification jusqu'au début de l'année d'assurance suivante doit être respectivement payée ou remboursée.
- 3) La première prime ou la première fraction de prime est payable au plus tard à la remise de la police d'assurance et au plus tôt à la date de prise d'effet de l'assurance.
- 4) Les primes ou fractions de primes doivent être versées avant la fin du mois au cours duquel le contrat d'assurance prend fin. Les primes payées au-delà de cette date seront remboursées. Si l'assureur doit payer des frais accessoires au-delà de la date de cessation du contrat, ceux-ci sont entièrement à charge du preneur d'assurance et sont exigibles au plus tard à la cessation du contrat d'assurance.
- 5) Les primes sont recouvrables au domicile ou au lieu de résidence du preneur d'assurance.
- 6) A défaut de payer la prime endéans les dix jours suivant la date d'échéance et après écoulement de ce délai, l'assureur peut exiger le paiement de la part du preneur d'assurance. Cette mise en demeure doit être notifiée par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu du preneur d'assurance. Les frais inhérents à ces mises en demeure sont dans tous les cas à charge du preneur d'assurance et doivent être payés avec la prime.
- 7) **A défaut de payer la prime ou les frais visés à l'alinéa 6 dans les trente jours francs suivant la mise en demeure, l'assureur est libéré de tout engagement pour les sinistres survenus après l'expiration de ce délai.**

L'assureur est obligé de verser de nouveau les prestations pour tous les nouveaux sinistres dès le paiement intégral par le preneur d'assurance des primes échues à ce moment ainsi que les frais justifiés résultant de la mise en demeure. **L'assureur n'est cependant pas tenu aux prestations, si le paiement intervient à un moment où la réalisation du risque n'est plus incertaine.**

- 8) Si les conditions prévues dans la première phrase de l'alinéa 7 sont remplies, l'assureur peut, abstraction du fait d'être dégagé de toute obligation de prestations, résilier le contrat endéans les dix jours.
- 9) Le calcul des primes s'effectue dans le cadre des bases techniques.
- 10) Dans le cadre des garanties contractuelles accordées, les prestations de l'assureur peuvent être modifiées, par exemple en raison de l'augmentation des frais de traitement curatif ou d'un recours plus fréquent aux prestations médicales. Dès lors, l'assureur compare au moins une fois par an les prestations d'assurance requises avec les prestations estimées. Si cette comparaison fait apparaître une différence supérieure à 10 %, toutes les primes tarifaires sont révisées par l'assureur et, le cas échéant, adaptées, moyennant agrément d'un réviseur indépendant. En cas de différence supérieure à 5 %, toutes les primes tarifaires peuvent être révisées par l'assureur et, le cas échéant, être adaptées, moyennant agrément d'un réviseur indépendant. Dans les deux cas, les montants des franchises fixées peuvent être adaptées en fonction des primes.

Il est possible de renoncer à l'adaptation des primes si la modification des prestations d'assurance doit être considérée comme passagère.

En cas de modification des primes, y compris en raison de la modification de la couverture d'assurance, le sexe et l'âge atteint par l'assuré à la date d'entrée en vigueur de la modification sont pris en compte.

L'adaptation est notifiée par écrit au preneur d'assurance et prend effet au début de l'année d'assurance qui suit pour autant que le preneur d'assurance ait été informé de l'adaptation de la prime trois mois au moins avant l'entrée en vigueur de celle-ci.

- 11) En cas d'accroissement du risque à la suite de modifications apportées au contrat, un supplément devra être payé en sus de la prime pour la partie excédant la couverture d'assurance.
- 12) En cas de modification des primes, l'assureur a la faculté de modifier également au prorata les surprimes spécialement convenues.

Article 9 Obligations

- 1) Sur demande de l'assureur, le preneur d'assurance doit fournir tous les renseignements et toutes les pièces justificatives nécessaires à la constatation de la réalisation du risque ou de l'obligation de prestation de l'assureur et de l'importance de celle-ci.
- 2) En ce qui concerne les prothèses dentaires, l'orthodontie et la psychothérapie, le preneur d'assurance est tenu de présenter à l'assureur un programme de traitement et un devis avant le début du traitement.
- 3) Sur demande de l'assureur, l'assuré est obligé de se faire examiner par un médecin désigné par l'assureur.
- 4) La conclusion ou l'augmentation d'une Assurance Frais de Maladie ou d'une Assurance Indemnité Journalière d'Hospitalisation auprès d'un nouvel assureur requièrent impérativement l'accord du premier assureur (Interlux).

Article 10 Conséquences du non-respect des obligations par l'assuré

- 1) **L'assureur est dégagé de toute obligation de prestation en cas de manquement à l'une des obligations visées à l'article 9**

alinéas 1 à 3. En cas de manquement constituant une négligence grave, l'assureur est uniquement tenu aux prestations dans la mesure où le non-respect n'a d'influence ni sur la constatation de la réalisation du risque ni sur la constatation ou l'étendue des prestations dues par l'assureur.

- 2) En cas de manquement intentionnel à l'une des dispositions visées à l'article 9 alinéa 4, l'assureur peut dénoncer le contrat avec effet immédiat endéans les trois mois suivant la prise de connaissance de la violation. **En cas de résiliation, l'assureur est déchargé de toute obligation de prestation**
- 3) La reconnaissance des faits et la responsabilité de l'assuré valent reconnaissance des faits et responsabilité du preneur d'assurance.

Article 11 Recours contre des tiers

Si le preneur d'assurance ou l'assuré a un recours ne relevant pas du droit d'assurance contre des tiers, pour la réparation du préjudice, ce droit doit être cédé à l'assureur – sauf préjudice de la caisse de maladie légale jusqu'à concurrence du montant prévu pour la réparation du dommage par le contrat d'assurance. **Si le preneur d'assurance ou l'assuré renonce à un tel droit de recours ou à un droit garantissant ce droit sans l'accord de l'assureur, celui-ci est déchargé de l'obligation de prestations dans la mesure où il aurait pu obtenir une compensation du fait de ce droit.**

Article 12 Compensation

Le preneur d'assurance ne peut compenser les créances de l'assureur que dans la mesure où la créance en compensation est incontestée ou constatée judiciairement.

Article 13 Prescription

Toute créance résultant du contrat est prescrite dans les trois ans suivant l'événement sur lequel elle se fonde.

Fin du contrat d'assurance

Article 14 Résiliation et annulation du contrat d'assurance

- 1) Le preneur d'assurance peut
 - a) résilier le contrat d'assurance dans sa totalité ou pour certains assurés ou certains tarifs à la fin de chaque année d'assurance, mais au plus tôt au terme de la troisième année d'assurance, moyennant un préavis de trois mois.
 - b) résilier le contrat d'assurance en cas d'augmentation des primes suivant article 8 alinéa 10 ou de réduction des prestations aux termes de l'article 18, quant à l'assuré concerné, la dénonciation devant intervenir dans le mois de la réception de la notification de modification et prenant effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.
 - c) dans les cas prévus par l'alinéa 4, exiger la résiliation du contrat d'assurance relatif aux personnes non concernées avec effet dans les deux semaines à compter de la réception de la notification de l'assureur.
- 2) L'assureur est habilité à résilier le contrat sans préavis si le preneur d'assurance ou un assuré a obtenu ou tente d'obtenir captieusement des prestations d'assurances. Le droit de dénonciation expire s'il n'est pas exercé endéans le mois suivant la date à laquelle l'assureur a eu connaissance des faits justifiant la résiliation.

Les autres droits de résiliation extraordinaires de l'assureur ne sont pas affectés. Le droit de résiliation ordinaire de l'assureur est exclu.

- 3) **Le contrat est nul lorsque le manquement intentionnel à l'obligation de déclaration modifie l'appréciation du risque de façon telle que l'assureur n'aurait pas conclu l'assurance ou pas aux mêmes conditions s'il avait eu connaissance des faits. Il en va de même en cas de violation de l'obligation de déclaration pour**

les contrats relatifs à la modification ou à la remise en vigueur de la garantie.

Le preneur d'assurance est tenu au remboursement des prestations d'assurance reçues. L'assureur doit restituer les primes versées, sauf en cas de violation intentionnelle de l'obligation de déclaration.

- 4) Si dans les contrats d'assurance couvrant plusieurs personnes assurées, les conditions de résiliation visées à l'alinéa 2 ou de nullité visé à l'alinéa 3 ne sont pas remplies pour certains assurés, l'exercice des droits précités peut être limité à ces derniers.

Article 15 Autres motifs de résiliation

- 1) Le contrat d'assurance prend fin avec le décès du preneur d'assurance. Toutefois, les personnes assurées ont la faculté de reconduire l'assurance en désignant le prochain preneur d'assurance. La déclaration doit être faite endéans les deux mois suivant la mort du preneur d'assurance.
- 2) En cas de décès de l'assuré, le contrat d'assurance prend fin pour celui-ci.
- 3) Le contrat d'assurance prend fin au transfert du domicile du preneur d'assurance à l'extérieur du Grand-Duché de Luxembourg, à moins que d'autres dispositions n'aient été convenues.

En cas de transfert du domicile légal d'une personne assurée à l'extérieur du Grand-Duché de Luxembourg, le contrat d'assurance prend fin pour celle-ci.

Dispositions additionnelles

Article 16 Déclarations de volonté et notifications

- 1) Les déclarations de volonté et notifications à l'assureur requièrent la forme écrite. Les agents d'assurance ne sont pas habilités à les recevoir. Cette disposition ne s'applique pas aux propositions d'assurance ou de modification de contrats d'assurance.
- 2) Si le preneur d'assurance a omis de signaler à l'assureur un changement de domicile, une déclaration de volonté signifiée au preneur d'assurance est valablement faite au dernier domicile connu par l'assureur. La déclaration prend effet à la date à laquelle elle serait parvenue au preneur d'assurance en cas de distribution normale du courrier sans changement de domicile.

Article 17 Juridiction compétente

Seuls les tribunaux du Grand-Duché de Luxembourg sont compétents pour tous les litiges résultant du présent contrat d'assurance entre le preneur d'assurance et l'assureur.

Article 18 Modifications des Conditions Générales d'assurance

- 1) Les Conditions Générales d'assurance peuvent être modifiées avec l'agrément d'un réviseur indépendant avec effet pour les contrats d'assurances en vigueur, même pour la période non encore écoulée de l'année d'assurance, dans la mesure où ces modifications concernent la garantie, les obligations du preneur d'assurance, les autres motifs d'extinction, les déclarations de volonté et notifications ainsi que la juridiction compétente.
- 2) Les modifications visées à l'article 1 prennent effet au premier jour du deuxième mois suivant leur notification au preneur d'assurance.