



Confort

Conditions générales
d'assurance pour
l'assurance Frais de
Maladie et Indemnité
Journalière
d'Hospitalisation

Version: 1.7.2009

Sommaire

Page

Confort

**Conditions générales d'assurance pour
l'assurance Frais de Maladie et Indemnité Journalière d'Hospitalisation**

Dispositions générales	3
Tarif ICO-L Assurance Maladie Complémentaire pour les résidents affiliés à la Caisse de Maladie Luxembourgeoise	7
Tarif ICO-G Assurance Maladie Complémentaire pour les non-résidents affiliés à la Caisse de Maladie Luxembourgeoise	9

Les conditions générales d'assurance en langue française sont une traduction et les conditions générales d'assurance en langue allemande représentent la version légale.

Interlux

Assurances Maladie Société Anonyme

10 B, z. a. Bourmicht
L-8070 Bertrange
LUXEMBOURG

Tél.: (00352) 290 090
Fax: (00352) 290 095
E-mail: interlux@interlux.lu
Internet: www.interlux.lu

R.C. Luxembourg B 84514

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.

Partie II: Assurance Complémentaire Frais de Maladie Tarif ICO-L (pour résidents)

Ce tarif (Partie II des Conditions Générales d'Assurance) est uniquement valable en association avec la partie I – Conditions Générale d'Assurance pour l'Assurance Frais de Maladie et Indemnité Journalière en Cas d'Hospitalisation.

1. Assurabilité

Sont assurables les personnes dont le domicile permanent se trouve au Grand-Duché de Luxembourg et qui y sont assurées dans le cadre de l'assurance maladie légale luxembourgeoise.

La limite d'âge d'entrée est fixée à 70 ans.

La désaffiliation de l'assurance maladie légale luxembourgeoise doit être notifiée par écrit à l'assureur endéans les deux mois. Le contrat d'assurance prend fin à la fin du mois au cours duquel la justification parvient à l'assureur. En cas de non-présentation de celle-ci ou de présentation tardive, le contrat d'assurance prend fin à la fin du mois au cours duquel l'assureur est avisé de la disparition des conditions d'assurabilité. **Dans ce cas, seules les prestations visées à l'article 2.A. sont versées en cas de disparition des conditions et simultanément aucunes prestations visées à l'article 2.B.. En cas d'hospitalisation (article 2.C.), seule la prestation en compensation indemnité journalière d'hospitalisation est versée.**

2. Prestations de l'assureur

Sont remboursables les frais restants non pris en charge par la Sécurité Sociale luxembourgeoise.

A. Traitement médical ambulatoire

La prestation visée au tarif représente 100 % des frais à prendre en charge pour:

- les prestations médicales,
- les médicaments et les pansements,
- les soins,
- les accessoires.

En cas de non-remboursement par l'assurance maladie légale, la prestation visée au tarif représente 20 % des frais remboursables.

En cas de traitement à l'étranger, le pourcentage de remboursement plus élevé est uniquement l'application si l'assurance maladie légale luxembourgeoise a versé des prestations équivalentes à celles appliquées en cas de traitement au Luxembourg. Les suppléments entraînés par un rapatriement de l'étranger justifié pour des raisons médicales et ordonné par un médecin seront pris en charge si des soins médicaux appropriés ne peuvent être dispensés sur place ou à une distance raisonnable, mettant ainsi en péril la santé de l'assuré ; de plus, les suppléments d'accompagnateur sont remboursés si l'accompagnement est médicalement nécessaire et ordonné par un médecin. Le rapatriement doit être effectué au domicile fixe ou à l'hôpital le plus proche. Pour autant qu'il n'y ait aucune contre-indication d'ordre médical, le moyen de transport **le plus économique** devra être chaque fois retenu.

En cas de décès à l'étranger de la personne assurée, les frais d'inhumation au lieu du décès ou les frais de transfert du corps au dernier domicile fixe, sont pris en charge jusqu'à concurrence de 10.000 EUR.

Les prestations d'un homéopathe en République fédérale d'Allemagne de même que les médicaments, les pansements et les soins sont remboursés à concurrence de 80 % (400 EUR au maximum) par an.

B. Soins dentaires

La prestation visée au tarif représente pour:

- soins dentaires 100 %
- prothèses dentaires (honoraires du médecin-dentiste, frais de matériel et de laboratoire), y compris les réparations, couronnes et orthodontie cumulées aux prestations de l'assurance maladie légale au maximum de 80 %

des dépenses remboursables. (voir maxima)

En cas de non-remboursement par l'assurance maladie légale, la prestation visée au tarif pour soins dentaires, prothèses dentaires, (y compris) réparations, couronnes et orthodontie représente 40 % des dépenses remboursables.

En cas de traitement à l'étranger, le pourcentage de remboursement plus élevé est uniquement d'application si une assurance maladie légale luxembourgeoise a versé des prestations équivalentes à celles appliquées en cas de traitement au Luxembourg.

Les **remboursements maxima suivants** sont d'application en cas de prothèses et de couronnes:

Prothèses fixes

Couronne	546 EUR
Inlay, Or	496 EUR
Dent à pivot simple	422 EUR
Dent à pivot Richmond	744 EUR
Dent à pivot avec faux-moignon	744 EUR
Élément de bridge, or et résine	496 EUR
Élément de bridge, or et porcelaine	546 EUR
Ancrage spécial	546 EUR
Charnière	199 EUR
Implant (racine artificielle et couronne) y compris travaux et mesures préparatoires	744 EUR

Prothèses mobiles

Prothèse totale haut ou bas (14 dents, plaque résine)	1.029 EUR
Prothèse partielle (plaque résine)	
Plaque bas par dent	229 EUR
par crochet	72 EUR
Supplément pour base métallique inox (par maxillaire)	53 EUR
Supplément de système de succion (Lausap, fixomatic, vacuum, etc.)	261 EUR
Prothèse squelettée, chrome-cobalt base avec crochets par dent	261 EUR
	633 EUR
	211 EUR

La prestation visée au tarif cumulée à celle de l'assurance maladie légale luxembourgeoise, représente au maximum 80 % des montants cités précédemment.

C. Traitement médical en milieu hospitalier

- les prestations médicales,
- le séjour en chambre particulière (1e classe),
- les prestations annexes d'ordre diagnostique, thérapeutique ou autre facturés séparément par l'hôpital (par exemple, examen de laboratoire ou aux rayons X, médicaments, utilisation du bloc opératoire),
- le transport en ambulance aller et retour à l'hôpital **jusqu'à 100 km**. La limite de 100 km n'est pas appliquée pour les transports à l'intérieur de l'Europe.

100% des frais à prendre en charge.

Ces taux de remboursement sont également d'application si les prestations versées par l'assurance maladie légale luxembourgeoise, en cas de traitement à l'étranger, ne sont pas ou sont différentes de celles pour un traitement similaire au Luxembourg.

Aucun remboursement n'est prévu pour les implants (racine artificielle et couronne) y compris pour les travaux et mesures préparatoires.

Prestation en compensation indemnité journalière d'hospitalisation

Si en cas de traitement en milieu hospitalier avec hospitalisation, aucune participation aux frais n'est due, une indemnité journalière de 15 EUR est accordée. Pour les enfants (0 à 15 ans), l'indemnité journalière est de 7,50 EUR aux mêmes conditions. **En cas d'hospitalisation partielle, aucune indemnité journalière n'est due.**

D. Prestations d'assistance

a) Enseignement privé en cas de maladie prolongée de l'enfant

Si l'enfant doit rester à la maison pendant une longue période à la suite d'une maladie, Interlux organise des cours privés par des enseignants qualifiés. Interlux intervient à concurrence de 15 EUR de l'heure (max. 10 heures par semaine) dans les frais d'enseignement privé. L'indemnité est versée tant que l'enfant en âge de scolarité obligatoire ne peut participer aux cours dispensés à l'école, jusqu'à maximum six semaines par sinistre (enfants jusqu'à 14 ans).

b) Séjour d'un parent dans la chambre d'hôpital de l'enfant

Si l'enfant doit rester hospitalisé, Interlux prend en charge les frais de séjour d'un parent passant la nuit dans la chambre de l'enfant (enfants jusqu'à 12 ans).

c) Médiation d'une aide-ménagère

Si l'un des parents ou les deux est malade pendant plus d'une semaine, Interlux aide à obtenir par son intermédiaire une aide ménagère pouvant également effectuer les courses ou une gardienne pour les enfants jusqu'à 4 ans. Interlux prend en charge les frais de médiation du personnel auxiliaire.

3. Prestations du preneur d'assurance

Les primes mensuelles résultent de la police d'assurance et de la tarification figurant dans le tableau ci-après. L'impôt légal n'est pas compris dans les montants mentionnés ci-dessus et est prélevé séparément.

Primes du tarif ICO-L		
Primes mensuelles en EUR		
Age d'entrée	Assuré masculin	Assuré féminin
0-15 ans	13,49	13,49
16-20 ans	20,23	26,98
21 ans	38,43	45,29
22 ans	39,46	45,93
23 ans	40,54	46,59
24 ans	41,67	47,28
25 ans	42,83	48,03
26 ans	44,01	48,86
27 ans	45,23	49,75
28 ans	46,46	50,71
29 ans	47,72	51,74
30 ans	49,02	52,78
31 ans	50,36	53,83
32 ans	51,75	54,89
33 ans	53,18	55,98
34 ans	54,67	57,08
35 ans	56,21	58,20
36 ans	57,81	59,35
37 ans	59,48	60,52
38 ans	61,21	61,73
39 ans	63,02	62,96
40 ans	64,90	64,23
41 ans	66,85	65,53
42 ans	68,89	66,87
43 ans	71,01	68,25
44 ans	73,22	69,66
45 ans	75,47	71,11
46 ans	77,76	72,58
47 ans	80,08	74,09
48 ans	82,46	75,64
49 ans	84,88	77,22
50 ans	87,34	78,84
51 ans	89,85	80,48
52 ans	92,40	82,17
53 ans	94,99	83,89
54 ans	97,65	85,66
55 ans	100,34	87,45
56 ans	103,05	89,27
57 ans	105,80	91,12
58 ans	108,58	93,01
59 ans	111,42	94,93
60 ans	114,24	96,88
61 ans	117,07	98,86
62 ans	119,90	100,88
63 ans	122,72	102,94
64 ans	125,56	105,04
65 ans	128,38	107,15
66 ans	131,20	109,28
67 ans	134,02	111,43
68 ans	136,83	113,60
69 ans	139,65	115,80
70 ans	142,42	118,01

Partie II: Assurance Complémentaire Frais de Maladie Tarif ICO-G (pour non-résidents)

Ce tarif (Partie II des Conditions Générales d'Assurance) est uniquement valable en association avec la partie I – Conditions Générale d'Assurance pour l'Assurance Frais de Maladie et Indemnité Journalière en Cas d'Hospitalisation.

1. Assurabilité

Sont assurables les personnes dont le domicile permanent se trouve à l'étranger et qui de par leur emploi sont assurées dans le cadre de l'assurance maladie légale luxembourgeoise.

La limite d'âge d'entrée est fixée à 70 ans.

La désaffiliation de l'assurance maladie luxembourgeoise doit être notifiée par écrit à l'assureur endéans les deux mois. Le contrat d'assurance prend fin à la fin du mois au cours duquel la justification parvient à l'assureur. En cas de non-présentation de celle-ci ou de présentation tardive, le contrat d'assurance prend fin à la fin du mois au cours duquel l'assureur est avisé de la disparition des conditions d'assurabilité. **Dans ce cas, seules les prestations visées à l'article 2.A. sont versées en cas de disparition des conditions et simultanément aucunes prestations visées à l'article 2.B.. En cas d'hospitalisation (article 2.C.), seule la prestation en compensation indemnité journalière d'hospitalisation est versée.**

2. Prestations de l'assureur

Sont remboursables les frais restants non pris en charge par la Sécurité Sociale.

A. Traitement médical ambulatoire

La prestation visée au tarif représente 100 % des frais à prendre en charge pour:

- les prestations médicales,
- les médicaments et les pansements,
- les soins,
- les accessoires.

En cas de non-remboursement par l'assurance maladie légale, la prestation visée au tarif représente 20 % des frais remboursables.

En cas de traitement à l'étranger (en dehors du Luxembourg) le pourcentage de remboursement plus élevé est uniquement d'application si l'assurance maladie légale a versé des prestations équivalentes à celles appliquées en cas de traitement dans le pays de résidence. Les suppléments entraînés par un rapatriement de l'étranger justifié pour des raisons médicales et ordonné par un médecin seront pris en charge si des soins médicaux appropriés ne peuvent être dispensés sur place ou à une distance raisonnable, mettant ainsi en péril la santé de l'assuré ; de plus, les suppléments d'accompagnateur sont remboursés si l'accompagnement est médicalement nécessaire et ordonné par un médecin. Le rapatriement doit être effectué au domicile fixe ou à l'hôpital le plus proche. Pour autant qu'il n'y ait aucune contre-indication d'ordre médical, le moyen de transport **le plus économique** devra être chaque fois retenu.

En cas de décès à l'étranger de la personne assurée, les frais d'inhumation au lieu du décès ou les frais de transfert du corps au dernier domicile fixe, sont pris en charge jusqu'à concurrence de 10.000 EUR.

Les prestations d'un homéopathe en République fédérale d'Allemagne de même que les médicaments, les pansements et les soins sont remboursés à concurrence de 80 % (400 EUR au maximum) par an.

B. Soins dentaires

La prestation visée au tarif représente pour :

- soins dentaires 100 %
- prothèses dentaires (honoraires du médecin-dentiste, frais de matériel et de laboratoire), y compris les réparations, couronnes et orthodontie cumulées aux prestations de l'assurance maladie légale au maximum de 80 %

des dépenses remboursables. (voir maxima)

En cas de non-remboursement par l'assurance maladie légale, la prestation visée au tarif pour soins dentaires, prothèses dentaires, (y compris) réparations, couronnes et orthodontie représente 40 % des dépenses remboursables.

En cas de traitement à l'étranger (en dehors du Luxembourg) le pourcentage de remboursement plus élevé est uniquement d'application si une assurance maladie légale a versé des prestations équivalentes à celles appliquées en cas de traitement dans le pays de résidence.

Les remboursements maxima suivants sont d'application en cas de prothèses et de couronnes:

Prothèses fixes

Couronne	546 EUR
Inlay, Or	496 EUR
Dent à pivot simple	422 EUR
Dent à pivot Richmond	744 EUR
Dent à pivot avec faux-moignon	744 EUR
Élément de bridge, or et résine	496 EUR
Élément de bridge, or et porcelaine	546 EUR
Ancrage spécial	546 EUR
Charnière	199 EUR
Implant (racine artificielle et couronne) y compris travaux et mesures préparatoires	744 EUR

Prothèses mobiles

Prothèse totale haut ou bas (14 dents, plaque résine)	1.029 EUR
Prothèse partielle (plaque résine)	
Plaque bas	229 EUR
par dent	72 EUR
par crochet	53 EUR
Supplément pour base métallique inox (par maxillaire)	261 EUR
Supplément de système de succion (Lausap, fixomatic, vacuum, etc.)	261 EUR
Prothèse squelettée, chrome-cobalt	
base avec crochets	633 EUR
par dent	211 EUR

La prestation visée au tarif cumulée à celle de l'assurance maladie légale, représente au maximum 80 % des montants cités précédemment.

C. Traitement médical en milieu hospitalier

- les prestations médicales,
- le séjour en chambre particulière (1e classe),
- les prestations annexes d'ordre diagnostique, thérapeutique ou autre facturés séparément par l'hôpital (par exemple, examen de laboratoire ou aux rayons X, médicaments, utilisation du bloc opératoire),
- le transport en ambulance aller et retour à l'hôpital **jusqu'à 100 km**. La limite de 100 km n'est pas appliquée pour les transports à l'intérieur de l'Europe.
- 100% des frais à prendre en charge.

Ces taux de remboursement sont également d'application si les prestations versées par l'assurance maladie légale, en cas de traitement à l'étranger, ne sont pas ou sont différentes de celles pour un traitement similaire dans le pays de résidence.

Aucun remboursement n'est prévu pour les implants (racine artificielle et couronne) y compris pour les travaux et mesures préparatoires.

Prestation en compensation indemnité journalière d'hospitalisation

Si en cas de traitement en milieu hospitalier avec hospitalisation, aucune participation aux frais n'est due, une indemnité journalière de 15 Euro est accordée. Pour les enfants (0-15 ans), l'indemnité journalière est de 7,50 Euro aux mêmes conditions. **En cas d'hospitalisation partielle, aucune indemnité journalière n'est due.**

D. Prestations d'assistance

a) Enseignement privé en cas de maladie prolongée de l'enfant

Si l'enfant doit rester à la maison pendant une longue période à la suite d'une maladie, Interlux organise des cours privés par des enseignants qualifiés. Interlux intervient à concurrence de 15 EUR de l'heure (max. 10 heures par semaine) dans les frais d'enseignement privé. L'indemnité est versée tant que l'enfant en âge de scolarité obligatoire ne peut participer aux cours dispensés à l'école, jusqu'à maximum six semaines par sinistre (enfants jusqu'à 14 ans).

b) Séjour d'un parent dans la chambre d'hôpital de l'enfant

Si l'enfant doit rester hospitalisé, Interlux prend en charge les frais de séjour d'un parent passant la nuit dans la chambre de l'enfant (enfants jusqu'à 12 ans).

c) Médiation d'une aide-ménagère

Si l'un des parents ou les deux est malade pendant plus d'une semaine, Interlux aide à obtenir par son intermédiaire une aide ménagère pouvant également effectuer les courses ou une gardienne pour les enfants jusqu'à 4 ans. Interlux prend en charge les frais de médiation du personnel auxiliaire.

3. Prestations du preneur d'assurance

Les primes mensuelles résultent de la police d'assurance et de la tarification figurant en annexe. L'impôt légal n'est pas compris dans les montants mentionnés ci-dessus et est prélevé séparément.

Les Conditions Générales d'Assurance en langue française sont une traduction et les Conditions Générales d'Assurance en langue allemande représentent la version légale.

Primes du tarif ICO-G		
Primes mensuelles en EUR		
Age d'entrée	Assuré masculin	Assuré féminin
0-15 ans	25,39	25,39
16-20 ans	38,09	50,78
21 ans	72,34	85,25
22 ans	74,28	86,45
23 ans	76,31	87,69
24 ans	78,43	88,99
25 ans	80,62	90,41
26 ans	82,85	91,96
27 ans	85,14	93,64
28 ans	87,46	95,45
29 ans	89,83	97,38
30 ans	92,27	99,34
31 ans	94,79	101,32
32 ans	97,40	103,33
33 ans	100,11	105,36
34 ans	102,91	107,44
35 ans	105,81	109,55
36 ans	108,82	111,71
37 ans	111,96	113,92
38 ans	115,22	116,19
39 ans	118,63	118,52
40 ans	122,16	120,91
41 ans	125,84	123,36
42 ans	129,67	125,87
43 ans	133,66	128,46
44 ans	137,83	131,13
45 ans	142,06	133,85
46 ans	146,36	136,62
47 ans	150,74	139,46
48 ans	155,21	142,37
49 ans	159,78	145,36
50 ans	164,41	148,40
51 ans	169,12	151,50
52 ans	173,92	154,67
53 ans	178,81	157,91
54 ans	183,81	161,24
55 ans	188,86	164,61
56 ans	193,97	168,03
57 ans	199,14	171,52
58 ans	204,39	175,07
59 ans	209,72	178,69
60 ans	215,05	182,36
61 ans	220,37	186,09
62 ans	225,68	189,89
63 ans	231,01	193,76
64 ans	236,34	197,72
65 ans	241,66	201,69
66 ans	246,97	205,70
67 ans	252,27	209,74
68 ans	257,57	213,83
69 ans	262,86	217,98
70 ans	268,09	222,14

