



## **Deluxe International**

Allgemeine  
Versicherungs-  
bedingungen für die  
Krankheitskosten- und  
Krankenhaustagegeld-  
versicherung

Stand: 1.9.2008

# Inhaltsübersicht

Seite

## **Deluxe International**

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die  
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

**Allgemeine Bestimmungen**

3

**Tarif IDLA      Krankheitskostenversicherung für Heilbehandlungen im Ausland**

6

### **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](mailto:interlux@interlux.lu)  
Internet: [www.interlux.lu](http://www.interlux.lu)

R.C. Luxembourg B 84514

#### Der Versicherungsschutz

##### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- 1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall
  - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
  - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Behandlung ein Krankenhaustagegeld.
- 2) Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
- 3) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muß die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gilt auch Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung.
- 4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (einschließlich Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften in Luxemburg.
- 5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung im Ausland.

Als Inland gelten alle Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt und das Land, in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat.

Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, so besteht innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer (einschließlich eventueller Weiterversicherungen, vgl. Teil II, Nummer 2) – auch bei mehrfacher Unterbrechung – Versicherungsschutz insgesamt bis zu sechs Monaten im Inland.

##### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- 1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), **jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages** – das heißt, nicht vor Unterzeichnung des Versicherungsscheins durch beide Vertragspartner (Faksimile sind ausreichend) – **und nicht vor Ausreise aus dem Inland**. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, **wird nicht geleistet**. **Nach Abschluß des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.**
- 2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der

eines versicherten Elternteils sein. Unter diesen Voraussetzungen besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten und Gebrechen.

##### § 3 Wartezeiten

Wartezeiten sind nicht vorgesehen.

##### § 4 Umfang der Leistungspflicht

- 1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- 2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei. Erstattungsfähig sind auch die Leistungen eines Heilpraktikers in der Bundesrepublik Deutschland sowie die von ihm verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel. Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen Fassung (Gebüh).
- 3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 Satz 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

**Nähr- und Stärkungsmittel oder Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, unterliegen nicht der Erstattungspflicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind. Desinfektionsmittel sowie kosmetische Mittel, Weine, Mineralwasser, Badezusätze usw. gelten nicht als Arzneimittel.**

Als Heilmittel gelten physikalisch-medizinische Heilmaßnahmen durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe, d. s. Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, medizinische Bäder, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie. Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig. **Von der Erstattung ausgenommen sind Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder.**

Als Hilfsmittel gelten Brillengläser (für die Fassung kann ein Zuschuß gezahlt werden), Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gehapparate, Krankenfahrstühle (bis zu 2.500 EUR Rechnungsbetrag), Gehstützen, Kompressionsstrümpfe, Einlagen zur Fußkorrektur, orthopädisches Schuhwerk (bis zu 500 EUR Rechnungsbetrag pro Jahr), Hörgeräte, Körperersatzstücke, Sprechhilfen, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Stützapparate einschließlich Liegeschalen. Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln, ausgenommen an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen, sind im Rahmen der vorstehenden Regelungen erstattungsfähig. Leistungen für notwendige Hilfsmittel gleicher Art werden bei nachgewiesenem Bedarf einmal im Kalenderjahr gewährt, sofern eine längere Gebrauchs- bzw. Funktionsfähigkeit nicht gegeben ist.

**Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel (z. B. Massagegeräte, Blutdruckmeßgeräte, Inhalationsgeräte, Bestrahlungslampen, Heizkissen) sowie für Betriebsfähigkeit, Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.**

- 4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten

verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

- 5) **Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.**
- 6) **Bei ambulanter und stationärer Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer aufgrund des Gutachtens eines von ihm beauftragten Arztes vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.**
- 7) Als Leistungsjahr gilt das Kalenderjahr. Für die Feststellung, welchem Kalenderjahr die Heilbehandlungskosten zugeordnet werden müssen, sind die Behandlungsdaten bzw. der Bezugszeitpunkt der Arznei- und Hilfsmittel maßgebend.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- 1) **Keine Leistungspflicht besteht**
  - a) **für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsergebnisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;**
  - b) **für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmassnahmen einschließlich Entziehungskuren; als Entziehungskuren gelten auch Massnahmen zur Entwöhnung und Entgiftung;**
  - c) **für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluß eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;**
  - d) **für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmassnahmen;**
  - e) **für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.** Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
  - f) **für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel;**
  - g) **für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder.** Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - h) **für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;**
  - i) **wegen Massnahmen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere kosmetische Massnahmen jeder Art und deren Folgen;**
  - j) **für Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation.**
- 2) **Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Massnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Mass, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.**
- 3) **Besteht auch Anspruch auf Leistungen Dritter zur Erstattung von Krankheitskosten, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustage-**

**geld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen Dritter notwendig bleiben.**

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

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- 1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- 2) Die Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen und müssen enthalten:  
Name der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Behandlungsdaten. Verweigert der behandelnde Arzt die Angabe der Krankheitsbezeichnung, so kann der Versicherer seine Leistungen von einer ärztlichen Untersuchung nach § 9 Abs. 3 abhängig machen.
- 3) Die Höhe der von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachten Leistungen müssen von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.
- 4) Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, ist als Nachweis eine Bescheinigung des Krankenhauses oder Krankenhausarztes über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie das Aufnahme- und das Entlassungsdatum enthält.
- 5) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmässigen Nachweisen zu leisten.
- 6) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß der „Devisenkursstatistik“, Europäische Zentralbank, Luxemburg, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, daß sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- 7) **Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für die Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.**
- 8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

**Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.**

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung, Beitragsberechnung

- 1) Der Versicherungsnehmer hat den vereinbarten Beitrag (Premie) und die Nebenkosten einschließlich Steuern zu zahlen.  
Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei Vertragsverlängerung für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die vereinbarte Mehrleistung nach dem jeweiligen Lebensalter und dem Geschlecht festgesetzt. Das Lebensalter errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.  
Bei Vertragsverlängerungen gilt der Beitrag des jeweiligen Lebensalters und Geschlechts gemäß den Neugeschftsbeitragen.  
Für bestehende Versicherungsverhältnisse erhöhet sich entsprechend der in den Tarifen vorgesehenen Altersstaffel der Beitrag

jeweils ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die nächsthöhere Altersstufe erreicht wird.

- 2) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in den tariflich vorgesehenen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind – auch nach Eintritt des Versicherungsfalles – am Ersten eines jeden Monats fällig.
- 3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines, frühestens ab Versicherungsbeginn zu zahlen.
- 4) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet; über diesen Zeitpunkt hinaus gezahlte Beiträge werden zurückerstattet. Hat der Versicherer über den Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsverhältnisses hinaus Nebenkosten zu zahlen, so gehen diese in voller Höhe zu Lasten des Versicherungsnehmers und werden spätestens mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses fällig.
- 5) Die Beiträge sind einforderbar am Wohnsitz oder am Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers.
- 6) Wird der Beitrag nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach dem Fälligkeitstage gezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist zur Zahlung auffordern. Diese Zahlungsaufforderung ist durch eine als eingeschriebenen Brief an den letztbekannten Wohnort des Versicherungsnehmers adressierte Mahnung festzustellen. Die Kosten der vorgenannten Zahlungsaufforderung sind mit der Beitragszahlung zu erstatten und gehen in allen Fällen zu Lasten des Versicherungsnehmers.
- 7) **Unterbleibt die Zahlung des Beitrags oder der in Abs. 6 genannten Kosten auch innerhalb von dreißig vollen Tagen ab Zugang der Mahnung, so ist der Versicherer für die nach Ablauf dieser Frist eintretenden Behandlungsfälle leistungsfrei.**  
Die Leistungspflicht des Versicherers setzt für alle neu eintretenden Behandlungsfälle wieder ein, falls der Versicherungsnehmer die bis zu diesem Zeitpunkt fälligen Beiträge und die nachgewiesenen Kosten des Mahnverfahrens gezahlt hat. **Eine Leistungspflicht besteht jedoch nicht, wenn der Versicherungsnehmer erst zu einem Zeitpunkt zahlt, in dem der Eintritt des Versicherungsfalles nicht mehr ungewiß ist.**
- 8) Liegen die in Abs. 7 Satz 1 genannten Voraussetzungen vor, so kann der Versicherer – abgesehen von Leistungsfreiheit – den Vertrag innerhalb von 10 Tagen kündigen.
- 9) Die Berechnung der Beiträge erfolgt im Rahmen technischer Berechnungsgrundlagen.
- 10) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge im gleichen Verhältnis ändern.

## § 9 Obliegenheiten

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

Einwilligung des ersten Versicherers (Interlux) abgeschlossen oder erhöht werden.

## § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- 1) **Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.** Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung nur insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluß weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistungen gehabt hat.
- 2) Wird die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer den Vertrag innerhalb dreier Monate, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangte, mit sofortiger Wirkung kündigen. **Im Falle der Kündigung ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.**
- 3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## § 11 Ansprüche gegen Dritte

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

## § 12 Aufrechnung

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

## § 13 Verjährung

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

## Ende der Versicherung

### § 14 Kündigung und Nichtigkeit des Versicherungsverhältnisses

- 1) Der Versicherungsnehmer kann in den Fällen des Abs. 4 die Aufhebung des Versicherungsverhältnisses hinsichtlich der nicht betroffenen Personen innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum Ende des Monats verlangen, in dem die Erklärung zugegangen ist.
- 2) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen, wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Versicherungsleistungen erschlichen hat oder zu erschleichen versucht. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von den zur Kündigung berechtigenden Tatsachen Kenntnis erhalten hat.  
Andere außerordentliche Kündigungsrechte des Versicherers bleiben unberührt. Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen.
- 3) **Der Vertrag ist nichtig, wenn durch schuldhafte Verletzung der Anzeigepflicht die Beurteilung des Risikos derart verändert wird, daß ihn der Versicherer bei Kenntnis des verschwiegenen Umstandes gar nicht oder nicht zu denselben Bedingungen abgeschlossen hätte. Das gleiche gilt für eine Anzeigepflichtverletzung bei Verträgen über die Abänderung oder Wiederinkraftsetzung des Versicherungsschutzes.**

**Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, empfangene Versicherungsleistungen zurückzuzahlen. Der Versicherer muß die gezahlten Beiträge zurückzahlen, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht erfolgte vorsätzlich.**

- 4) Liegen bei Versicherungsverhältnissen, die mehrere versicherte Personen umfassen, die Voraussetzungen der Kündigung gemäß Abs. 2 oder Nichtigkeit gemäß Abs. 3 nur hinsichtlich einzelner versicherter Personen vor, so kann die Ausübung der vorstehenden Rechte auf diese beschränkt werden.

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

- 1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- 2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 3) Bei nicht nur vorübergehender Rückkehr aus dem Ausland endet das Versicherungsverhältnis mit Ablauf des Monats, in dem die Rückkehr angezeigt wird, spätestens aber sechs Monate nach Rückkehr in das Inland. Beendet nur eine Person den Auslandsaufenthalt, so endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

## Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

### § 17 Gerichtsstand

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

# Deluxe International

## Teil II: Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif IDLA

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit Teil I – Allgemeine Bestimmungen

### 1. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten haben.

### 2. Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer beträgt maximal ein Jahr. Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kann der Versicherungsnehmer eine Weiterversicherung um maximal ein weiteres Jahr höchstens dreimal zu den jeweils geltenden Versicherungsbedingungen beantragen, sofern die sonstigen Voraussetzungen weiterhin erfüllt sind. Wird der Antrag zur Weiterversicherung bis zum Ablauf der zuvor vereinbarten Versicherungsdauer gestellt, erfolgt die Weiterversicherung ohne erneute Risikoprüfung im unmittelbaren Anschluß an das ursprüngliche Versicherungsverhältnis. Laufende Versicherungsfälle sind dann in den neuen Versicherungsschutz einbezogen.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich das Versicherungsverhältnis einmalig um zwei Monate.

### 3. Leistungen des Versicherers

Erstattet werden mit den nachstehend genannten Prozentsätzen die erstattungsfähigen Aufwendungen.

### A. Ambulante Heilbehandlung

Die Tarifleistung beträgt für

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

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Erstattet werden medizinisch notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus im Aufenthaltsland.

Die Leistungen eines Heilpraktikers in der Bundesrepublik Deutschland sowie die von ihm verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel werden zu 80 % (bis zu 400 EUR) pro Jahr erstattet.

### B. Zahnärztliche Behandlung

Die Tarifleistung beträgt für

- Zahnbehandlung 100 %
- Zahnersatz (zahnärztliches Honorar, Material- und Laborkosten) einschließlich Reparaturen, Zahnkronen und Kieferorthopädie 80 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Bei Zahnersatz und Zahnkronen sind **höchstens** folgende Kosten erstattungsfähig:

### Festsitzende Prothesen

Kronen	546 EUR
Inlay, Gold	496 EUR
einfacher Stiftzahn	422 EUR
Richmond-Stiftzahn	744 EUR
Stiftzahn mit künstlichem Aufbau	744 EUR
Brückenelement, Gold und Kunststoff	496 EUR
Brückenelement, Gold und Keramik	546 EUR
Spezialverankerungen	546 EUR
Gelenke	199 EUR
Implantat (künstliche Wurzel und Kronenaufbau) einschließlich vorbereitender Arbeiten und Maßnahmen	744 EUR

### Herausnehmbare Prothesen

Vollprothesen oben oder unten (14 Zähne, Platte Kunststoff)	1.029 EUR
Teilprothese (Platte Kunststoff)	
– Platte unten	229 EUR
– pro Zahn	72 EUR
– pro Haken	53 EUR
Ergänzung auf Stahlbasis (pro Kiefer)	261 EUR
Ergänzung durch Saugsysteme (Lausap, Fixomatic, Vacuum usw.)	261 EUR
Prothesengerüst, Chrom-Kobalt	
– auf Hakenbasis	633 EUR
– pro Zahn	211 EUR

### **C. Stationäre Heilbehandlung**

Die Tarifleistung beträgt für

- ärztliche Leistungen,
- Unterkunft im Einbettzimmer (1. Klasse),
- vom Krankenhaus gesondert berechenbare diagnostische, therapeutische und sonstige Nebenleistungen (z. B. Labor- oder Röntgenuntersuchungen, Arzneimittel, Operationssaalbenutzung),
- Transport in einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächsterreichbaren, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports aus dem Ausland werden übernommen, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist. Der Rücktransport erfolgt in das **nächstgelegene**, nach medizinischen Kriterien geeignete Krankenhaus im Inland (vgl. Teil I, § 1 Abs. 5). Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils **kostengünstigste** Transportmittel zu wählen.

Im Todesfall der versicherten Person im Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung ins Inland bis zu 10.000 EUR erstattet.

**Keine Leistungspflicht besteht für Implantate (künstliche Wurzel und Kronenaufbau) einschließlich vorbereitender Arbeiten und Maßnahmen.**

Ersatzleistung Krankenhaustagegeld

Werden bei vollstationärer Behandlung keine Kosten in Anspruch genommen, so wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gewährt. Für Kinder (0 bis 15 Jahre) beträgt unter den gleichen Voraussetzungen das Krankenhaustagegeld 12,50 EUR. **Bei teilstationärer (halbstationärer) Behandlung besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.**

### **D. Assistenzleistungen**

Unterbringung eines Elternteils im Krankenhauszimmer des Kindes

Wenn das Kind im Krankenhaus verweilen muß, übernimmt Interlux die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils, das im Zimmer des Kindes übernachtet (Kinder bis 12 Jahre).

### **4. Leistungen des Versicherungsnehmers**

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

<b>Beiträge des Tarifs IDLA</b>		
Monatliche Beitragsraten in EUR pro Person		
bei einem Lebensalter für	männliche Versicherte	weibliche Versicherte
0 – 15 Jahre	187,34	187,34
16 – 20 Jahre	194,09	279,14
21 – 25 Jahre	200,83	370,89
26 – 30 Jahre	215,02	377,80
31 – 35 Jahre	233,74	385,92
36 – 40 Jahre	263,94	394,45
41 – 45 Jahre	301,99	406,23
46 – 50 Jahre	346,39	425,33
51 – 55 Jahre	387,76	440,36
56 – 60 Jahre	425,81	453,36
61 – 65 Jahre	809,95	838,87

