



Deluxe Europe

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

Stand: 1.7.2009

Inhaltsübersicht

Seite

Deluxe Europe

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

Allgemeine Bestimmungen

3

Tarif IDLE

7

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

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 gezerrt oder zerrissen werden.
- 3) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muß die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gilt auch Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung.
- 4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (einschließlich Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften in Luxemburg.
- 5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung im europäischen Ausland. Wird der Auslandsaufenthalt vorübergehend unterbrochen, besteht Versicherungsschutz auch für die ersten 6 Wochen des Aufenthalts der Versichertenperson im Inland pro Kalenderjahr.
- 6) Als Ausland gelten alle Länder Europas, ausser dem Land, aus dem der Versicherte seinen Auslandsaufenthalt antritt bzw. antritt und seinen als Lebensmittelpunkt anzusehenden Wohnsitz und anderweitigen Krankenversicherungsschutz hat. Dieses Land gilt als Inland im Sinne dieses Vertrages.

§ 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). 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.**

Bei Tarifförderstufungen, Vertragsänderungen oder -erweiterungen gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend für die Mehrleistung bzw. für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- 2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil minde-

stens 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 niedergelassenen approbierten 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 im Inland 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 aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung,**

auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- 1) 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.
- 7) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für die Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- 8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung, Beitragsberechnung

- 1) Der Versicherungsnehmer hat den vereinbarten Beitrag (Prämie) und die Nebenkosten einschließlich Steuern zu zahlen. Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei Vertragsverlängerung für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die vereinbarte Mehrleistung nach dem jeweiligen Lebensalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns, der Vertragsverlängerung bzw. der Vertragsänderung.
Für bestehende Versicherungsverhältnisse erhöht 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) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu zahlen.
- 11) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge 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 Rücktritt vom Versicherungsverhältnis

- 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 Versicherer kann von dem Vertrag zurücktreten, wenn durch schuldhaftes Verletzung der Anzeigepflicht die Beurteilung des Risikos derart verändert wird, daß der Versicherer bei Kenntnis des verschwiegenen Umstandes den Vertrag 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 des Rücktritts 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) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus Europa, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird, spätestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Bei Wegzug einer versicherten Person 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.

Teil II: Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif IDLE

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit Teil I – Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die sich vorübergehend im europäischen Ausland (§ 1 Abs. 6 AVB Teil I) aufhalten. Die Aufnahme-fähigkeit endet mit dem 70. Lebensjahr.

2. Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer beträgt maximal ein Jahr. Nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kann der Versicherungsnehmer eine Weiterversicherung um maximal ein weiteres Jahr zu den jeweils geltenden Versicherungsbedingungen beantragen, sofern die sonstigen Voraussetzungen weiterhin erfüllt sind. Der Versicherungsnehmer kann danach die Weiterversicherung um jeweils ein weiteres Jahr maximal zweimal 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.

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. Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports aus dem europäischen Ausland in das Inland des Versicherten werden übernommen, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist. Der Rücktransport muss an den ständigen Wohnsitz im Inland oder in das von dort nächst erreichbare Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Im Todesfall der versicherten Person im europäischen Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung zu deren letztem ständigen Wohnsitz im Inland bis zu 10.000 EUR erstattet.

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

B. Zahnärztliche Behandlung

Die Tarifleistung beträgt für

- Zahnbehandlung 100 %
- Zahnersatz (zahnärztliches Honorar, Material- und Laborkosten) einschließlich Reparaturen, Zahnkronen und Kieferorthopädie 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 Tage, 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, Operationsaalbenutzung),
- Transport im Krankenwagen zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus bis 100 km.

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

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

Ersatzleistung Krankenhaustagegeld

Werden bei vollstationärer Behandlung keine Leistungen in Anspruch genommen, auf die dem Grunde nach ein Anspruch gegeben ist, 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

- a) Privatunterricht bei längerer Krankheit des Kindes Wenn das Kind wegen einer langwierigen Erkrankung für längere Zeit zu Hause verweilen muß, organisiert Interlux Privatunterricht durch qualifizierte Lehrer. Interlux leistet einen Zuschuß in Höhe von 15 EUR pro Stunde (max. 10 Stunden pro Woche) für die Kosten des Privatunterrichts. Der Zuschuß wird gezahlt, solange das schulpflichtige Kind nicht am Schulunterricht teilnehmen kann, maximal bis zu sechs Wochen pro Versicherungsfall (Kinder bis 14 Jahre).
- b) Unterbringung eines Elternteils im Krankenhauszimmer des Kindes Wenn das Kind im Krankenhaus verweilen muß, übernimmt Interlux die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils, das im Zimmer des Kindes übernachtet (Kinder bis 12 Jahre).
- c) Vermittlung einer Haushaltshilfe Ist einer der oder sind beide Elternteile länger als eine Woche krank, vermittelt Interlux eine Haushalts- und Einkaufshilfe oder eine Betreuungsperson für Kinder bis 4 Jahre. Interlux übernimmt die Kosten für die Vermittlung der Hilfsperson.

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.

Beiträge des Tarifs IDLE		
Monatliche Beitragsraten in EUR		
bei einem Lebensalter für	männliche Versicherte	weibliche Versicherte
0-15 Jahre	69,05	69,05
16-20 Jahre	75,95	103,57
21-25 Jahre	117,27	158,20
26-30 Jahre	135,34	173,88
31-35 Jahre	158,74	185,38
36-40 Jahre	186,38	197,92
41-45 Jahre	218,28	214,64
46-50 Jahre	250,95	261,28
51-55 Jahre	293,48	289,78
56-60 Jahre	342,39	325,41
61-65 Jahre	395,56	368,16
66-70 Jahre	450,85	418,04