



Allgemeine Bedingungen



Foyer Santé S.A.
12, rue Léon Laval - L-3372 Leudelange
R.C.S. Luxembourg B72153

T. 437 43 44
www.foyer.lu

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

Inhalt

Vertragsgrundlagen	3
1. Umfang der Versicherung.....	3
2. Geschäftsbestimmungen.....	3
2.1. Existenz des Vertrages.....	3
2.1.1. Anzeigen bei Abschluss und während der Laufzeit des Vertrages	3
2.1.1.1. Bei Abschluss	3
2.1.1.2. Während der Laufzeit des Vertrages	4
2.1.1.3. Mehrfachversicherung.....	4
2.1.1.4. Widerrufsrecht	4
2.1.2. Zustandekommen und Inkrafttreten.....	4
2.1.3. Dauer	5
2.1.4. Prämien.....	5
2.1.4.1. Zahlungsmodalitäten.....	5
2.1.4.2. Folgen des Zahlungsverzugs	5
2.1.4.3. Änderung der Tarife oder der Bedingungen.....	6
2.1.5. Leistungen.....	6
2.1.5.1. Wartezeiten	6
2.1.5.2. Anzeige	6
2.1.5.3. Beim Eintritt eines Versicherungsfalls einzuhaltende Obliegenheiten und Formalitäten...	6
2.1.5.4. Leistung des Versicherers.....	7
2.1.5.5. Forderungsübergang	8
2.1.5.6. Verjährung.....	8
2.1.6. Vertragsbeendigung	8
2.2. Kündigung.....	9
2.2.1. Automatische Kündigung	9
2.2.2. Fakultative Kündigung	9
2.2.2.1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	9
2.2.2.2. Kündigung durch den Versicherer	10
2.2.2.4. Konkurs des Versicherungsnehmers.....	10
2.2.3. Formen der Vertragskündigung.....	10
2.2.4. Prämienerrstattung im Kündigungsfall	10
2.2.5. Beendigung der Versicherung.....	10
2.3. Verschiedene Bestimmungen	11

2.3.1.	Mehrere <i>Versicherungsnehmer</i>	11
2.3.2.	Mitteilungen	11
2.3.3.	Streitfragen	11
2.3.4.	Anwendbares Recht und Gerichtsstand	11
2.3.5.	Lokale Gesetzgebungen	11
2.3.6	Schutz der personenbezogenen Daten	12
3.	Glossar	13

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten der Vertragsparteien richten sich nach

- den allen Garantien gemeinsamen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den für jede Garantie eigenen Speziellen Versicherungsbedingungen ;
- dem Glossar;
- den Besonderen Bedingungen und den ärztlichen Anhängen des Vertrages, die insbesondere für die zugesagten Versicherungsleistungen maßgebend sind und worin das versicherte Risiko bzw. die versicherten Risiken bezeichnet sind.

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus diesen Bedingungen und den diesbezüglichen Nachträgen.

1. Umfang der Versicherung

Der Umfang der Versicherung und die jeweilige Höchstgrenze der Versicherungssummen ergeben sich aus den Allgemeinen und Speziellen Versicherungsbedingungen, den Besonderen Bedingungen (Versicherungsschein/ Police) und ihrer Nachträge sowie den luxemburgischen Rechtsvorschriften.

2. Geschäftsbestimmungen

2.1. Existenz des Vertrages

2.1.1. Anzeigen bei Abschluss und während der Laufzeit des Vertrages

2.1.1.1. Bei Abschluss

Der *Versicherungsnehmer* ist verpflichtet alle vom *Versicherer*, geforderten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Die Prämie wird dementsprechend festgelegt.

Der Vertrag wird nichtig, wenn der *Versicherer* durch vorsätzlich unterlassene oder ungenaue Angaben bezüglich der Risikoeinschätzung in die Irre geführt wird. In einem solchen Fall behält der *Versicherer* einen Anspruch auf die bereits gezahlten Prämien. Der *Versicherer* hat einen Regressanspruch auf eventuell zur Begleichung von Schadensfällen gezahlter Beträge, sowie einen Anspruch auf Zahlung aller bis zu dem Zeitpunkt fälligen Prämien, zu dem dem *Versicherer* die Unterlassung oder die Ungenauigkeit bekannt wird.

Im Fall von nicht vorsätzlich unterlassenen oder falschen Angaben, kann der *Versicherer* innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem er über diese Erklärung Kenntnis erlangt hat, die Änderung des Vertrages vorschlagen, die zum Zeitpunkt der Kenntnisnahme ihre Wirkung entfaltet.

Wenn der *Versicherer* jedoch nachweist, dass das Risiko in keinem Fall versichert worden wäre, so kann der *Versicherer* den Vertrag innerhalb eines Monats ab dem Tag der Kenntnisnahme der Verletzung der Anzeigepflicht kündigen.

Wenn der *Versicherungsnehmer* den Änderungsvorschlag ablehnt oder wenn dieser Vorschlag nach Ablauf einer Frist von einem Monat nach Erhalt nicht angenommen wird, kann der *Versicherer* den Vertrag innerhalb von zwei Wochen kündigen.

Kann die Verletzung der Anzeigepflicht dem *Versicherungsnehmer* oder dem Versicherten vorgehalten werden und tritt ein Versicherungsfall ein, bevor die Vertragsänderung bzw. die Vertragskündigung wirksam geworden ist, ist der *Versicherer* nur verpflichtet, seine Leistung im Verhältnis zwischen der gezahlten Prämie und der Prämie zu erbringen, die bei einer richtigen Anzeige des Risikos zu zahlen gewesen wäre. Erbringt der *Versicherer* den Nachweis, dass das Risiko, dessen wahre Natur sich erst im Versicherungsfall herausstellte, keinesfalls versichert worden wäre, beschränkt sich die Leistung im Versicherungsfall auf die Erstattung der gezahlten Prämien bzw. der gezahlten Prämienraten.

Sind durch das Versicherungsverhältnis mehrere Personen abgedeckt und sind die Kündigungs- bzw. Nichtigkeitsbedingungen nur für einzelne *Versicherte* erfüllt, kann die Geltendmachung der oben stehenden Rechte auf diese beschränkt werden.

2.1.1.2. Während der Laufzeit des Vertrages

Der *Versicherungsnehmer* bzw. der Versicherte ist verpflichtet, jede Änderung in Bezug auf den Versicherungsvertrag anzuzeigen, die geeignet ist, eine erhebliche und dauerhafte Erhöhung des versicherten Risikos zu bewirken.

2.1.1.3. Mehrfachversicherung

Besteht neben diesem Vertrag eine andere leistungspflichtige Krankenversicherung so geht diese Krankenversicherung diesem Vertrag vor.

2.1.1.4. Widerrufsrecht

Kommt der Vertrag durch Abschluss auf der Website des *Versicherers* zustande kann der *Versicherungsnehmer* innerhalb einer Frist von 14 Kalendertagen den Vertrag widerrufen, ohne Gründe zu nennen oder eine Vertragsstrafe zahlen zu müssen.

Die Widerrufsfrist beginnt

- am Tag des online Abschlusses,
- oder an dem Tag, an dem der *Versicherungsnehmer* die Vertragsbedingungen und Informationen erhält, wenn dieser Zeitpunkt später als der zuvor genannte liegt.

Wenn der *Versicherungsnehmer* sein Widerrufsrecht ausübt, so teilt er dies vor Fristablauf dem *Versicherer* mit. Die Frist gilt als gewahrt, wenn die Mitteilung, sofern der Antragssteller in Papierform (Einschreibebrief) oder auf einem anderen dauerhaften dem *Versicherer* zur Verfügung stehenden und ihm zugänglichen Datenträger erfolgt, vor Fristablauf abgesandt wird.

2.1.2. Zustandekommen und Inkrafttreten

Die Versicherung tritt am in den Besonderen Bedingungen angegebenen Datum in Kraft, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Der Versicherungsvertrag gilt als abgeschlossen, sobald er von den beiden Vertragsparteien unterzeichnet wurde und der *Versicherungsnehmer* die erste Prämie bzw. die erste Prämienrate gezahlt hat. Für Versicherungsfälle, die vor dem Inkrafttreten der Versicherung eingetreten sind, wird keine Leistung gewährt.

In Bezug auf Neugeborene beginnt die Versicherungsleistung der Heilkostenversicherung unmittelbar nach der Geburt, ohne Wartezeiten, ohne Risikoprüfung, wenn zum Datum der Geburt des Kindes die zwei Elternteile seit mindestens drei Monaten bei dem *Versicherer* in der Heilkostenversicherung versichert sind und wenn der Antrag auf Versicherung spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Ersten des Monats eingegangen ist, in dem das Kind geboren wurde. Die Versicherungsleistung kann weder höher noch umfangreicher ausfallen als die eines der versicherten Elternteile. Neugeborene können nur in den Tarifen versichert werden, die für neue Verträge vorgesehen sind.

2.1.3. Dauer

Der Versicherungsvertrag beginnt zum im Antrag angegebenen Datum (Inkrafttreten der Versicherung). Wenn in den speziellen Bedingungen des Vertrags nicht anderweitig festgestellt, wird der Versicherungsvertrag für die Dauer von einem Jahr abgeschlossen und verlängert sich anschließend stillschweigend um einen einjährigen Zeitraum, falls er nicht fristgerecht gekündigt wird.

2.1.4. Prämien

2.1.4.1. Zahlungsmodalitäten

Außer bei gegenteiliger Vereinbarung sind die gesetzlich zulässigen Prämien, Kosten und Steuern im Voraus am Sitz des Versicherers bzw. des von ihm hierzu benannten Bevollmächtigten zahlbar. Die Zahlung obliegt dem *Versicherungsnehmer*.

Bezieht sich der Vertrag auf mehrere versicherte Risiken, gilt der Prämien-Gesamtbetrag als eine unteilbare Prämie.

Die Prämie ist eine Jahresprämie. Diese läuft ab dem Inkrafttreten der Versicherung und ist zu Beginn jeden Versicherungsjahres fällig. Andere Zahlungsmodalitäten bedürfen der Zustimmung des *Versicherers*.

Die erste Prämie ist spätestens bei der Übergabe des Versicherungsvertrages zahlbar.

Für Neugeborene, die ab ihrer Geburt versichert sind, werden die Prämien ab dem Tag der Geburt des Kindes berechnet.

2.1.4.2. Folgen des Zahlungsverzugs

Bei Nichtzahlung der Prämien oder einer Prämienrate innerhalb von zehn Tagen nach Fälligkeit, gleich aus welchem Grund, werden die Versicherungsleistungen des Vertrages nach Ablauf einer Frist von mindestens 30 Tagen nach der Versendung eines Einschreibens an den *Versicherungsnehmer* an seinen letzten bekannten Wohnsitz außer Kraft gesetzt. Zur Sicherstellung der Informationspflicht des *Versicherers* verschickt der *Versicherer* das Schreiben auch an die ihm bekannte Email Adresse.

Das Einschreiben enthält eine Aufforderung des *Versicherers* zur Zahlung der fälligen Prämien; ferner wird darin auf deren Fälligkeitsdatum und den Gesamtbetrag dieser Prämien sowie auf die Folgen der Nichtzahlung bei Ablauf der vorstehend genannten Frist hingewiesen.

Für einen Versicherungsfall, der während des Zeitraums der Außerkraftsetzung eingetreten ist, kann keine Versicherungsleistung beim *Versicherer* geltend gemacht werden.

Dieser ist berechtigt, den Vertrag zehn Tage nach Ablauf der vorstehend genannten 30-Tage-Frist zu kündigen.

Der nicht gekündigte Vertrag tritt wieder in Kraft um null Uhr des Tages, der auf den Tag folgt, an dem dem *Versicherer* bzw. dem von ihm hierzu benannten Bevollmächtigten die fälligen Prämien, bzw. bei Ratenzahlung des Gesamtbetrags der Jahresprämien, die Prämienraten, die Gegenstand der Zahlungsaufforderung waren, und die während des Zeitraums der Außerkraftsetzung fällig gewordenen Prämien sowie gegebenenfalls die Gerichts- und Einziehungskosten gezahlt wurden.

Die Außerkraftsetzung beeinträchtigt nicht die Rechte des *Versicherers* zur Forderung der Prämien, die später fällig werden, sofern der *Versicherungsnehmer* zur Zahlung aufgefordert wurde. Dieses Recht beschränkt sich allerdings, auf die auf zwei aufeinander folgende Jahre entfallenden Prämien. Der wegen Nichtzahlung der Prämien außer Kraft gesetzte Vertrag wird nach einer zweijährigen ununterbrochenen Außerkraftsetzung automatisch gekündigt.

2.1.4.3. Änderung der Tarife oder der Bedingungen

Beabsichtigt der *Versicherer* die Änderung der Versicherungsbedingungen und/oder seiner Tarife, kann er diese Anpassung nur in Übereinstimmung mit den Regelungen des Gesetzes vom 27. Juli 1997 über den Versicherungsvertrag („loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance“) und den eventuellen späteren gesetzlichen Änderungen dieser Vorschriften vornehmen.

In bestimmten Fällen, falls der Versicherte ein bestimmtes Alter erreicht (beispielsweise Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter), gilt die der höheren Altersgruppe entsprechende Prämie ab dem Beginn des Kalenderjahres. In diesem Fall ist der *Versicherer* nicht verpflichtet, den Versicherten gemäß den Regelungen des Gesetzes vom 27. Juli 1997 über den Versicherungsvertrag („loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance“) und den eventuellen späteren gesetzlichen Änderungen dieser Vorschriften zu benachrichtigen.

2.1.5. Leistungen

2.1.5.1. Wartezeiten

Zu Beginn gelten Wartezeiten während dieser besteht Versicherungsschutz nur im Falle von Unfällen.

Für Schwangerschaft (einschließlich damit verbundener Komplikationen), Entbindung, psychiatrische Leistungen, Psychotherapie und umfassende zahnärztliche Leistungen betragen die Wartezeiten zehn Monate. Für Unfruchtbarkeitsbehandlungen beträgt die Wartezeit 24 Monate für beide Ehe- oder Lebenspartner.

Bei Vertragsänderung gelten die Wartezeiten auch für den hinzukommenden Teil der Versicherungsleistung.

2.1.5.2. Anzeige

Der *Versicherungsnehmer* und/oder der Versicherte müssen sobald als möglich und in jedem Fall innerhalb von drei Jahren nach Eintritt dem *Versicherer* den Versicherungsfall anzeigen. War dies infolge eines unvorhergesehenen Falls oder höherer Gewalt unmöglich, muss der *Versicherer* so rasch benachrichtigt werden wie dies vernünftigerweise erfolgen konnte.

2.1.5.3. Beim Eintritt eines Versicherungsfalls einzuhaltende Obliegenheiten und Formalitäten

Der Versicherte hat unverzüglich alle gebotenen Maßnahmen zu treffen, um einen Versicherungsfall zu vermeiden bzw. dessen Folgen zu mindern.

Der *Versicherungsnehmer* und/oder der Versicherte müssen unverzüglich dem *Versicherer* alle zweckdienlichen Auskünfte erteilen und alle Anfragen beantworten, die an dem Versicherten gerichtet werden, um die Umstände des Versicherungsfalls zu ermitteln, und dessen Umfang festzulegen.

Erfüllen der *Versicherungsnehmer* und/oder der Versicherte nicht einer dieser Obliegenheiten und ergibt sich daraus ein Schaden für den *Versicherer*, ist dieser berechtigt, eine Herabsetzung seiner Leistung in Höhe des von ihm erlittenen Schadens zu beanspruchen. Der *Versicherer* kann seine Versicherungsleistung verweigern, falls der *Versicherungsnehmer* und/oder der Versicherte ihre Obliegenheiten in betrügerischer Absicht nicht erfüllt haben.

In Bezug auf die Heilkostenversicherung muss jede Krankenhausbehandlung innerhalb von zehn Tagen nach deren Beginn angezeigt werden. Bei Verletzung der Obliegenheiten kann der *Versicherer* seine Leistungen im Verhältnis zu dem von ihm so erlittenen Schaden kürzen. Bei arglistiger Verletzung der Obliegenheiten kann der *Versicherer* seine Versicherungsleistung verweigern.

Die geforderten Auskünfte sind ebenfalls einem Bevollmächtigten des *Versicherers* zu erteilen. Auf Antrag des *Versicherers* ist der Versicherte verpflichtet, sich von einem vom *Versicherer* benannten Arzt untersuchen zu lassen.

2.1.5.4. Leistung des *Versicherers*

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, gesetzlichen oder privaten Unfallversicherung, gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Leistungen eines anderen Leistungserbringers bzw. Institution, so ist die versicherte Person zur Abtretung jeglicher solchen Ansprüche an uns verpflichtet.

Der *Versicherer* ist nur zahlungspflichtig, wenn die von ihm verlangten Nachweise erbracht wurden; diese Nachweise gehen in das Eigentum des *Versicherers* über.

Der *Versicherer* behält sich das Recht vor, diese zu archivieren. Bei Kostenbelegen sollte der Versicherte die Originalunterlagen einreichen, die den jeweiligen landestypischen Rechtsvorschriften für die Rechnungserstellung entsprechen müssen. Um die Abwicklung zu erleichtern und die Kosten möglichst schnell erstatten zu können akzeptiert der *Versicherer* jedoch auch die telekommunikative Übermittlung von Kostenbelegen per E-Mail oder Telefax, soweit die Übertragungsqualität eine Bearbeitung zulässt. Bei berechtigtem Interesse kann der *Versicherer* die Originalbelege anfordern. Sofern sich ein anderer Krankenversicherer bzw. eine andere Institution an den Kosten beteiligt hat, genügen Zweitschriften der Kostenbelege mit dessen/ deren Original-Erstattungsvermerk. Der *Versicherer* kann mit befreiender Wirkung auch an den Überbringer oder Übersender ordnungsgemäßer Original-Nachweise leisten.

Auf den Rechnungen müssen stehen: Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum der versicherten und mitversicherten Person, vom Arzt genau vermerkte Krankheitsbezeichnung (Diagnose) bzw. andernfalls eine präzise Umschreibung des Beschwerdebildes oder ICD-Kodes 9 bzw. 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten), die einzelnen Leistungen mit Behandlungsdaten und Einzelpreisen, im Rahmen zahnärztlicher Behandlung sind auch die Bezeichnungen der behandelten oder ersetzten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen anzugeben.

Auf den Verordnungen müssen stehen: Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum der versicherten und mitversicherten Person, das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk. Die Verordnungen müssen zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung oder Rechnung über Heil- und Hilfsmittel eingereicht werden.

Beantragt der Versicherte anstelle von Kostenersatz ein Ersatz-Krankenhaustagegeld, so ist eine Bescheinigung über die stationäre Behandlung einzureichen, aus der Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie Aufnahme- und Entlassungstag und eventuelle Beurlaubungstage ersichtlich sind.

Der *Versicherer* ist berechtigt zu verlangen, dass die Nachweise auf seinen eigenen Formblättern erbracht werden. Die betreffenden Formblätter sind vom Versicherten und vom behandelnden Arzt auszufüllen. Der *Versicherer* ist berechtigt, seine Leistungen der Person auszuzahlen, die ihm ordnungsgemäß die Nachweise übergibt oder zusendet. Besteht ein berechtigter Zweifel in Bezug auf die Rechtmäßigkeit dieser Person, zahlt der *Versicherer* den Erstattungsbetrag dem *Versicherungsnehmer* aus.

Die in Fremdwährung übernommenen Heilkosten werden zum Kurs des Tages der Übergabe der Belege an den *Versicherer* in Euro umgerechnet.

Zur schnellstmöglichen Bearbeitung der Unterlagen (beispielsweise ärztliche Gutachten, Rechnungen, Rezepte), bittet der *Versicherer* den Versicherten, diese in einer der folgenden Sprachen: Französisch, Deutsch oder Englisch zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus empfiehlt der *Versicherer* die Beilage der „Claims Form“.

Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

2.1.5.5. Forderungsübergang

Außer bei gegenteiliger Vereinbarung tritt der *Versicherer* in Höhe des Betrags der gezahlten Entschädigung in die Rechte und Forderungsansprüche des Versicherten ein.

Kann durch das Verhalten des Versicherten der Forderungsübergang nicht mehr zugunsten des *Versicherers* wirksam werden, kann dieser von ihm die Erstattung der gezahlten Entschädigung nach Maßgabe des erlittenen Schadens fordern.

Aus dem Forderungsübergang kann dem nur teilweise entschädigten Versicherten kein Nachteil entstehen. In diesem Fall kann er seine Vorzugsrechte für die Restschuld gegenüber dem *Versicherer* geltend machen. Außer bei Böswilligkeit hat der *Versicherer* keinen Regressanspruch gegen die Nachkommen, Vorfahren, den Ehegatten und die Verschwägerten in gerader Linie des Versicherten, sowie auch nicht gegen die in seinem Haushalt lebenden Personen, seine Gäste und die Mitglieder seines Hauspersonals. Allerdings kann der *Versicherer* gegen diese Personen insoweit Rückgriff nehmen als diese Personen durch einen Versicherungsvertrag wirksam haftplichtversichert sind.

2.1.5.6. Verjährung

Die Verjährungsfrist für jeden Forderungsanspruch aus dem Versicherungsvertrag beträgt drei Jahre. Die Frist läuft ab dem Tag des Ereignisses, das zu dem Anspruch berechtigt. Weist derjenige, dem der Forderungsanspruch zusteht, jedoch nach, dass er von diesem Ereignis erst zu einem späteren Datum Kenntnis erlangt hat, beginnt die Verjährungsfrist erst ab diesem Datum zu laufen, ohne jedoch fünf Jahre ab dem Ereignis zu überschreiten, ausgenommen bei Arglist. Die Verjährung läuft nicht gegen denjenigen, dem es aufgrund höherer Gewalt unmöglich ist, fristgerecht zu handeln.

Wurde der Versicherungsfall rechtzeitig angezeigt, wird die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt unterbrochen, an dem der *Versicherer* der anderen Partei seine Entscheidung schriftlich bekannt gegeben hat. In Bezug auf den Forderungsanspruch des Begünstigten läuft die Frist ab dem Tag, an dem dieser Kenntnis sowohl von der Existenz des Vertrages, seiner Eigenschaft als Begünstigter als auch von dem Eintritt des Ereignisses erlangt hat, nach dem sich die Fälligkeit der Versicherungsleistungen richtet.

2.1.6. Vertragsbeendigung

Nach dem Datum der Vertragsbeendigung erfolgt keine Erstattung auf die Leistungen, auch nicht für bereits eingetretene und/oder angezeigte Versicherungsfälle.

2.2. Kündigung

2.2.1. Automatische Kündigung

Der wegen Nichtzahlung der Prämien außer Kraft gesetzte Vertrag wird nach einer zweijährigen ununterbrochenen Außerkraftsetzung automatisch gekündigt.

In Bezug auf die betroffenen Versicherten endet der Versicherungsvertrag bei Wegfall einer der tariflich vorgesehenen Versicherbarkeitsbedingungen.

Mit dem Tod des *Versicherungsnehmers* endet das Versicherungsverhältnis. Allerdings sind die Versicherten berechtigt, das Versicherungsverhältnis durch die Benennung eines neuen *Versicherungsnehmers* fortzusetzen, sofern die Versicherten dies innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des *Versicherungsnehmers* angezeigt haben.

Wurde die Ehescheidung ausgesprochen, sind die Ehegatten berechtigt, ihren Vertragsanteil als eigenständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Dasselbe gilt für getrennt lebende Ehegatten.

2.2.2. Fakultative Kündigung

Bei mehreren Versicherungsleistungen oder versicherten Risiken kann sich die Kündigung entweder auf den gesamten Vertrag oder auf eine oder mehrere Versicherungsleistungen und / oder Risiken beziehen.

2.2.2.1. Kündigung durch den *Versicherungsnehmer*

Der *Versicherungsnehmer* ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne Versicherte oder Tarife zu Ende jedes Versicherungsjahres, jedoch frühestens zum Ende des vereinbarten Vertragszeitraums zu kündigen. Die Kündigung ist spätestens 30 Tage vor dem Fälligkeitsdatum der jährlichen Prämie, ansonsten 30 Tage vor dem Jahrestag des Inkrafttretens des Vertrages zu versenden. Der *Versicherungsnehmer* hat auch das Recht zu kündigen während 30 Tagen ab dem Zeitpunkt des Versandes des Fälligkeitsbescheids durch den *Versicherer*. Die Kündigung tritt in Kraft am zweiten Werktag nach dem versenden des Kündigungsbriefes, frühestens aber am Erneuerungsdatum des Vertrages.

Bei Änderungen der Allgemeinen Bedingungen ist der *Versicherungsnehmer* berechtigt, das Versicherungsverhältnis für den betroffenen Versicherten innerhalb eines Monats nach dem Eingang der Änderungsmitteilung mit Wirkung zum Datum des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

Bei Prämienerrhöhung ist der *Versicherungsnehmer* berechtigt, das Versicherungsverhältnis für den betroffenen Versicherten innerhalb 60 Tage ab dem Zeitpunkt des Versandes des Fälligkeitsbescheids durch den *Versicherer* zu kündigen. Die Kündigung tritt in Kraft am zweiten Werktag nach Versenden des Kündigungsbriefes, frühestens aber am Erneuerungsdatum des Vertrages.

Der *Versicherungsnehmer* ist berechtigt, alle seine Verträge zu kündigen, falls der *Versicherer* eine oder mehrere durch den Versicherungsvertrag abgedeckte Versicherungsleistungen oder einen anderen Versicherungsvertrag des *Versicherungsnehmers* gekündigt hat. Die Kündigung muss innerhalb von zwei Wochen nach dem Eingang der Erklärung des *Versicherers* mit Wirkung zum Ende des Monats erfolgen, in dem ihm die Erklärung zugegangen ist.

Kündigt der *Versicherungsnehmer* das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne Versicherte, sind die Versicherten berechtigt, das Versicherungsverhältnis durch die Benennung eines neuen *Versicherungsnehmers* fortzusetzen. Die Mitteilung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung

erfolgen. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der *Versicherungsnehmer* den Nachweis erbringt, dass die betroffenen Versicherten von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

2.2.2.2. Kündigung durch den *Versicherer*

Ist ein und dieselbe Versicherungsleistung durch einen oder mehrere Versicherungsverträge arglistig zu einer zu hohen Prämie versichert, ist der Vertrag nichtig. In diesem Fall ist der *Versicherer* berechtigt, die bezogenen Prämien zu behalten.

Der *Versicherer* ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit sofortiger Wirkung zu kündigen, falls der *Versicherungsnehmer* oder ein *Versicherter* Versicherungsleistungen betrügerisch erlangt oder zu erlangen versucht hat. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Datum geltend gemacht wird, zu dem der *Versicherer* Kenntnis von den Tatsachen erlangt hat, die zur Kündigung berechtigen.

Deckt das Versicherungsverhältnis mehrere Personen ab und sind die Kündigungsbedingungen nur für einzelne Versicherte erfüllt, kann die Geltendmachung der oben stehenden Rechte auf diese beschränkt werden.

2.2.2.4. Konkurs des *Versicherungsnehmers*

Bei Konkurs des *Versicherungsnehmers* besteht die Versicherung zugunsten der Gläubigergemeinschaft fort, die gegenüber dem *Versicherer* für den Betrag der ab der Konkurserklärung fällig werdenden Prämien zum Schuldner wird. Allerdings sind der *Versicherer* und der Konkursverwalter berechtigt, den Vertrag zu kündigen. Die Kündigung durch den *Versicherer* kann frühestens drei Monate nach der Konkurserklärung erfolgen, und die Kündigung muss innerhalb eines Monats nach dem Ablauf dieser Frist mitgeteilt werden. Der Konkursverwalter kann den Vertrag nur in den drei Monaten nach der Konkurserklärung kündigen.

2.2.3. Formen der Vertragskündigung

Die Vertragskündigung kann entweder per Einschreiben oder durch Zustellungsurkunde bzw. durch Übergabe des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbescheinigung erfolgen.

2.2.4. Prämienersatzung im Kündigungsfall

Ungeachtet des Kündigungsgrundes werden die Prämien, die auf die Versicherungsperiode im Anschluss an das Datum des Wirksamwerdens der Kündigung entfallen, innerhalb von 30 Tagen ab dem Wirksamwerden der Kündigung erstattet. Nach Ablauf dieser Frist laufen die gesetzlichen Zinsen von Rechts wegen.

2.2.5. Beendigung der Versicherung

Die Versicherungsleistung endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses.

Im Interesse aller Beteiligten befolgt der *Versicherer* geltende internationale Sanktionsvorschriften. Der *Versicherer* ist nicht angehalten, Versicherungsschutz zu leisten oder Schäden abzudecken oder sonstige Leistungen unter diesem Versicherungsvertrag zu erbringen, wenn die Leistung eines derartigen Versicherungsschutzes, die Bezahlung derartiger Schäden oder die Erbringung einer derartigen Leistung den *Versicherer* einer Sanktion, einem Verbot oder einer Beschränkung unter Resolutionen der Vereinten Nationen, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen, unter Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union oder der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen würde.

2.3. Verschiedene Bestimmungen

2.3.1. Mehrere Versicherungsnehmer

Bei mehreren *Versicherungsnehmern* haften diese gesamtschuldnerisch und unteilbar für die Vertragsverpflichtungen.

Bei einer Teilkündigung oder jeder sonstigen Herabsetzung der Versicherungsleistungen gilt der vorstehende Absatz nur für diese Herabsetzung und nach deren Maßgabe.

Der *Versicherungsnehmer*, der sowohl im eigenen Namen als auch im Namen und für Rechnung anderer *Versicherter* handelt, gestattet dem *Versicherer*, die ärztlichen oder sensiblen Daten, die sowohl seine Person als auch die der anderen Versicherten betreffen, in dem Maß zu verarbeiten, das für die Verfolgung des Zwecks des vorliegenden Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2.3.2. Mitteilungen

Alle Mitteilungen des *Versicherers* an den *Versicherungsnehmer* werden rechtswirksam an dessen letzten bekannten Wohnsitz gerichtet. Bei mehreren *Versicherungsnehmern* gilt jede Mitteilung des *Versicherers* an einen von ihnen als rechtswirksam an alle erfolgt. Die für den *Versicherer* bestimmten Mitteilungen haben an dessen Geschäftssitz zu erfolgen.

2.3.3. Streitfragen

Bei Streitfragen in Bezug auf den Versicherungsvertrag kann der Versicherungsnehmer eine schriftliche Beschwerde richten

- entweder an die Generaldirektion des *Versicherers*;
- oder an den Schlichter für Versicherungsfragen (c/o: Association des Compagnies d'Assurances, 12, rue Erasme, B.P. 448, L-2014 Luxembourg, oder an die Union Luxembourgeoise des Consommateurs: 55, rue des Bruyères, L-1274 Howald);
- oder an das Commissariat aux Assurances (7, Boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg),

unbeschadet der Möglichkeit für den *Versicherungsnehmer*, eine Klage einzureichen.

2.3.4. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Der Vertrag unterliegt luxemburgischem Recht. Für jede aus dem Versicherungsvertrag entstehende Streitfrage sind ausschließlich die Gerichte des Großherzogtums Luxemburg zuständig, unbeschadet der Anwendung internationaler Verträge oder Abkommen.

2.3.5. Lokale Gesetzgebungen

Versicherungsschutz in manchen Ländern unterliegt lokalen Gesetzgebungen für Krankenversicherungen, insbesondere für Personen, die dort ihren Wohnsitz haben. Der *Versicherungsnehmer* und der *Versicherte* müssen auf ihre eigene Verantwortung sicherstellen, dass ihre Krankenversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Der Versicherungsschutz durch Foyer Santé ist kein Ersatz für eine nationale Pflichtkrankenversicherung.

2.3.6 Schutz der personenbezogenen Daten

Gemäß dem Gesetz vom 1. August 2018 zur Organisation der Nationalen Kommission für Datenschutz und zur Umsetzung der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr, gewährt der sowohl in seinem Namen als auch im Namen und für Rechnung der übrigen Versicherten handelnde Versicherungsnehmer Foyer Santé das Recht, die Daten, die er ihr bereits übermittelt hat und später noch übermittelt, zu erfassen und zu verarbeiten, um die Risikolage zu beurteilen, den (die) Versicherungsvertrag (Versicherungsverträge) vorzubereiten, auszuarbeiten, zu verwalten und zu erfüllen, etwaige Schadensfälle zu bearbeiten und Betrug zu verhindern.

Diese Daten werden nicht zur Kundenwerbung verarbeitet. Eine Datenverarbeitung zur Kundenwerbung erfolgt stets mit Zustimmung der betroffenen Person, die zum Widerruf berechtigt ist.

Verantwortlicher ist Foyer Santé. Der Verantwortliche ist berechtigt, diese Daten in den Fällen, nach den Modalitäten und unter den Bedingungen, die sich aus dem das Versicherungsgeheimnis betreffenden Artikel 300 des Gesetzes über den Versicherungssektor vom 7. Dezember 2015 in der geltenden Fassung ergeben, Dritten zu übermitteln. Der Schutz der Daten Dritten gegenüber ist gewährleistet. Eine Übermittlung der Daten an Dritte innerhalb des EWR darf nur im Rahmen von gesetzlichen oder verordnungsrechtlichen Pflichten erfolgen. Im Rahmen der Verwaltung des Versicherungsvertrags oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen können Daten auch Rückversicherern, Rechtsanwälten oder sonstigen Dienstleistern übermittelt werden.

Der Versicherungsnehmer und die Versicherten haben ein Recht auf Auskunft über die sie betreffenden Daten und deren Berichtigung. Sie können dieses Recht durch einen an den Verantwortlichen zu richtenden schriftlichen Antrag wahrnehmen.

Die Zeit, in der die Daten gespeichert werden, ist auf die Laufzeit des Versicherungsvertrags und auf den Zeitraum begrenzt, in dem die Daten gespeichert werden müssen, damit Foyer Santé ihren Pflichten im Hinblick auf die Verjährungsfristen oder sonstigen gesetzlichen Pflichten nachkommen kann.

Besondere Kategorien personenbezogener Gesundheitsdaten werden von Foyer Santé zwecks Verwaltung der Gesundheitsdienstleistungen nach Maßgabe der nationalen Rechtsvorschriften über den Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und den freien Datenverkehr verarbeitet. Werden diese Daten zu anderen Zwecken verarbeitet, wird vorher in jedem Fall Ihre ausdrückliche Einwilligung eingeholt, es sei denn, sie ist in den gesetzlich vorgesehenen Ausnahmefällen, z.B. zum Schutz lebenswichtiger Interessen oder zur Wahrung berechtigter Interessen nicht erforderlich.

Die Foyer Santé S.A. hat einen Datenschutzbeauftragten benannt, der durch ein an den Verantwortlichen auf dem Postweg zu richtendes Schreiben oder per E-Mail an dataprotectionofficer@foyer.lu zu Rate gezogen werden kann.

3. Glossar

Arbeitsunfähigkeit	Der <i>Versicherte</i> ist vorübergehend absolut unfähig, seine übliche berufliche Tätigkeit oder eine andere gewinnbringende Tätigkeit auszuüben. Die <i>Arbeitsunfähigkeit</i> ist von einer <i>ärztlichen Autorität</i> festzustellen.
Arzneimittel	Jede Substanz oder Zusammenstellung, die heilende Eigenschaften in Bezug auf eine <i>Krankheit</i> besitzt.
Ärztliche Autorität	Eine Person, die durch ihr Arztdiplom zur Ausübung der Heilkunst ermächtigt ist. Diese Person kann eine Diagnose zu der <i>Krankheit</i> bzw. zu dem <i>Unfall mit Personenschaden</i> stellen.
Behandlungsbeginn	Der <i>Behandlungsbeginn</i> beginnt mit der Feststellung der Notwendigkeit einer Pflege infolge einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eines <i>Unfalls</i> .
Krankenanstalt	Jede öffentliche oder private Anstalt der Gesundheitspflege, die ständig unter ärztlicher Leitung steht, Krankengeschichten führt und für Personen bestimmt ist, deren Gesundheitszustand den Aufenthalt in der Anstalt sowie eine Heilbehandlung und/oder eine Diagnose erfordern, die eine Beobachtung, eine Überwachung und eine Kontinuität erforderlich machen, die nur in der Anstalt organisiert werden können. Nicht als <i>Krankenanstalten</i> gelten: geschlossene psychiatrische Einrichtung, medizinpädagogische Einrichtung, Erholungsheim, zugelassenes Erholungs- und Pflegeheim, Kuranstalt und Sanatorium.
Krankheit	Die Verschlechterung des körperlichen oder geistigen Gesundheitszustandes, deren Ursache und Symptome von einer <i>ärztlichen Autorität</i> objektiv ermittelt und festgestellt werden können und so eine Diagnose ermöglichen und eine Therapie erforderlich machen; diese Verschlechterung darf nicht auf einen <i>Unfall mit Personenschaden</i> zurückzuführen sein.
Leistung	Die Erstattung der Heilkosten bzw. die Zahlung des Tagegelds des <i>Versicherten</i> infolge eines mit vorliegendem Vertrag versicherten <i>Versicherungsfalls</i> .
Unfall mit Personenschaden	Plötzlich auftretendes, nicht dem Willen des <i>Versicherten</i> unterliegendes Ereignis, das eine körperliche Schädigung zur Folge hat, deren außerhalb des Organismus des Geschädigten liegende Ursache und Symptome von einer <i>ärztlichen Autorität</i> objektiv ermittelt und festgestellt werden können und so eine Diagnose ermöglichen und eine Therapie erforderlich machen.
Versicherer	Der Ausdruck „ <i>Versicherer</i> “ bezeichnet Foyer Santé S.A. 12, rue Léon Laval L-3372 Leudelange, das Versicherungsunternehmen, bei dem der Vertrag abgeschlossen wurde.
Versicherter	Die in den Besonderen Bedingungen benannte Person.
Versicherungsfall	Die ärztlich erforderliche Behandlung einer versicherten Person infolge von <i>Krankheit</i> oder <i>Unfall</i> . Der <i>Versicherungsfall</i> beginnt mit dem <i>Behandlungsbeginn</i> ; er endet, wenn nach einer ärztlichen Untersuchung die Behandlung nicht mehr erforderlich ist. Muss die Behandlung auf eine <i>Krankheit</i> oder auf die Folgen eines <i>Unfalls</i> erweitert werden, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der laufenden Behandlung stehen, tritt ein neuer <i>Versicherungsfall</i> ein. In Bezug auf die Tagegeldversicherung muss der <i>Versicherungsfall</i> eine dauernde <i>Arbeitsunfähigkeit</i> zur Folge haben. Der <i>Versicherungsfall</i> endet, wenn die <i>Arbeitsunfähigkeit</i> und die Behandlung nicht mehr erforderlich sind. Bei einer <i>Arbeitsunfähigkeit</i> , die gleichzeitig infolge mehrerer <i>Krankheiten</i> oder Unfälle verursacht wurde, wird das Tagegeld nur einmal gezahlt.
Versicherungsnehmer	Die Person, die den Versicherungsvertrag abschließt und der die Prämienzahlung obliegt, bzw. jede Person, die aufgrund einer Vereinbarung zwischen den Parteien an ihre Stelle tritt, bzw. die anspruchsberechtigten Angehörigen des <i>Versicherungsnehmers</i> bei dessen Tod.