

Vous trouverez ci-après les Conditions Générales de l'assurance maladie voyage à l'étranger au tarif « Voyage ».

On n'entend par « Vous » au sens des présentes, le Preneur d'assurance et / ou la (les) personne(s) assurée(s).

On n'entend par « Nous » au sens des présentes, la société DKV Luxembourg S.A., 11-13, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange.

1. Qui peut s'assurer ?

1.1. Le preneur d'assurance

Les preneurs d'assurance peuvent être

- a) Des personnes morales dont le siège est au Grand-Duché du Luxembourg
- b) Des personnes physiques vivant ou travaillant au Luxembourg et assurés par une caisse d'assurance maladie obligatoire à Luxembourg ou par une assurance maladie obligatoire de même type (par exemple un régime d'assurance maladie de l'Union européenne).

Si l'une des conditions citées n'est pas remplie, il n'est pas possible de souscrire une assurance au tarif « Travel ».

1.2. Peuvent également être assurés

- a) les membres de la famille suivants vivant dans le même foyer :
 - conjoint ou concubin ou partenaire
 - les enfants biologiques, adoptifs ou enfants par alliance jusqu'à 25 ans révolus
- b) les enfants biologiques jusqu'à 18 ans s'ils ne vivent pas dans le même foyer

L'assurabilité devra être prouvée à DKV Luxembourg S.A. à sa demande.

Si les conditions mentionnées ci-dessus ne sont pas réunies, le contrat d'assurance ne prendra pas effet malgré paiement des cotisations.

2. Que comprend votre garantie ?

Nous vous offrons une couverture d'assurance lors des voyages à l'étranger en cas de maladie, d'accident et d'autres événements mentionnés dans les présentes conditions générales d'assurance.

En cas d'évènement assuré survenant de manière imprévisible à l'étranger, nous vous remboursons les dépenses occasionnées sur place pour les soins médicaux nécessaires et fournissons les autres prestations convenues (cf. art. 11). L'étendue de votre couverture d'assurance résulte de la police d'assurance, des conditions générales d'assurance, et des dispositions légales y relatives du Grand-Duché du Luxembourg.

3. Pour quels voyages à l'étranger votre garantie est-elle applicable ?

Votre garantie est valable pour le séjour temporaire à l'étranger indiqué dans la demande. Sont considérés comme l'étranger tous les pays hors territoire du Grand-Duché de Luxembourg et du pays où vous avez votre domicile permanent. Aucune garantie n'est accordée pour les voyages à l'étranger pour des soins.

4. Comment souscrire le contrat d'assurance ?

Vous pouvez souscrire le contrat d'assurance en ligne. Le paiement des cotisations peut s'effectuer par carte de crédit (Visa ou MasterCard) ou par Digicash.

Il est également possible de souscrire le contrat d'assurance en ligne auprès de la réception se situant dans les locaux de DKV. Vous recevrons sans délai une confirmation écrite qui vaudra police ou certificat d'assurance.

Le contrat d'assurance entrera en vigueur avec la confirmation écrite.

5. Quelle est la durée de votre contrat d'assurance ?

L'assurance doit être souscrite pour sept jours minimum par personne, y compris dans le cas où vous-même ou les personnes assurées effectuez un voyage plus court. Vous pouvez souscrire l'assurance pour une durée maximale de 99 jours. Votre contrat d'assurance prend automatiquement fin à la date d'échéance indiquée dans le contrat ; aucune prolongation de l'assurance n'est possible.

6. Quand votre garantie prend-elle effet ?

Vous devrez souscrire le contrat d'assurance avant le passage de la frontière pour l'étranger (voir art. 3).

Votre couverture d'assurance prend effet à partir du moment que vous avez défini comme début de l'assurance. Cependant, elle ne prend pas effet

- a) avant que vous n'ayez souscrit le contrat
- b) avant que vous n'ayez payé la cotisation et
- c) avant que vous ne vous trouviez à l'étranger.

Aucune garantie n'est accordée pour les événements assurés survenus avant la conclusion du contrat d'assurance.

7. Quand votre garantie prend-elle fin ?

Votre couverture d'assurance prend fin, en ce compris pour les événements assurés déjà survenus, à la fin du contrat d'assurance.

Si vous-même ou la personne assurée ne pouvez pas être transportés suite à une maladie ou un accident, nous vous accordons une couverture d'assurance au-delà de la date de fin, sans paiement de surprime, pour le nombre de jours qui correspond à la durée d'assurance convenue, cependant au maximum pour 28 jours.

Votre contrat d'assurance se termine également à la fin du séjour à l'étranger. Si une personne met fin à son séjour à l'étranger, la couverture d'assurance prend fin pour cette personne. Dans ce cas, vous n'avez pas droit au remboursement d'un éventuel trop payé de cotisation.

Le contrat d'assurance prend fin au décès de la personne assurée. En cas de décès, l'assurance reste valable jusqu'à la fin de la période d'assurance convenue initialement pour les éventuelles personnes coassurées.

8. Combien coûte la garantie ?

La prime est facturée par journée d'assurance. Conformément à l'art. 5 la prime minimale est de sept jours.

La prime est calculée par jour d'assurance, et pour 7 jours au moins, et s'élèvent à :

- de 0 à 69 ans : EUR 0,75 par personne et par jour, taxe sur les assurances comprise,
- à partir de 70 ans : EUR 3,00 par personne et par jour, taxe sur les assurances comprise

L'âge d'adhésion est calculé en déduisant l'année de naissance de l'année de la prise d'effet de l'assurance.

9. Quels sont les événements non couverts par la garantie ?

Vous-même et la personne assurée n'êtes pas couverts par l'assurance et n'avez aucun droit à des prestations d'assistance si, et aussi longtemps que des sanctions économiques, commerciales ou financières ou des embargos de l'Union Européenne applicables directement aux parties contractantes s'y opposent.

Aucune garantie n'est accordée pour les territoires pour lesquels le Ministère des affaires étrangères, un ministère compétent ou une autorité compétente dans un des états voisins du Grand-Duché de Luxembourg a émis un avertissement.

Si vous-même ou la personne assurée vous trouvez déjà sur le territoire pour lequel un avertissement est émis, votre couverture d'assurance expire dans un délai de 14 jours après la publication de cet avertissement.

10. Qu'est-ce qu'un événement assuré ?

Un événement assuré est un soin médical nécessaire pour une personne assurée suite à une maladie ou à un accident. L'évènement assuré prend effet avec les soins et se termine au moment où, selon le diagnostic médical, il n'y a plus de nécessité de soins. Si les soins doivent être étendus à une maladie ou des suites d'accident qui ne sont pas liées à celles d'origine, un nouvel événement assuré est considéré. Le décès d'une personne assurée est aussi un événement assuré.

Vous trouverez l'étendue de nos prestations en cas d'évènement assuré à l'article 11.

11. Quelles sont nos prestations ?

Nous accordons des prestations dans les limites du contrat pour les méthodes d'examen et de soins et les médicaments majoritairement reconnus par la médecine traditionnelle. Nous couvrons également des

prestations pour les méthodes et médicaments qui se sont avérés aussi prometteurs dans la pratique, ou utilisés parce qu'aucune méthode ou médicament de médecine traditionnelle n'étaient disponibles.

Nous pouvons cependant réduire nos prestations au montant qui aurait été occasionné en cas d'utilisation de méthodes ou médicaments disponibles dans la médecine traditionnelle.

Nous pouvons mandater un prestataire d'assistance pour évaluer l'assistance et pour d'autres services. Lors de la survenance de l'évènement assuré, celui-ci est habilité à contacter le médecin compétent sur place afin de prendre avec lui la meilleure décision possible. La décision concernant le type de transports cités dans les présentes conditions d'assurance nous revient.

Nous vous remboursons les frais des prestations citées aux articles 11.1. à 11.3., à concurrence d'un montant total maximum de 30 000,00 euros par voyage assuré et par personne assurée, ou de la contre-valeur correspondante dans la monnaie nationale concernée. La conversion est faite au taux de change officiel le jour de la survenance de l'évènement assuré.

Le type et le montant des prestations d'assurance résultent des dispositions suivantes :

11.1 Traitements ambulatoires

Pour les traitements ambulatoires, nous vous remboursons jusqu'à 100 % des frais

- a) pour les soins médicaux;
- b) pour les médicaments et bandages ; ne sont pas considérés comme médicaments : les produits diététiques, alimentaires et les fortifiants, les produits pour perdre du poids, les contraceptifs, produits gériatriques, eaux minérales, produits pour le bain et produits cosmétiques ;
- c) pour les thérapies, à savoir : la kinésithérapie, les massages, l'hydrothérapie et les enveloppements, les traitements thermiques, l'électrothérapie, la luminothérapie et les bains médicinaux. Les suppléments pour soins au domicile du patient (par exemple à l'hôtel, à la pension) ne sont pas remboursés. Les saunas, bains thermaux et autres sont exclus du remboursement. Les saunas, bains thermaux et autres sont exclus du remboursement ;
- d) pour les dispositifs médicaux devenus nécessaires pour la première fois suite à un accident survenu pendant le séjour à l'étranger, à l'exception des produits d'optique et appareils auditifs.
- e) pour le transport médicalement nécessaire vers le médecin le plus proche par les services de secours agréés.

Vous avez le libre choix du médecin agréé pour dispenser les soins dans le pays du séjour.

Les médicaments et bandages, ainsi que les thérapies et dispositifs médicaux doivent être prescrits par celui-ci. Les médicaments doivent de plus être achetés à la pharmacie. L'achat répété d'un médicament avec la même ordonnance doit être impérativement prescrit sur l'ordonnance par le médecin traitant.

11.2. Hospitalisation

En cas d'hospitalisation, nous vous remboursons jusqu'à 100 % des frais

- a) des soins médicaux (coûts des interventions chirurgicales compris),
- b) du séjour à l'hôpital (y compris l'hébergement en chambre individuelle),
- c) du transport médicalement nécessaire vers l'hôpital le plus proche par les services de secours agréés,
- d) de l'hébergement d'un parent en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 13 ans

Si une hospitalisation est nécessaire d'un point de vue médical, vous avez le libre choix parmi les hôpitaux généralement reconnus dans le pays du séjour, placés sous une direction médicale permanente, disposant de possibilités diagnostiques et thérapeutiques suffisantes et gérant des dossiers médicaux.

11.3. Soins dentaires

Pour les soins dentaires, nous vous remboursons jusqu'à 100 % des frais

- a) pour les soins dentaires analgésiques
- b) pour les obturations dentaires simples médicalement nécessaires,

c) pour les réparations de prothèses dentaires existantes afin de rétablir leur fonction de mastication,

d) pour les prothèses provisoires jusqu'à 250,00 euros.

Si des soins dentaires sont médicalement nécessaires, vous avez le libre choix parmi les dentistes agréés du pays du séjour.

11.4. Rapatriement

Nous organisons et prenons en charge les coûts d'un rapatriement médicalement utile et acceptable de la personne assurée. Le rapatriement se fait soit

- au domicile de la personne assurée, soit
- à l'hôpital adapté le plus proche du domicile de la personne assurée.

Nous prenons également en charge les coûts pour un accompagnant cassure.

En cas de décès, nous organisons le rapatriement du corps dans le pays du domicile et prenons en charge les coûts.

Il s'agit :

- des coûts des pompes funèbres à l'étranger,
- des coûts de conservation du corps sur place,
- des coûts d'un cercueil jusqu'à 1 000,00 euros maximum,
- des coûts du transport de la dépouille du lieu du décès au lieu d'inhumation ou d'incinération.

Les autres coûts relatifs à l'inhumation ou l'incinération dans le pays du domicile ne sont pas pris en charge. En cas d'inhumation ou d'incinération dans le pays où la personne assurée est décédée, les mêmes dispositions sont applicables. Les éventuels suppléments pour le transport retour nécessaire des bagages de la personne rapatriée ne sont pas couverts.

Les coûts des prestations citées à l'article 11.4. sont remboursés à concurrence de 30 000,00 euros par personne assurée, ou de la contre-valeur correspondante dans la monnaie locale concernée. La conversion est faite au taux de change officiel le jour de la survenance de l'évènement assuré.

11.5. Services

Lors de la survenance de l'évènement assuré, nous fournissons les services suivants :

- a) Vous pouvez joindre notre service clients tous les jours, 24 heures sur 24.
- b) Nous vous informons sur les possibilités de soins médicaux sur le lieu du séjour.
- c) Nous vous donnons les coordonnées d'hôpitaux, de cliniques spécialisées et vous indiquons des possibilités de transfert.
- d) Nous réglons les coûts remboursables directement avec l'hôpital à l'étranger.
- e) En cas de nécessité médicale, nous organisons et prenons en charge les coûts du transport ou du transfert dans une clinique spécialisée.
- f) Nous contactons le médecin de famille et organisons l'échange d'informations entre les médecins.
- g) À votre demande, nous informons vos proches en cas d'évènement assuré.

12. Dans quels cas ne payons-nous pas ?

Nous n'accordons aucune prestation pour

- a) les soins à l'étranger qui étaient le seul motif et / ou un des motifs de votre voyage ;
- b) Les soins pour lesquels, sur base d'un diagnostic médical, il était établi dès le départ qu'ils devraient avoir lieu en cas de déroulement normal du voyage (par exemple la dialyse), sauf si vous effectuez le voyage suite au décès de votre conjoint ou d'un parent du 1^{er} degré ; le remboursement de médicaments nécessaires avant le départ dans le cadre d'un traitement de longue durée est exclu ;
- c) les coûts des moyens de contraception ;
- d) les coûts de la médecine préventive, des vaccins ou de la vaccination ;
- e) les préjudices résultant de radiations ou de l'énergie nucléaire ainsi que les préjudices consécutifs à une guerre, une guerre civile, des troubles civils, au terrorisme ou à des événements comparables, ainsi qu'à une épidémie ou pandémie ;

- f) les maladies et accidents dus à une faute intentionnelle ou à une addiction, y compris leurs conséquences, ainsi que pour les mesures de désintoxication, y compris les cures de désintoxication ;
- g) les soins des maladies psychiques, psychogènes et psychosomatiques ;
- h) Les dépenses relatives à une grossesse de la personne assurée connue avant le départ, à une interruption de grossesse, à une stérilisation, à une fausse couche et à un accouchement, aux suites de couches et à leurs conséquences ; les soins liés à des complications de grossesse aiguës non prévisibles par l'assurée sont cependant assurés, y compris les naissances prématurées avant la fin de la 32^e semaine de grossesse et les fausses couches. Les soins médicalement nécessaires du bébé prématuré sont également couverts par l'assurance ;
- i) les prothèses dentaires et couronnes ;
- j) les soins dentaux et en sanatorium ainsi que les soins de rééducation ;
- k) les soins ambulatoires dans une station thermale. Cette restriction est supprimée si, pendant un séjour temporaire, suite à une maladie indépendante de l'objet du séjour ou à un accident survenu sur place, des soins deviennent nécessaires ;
- l) les soins prodigués par les conjoints, parents ou enfants. Les frais matériels justifiés sont remboursés sur la base du barème ;
- m) les maladies ou accidents consécutifs à la consommation d'alcool, de drogues, de stupéfiants ou à la consommation abusive de médicaments ou d'autres substances non prescrits par un médecin qui modifient le comportement d'une personne ;
- n) les maladies et blessures consécutives à un acte intentionnel ;
- o) le suicide ou la tentative de suicide ;
- p) les compétitions sportives de niveau professionnel ;
- q) les accidents survenus pendant une course de véhicules automobiles, à laquelle la personne assurée participe en tant que concurrent ou d'assistant d'un concurrent ;
- r) un hébergement nécessité par la dépendance ;
- s) les soins cosmétiques de tout type et leurs conséquences ;
- t) les expertises et certificats, et les devis et plans de traitement, si vous devez fournir ceux-ci.

Si des soins ou autres actes pour lesquels des prestations sont définies excèdent ce qui est nécessaire médicalement, nous pouvons minorer les prestations à un montant adapté. Si les dépenses pour les soins ou autres prestations sont manifestement disproportionnées par rapport aux prestations fournies, nous ne sommes pas tenus de rembourser. La situation de chaque pays de destination est prise en compte.

Si des droits à des prestations d'assurance maladie obligatoire, d'assurance accident ou d'assurance retraite, à une prévoyance maladie ou prévoyance accident obligatoire existent, nous sommes uniquement tenus de rembourser les dépenses excédant les prestations légales.

13. À quoi devez-vous veiller en cas de sinistre ?

- a) Vous devez déclarer chaque soin à l'hôpital dans un délai de trois jours en téléphonant au (+352) 42 64 64 1 ou à l'adresse mail assistance@dkv.lu – à défaut, nous ne sommes pas tenus de rembourser. Si nous recevons la déclaration d'hospitalisation plus tard, nous sommes tenus d'accorder la prestation uniquement à partir du jour où nous en avons pris connaissance.
- b) Envoyez d'abord l'original des factures, avec un justificatif de paiement, à votre assurance maladie obligatoire.
- c) Envoyez-nous ensuite les copies des factures avec le justificatif de remboursement de l'assurance maladie obligatoire en indiquant votre numéro d'assuré.
- d) Si l'assurance maladie obligatoire ne participe pas aux frais, veuillez nous envoyer les documents originaux ; nous sommes seulement tenus de rembourser contre présentation des originaux.
- e) De plus, les justificatifs que nous demandons nécessaires pour apprécier notre obligation de paiement doivent être fournis. Nous pouvons demander un justificatif du paiement préalable.
- f) La revendication de prestations pour le rapatriement en cas de décès doit être justifiée par l'acte de décès officiel.

- g) Les justificatifs et preuves deviennent notre propriété.
- h) Nous sommes habilités à servir des prestations au porteur de justificatifs réglementaires.
- i) Les prétentions à des prestations d'assurance ne peuvent être ni cédées, ni gagées.

14. Que doivent mentionner les justificatifs ?

Les factures doivent mentionner :

- le nom et prénom de la personne soignée,
- le nom de la maladie (diagnostic). Si le médecin refuse d'indiquer le nom de la maladie, nous pouvons subordonner nos prestations à un examen médical comme prévu à l'article 15 b),
- le nom et l'adresse du médecin,
- les différents soins médicaux avec leurs dates.

Les points suivants doivent également être respectés :

- Les ordonnances doivent préciser clairement le médicament prescrit, son prix et être acquittées.
- Les ordonnances sont à envoyer avec la facture du médecin correspondante, les factures des thérapies et dispositifs médicaux avec la prescription.
- Pour les soins dentaires comme prévu à l'article 11.3., la facture doit comporter la désignation des dents traitées et les prestations effectuées.

15. Quelles obligations doivent être respectées ?

- a) Vous-même et les personnes assurées êtes tenus de nous permettre la collecte des informations nécessaires et de fournir tous les justificatifs indispensables pour constater l'événement assuré ou l'obligation d'accorder une prestation et son étendue. Cette disposition concerne aussi la dispense du secret médical des médecins traitants, si cela est nécessaire pour pouvoir constater l'obligation d'accorder une prestation.
- b) À notre demande, vous-même ou la personne assurée êtes tenus de vous faire examiner par un médecin mandaté par nos soins.
- c) Vous-même et la personne assurée concernée êtes responsables de l'exécution des obligations.

16. Quelles sont les conséquences d'une violation de ces obligations ?

- a) Si vous violez intentionnellement une des obligations prévues à l'article 15, nous sommes dispensés de l'obligation d'accorder une prestation.
- b) Pour les autres violations de ces obligations, nous pouvons réduire nos prestations d'assurance du montant du préjudice subi du fait de cette violation.
- c) En cas de violation due à une faute lourde, nous ne sommes tenus d'accorder la prestation que dans la mesure où cette violation n'a eu aucun effet sur la constatation de l'événement assuré ou sur la constatation ou l'étendue de la prestation qui nous incombe.

17. Comment sont convertis les justificatifs en devise étrangère ?

Les coûts générés dans une devise étrangère sont convertis en euros au taux du jour où l'événement assuré est survenu.

18. Quelles sont les règles applicables aux frais de virement et de traduction ?

Nous pouvons déduire les frais suivants de votre prestation :

- les coûts de virement des prestations d'assurance à l'étranger,
- les coûts des traductions, sauf les coûts des traductions de la zone linguistique de l'Union européenne.

19. À quoi devez-vous veiller pour les recours contre des tiers ?

Si vous-même ou les personnes assurées avez/ont droit au remboursement du préjudice par un tiers, cette prétention, sans préjudice de la subrogation légale, doit nous être cédée par écrit à hauteur du remboursement de frais prévu par le contrat d'assurance ; la prétention nous est transférée dans cette mesure. Si vous-même ou une personne assurée renoncez à une telle prétention ou à un droit utile pour garantir cette prétention sans notre accord, nous sommes dispensés de notre obligation de prestation dans la mesure où nous

aurions pu demander le remboursement sur la base de cette prétention ou de ce droit.

20. Quand vos droits sont-ils prescrits ?

Toute action résultant du contrat est prescrite à l'expiration de trois ans après la date de l'évènement sur lequel elle est fondée.

21. Quand pouvons-nous résilier le contrat d'assurance ?

Nous pouvons résilier le contrat d'assurance sans préavis si vous-même ou la personne assurée avez perçu ou tenté de percevoir des prestations d'assurance par la tromperie et / ou manœuvres frauduleuses. Les autres droits de résiliation extraordinaires ne sont pas affectés par cette disposition. Le droit à résiliation prend fin s'il n'a pas été exercé dans un délai d'un mois à partir du moment où nous avons eu connaissance des faits justifiant cette résiliation.

22. Comment les demandes doivent-elles nous être adressées ?

Veuillez envoyer les demandes qui nous sont adressées et les demandes par écrit à l'adresse suivante :

**DKV Luxembourg S.A. | 11-13, rue Jean Fischbach | L-3372 Leudelange
info@dkv.lu**

Les agents d'assurance ne sont pas habilités à les recevoir.

Si vous ne nous avez pas déclaré un déménagement, une déclaration de volonté à vous remettre est juridiquement valable si elle a été envoyée à la dernière adresse connue par nous. La déclaration prend effet le jour où elle vous aurait été notifiée en cas d'acheminement normal sans déménagement.

23. Quelle est la juridiction compétente et quel est le droit applicable ?

Les tribunaux du Grand-Duché de Luxembourg sont les seuls compétents pour tous les litiges entre vous et nous résultant du contrat. Le contrat d'assurance est régi par le droit luxembourgeois.

24. Que deviennent mes données ?

La politique sur la protection des données est consultable sur l'URL :

<https://www.dkv.lu/fr/protection-des-donnees-personnelles/>

25. Où pouvez-vous adresser vos réclamations / contestations ?

Vous pouvez adresser les réclamations / contestations, sans préjudice de la possibilité d'intenter une procédure judiciaire, par écrit à **DKV Luxembourg S.A., 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange.**

Vous pouvez également adresser vos réclamations / contestations aux instances suivantes :

- Commissariat aux Assurances, 7, Boulevard Royal, L-2449 Luxembourg
- Union Luxembourgeoise des Consommateurs, 55, rue des Bruyères, L-1274 Howald
- Association des Compagnies d'Assurances et de Réassurances, 12, rue Erasme, L-1468 Luxembourg