

Conditions Générales d'Assurance BUSINESS TRAVEL

1. Objet

La Compagnie propose au preneur d'assurance l'achat d'un forfait de 250 jours de voyage assurés.

La Compagnie garantit en cas de sinistre à l'étranger les prestations définies aux présentes en cas d'accident, de maladie et de décès à concurrence des montants et limitations stipulés aux présentes conditions générales d'assurance.

2. Durée de validité du forfait d'assurance

Les jours de voyage assurés ainsi achetés sont à utiliser dans un délai maximal de trois ans à partir de la date d'effet du contrat.

À l'expiration de ce délai, les jours de voyage assurés non déclarés et / ou non utilisés sont échus. Il ne sera effectué aucun remboursement par la Compagnie.

3. Territorialité

L'assurance est valable dans le monde entier.

4. Définitions

COMPAGNIE

DKV Luxembourg S.A, Société Anonyme d'Assurances, sise à L-3372 Leudelange, 11-13, rue Jean Fischbach et immatriculée au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro R.C.S. Luxembourg B 45762.

PRENEUR D'ASSURANCE

Le preneur d'assurance est la personne morale qui conclut le contrat d'assurance avec DKV Luxembourg S.A et dont le siège social est situé au Grand-Duché du Luxembourg.

PERSONNE(S) ASSURÉE(S)

Peuvent être considérées comme « personne(s) assurée(s) » et couvertes au titre des présentes :

- Le salarié et/ou assimilé travaillant pour le compte du preneur d'assurance, qui entreprend un voyage organisé par le preneur d'assurance et désigné comme tel par le preneur d'assurance ;
- Toute autre personne sur autorisation préalable de la Compagnie qui entreprend un voyage organisé par le preneur d'assurance et désignée comme telle par le preneur d'assurance.

Ne peuvent pas être considérées comme « personne(s) assurée(s) » :

- le personnel navigant d'une compagnie aérienne, les conducteurs de bus, les équipages de navires,
- les participants d'expéditions et/ou de voyages d'exploration,
- le personnel de surveillance, de sécurité pour la protection rapprochée des personnes et /ou la sécurité des biens,
- les correspondants de guerre, les hommes politiques, les diplomates voyageant dans les zones de guerre,
- les combattants, coopérants au développement, personnels spécialisés dans la recherche de munitions/d'explosifs et le nettoyage de terrain,
- les artificiers, pyrotechniciens,
- les artistes, acrobates, cascadeurs,
- les plongeurs professionnels, professeurs de plongée, guides de montagne,
- les employés de centrales nucléaires,
- les mineurs de fond, le personnel de plate-forme pétrolière.

VOYAGE

Sont couverts au titre des présentes :

Tous les voyages organisés par le preneur d'assurance (par exemple, les voyages d'affaires et/ou déplacements professionnels) dès lors que l'identité de la (des) personne (s) assurée (s) et le début et la fin du voyage couvert sont déclarés à la Compagnie **avant le début du voyage à assurer**. La couverture peut être étendue aux séjours privés de la (des) personne (s) assurée (s), directement rattachés au voyage assuré (par exemple en cas d'interruption du voyage d'affaires / de déplacement professionnel, ou directement, avant le début ou après la fin du voyage assuré) jusqu'à sept jours maximum par voyage.

Ne sont pas considérés comme « Voyages » :

- Les trajets « lieu de résidence habituelle » vers « lieu de travail habituel » et inversement,

- Les trajets « lieu de travail habituel » vers « lieu de travail selon affectation temporaire » et inversement.

ÉTRANGER

Tout pays en dehors du territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

ACCIDENT CORPOREL

Atteinte à l'état de santé provoquée par un événement soudain, indépendant de la volonté de la personne assurée, extérieure à l'organisme de cette dernière et dont la cause et les symptômes peuvent être constatés médicalement.

HÔPITAL

Tout établissement ayant principalement une mission de traitement et/ou d'accouchement et accessoirement de diagnostic et/ou de soins préventifs, curatifs et palliatifs et disposant de services dans lesquels les patients sont admis.

Ne sont pas considérés comme hôpitaux : l'institution psychiatrique fermée, l'institution médico-pédagogique, la maison de repos, la maison de repos et de soins agréée, l'établissement de cure thermique, l'établissement de convalescence, le foyer de réadaptation, le centre de diagnostic, l'établissement hospitalier spécialisé.

MALADIE

Atteinte à l'état de santé physique ou mentale, non imputable à un accident corporel, et dont la cause et les symptômes peuvent être constatés médicalement.

SINISTRE

Tout traitement curatif administré du fait de la nécessité médicalement avérée d'une personne assurée suite à une maladie ou à un accident corporel.

Le sinistre prend effet avec le traitement curatif et prend fin lorsque le résultat des examens médicaux établit qu'il n'y a plus de nécessité médicale.

Il y a nouveau sinistre dès lors que le traitement curatif doit être étendu à une maladie ou aux suites d'un accident sans relation de cause à effet avec ces événements.

Le traitement médical peut être ambulatoire ou stationnaire, c'est-à-dire administré dans un hôpital.

Le décès de la personne assurée constitue un sinistre.

5. Date d'effet de la Garantie

La couverture d'assurance de la personne assurée commence au début du voyage assuré déclaré par le preneur d'assurance, mais jamais avant le paiement effectif de la prime, ni avant la conclusion du contrat d'assurance.

Le début du voyage commence au départ de la personne assurée de sa résidence habituelle et/ ou de son lieu de travail habituel. Dans tous les autres cas, la garantie prend effet à 0 heure le jour de la date de début de voyage déclaré par le preneur d'assurance.

6. Expiration de la Garantie

La garantie expire à l'arrivée de la personne assurée à sa résidence habituelle et/ ou à son lieu de travail habituel, et au plus tard, à 24 H le jour de la date de fin de voyage déclarée par le preneur d'assurance y compris pour les sinistres en suspens.

Si la personne assurée se trouve immobilisée à l'étranger du fait d'un sinistre couvert avant l'expiration de la garantie, la garantie sera prorogée sans surprime jusqu'au rapatriement de la personne assurée avec un maximum de 28 jours.

Si, pour des raisons imprévisibles, une prolongation du voyage assuré est nécessaire, la garantie peut être prolongée si la prolongation est déclarée à la Compagnie dans les cinq jours ouvrés suivant la date de fin de voyage initialement déclarée.

7. Durée maximale de couverture

La durée maximale par personne assurée, par année civile, est de 99 jours.

8. Etendue des Garanties

La Compagnie assure les prestations définies contractuellement pour les méthodes d'examen, de traitement et les médicaments généralement reconnus / employés par la médecine conventionnelle.

Elle peut étendre les prestations définies contractuellement aux méthodes thérapeutiques et médicaments qui se sont révélés, dans la

Conditions Générales d'Assurance BUSINESS TRAVEL

pratique, tout aussi probants ou qui sont utilisés en raison de l'absence de méthodes ou de médicaments relevant de la médecine conventionnelle. Elle peut réduire ses prestations au montant qui aurait été dû en cas d'emploi de méthodes ou de médicaments relevant de la médecine conventionnelle.

La Compagnie peut mandater un assistant pour évaluer les mesures d'assistance à mettre en œuvre selon la situation médicale de la personne assurée et le respect des règles sanitaires en vigueur lors du sinistre.

L'assistant est notamment habilité à :

- se mettre en relation avec le médecin local qui a examiné la personne assurée ;
- recueillir toutes informations nécessaires auprès du médecin local et, le cas échéant, le médecin traitant habituel de la personne assurée.

Toutes les modalités / décisions s'effectuent conformément aux réglementations afférentes au secret professionnel et au traitement des données à caractère personnel.

Toute décision finale et sa mise en œuvre (décision de transport, de rapatriement, le choix du moyen utilisé, hospitalisation éventuelle...) relative aux mesures d'assistance et / ou de rapatriements relève, en dernier ressort, de la compétence exclusive de la Compagnie.

Dans le cas où la personne assurée refuse de suivre la décision considérée comme la plus opportune par la Compagnie, elle déchargera expressément la Compagnie de toute responsabilité, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou en cas d'aggravation de son état de santé.

Les prestations garanties sont les suivantes :

La Compagnie garantit, pour les prestations A.B.C.D. confondues, un montant total maximum de 150.000 EUR (ou la contre-valeur dans la monnaie nationale correspondante) par voyage et par personne. Les montants des prises en charge garantis s'entendent T.T.C. (voir sous- limitations en rubrique)	A. Traitement ambulatoire ; B. Hospitalisation ; C. Soins dentaires ; D. Frais de recherche et de transport.
La Compagnie prend en charge l'intégralité des frais liés aux prestations mentionnées au point E. Les montants des prises en charge garantis s'entendent T.T.C. (voir sous- limitations en rubrique)	E. Rapatriement.

A. Traitement ambulatoire

Pour les traitements ambulatoires à l'étranger, la Compagnie rembourse jusqu'à 100 %,

- pour les soins médicaux;
- pour les frais de médicaments et de bandages prescrits par un médecin.

Sont exclus : Les produits diététiques, les produits et / ou compléments alimentaires, fortifiants, amaigrissants, les eaux minérales, les produits pour le bain, les produits cosmétiques, les produits et/ ou mesures contraceptifs, les produits de gériatrie.

- pour les thérapies, savoir: la kinésithérapie, les massages, l'hydrothérapie et les enveloppements, les traitements thermiques, l'électrothérapie, la luminothérapie et les bains médicinaux.

Sont exclus : Les suppléments pour soins au domicile du patient (par exemple à l'hôtel, à la pension), les saunas, bains thermaux ou assimilés.

- 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.

L'assuré a le libre choix du médecin agréé pour dispenser les soins dans le pays du séjour.

Les médicaments, bandages, les thérapies et dispositifs médicaux doivent être nécessairement prescrits par un médecin au moyen d'une ordonnance. Les médicaments doivent en outre être achetés dans une pharmacie. L'achat multiple d'un médicament de même prescription doit être justifié par une mention spéciale du praticien sur l'ordonnance.

B. Hospitalisation

Pour les soins hospitaliers à l'étranger, la société rembourse jusqu'à 100 %,

- des soins médicaux (y compris coûts des interventions chirurgicales);
- du séjour à l'hôpital (y compris l'hébergement en chambre individuelle).

En cas de soins hospitaliers médicalement nécessaires, la personne assurée peut choisir librement l'hôpital parmi les hôpitaux du pays du séjour.

C. Soins dentaires

Pour les traitements dentaires à l'étranger, la société rembourse jusqu'à 100 %,

- des soins dentaires analgésiques ;
- des obturations dentaires simples médicalement nécessaires ;
- des réparations de prothèses dentaires existantes afin de rétablir leur fonction de mastication ;
- des prothèses provisoires **jusqu'à 250 EUR** par prothèse.

Si des soins dentaires sont médicalement nécessaires, la personne assurée a le libre choix parmi les dentistes agréés du pays du séjour.

D. Frais de recherche et de transport

La Compagnie prend en charge en cas d'évènement assuré à l'étranger les frais :

- de transport médicalement nécessaire par des services de secours agréés vers l'hôpital ou vers le médecin le plus proche ;
- résultant d'opérations de recherche et de sauvetage par des services de secours agréés à concurrence de **5.000 EUR** par personne assurée et par voyage.

En cas de sinistre du fait de la pratique à titre d'amateur :

- du ski pratiqué dans une station de ski sur piste ou hors-piste mais accompagné d'un moniteur ou d'un guide diplômé ;
- des autres activités sportives de la personne assurée.

E. Rapatriement

La Compagnie organise et prend en charge les coûts d'un rapatriement médicalement nécessaire depuis l'étranger et opportun selon la situation médicale de la personne assurée.

Le rapatriement se fait soit vers :

- le lieu de résidence de la personne assurée ;
- l'hôpital disposant du service hospitalier approprié le plus proche du lieu de résidence de la personne assurée ;

En cas de décès, la Compagnie organise le rapatriement du corps vers le pays de résidence habituelle et prend en charge :

- les coûts des pompes funèbres à l'étranger ;
- les soins de préparation de corps imposés par la législation applicable ;
- les coûts d'un cercueil **jusqu'à 1.500 EUR** maximum ;
- les coûts du transport de la dépouille du lieu du décès au lieu d'inhumation ou d'incinération.

Sont exclus : les coûts relatifs à l'inhumation ou à l'incinération dans le pays de résidence habituelle ou dans le pays où la personne assurée est décédée.

9. Exclusions communes à toutes les garanties

- les soins médicaux à l'étranger qui étaient le seul motif et / ou un des motifs du séjour à l'étranger ;
- les soins / traitements médicaux établis avant le départ en voyage sur base d'un diagnostic médical qui doivent être poursuivis pendant le voyage (p.ex. la dialyse)
- les soins médicaux prescrits et/ou entrepris au Grand-Duché de Luxembourg;
- les coûts des moyens de contraception;
- les coûts de la médecine préventive et de la vaccination;
- les dommages dus au rayonnement ou à l'énergie nucléaire ainsi que ceux dus à la guerre, civile ou autre, les dommages survenus dans le cadre du service militaire, d'émeutes, d'insurrection, de conflits de travail, d'actes de terrorisme ou autres circonstances similaires, d'épidémies ou de pandémies ;
- les maladies ou accidents d'origine intentionnelle, y compris leurs suites, intoxications, addictions, y compris les mesures / cures de

- désintoxication; les conséquences d'actes intentionnels et / ou dolosifs de la personne assurée ;
- le suicide ou la tentative de suicide, y compris leurs conséquences;
- les soins des maladies psychiques, psychogènes, psychosomatiques et les traitements psychanalytiques ;
- les dépenses consécutives relatives à une grossesse de la personne assurée et / ou les dépenses relatives aux suites d'une interruption de grossesse, d'une stérilisation, d'une fausse couche et d'un accouchement, aux suites de couches et à leurs conséquences, à condition que l'évènement ait eu lieu dans les huit mois avant le départ ;
- les soins liés à des complications de grossesse aiguës non prévisibles par la personne assurée sont assurés, y compris les naissances prématurées avant la fin de la 32ème semaine de grossesse et les fausses couches intervenus pendant le séjour assuré à l'étranger. Les soins médicalement nécessaires du bébé prématuré sont également couverts à concurrence du montant total prévu à l'art. 8 titre de l'Hospitalisation, les soins afférents à la mère y compris ;
- les prothèses dentaires et couronnes ;
- Les cures thermales, les soins en sanatorium, les soins / les interventions à caractère esthétique et leurs conséquences, les séjours en maison de repos ou de désintoxication, la rééducation, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant ;
- Les traitements curatifs ambulatoires dans une station thermale ou une ville de cure thermale ; cette limitation devient caduque dès lors que la personne assurée y a sa résidence habituelle ou si un traitement curatif devient nécessaire durant un séjour momentané à la suite d'un accident ou d'une maladie sans lien avec l'objet initial du séjour.
- Pour les traitements appliqués par un conjoint, ascendant ou descendant direct, seuls les frais matériels seront remboursés sur justificatifs et selon barème de remboursement ;
- Les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions (ou leurs essais) sportives de niveau professionnel ;
- 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 ;
- Les hébergements de fait de la dépendance au sens de l'art. 348 du Code de la Sécurité Sociale;
- Les frais afférents aux expertises, certificats, devis, rapports de nature médicale.

Si des soins ou autres actes excèdent ce qui est nécessaire médicalement, la Compagnie peut minorer les prestations à un montant adapté. Si les dépenses pour les soins ou autres actes sont manifestement disproportionnées par rapport aux prestations fournies, la Compagnie n'est pas tenue de rembourser la quote-part de prestation manifestement disproportionnée. L'évaluation de la situation se fera selon le pays de destination.

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, la Compagnie remboursera uniquement le montant des frais médicaux engagés qui n'aura pas été pris en charge par toute assurance et / ou tout autre organisme de prévoyance susvisé.

La personne assurée n'est pas couverte par l'assurance, si et aussi longtemps qu'elle se trouve dans un pays faisant l'objet d'une sanction, restriction, d'embargo économique total ou partiel imposé par de l'Union Européenne et / ou si de telles mesures s'y opposent directement.

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 aux voyageurs. Si la personne assurée se trouve déjà sur le territoire pour lequel un tel avertissement est émis, la couverture d'assurance expire de plein droit dans un délai de 14 jours après la publication de cet avertissement.

10. Obligations en cas de sinistre

La personne assurée doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre.

La personne assurée doit fournir à la Compagnie tous renseignements et justificatifs utiles et répondre aux demandes qui lui sont faites pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre.

La personne assurée doit déclarer à la Compagnie tout traitement hospitalier au plus tard 3 jours après son début téléphonant au (+352) 42 64 64 611 ou à l'adresse mail assistance@dkv.lu. A défaut, la Compagnie accordera la prestation uniquement à partir du jour où elle en a eu connaissance.

La Compagnie réglera les prestations sur présentation de justificatifs des notes de frais qui sont nécessairement des originaux, le tout après remboursement par la Caisse de maladie obligatoire. Une copie est possible dès lors qu'une autre assurance maladie a participé aux frais à condition de fournir en sus justificatif sur le montant remboursé par l'autre assurance. Les justificatifs deviennent la propriété de la Compagnie à réception.

Les factures/ notes de frais doivent comporter : le nom et l'adresse du médecin, le nom – prénom – date de naissance de la personne assurée, la durée du traitement, la désignation des prestations ; la Compagnie peut demander toutes précisions quant aux maladies / diagnostics objets des factures / notes de frais. Pour les soins dentaires, les notes de frais indiqueront un sus désignation des dents traitées et nature des prestations.

Les factures de médicaments, d'appareillages, de soins doivent être adressées à la Compagnie avec les ordonnances médicales y relatives comportant la mention de la maladie ou avec un document de substitution reconnu par l'assurance maladie légale.

La garantie rapatriement décès est subordonnée à la transmission à la Compagnie de l'acte de décès de la personne assurée.

Si le médecin refuse d'indiquer la dénomination de la maladie, la Compagnie peut faire dépendre ses prestations d'un examen médical.

La Compagnie se réserve le droit de demander toutes autres pièces qu'elle jugera utiles pour apprécier le droit et l'étendue de la prestation, y compris ses propres formulaires à compléter.

Les droits aux prestations d'assurance ne peuvent être ni cédés, ni mis en gage.

11. Déclarations

Toute déclaration est à adresser par écrit à l'adresse suivante :

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

Pour toutes questions, les services de la Compagnie restent joignables 7 jours / 7 – 24h/24h : (+352) 42 64 64 611 ou l'adresse assistance@dkv.lu – se munir du N° du Contrat d'Assurance.

Toutes notifications sont adressées valablement au dernier domicile déclaré par la personne assurée.

12. Non-respect des obligations

En cas de manquement aux obligations définies ci-avant et qu'il en résulte un préjudice pour la Compagnie, cette dernière est en droit de minorer sa prestation à concurrence du montant du préjudice qu'elle a subi.

Si la personne assurée a agi dans une intention frauduleuse, la Compagnie n'est plus tenue par son obligation de prestation et peut résilier le contrat d'assurance.

13. Conversion des justificatifs en devise étrangère

Les frais engagés dans une autre devise sont convertis en Euros au cours du jour de la remise des justificatifs à la Compagnie.

14. Remboursements

Le remboursement sera effectué sur un compte bancaire indiqué par la personne assurée.

15. Règles applicables aux frais de virement et de traduction

Si les documents (rapports médicaux, factures, ordonnances...) ne sont pas rédigés dans l'une des langues officielles du Luxembourg, la remise avec une traduction légalisée sera demandée. Les frais de traduction et de virements peuvent être déduits des prestations.

Conditions Générales d'Assurance BUSINESS TRAVEL

16. Subrogation

La Compagnie est subrogée jusqu'à concurrence des prestations payées et / ou fournies par elle dans les droits et actions de la personne assurée contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

Si la personne assurée renonce à cette prétention, ou encore à un droit servant de garantie à cette prétention, sans l'accord préalable de la Compagnie, celle-ci est dégagée de son obligation de prestation à concurrence de l'indemnité qui aurait pu lui échoir au titre de la créance ou du droit.

Si les garanties fournies en exécution du contrat d'assurance sont couvertes en tout ou partie par une polices d'assurances souscrites auprès d'une autre société d'assurances, une caisse de maladie légale ou toute autre institution, la Compagnie sera subrogée dans les droits et actions de la personne assurée contre cette société ou institution.

17. Prescription

Toute action dérivant du contrat est prescrite après trois ans, à compter de l'événement qui y donne ouverture. Toutefois, lorsque celui à qui appartient l'action prouve qu'il n'a eu connaissance de cet événement qu'à une date ultérieure, le délai ne commence à courir qu'à cette date, sans pouvoir excéder cinq ans à dater de l'événement, le cas de dol excepté.

La prescription ne court pas contre celui qui se trouve dans l'impossibilité d'agir dans les délais prescrits par cause de force majeure.

Si la déclaration de sinistre a été faite en temps utile, la prescription est interrompue jusqu'au moment où la Compagnie a fait connaître sa décision par écrit à l'autre partie.

18. Juridiction et droit applicable

Le contrat d'assurance est régi par la loi luxembourgeoise.

Sans préjudice de l'application des traités ou accords internationaux, toute contestation née à l'occasion du contrat d'assurance sera de la compétence exclusive des Tribunaux du Grand-Duché du Luxembourg.

19. Que deviennent mes données ?

La déclaration sur la protection de la vie privée est consultable sur l'URL :

<https://www.dkv.lu/fr/protection-des-donnees-1>

20. Réclamations

Les réclamations peuvent être adressées, indépendamment d'une procédure judiciaire, par écrit à DKV Luxembourg S.A., 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange.

Ils peuvent également être adressés aux instances suivantes :

- Commissariat aux Assurances, 11, rue Robert Stumper, L-2557 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