

TRAVEL⁺

DKV
Luxembourg
membre du Groupe **lalux**



UNBESCHWERT REISEN | VOYAGER EN TOUTE QUIÉTUDE | CAREFREE TRAVEL

TRAVEL⁺

Auslandsreisekrankenversicherung

Assurance maladie voyage à l'étranger

Travel health insurance

TRAVEL⁺ – WELTWEIT ABGESICHERT | COUVERTURE MONDIALE | WORLDWIDE

Reisen ist Erlebnis. Sie entdecken neue Länder und Kulturen und genießen neue Eindrücke. Damit Sie Ihren Aufenthalt unbeschwert genießen können, sollten Sie auch im Ausland gesundheitlich abgesichert sein. Unsere Auslandsreisekrankenversicherung TRAVEL⁺ sichert Sie auf Ihren Reisen ab und das sogar weltweit.

WAS TUN BEI UNFALL ODER IM KRANKHEITSFALL?

Stationäre Behandlung | Rücktransport

Informieren Sie uns schnellstmöglich. Wir sind rund um die Uhr erreichbar!

**24 Stunden am Tag
&**

7 Tage in der Woche

**Telefon +352/42 64 64-611
assistance@dkv.lu**

Ambulante Behandlung

- Rechnung vor Ort bezahlen
- Rechnung bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse einreichen

Anschließend senden Sie bitte folgende Dokumente an die DKV Luxembourg:

- Erstattungsnachweis der Krankenkasse
- Rechnungskopien und eventuell vorhandene ärztliche Berichte
- Ihre Bankverbindung

Bitte geben Sie immer Ihre Versicherungsnummer an.

Voyager est une expérience. Vous découvrirez de nouveaux pays, de nouvelles cultures riches en impressions inédites. Afin de pouvoir profiter pleinement de votre séjour, mieux vaut être couvert par une assurance maladie à l'étranger. Notre assurance maladie voyage à l'étranger TRAVEL⁺ vous couvre lors de vos voyages à travers le monde.

QUE DOIT-ON FAIRE EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT ?

Traitement stationnaire | rapatriement

Veuillez nous informer le plus rapidement possible ! Nous sommes joignables de jour comme de nuit.

**24 heures sur 24
&**

7 jours sur 7

**Téléphone +352/42 64 64-611
assistance@dkv.lu**

PROTECTION

Traitement ambulatoire

- Veuillez régler la facture sur place
- Envoyez la facture à votre assurance maladie obligatoire

Nous vous prions d'envoyer les documents suivants à la DKV Luxembourg :

- Décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire
- Copies de factures et rapport médical si possible
- RIB

Nous vous remercions de bien vouloir toujours mentionner votre numéro d'assuré.

Travelling is an experience. You discover new countries and cultures and gather new impressions. In order to enjoy your travel experience carefree, you should be protected by a health insurance when abroad. Our travel health insurance TRAVEL⁺ protects you when travelling anywhere in the world.

WHAT DO I NEED TO DO IN CASE OF ACCIDENT OR ILLNESS?

Inpatient treatment | repatriation

Please inform us as quickly as possible.
We can be reached around the clock!

**24 hours a day
&
7 days a week**

**Phone +352/42 64 64-611
assistance@dkv.lu**

Outpatient treatment

- settle the invoice
- submit the invoice to statutory health insurance

Please send afterwards the following documents to DKV Luxembourg:

- benefit statement of the statutory health insurance
- copies of invoices and medical report if available
- your bank details

Please always indicate your insurance number.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Conditions générales d'assurance : page 14

General terms and conditions of insurance: page 24

1. Wer hat Anspruch auf die Leistungen nach diesem Tarif?

Die in diesen Versicherungsbedingungen genannten Leistungen werden den in den nachfolgend genannten Tarifen versicherten Personen ohne zusätzliche Prämienzahlung bereitgestellt:

- COMPLETE (dies gilt nicht, wenn der Ambulanttarif A20 abgeschlossen wurde)
- COMPLETE HEALTH (dies gilt nicht, wenn der Ambulanttarif A20 abgeschlossen wurde)
- EASY HEALTH | EHPRIMARY
- PLUS EXCLUSIVE (AT S100, ATA S100, ATA S101)
- PLUS HEALTH
- AT/ATA/AT1 in Verbindung mit einer stationären Vollkostenversicherung

Ein Anspruch auf die Leistungen nach diesem Tarif besteht nur dann, wenn der ambulante Teil der oben genannten Tarife nicht im Rahmen eines Gruppenvertrages abgeschlossen wurde.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz ?

Der Versicherungsschutz gilt für akut notwendige Behandlungen

im Ausland aufgrund Unfall oder Krankheit oder sonstiger in diesen Bedingungen genannten Ereignissen.

Wir ersetzen der versicherten Person bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall dort entstehende Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen und erbringen sonstige vereinbarte Leistungen (vgl. Art. 8). Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften im Großherzogtum Luxemburg.

3. Für welche Auslandsreisen gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt für die ersten 56 Tage (8 Wochen) einer Reise in das Ausland, die von der versicherten Person unternommen wird.

Als Ausland gelten alle Länder ausserhalb des Großherzogtums Luxemburg und des Landes, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

4. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens mit Antritt der versicherten Reise. Die Reise gilt mit dem Grenzübertritt ins Ausland als angetreten.

5. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet mit Ablauf der 8. Woche eines Aufenthaltes im Ausland. Dies gilt auch für Versicherungsfälle, die bei Ablauf des Versicherungsschutzes noch andauern.

Besteht mit Ablauf der 8. Woche des Auslandsaufenthaltes noch Transportunfähigkeit, so leisten wir, bis die Transportfähigkeit wieder hergestellt ist.

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif endet ebenfalls, wenn der unter 1 genannte versicherte Tarif endet.

6. Wann besteht kein Versicherungsschutz?

Die versicherte Person hat keinen Versicherungsschutz bzw. keinen Anspruch auf Assistanceleistungen, soweit und solange dem auf die

Vertragsparteien direkt anwendbare Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union entgegenstehen.

Kein Versicherungsschutz gilt für die Gebiete, für die das Ministerium für auswärtige Angelegenheiten („Ministère des Affaires étrangères“), ein zuständiges Ministerium oder eine zuständige Behörde in einem der an das Grossherzogtum Luxemburg angrenzenden Länder eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Befindet sich die versicherte Person bereits in dem Gebiet, für das eine Reisewarnung nach Reisebeginn ausgesprochen wird, so endet der Versicherungsschutz mit Ablauf von 14 Tagen nach Bekanntgabe der Reisewarnung.

Ist für einen der unter Art. 1 genannten versicherten Tarife eine Anwartschaft vereinbart, so gilt diese ebenfalls für den Tarif TRAVEL⁺.

7. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungs-

fall 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 der Tod der versicherten Person. Den Umfang der Leistungen im Versicherungsfall entnehmen Sie bitte Art. 8.

8. Was sind die Leistungen?

Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Wir können für die Beurteilung von Hilfeleistungen und für sonstige Dienstleistungen einen Assistancedienstleister beauftragen. Dieser ist berechtigt, sich im Versicherungsfall mit dem vor Ort zuständigen Arzt in Verbindung zu setzen, um gemeinsam mit diesem die bestmögliche Entscheidung zu treffen. Die Entscheidung über die Art der in diesen Versicherungsbedingungen genannten Transporte obliegt uns.

Wir erstatten Ihnen die Kosten für die in den Art. 8.1. bis 8.5. genannten Leistungen bis zu einem maximalen Gesamtbetrag in Höhe von EUR 150.000 pro Schadenfall bzw. bis zum entsprechenden Gegenwert der jeweiligen Landeswährung pro versicherter Person. Die Umrechnung erfolgt zum offiziellen Wechselkurs am Tag des Eintretens des Versicherungsfalles. Die Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den folgenden Bestimmungen: Die Erstattung von Leistungen der nachfolgend genannten Art. 8.1 und 8.2. dieses Tarifes erfolgt nur, wenn die Behandlungen außerhalb Luxemburgs und außerhalb des Landes stattge-

funden haben, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Wohnsitz hat.

8.1 Ambulante Heilbehandlung

Wir erstatten bei ambulanten Behandlungen bis zu 100 % der Kosten

- a) für ärztliche Behandlungen
- b) für Arznei- und Verbandmittel; nicht als Arzneimittel gelten Diät- Nähr- und Stärkungsmittel, Mittel zur Gewichtsabnahme, empfängnisverhütende Präparate, Geriatrika, Mineralwässer, Badezusätze und kosmetische Mittel
- c) für Heilmittel; hierzu zählen: Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie medizinische Bäder. Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung (z.B. Hotel, Pension) des Patienten sind nicht erstattungsfähig. Von der Kostenersatzung ausgenommen sind Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder
- d) für Hilfsmittel, die erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalls erforderlich werden mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten
- e) für den medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren

Arzt durch anerkannte Rettungsdienste

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten frei. Arznei- und Verbandmittel sowie Heil- und Hilfsmittel müssen von diesen verordnet werden, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Der Mehrfachbezug eines Arzneimittels mit derselben Verordnung muss vom behandelnden Arzt auf dem Rezept verordnet sein.

8.2 Zahnärztliche Heilbehandlung

Wir erstatten bei zahnärztlichen Behandlungen bis zu 100 % der Kosten

- a) für schmerzstillende Zahnbehandlung
- b) für medizinisch notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung
- c) für Reparaturen von bereits vorhandenem Zahnersatz zur Wiederherstellung Ihrer Kauffähigkeit
- d) für Provisorien bis zu EUR 250

Bei medizinisch notwendiger zahnärztlicher Behandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter den im Aufenthaltsland zugelassenen Zahnärzten.

8.3 Stationäre Behandlung

Wir erstatten bei stationären Behandlungen im Krankenhaus bis zu 100 % der Kosten

- a) für ärztliche Behandlungen (inklusive Operationskosten)
- b) für den Aufenthalt im Krankenhaus (inklusive der Unterbringung im Einbettzimmer)
- c) für den medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste
- d) für die Unterbringung eines Eltern- teils bei stationärer Behandlung eines Kindes unter 13 Jahren

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

8.4 Such- und Bergungskosten

Wir übernehmen im Versicherungsfall die Kosten für eine Such-, Rettungs- oder Bergungsaktion durch aner-

kannte Rettungsdienste bis zu EUR 5.000.

Im Falle eines medizinischen Notfalls auf einer Skipiste werden die Kosten nur dann übernommen, sofern sich die versicherte Person zum Zeitpunkt des Notfalls auf einer markierten und geöffneten Skipiste befunden hat.

8.5 Serviceleistungen

Wir erbringen im Versicherungsfall folgende Serviceleistungen:

- a) Sie können unser Servicecenter jeden Tag rund um die Uhr erreichen.
- b) Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, Auskünfte über die Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung am Aufenthaltsort einzuholen.
- c) Wir benennen Ihnen Krankenhäuser, Spezialkliniken und Verlegungsmöglichkeiten.
- d) Wir rechnen die erstattungsfähigen Kosten direkt mit dem Krankenhaus im Ausland ab.
- e) Sofern medizinisch notwendig organisieren und übernehmen wir die Kosten für den Transport bzw. die Verlegung in eine Spezialklinik.
- f) Wir nehmen Kontakt zum Hausarzt auf und sorgen für einen Informationsaustausch zwischen den Ärzten.

- g) Auf Ihren Wunsch hin informieren wir im Versicherungsfall Ihre Angehörigen.

8.6 Rücktransport und Rückführung

Wir organisieren und übernehmen die Kosten für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport der versicherten Person aus dem Ausland. Der Rücktransport erfolgt entweder

- an den Wohnsitz der versicherten Person oder
- in das dem Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Wir übernehmen ebenfalls die Kosten für eine Begleitperson, sofern dies medizinisch indiziert ist.

Wir organisieren im Todesfall die Überführung der sterblichen Überreste an den bisherigen Wohnsitz der versicherten Person und übernehmen diese Kosten.

Hierunter fallen:

- Die Kosten des Bestatters im Ausland
- Die Kosten der Aufbewahrung der Leiche vor Ort
- Die Kosten eines Sarges bis maximal EUR 1.500
- Die Kosten des Transports der sterbli-

chen Überreste vom Ort des Ablebens zum Ort der Bestattung oder Einäscherung.

Sonstige Kosten, die im Rahmen der Bestattung oder Einäscherung im Wohnortland anfallen, werden nicht übernommen. Im Falle einer Bestattung oder Einäscherung in dem Land, in dem die versicherte Person verstorben ist, gelten die gleichen Bedingungen.

Eventuelle Mehrkosten für einen notwendigen Rücktransport des Gepäcks der Person, die zurücktransportiert wird, sind nicht abgedeckt.

9. Wann zahlen wir nicht?

Wir leisten nicht für

- a) Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für Ihren Antritt der Reise waren
- b) Behandlungen, von denen aufgrund ärztlicher Diagnose bei Reiseantritt feststand, dass bei Reiseantritt keine Reisefähigkeit bestand. Das gleiche gilt, wenn aufgrund ärztlicher Diagnose bei Reiseantritt feststand, dass die Behandlungen bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten (z.B. Dialyse), es sei denn, dass Sie die

Reise wegen des Todes Ihres Ehegatten oder eines Verwandten 1. Grades unternehmen; die Erstattung von Medikamenten, die im Rahmen einer Dauermedikation bereits vor Reiseantritt benötigt werden, ist ausgeschlossen

- c) Behandlungen in Luxemburg
- d) Therapien oder den Bezug von Medikamenten, die vor Reisebeginn verordnet wurden
- e) Kosten für Verhütungsmittel
- f) Kosten für Präventivmedizin, Impfstoffe oder Impfungen
- g) SchädendurchEinwirkungvonStrahlen oder nuklearer Energie sowie Schäden durch Krieg, Bürgerkrieg, Unruhen, Terrorismus oder vergleichbare Umstände sowie einer Epidemie oder Pandemie
- h) auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren
- i) die Behandlung von psychischen, psychogenen und psychosomatischen Krankheiten
- j) Aufwendungen anlässlich einer der versicherten Person vor Antritt der Reise bekannten Schwangerschaft,

Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation, Fehlgeburt und Entbindung sowie Wochenbeterkrankung einschließlich ihrer Folgen; Versichert ist jedoch die Behandlung von für die Versicherte nicht vorhersehbaren, akut eintretenden Schwangerschaftskomplikationen, einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit auch Versicherungsschutz

- k) Zahnersatz und Zahnkronen
- l) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen
- m) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird
- n) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet
- o) Krankheiten oder Unfälle infolge der Einnahme von Alkohol, Drogen, Betäubungsmitteln oder der missbräuchli-

chen Einnahme von Medikamenten oder anderen Substanzen, die nicht von einem Arzt verschrieben wurden und das Verhalten einer Person verändern

- p) Kosten für Behandlungen, die durch Selbstmord oder Selbstmordversuch entstehen
- q) Sportliche Wettbewerbe auf professionellem Niveau
- r) Unfälle, die während eines Rennens mit Kraftfahrzeugen eintreten, an denen die versicherte Person als Teilnehmer oder als Helfer eines Teilnehmers teilnimmt
- s) eine durch Pflegebedürftigkeit bedingte Unterbringung
- t) kosmetische Behandlungen jeder Art und deren Folgen
- u) Gutachten, Atteste und Heil- und Kostenpläne, soweit diese von Ihnen vorzulegen sind

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem

auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, so sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet. Es werden die Verhältnisse im jeweiligen Reiseland zugrunde gelegt. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die die gesetzlichen Leistungen übersteigen.

10. Was haben Sie im Schadenfall zu beachten?

- a) Sie müssen jede Krankenhausbehandlung innerhalb von drei Tagen unter der Telefonnummer (+352) 42 64 64-611, der E-Mail-Adresse assistance@dkv.lu oder über unser Kundenportal anzeigen - ansonsten sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Erhalten wir die Meldung des Krankenhausaufenthaltes später, so sind wir erst ab dem Tag leistungspflichtig, an dem wir Kenntnis hiervon erlangen.
- b) Senden Sie die Originalrechnungen zunächst mitsamt Zahlungsnachweis an Ihre gesetzliche Krankenversicherung.

- c) Senden Sie uns anschließend die Rechnungskopien zusammen mit dem Erstattungsnachweis der gesetzlichen Krankenkasse unter Angabe Ihrer Versicherungsnummer.
- d) Hat sich die gesetzliche Krankenkasse nicht an den Kosten beteiligt, so reichen Sie uns bitte die Ablehnung der gesetzlichen Krankenkasse zusammen mit den Originalunterlagen ein; nur gegen Vorlage der Originale sind wir zur Leistung verpflichtet.
- e) Darüber hinaus müssen die von uns geforderten und für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sein. Wir können den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
- f) Der Anspruch auf Leistungen für die Rückführung im Todesfall ist durch die amtliche Sterbeurkunde zu begründen.
- g) Die Belege und Nachweise werden unser Eigentum.
- h) Wir sind berechtigt, an den Überbringer ordnungsgemäßer Nachweise zu leisten.
- i) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

11. Was müssen die Belege enthalten?

Die Rechnungen müssen enthalten:

- Vor- und Zunamen der behandelten Person
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnose). Verweigert der Arzt die Angabe der Krankheitsbezeichnung, so können wir unsere Leistungen von einer ärztlichen Untersuchung nach Art. 12 b) abhängig machen.
- Namen und Anschrift des Arztes
- die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten.

Weiterhin ist zu beachten:

- Aus den Rezepten/Rechnungen müssen der verordnende Arzt, das verordnete Arzneimittel, das Verordnungsdatum, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.
- Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
- Bei zahnärztlicher Heilbehandlung nach Art. 8.2 muss die Rechnung die Bezeichnung der behandelten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen tragen.
- Für die Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Art. 8.6 erfolgt eine

Erstattung nur nach Vorlage der notwendigen Nachweise (z.B. Sterbeurkunde, ärztliche Attest, etc.)

12. Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

- a) Die versicherte Person ist verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen und alle Nachweise zu erbringen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich sind. Dies betrifft auch die Entbindung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht, sofern dies notwendig ist, um die Leistungspflicht feststellen zu können.
- b) Auf unser Verlangen hin ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- c) Für die Erfüllung der Obliegenheiten haftet die betroffene versicherte Person.

13. Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen?

- a) Wenn Sie eine der Obliegenheiten nach Art. 12 vorsätzlich verletzen, so sind wir leistungsfrei.
- b) Bei sonstigen Verletzungen dieser

Obliegenheiten können wir unsere Versicherungsleistungen um den Betrag reduzieren, der unserem durch die Obliegenheitsverletzung erlittenen Schaden entspricht.

- c) Bei grob fahrlässiger Verletzung bleiben wir zur Leistung nur insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der uns obliegenden Leistung gehabt hat.

14. Wie werden Belege in Fremdwährung umgerechnet?

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem der Versicherungsfall eingetreten ist, in Euro umgerechnet.

15. Was gilt für Kosten für Überweisungen und Übersetzungen?

Wir können folgende Kosten von Ihrer Leistung abziehen:

- Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland
- Kosten für Übersetzungen – angenommen hiervon sind Kosten für die Übersetzungen aus dem Sprachraum der Europäischen Gemeinschaft

16. Was haben Sie bei Ansprüchen gegen Dritte zu beachten?

Steht der versicherten Personen ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so ist dieser Anspruch – unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs – bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten; der Anspruch geht insoweit auf uns über. Gibt die versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne unsere Zustimmung auf, so werden wir insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als wir aus dem Anspruch oder dem Recht hätten Ersatz erlangen können.

17. Wann verjähren Ihre Ansprüche?

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

18. Wann können wir das Versicherungsverhältnis kündigen?

Wir können das Versicherungsverhältnis der unter Art. 1 genannten Tarife fristlos kündigen, wenn die versicherte

Person Versicherungsleistungen erschlichen haben oder zu erschlichen versuchen. Andere außerordentliche Kündigungsrechte bleiben hiervon unberührt. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb von einem Monat von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem wir von den zur Kündigung berechtigenden Tatsachen Kenntnis erhalten haben.

19. Wie sind Willenserklärungen an uns zu richten?

Bitte senden Sie an uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen in Schriftform an die folgende Adresse:

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

Zu der Entgegennahme sind Versicherungsagenten nicht bevollmächtigt. Haben Sie uns einen Wohnungswechsel nicht mitgeteilt, genügt es für die Rechtswirksamkeit einer Ihnen gegenüber abzugebenden Willenserklärung, wenn diese an die letzte uns bekannte Anschrift versandt wurde. Die Erklärung wird an dem Tag wirksam, in dem

sie Ihnen ohne Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung zugestellt worden wäre.

20. Wo ist Gerichtsstand und welches Recht gilt?

Für alle aus dem Vertrag zwischen Ihnen und uns entstandenen Streitigkeiten sind die Gerichte im Großherzogtum Luxemburg allein zuständig. Das Versicherungsverhältnis unterliegt dem Recht des Großherzogtums Luxemburg.

21. Was passiert mit meinen Daten?

Laut ausdrücklicher Vereinbarung und gemäß dem geänderten Gesetz vom 02. August 2002 hinsichtlich des Schutzes von Personen gegenüber der Verarbeitung deren persönlicher Daten erklären Sie hiermit Ihr ausdrückliches Einverständnis zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Angaben, die Sie uns zur Beurteilung des Risikos sowie zur Vorbereitung, Ausfertigung, Verwaltung und Erfüllung von Versicherungsverträgen bereits mitgeteilt haben und noch mitteilen werden. Sofern Sie keine gegenteilige Anweisung erteilt haben, willigen Sie weiter ein, dass wir Ihre Daten darüber hinaus für sons-

tige Betreuung und Beratung nutzen dürfen, soweit diese Verwendung nicht die Offenlegung gegenüber Personen beinhaltet, die im Rahmen des Versicherungsvertrages als Dritte gelten. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die DKV Luxembourg S.A., 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange. Wir können Ihre Daten in den Fällen, die in Art. 300 des Gesetzes über den Versicherungssektor vom 07.12.2015, in dem die Schweigepflicht in Versicherungsangelegenheiten festgelegt wird, genannt werden, gemäß den dort aufgeführten Modalitäten und Bedingungen an Dritte weitergeben. Sie haben das Recht auf Einsichtnahme und Änderung Ihrer Daten, indem Sie einen schriftlichen Antrag an die DKV Luxembourg S.A., 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange, richten. Die Dauer der Aufbewahrung Ihrer Daten ist auf die Laufzeit des Versicherungsvertrages und auf den anschließenden Zeitraum beschränkt, in dem das Aufbewahren der Daten erforderlich ist, damit wir unsere Pflichten erfüllen können, die sich aus den Verjährungsfristen oder anderen gesetzlichen Vorschriften ergeben.

22. Wohin können Sie Reklamationen oder Beschwerden richten?

Reklamationen oder Beschwerden können Sie – unabhängig eines juristischen Klageverfahrens – schriftlich an die DKV Luxembourg S.A., 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange richten.

Sie können ebenfalls an folgende Stellen gerichtet werden:

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

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE

1. Qui peut bénéficier des prestations tarifaires ?

Les prestations citées dans les présentes conditions d'assurance sont accordées sans surprime aux personnes assurées mentionnées dans les tarifs ci-après :

- COMPLETE (ne s'applique pas si le tarif ambulatoire A20 a été conclu)
- COMPLETE HEALTH (ne s'applique pas si le tarif ambulatoire A20 a été conclu)
- EASYHEALTH | EHPRIMARY
- PLUS EXCLUSIVE (AT S100, ATA S100, ATA S101)
- PLUS HEALTH
- AT/ATA/AT1 en combinaison avec l'assurance hospitalisation complète

Le droit aux prestations prévues dans ce tarif est uniquement accordé si la partie concernant les soins ambulatoires des tarifs ci-dessus n'a pas été conclue dans le cadre d'un contrat groupe.

2. Que comprend votre garantie ?

La couverture d'assurance concerne les soins urgents à l'étranger suite à un accident, une maladie ou

d'autres événements cités dans les présentes conditions. En cas d'événement assuré survenant de manière imprévisible à l'étranger, nous remboursons à l'assuré les dépenses occasionnées sur place pour les soins médicaux nécessaires et fournissons les autres prestations convenues (cf. art. 8). L'étendue de la couverture d'assurance résulte de la police d'assurance, des conditions générales d'assurance et des dispositions légales du Grand-Duché du Luxembourg.

3. Pour quels voyages à l'étranger la garantie est-elle valable ?

La couverture d'assurance est valable pour les 56 premiers jours (8 semaines) d'un voyage à l'étranger effectué par la personne assurée.

Sont considérés comme pays étrangers tous les pays en dehors du Grand-Duché du Luxembourg et du pays où la personne assurée a son domicile permanent.

4. Quand la garantie prend-elle effet ?

La couverture d'assurance prend effet au plus tôt au début du voyage

assuré respectivement au moment du passage de la frontière.

5. Quand la garantie prend-elle fin ?

La couverture d'assurance prend fin à l'expiration de la huitième semaine d'un séjour à l'étranger. Cette clause est aussi valable pour les événements assurés encore en cours à l'expiration de la garantie.

Dans le cas où la personne ne serait pas transportable à l'expiration de la huitième semaine du séjour à l'étranger, nous accordons la couverture d'assurance jusqu'à ce que la personne puisse être transportée.

La couverture d'assurance prend également fin si le tarif cité à l'Art. 1 prend fin.

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

La personne assurée n'est pas couverte par l'assurance et n'a aucun droit à des prestations d'assistance si et aussi longtemps que des sanctions économiques, commerciales ou financières ou des embargos de l'Union euro-

péenne 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 du Luxembourg a émis un avertissement. Si la personne assurée se trouvait déjà sur le territoire pour lequel un avertissement est émis après le début du voyage, la couverture d'assurance prend fin à l'expiration d'un délai de 14 jours après la publication de cet avertissement.

Si une assurance en expectative a été convenue pour l'un des tarifs assurés mentionnés à l'art. 1, celle-ci s'applique également au tarif TRAVEL⁺.

7. 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'événement assuré prend effet avec les soins et se termine quand, 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'événement assuré à l'article 8.

8. Quelles sont nos prestations ?

Nous accordons des prestations dans les limites du contrat pour les méthodes d'examen et de soins ainsi que les médicaments majoritairement reconnus par la médecine traditionnelle. Nous fournissons 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 ne sont 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'assis-

tance et pour d'autres services. Lors de la survenance de l'événement 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 transport cité dans les présentes conditions d'assurance nous revient.

Nous vous remboursons les frais des prestations citées aux articles 8.1. à 8.5., à concurrence d'un montant total maximum de 150000.00 EUR par sinistre ou de la contre-valeur correspondante dans la monnaie nationale concernée par personne assurée. La conversion est faite au taux de change officiel le jour de la survenance de l'événement assuré. Le type et le montant des prestations d'assurance résultent des dispositions suivantes :

Le remboursement des prestations du présent tarif conformément aux articles 8.1 et 8.2 ci-après est uniquement effectué si les soins ont été donnés en dehors du Luxembourg et du pays dans lequel l'assuré(e) a sa résidence habituelle.

8.1 Traitements ambulatoires

Pour les traitements ambulatoires, nous 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 médicaux. 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
- 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) du transport médicalement nécessaire

chez le médecin le plus proche par des services de secours agréés

La personne assurée a le libre choix du médecin agréé pour lui dispenser les soins dans le pays du séjour. Les médicaments et bandages, ainsi que les thérapies et dispositifs médicaux doivent être prescrits par ce médecin. Les médicaments doivent de plus être achetés à la pharmacie. L'achat répété d'un médicament avec la même ordonnance doit être prescrit sur l'ordonnance par le médecin traitant.

8.2 Soins dentaires

Pour les soins dentaires, nous 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 votre fonction de mastication
- d) pour les prothèses provisoires jusqu'à 250.00 EUR

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

8.3 Hospitalisation

En cas d'hospitalisation, nous 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 des 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, la personne assurée a le libre choix parmi les hôpitaux reconnus dans le pays du séjour, placés sous direction médicale permanente, disposant de possibilités diagnostiques et thérapeutiques suffisantes et gérant des dossiers médicaux.

8.4 Frais de recherche et de sauvetage

En cas d'événement assuré, nous prenons en charge les frais de recherche, de sauvetage ou de dégagement par des services de secours reconnus à hauteur de 5000.00 EUR.

En cas d'urgence médicale sur une piste de ski, les frais sont uniquement pris en charge si la personne assurée se trouvait sur une piste de ski balisée et ouverte au moment de l'urgence.

8.5 Services

En cas de survenance d'un événement assuré, nous fournissons les services suivants :

- a) service clients tous les jours, 24 heures sur 24
- b) renseignements sur les possibilités de soins médicaux sur le lieu du séjour
- c) coordonnées d'hôpitaux, de cliniques spécialisées et des possibilités de transfert
- d) coûts remboursables directement à l'hôpital à l'étranger
- e) en cas de nécessité médicale, organisation et prise en charge des coûts de transport ou de transfert vers une clinique spécialisée
- f) prise de contact avec le médecin de famille et organisation de l'échange d'informations entre les médecins
- g) à votre demande, transmission d'informations à vos proches en cas d'événement assuré

8.6 Rapatriement

Nous organisons et prenons en charge les coûts d'un rapatriement médicalement nécessaire et acceptable de la personne assurée depuis l'étranger. 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.

Sous réserve de la nécessité médicale, nous prenons également en charge les frais d'un accompagnant.

En cas de décès, nous organisons et prenons en charge les coûts relatifs au rapatriement du corps de la personne assurée dans son pays de résidence ; à savoir :

- coûts des pompes funèbres à l'étranger
- coûts de conservation du corps sur place
- coûts d'un cercueil jusqu'à 1500.00 EUR maximum
- 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 de résidence 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.

9. Dans quels cas ne payons-nous pas ?

Nous n'accordons aucune prestation pour :

- a) les soins à l'étranger qui étaient le seul motif ou un des motifs de votre voyage
- b) les soins pour lesquels, sur base d'un diagnostic médical, il a été établi avant le début du voyage que le patient n'était pas apte à voyager au moment du début prévu du voyage. Il en va de même si, sur base d'un diagnostic médical avant le début du voyage, il a été déterminé que le traitement devrait avoir lieu au cours du voyage prévu (par exemple la dialyse) à moins que vous n'entrepreniez le voyage en raison du décès de votre conjoint ou d'un parent au premier

degré ; le remboursement des médicaments qui sont nécessaires dans le cadre de médicaments à long terme avant le début du voyage est exclu

- c) les traitements effectués au Luxembourg
- d) les traitements ou l'achat de médicaments prescrits avant le début du voyage
- e) les coûts des moyens de contraception
- f) les coûts de la médecine préventive, des vaccins ou de la vaccination
- g) les préjudices résultant de radiations ou de l'énergie nucléaire ainsi que les préjudices consécutifs à une guerre, une guerre civile, des troubles civils, du terrorisme ou des événements comparables, ainsi qu'à une épidémie ou pandémie
- h) les maladies et accidents dus à une faute intentionnelle ou à une addiction, y compris leurs conséquences, ainsi que les mesures de désintoxication, y compris les cures de désintoxication
- i) les soins des maladies psychiques, psychogènes et psychosomatiques
- j) 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

- k) les prothèses dentaires et couronnes
- l) les soins thermaux et en sanatorium ainsi que les soins de rééducation
- m) 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
- n) les soins prodigués par les conjoints, parents ou enfants. Les frais matériels justifiés sont remboursés sur la base du barème
- o) les maladies ou accidents consécutifs à la consommation d'alcool, de drogues, de stupéfiants ou à la consommation abusive de médi-

caments ou d'autres substances non prescrits par un médecin qui modifient le comportement d'une personne

- p) les frais des soins consécutifs à un suicide ou une tentative de suicide
- q) les compétitions sportives de niveau professionnel
- r) 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
- s) un hébergement nécessité par la dépendance
- t) les soins cosmétiques de tout type et leurs conséquences
- u) les expertises, 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.

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

- a) Toute hospitalisation doit être déclarée dans un délai de trois jours. Au-delà, nous sommes tenus d'accorder la prestation uniquement à partir du jour où nous en avons pris connaissance. Nous sommes à votre disposition au (+352) 42 64 64-611, par email à l'adresse assistance@dkv.lu ou via notre portail client.
- b) Envoyez d'abord les factures originales, 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 la caisse maladie obligatoire ne

participe pas aux frais, veuillez nous envoyer le refus de la caisse maladie obligatoire et les documents originaux. Nous sommes seulement tenus de rembourser sur présentation des originaux.

- e) De plus, les justificatifs que nous demandons, et qui sont nécessaires à l'évaluation de votre dossier, doivent être fournis. Nous pouvons demander un justificatif du paiement préalable.
- f) La demande 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 accorder des prestations au porteur de justificatifs réglementaires.
- i) Les prétentions aux prestations d'assurance ne peuvent être ni cédées, ni gagées.

11. Que doivent mentionner les justificatifs ?

Les factures doivent mentionner :

- les nom et prénom du bénéficiaire des soins
- 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 12 b).

- le nom et l'adresse du médecin
- les différents soins médicaux avec leurs dates

Les points suivants doivent également être respectés :

- Les factures doivent être acquittées et reprendre clairement le nom du médicament prescrit et du prescripteur, la date de la prescription ainsi que le prix du médicament.
- Les ordonnances /prescriptions seront envoyées avec la facture du médecin correspondante ou les factures des thérapies et dispositifs médicaux.
- Pour les soins dentaires prévus à l'article 8.2., la facture doit comporter la désignation des dents traitées et le détail des prestations effectuées.

Pour les demandes de prestations prévues à l'article 8.6, le remboursement n'est effectué que sur présentation des justificatifs nécessaires (par exemple le certificat de décès, un certificat médical, etc.).

12. Quelles obligations doivent être respectées ?

- a) La personne assurée est tenue de fournir tous les justificatifs indispensables à la constatation de l'événement assuré ou à 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, la personne assurée est tenue de se faire examiner par un médecin mandaté par nos soins.
- c) La personne assurée concernée est responsable de l'exécution des obligations.

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

- a) Si vous violez intentionnellement une des obligations prévues à l'article 12, 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.
- 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.

14. 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.

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

Nous pouvons déduire de votre prestation les frais suivants :

- 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

16. À quoi devez-vous veiller en cas de recours contre un tiers ?

Si la personne assurée a droit à un remboursement d'un tiers concernant les frais liés au préjudice subi,

cette prétention, sans préjudice de la subrogation légale, doit nous être communiquée par écrit à hauteur du remboursement des frais prévus par le contrat d'assurance. Le remboursement est alors effectué conformément à l'accord écrit. Si la personne assurée renonce 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.

17. Quand vos droits sont-ils prescrits ?

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

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

Nous pouvons résilier le contrat d'assurance des tarifs mentionnés dans l'article 1 sans préavis si la personne assurée a perçu ou tenté de percevoir des prestations d'assurance de manière frauduleuse. Les autres droits de résiliation extraordinaire 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.

19. Comment les déclarations de volonté doivent-elles nous être adressées ?

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

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

Les agents d'assurances 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 dont nous ayons connaissance. La déclaration prend effet le jour où elle vous aurait été notifiée en cas d'acheminement normal sans déménagement.

20. 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 le client et DKV Luxembourg S.A. résultant du contrat. Le contrat d'assurance est régi par le droit du Grand-Duché de Luxembourg.

21. Qu'en est-il du traitement de mes données personnelles ?

Selon une convention expresse et conformément à la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, vous donnez par la présente votre consentement exprès au traitement de vos données à caractère personnel déjà communiquées pour évaluer le risque, ainsi que pour la préparation, l'établissement, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, ou que vous nous communiquerez à l'avenir. Si vous n'avez pas donné d'autre consigne, vous donnez par ailleurs votre consentement à l'utilisation de vos données pour le suivi et le conseil, dans la mesure où cette utilisation n'implique pas la divulgation à

des personnes considérées comme des tiers dans le cadre du contrat d'assurance.

La société DKV Luxembourg S.A., 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange, est responsable du traitement des données. Nous pouvons transmettre vos données à des tiers dans les cas mentionnés à l'article 300 de la Loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances, qui définit le devoir de confidentialité dans les affaires d'assurance, selon les modalités et conditions qui y sont citées. Vous avez le droit de consulter et modifier vos données, en adressant une demande écrite à DKV Luxembourg S.A., 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange. La durée de conservation de vos données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période consécutive pendant laquelle la conservation des données est nécessaire afin que nous puissions remplir nos obligations résultant des délais de prescription ou autres dispositions légales.

22. Où pouvez-vous adresser vos réclamations ou contestations ?

Vous pouvez adresser vos réclamations ou 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. Ils peuvent également être adressés 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

GENERAL TERMS AND CONDITIONS OF INSURANCE

1. Who is entitled to benefits under this tariff?

The benefits specified in these Terms and Conditions of Insurance are provided to the persons insured under the tariffs listed below without any additional premium payment:

- COMPLETE (this does not apply if tariff A20 has been concluded)
- COMPLETE HEALTH (this does not apply if tariff A20 has been concluded)
- EASY HEALTH | EHPRIMARY
- PLUS EXCLUSIVE (AT S100, ATA S100, ATA S101)
- PLUS HEALTH
- AT/ATA/AT1 in combination with a full cost insurance for hospitalisations

Entitlement to benefits under this tariff only exists if the outpatient part of the above tariffs was not concluded as part of a group insurance contract.

2. What does the insurance coverage include?

The insurance coverage applies to urgent treatment abroad due to accident or illness or other events mentioned in these conditions. In case of an unforeseen insured event occur-

ring while being abroad, we shall reimburse the insured person for expenses incurred there for medically necessary treatment and provide other agreed benefits (cf. Art. 8). The scope of the insurance coverage is determined by the insurance policy, the General Conditions of Insurance and the statutory regulations in the Grand Duchy of Luxembourg.

3. Which international travel is covered by the insurance?

The insurance coverage is valid for the first 56 days (8 weeks) of a trip abroad undertaken by the insured person.

All countries outside the Grand Duchy of Luxembourg and the country in which the insured person has his/her permanent residence are considered foreign countries.

4. When does the insurance coverage start?

Insurance coverage commences at the earliest upon commencement of the insured travel. The journey shall be considered as commenced upon crossing the border into a foreign country.

5. When does insurance coverage end?

The insurance coverage ends at the end of the 8th week of a stay in a foreign country. This also applies to insured events that continue to persist at the end of the insurance coverage period.

If an insured person is still unfit for transport at the end of the 8th week of the stay abroad, we will continue to provide this coverage until the insured person can be transported.

The insurance coverage according to this policy also ends when the insurance policy mentioned under Art. 1 terminates.

6. When is there no insurance coverage?

The insured person has no insurance coverage or any entitlement to assistance benefits insofar and as long as the economic, trade or financial sanctions or embargos of the European Union directly applicable to the contracting parties are in conflict.

Insurance coverage shall not apply to territories for which a travel warning has been issued by the Ministry of

Foreign Affairs ("Ministère des Affaires étrangères"), a relevant ministry or a government authority in one of the countries bordering the Grand Duchy of Luxembourg. If the insured person is already in the area for which a travel warning is issued after commencement of travel, the insurance coverage expires 14 days after the announcement of the travel warning.

If an entitlement has been agreed for one of the insured tariffs mentioned under Art. 1, this shall also apply to the TRAVEL⁺ tariff.

7. What is an insured event?

The insured event is considered to be the medically necessary treatment of the insured person due to illness or the consequences of an accident. The insured event begins with the medical treatment; it ends when, according to medical findings, there is no longer a need for treatment. If the treatment has to be extended to an illness or the consequences of an accident which is not causally connected with the illness or the consequences of the accident previously treated, then a new insured event occurs. The death of the insured person is also

deemed to be an insured event. Please refer to Art. 8 for the scope of benefits in the event of an insured event.

8. What are the benefits?

We provide contractual service for examination or treatment methods and medicines that are predominantly recognised by orthodox medicine. In addition, we provide service for methods and drugs which have proven to be equally promising in practice or which are used because no conventional methods or drugs are available. However, we can reduce our services to the amount, which would have been incurred if the existing conventional methods of medicine or medication were applied.

We can hire an assistance service provider for the assessment of assistance and other services. In the event of an insured event, the latter is entitled to contact the doctor who is responsible on site in order to make the best possible decision on the matter together with this doctor. We are responsible for deciding on the type of transport specified in these terms and conditions of insurance.

We will reimburse you for the costs of the benefits referred to in Articles 8.1. to 8.5. up to a maximum total amount of EUR 150,000.00 per claim or up to the equivalent of the respective national currency per insured person. The currency is converted at the official exchange rate on the day the insured event occurs. The type and amount of insurance benefits are determined by the following provisions:

The reimbursement of benefits under Art. 8.1 and 8.2 of this insurance tariff, as referred to below, will only be made if the treatments have taken place outside Luxembourg and outside the country in which the insured person has their normal place of residence.

8.1 Outpatient treatment

We reimburse up to 100 % of the costs for outpatient treatments

- a) For medical treatment
- b) For drugs and dressings; dietetic, nutritional and tonic products, weight loss products, contraceptives, geriatrics, mineral waters, bath additives and cosmetic products are not considered to be medicinal products

- c) For remedies, which include: physiotherapy, massages, hydrotherapy and compresses, heat treatment, electrotherapy, light therapy and medical baths. Additional expenses for treatment in the patient's home (e.g. hotel, boarding house) are not reimbursable. Sauna, thermal and similar baths are excluded from reimbursement
- d) For any aids which becomes necessary for the first time as a result of an accident occurring during the stay abroad, with the exception of visual aids and hearing aids
- e) For any medically necessary transport to the nearest accessible doctor by an approved emergency service

The insured person is free to choose from among the doctors licensed for medical treatment in the country of residence. Drugs and dressings, as well as remedies and aids must be prescribed by doctors, and medicines must also be obtained from pharmacies. The multiple receipt of a pharmaceutical product with the same prescription must be prescribed by the attending physician.

8.2 Dental treatment

We reimburse up to 100 % of the costs for dental treatments

- a) For pain-relieving dental treatment
- b) For medically necessary dental simple fillings
- c) For any repair of already existing dental prosthesis to restore chewing ability
- d) For provisional measures up to EUR 250.00

If dental treatment is medically necessary, the insured person has a free choice among the dentists licensed in the country of residence.

8.3 Inpatient treatment

We reimburse up to 100 % of the costs for inpatient treatment in the hospital

- a) For medical treatment (including surgery costs)
 - b) For the hospital stay (including accommodation in a single room)
 - c) For medically necessary transport to the nearest accessible hospital by an approved emergency service
 - d) For the accommodation of one parent in the event of inpatient treatment of a child under 13 years of age
- In the case of medically necessary

inpatient treatment, the insured person has a free choice among the hospitals generally recognised in the country of treatment, which are under constant medical supervision, have sufficient diagnostic and therapeutic facilities and maintain patient histories.

8.4 Search and rescue costs

In the event of an insured event, we assume the costs for a search, rescue or salvage operation by recognised rescue services up to EUR 5,000.00.

In the event of a medical emergency on a ski slope, the costs will only be covered if the insured person was on a designated and open ski slope at the time of the emergency.

8.5 Services

We provide the following services in the case of an insured event:

- a) You can reach our service centre around the clock every day
- b) We offer you the option of obtaining information about the various possibilities of medical care at your place of stay.
- c) We designate hospitals, special clinics and transfer options

- d) We settle the reimbursable costs directly with the hospital abroad
- e) If medically necessary, we organise and cover the costs for transport or transfer to a special clinic
- f) We contact your family physician and ensure an exchange of information between the physicians
- g) At your request, we will inform your family in the case of an insured event

8.6 Repatriation

We organise and cover the costs for a medically advisable and justifiable repatriation of the insured person from abroad. The return transport takes place either be

- To the insured person's place of residence
- To the nearest suitable hospital at the place of residence of the insured person

We also cover the costs for an accompanying person, if this is necessary for medical reasons.

In the event of death, we organize the transfer of the human remains to the previous place of residence of the insured person and assume these costs. These include:

- The cost of the undertaker abroad
- The cost of keeping the body on site
- The cost of a coffin up to a maximum of EUR 1,500.00
- The cost of transporting the mortal remains from the place of death to the place of burial or cremation

Other costs incurred in connection with burial or cremation in the country of residence will not be covered. The same conditions apply in the event of burial or cremation in the country where the insured person died.

Any additional costs for a necessary return transport of the luggage of the person being transported back are not covered.

9. What is not covered?

We do not pay for

- a) Treatments abroad, which were the only or at least one of the reasons for your trip
- b) Treatments for which a medical diagnosis at the beginning of the journey showed that there was no capacity to travel prior to commencement of the journey. The same applies if it was

determined on the basis of a medical diagnosis at the start of the journey that the treatment had to take place during the scheduled journey (e.g. dialysis) or, unless you undertake the journey due to the death of your spouse or a first-degree relative; the reimbursement of medication required as part of long-term medication prior to commencement of the journey is excluded

- c) Treatment in Luxembourg
- d) Therapies or the purchase of medication prescribed before commencement of travel
- e) Costs for contraceptives
- f) Costs for preventive medicine, vaccines or vaccinations
- g) Damage caused by radiation or nuclear energy, war, civil war, unrest, terrorism or similar circumstances, as well as an epidemic or pandemic illnesses
- h) Accidents caused by intent or addiction, including their consequences, and for detoxification measures, including rehabilitation
- i) The treatment of mental, psychogenic and psychosomatic diseases
- j) Expenses incurred in connection with a pregnancy, abortion, sterili-

sation, miscarriage and childbirth known to the insured person prior to the commencement of the trip, as well as maternity illness including its consequences; insured is, however, the treatment of acute pregnancy complications not foreseeable by the insured person, including premature births before the end of the 32nd week of pregnancy and miscarriages. Insurance coverage also exists in this respect for the medically necessary treatment of a premature infant within the framework of a premature birth

- k) dental prostheses and dental crowns
- l) Spa and sanatorium treatments as well as rehabilitation measures
- m) For outpatient treatment in a spa or health resort. The restriction shall not apply if, during a temporary stay, medical treatment becomes necessary as a result of illness or the occurrence of an accident independent of the purpose of the stay
- n) Treatment by spouses, parents or children. Verifiable expenses will be reimbursed in accordance with the rates
- o) Illnesses or accidents resulting from the use of alcohol, drugs, narcotics or the misuse of medication or other

substances not prescribed by a doctor that alter a person's behaviour

- p) Costs for treatments resulting from suicide or attempted suicide
- q) Competitive sports on a professional level
- r) Accidents that occur during a race with motor vehicles in which the insured person participates as a driver or assistant of a driver
- s) Accommodations resulting from the need for care
- t) Cosmetic treatments of any kind and their after effects
- u) Expert opinions, attestations as well as treatment and cost plans, to the extent that these must be submitted by you

If a medical treatment or other measure for which benefits have been agreed exceeds the level medically necessary, we may reduce the benefits to an appropriate amount. If the expenses for medical treatment or other services are abnormally disproportionate to the services rendered, we will not be obligated to perform to this extent. The prevailing conditions in the respective country of travel are used as the basis.

If a claim also exists for benefits from the statutory health, accident or pension insurance, for statutory medical care or accident care, we shall only be liable for the expenses that exceed the statutory benefits.

10. What do you have to do in case of a claim?

- a) You must report any hospital treatment within three days by calling (+352) 42 64 64-611, e-mailing assistance@dkv.lu or via our customer portal - otherwise we are not obliged to render service. If we receive the notification of the hospital stay later, we shall only be liable to pay benefits beginning on the day on which we are informed thereof.
- b) First send the original invoices together with proof of payment to your statutory health insurance company.
- c) Then send us the invoice copies together with the proof of reimbursement from the statutory health insurance company stating your insurance number.
- d) If the statutory health insurance company does not share in the costs, please submit the rejection of the

statutory health insurance company together with the original documents to us; we are only obliged to provide benefits upon presentation of the original documents.

- e) In addition, any other evidence required by us to examine our obligation to render service must be provided. We may demand proof of prior payment.
- f) The eligibility for repatriation benefits in the event of death must be confirmed by the official death certificate.
- g) The receipts and supporting records shall become our property.
- h) We are authorised to provide proper proof to the transferor.
- i) Claims to insurance benefits may neither be assigned nor pledged.

11. What must the receipt contain?

The invoices must contain:

- Name and surname of the person treated
- The name of the medical condition (diagnosis). If the doctor refuses to indicate the name of the medical condition, we have the right to require a medical check-up in accordance with Art. 12 b).

- Name and address of the doctor
- The individual medical services with treatment data

The following must also be observed:

- The prescriptions/invoices must clearly indicate the name of the prescribing doctor, the prescribed pharmaceutical product, the price date of prescription and the receipt.
- Prescriptions must be submitted together with the corresponding doctor's bill or bills for remedies and aids.
- The invoice for dental treatment must include the name of the teeth treated and the services provided in accordance with Art. 8.2.

For the use of services in accordance with Art. 8.6, reimbursement shall only be made upon presentation of the necessary documentation (e.g. death certificate, medical certificate, etc.).

12. What obligations have to be observed?

- a) The insured person must allow us to obtain the necessary information and to provide all documentary

evidence required to determine the insured event or the obligation to render service and the extent thereof. This also applies to the release of the attending physicians from the duty of confidentiality, if this is necessary to determine the obligation to render service.

- b) At our request, the insured person is obliged to have himself examined by a doctor appointed by us.
- c) The insured person is liable for the fulfilment of the obligations.

13. What are the consequences if an obligation is violated?

- a) If you deliberately violate one of the obligations under Art. 12, we are released from our obligation to render service.
- b) For any other violations of these obligations, we may reduce our insurance benefits by the amount equal to the loss we suffered as a result of the violation.
- c) For violations due to gross negligence, we shall only be obliged to perform to the extent that the violation had no influence either on the determination of the insured event or on the determination or scope of our obligation to perform.

14. How are receipts converted into foreign currency?

The costs incurred in a foreign currency are converted into Euros at the current exchange rate of the day on which the insured event occurred.

15. Are there any charges for bank transfers and translations?

We can deduct the following costs from your benefit:

- Costs for the transfer of insurance payments abroad
- Translation costs, with the exception of translation costs from the European Community language area

16. What must be observed when making claims against third parties?

If the insured person is entitled to a claim for damages against a third party, this claim - notwithstanding the statutory transfer of claims - shall be assigned to us in writing up to the amount in which costs are reimbursed under the insurance policy; the claim shall pass to us in this respect. If the insured person surrenders such a claim or a right used to secure the claim without our consent,

we shall be released from the obligation to perform to the extent that we could have obtained compensation from the claim or right.

17. When do your claims expire?

Any claim under this contract shall expire three years after the date of the event on which it is based.

18. When can we cancel the insurance relationship?

We may terminate the insurance relationship regarding the tariffs mentioned under Art. 1 without notice if the insured person has obtained insurance benefits by fraud or attempts to obtain them by fraud. Other extraordinary termination rights remain unaffected by this. The right of termination shall lapse if it is not exercised within one month of the date on which we become aware of the facts entitling us to terminate the contract.

19. How are declarations of intent to be addressed to us?

Please send declarations of intent and statements addressed to us in writing to the following address:

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

Insurance agents are not authorised to receive the documents referred to above. If you have not notified us of a change of residence, a declaration of intent to be submitted to you shall be deemed legally effective if it has been sent to the last address known to us. The declaration shall take effect on the day on which it would have been delivered to you had you not changed your residence and in the case of regular delivery.

20. What is the place of legal jurisdiction and which law applies?

The courts of the Grand Duchy of Luxembourg shall have exclusive jurisdiction over all disputes arising from the contract between you and us. The insurance relationship is governed by the law of the Grand Duchy of Luxembourg.

21. What happens to my data?

In accordance with the express agreement and the amended law from 02 August 2002 concerning the

protection of individuals against the processing of their personal data, as amended, you hereby give your express consent to the processing of your personal data which you have already communicated and will communicate to us in order to assess the risk and to prepare, execute, manage and fulfil insurance contracts. Unless you have otherwise instructed us, you further agree that we may use your data for other support and advisory purposes, unless such use involves disclosure to third parties under the insurance policy.

The person responsible for data processing is DKV Luxembourg S.A., 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange. We may disclose your data to third parties in the cases referred to in Art. 300 of the Insurance Sector Act from 07 December 2015, which establishes confidentiality in insurance matters, in accordance with the procedures and conditions set out therein. You have the right to access and modify your data by sending a written request to DKV Luxembourg S.A., 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange. The retention period for your data is limited to the term of the

insurance policy and the subsequent period during which the retention of the data is necessary for us to perform our obligations under the statute of limitations or other statutory provisions.

22. Where can you direct complaints?

Complaints can be made in writing to DKV Luxembourg S.A., 11-13 rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange, irrespective of any legal action.

They may also be addressed to the following offices:

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

KONTAKT | CONTACT

DKV Luxembourg S.A.
11-13, rue Jean Fischbach · L-3372 Leudelange
T +352/42 64 64-1 · F +352/42 64 64-250
info@dkv.lu · www.dkv.lu

R.C. Luxembourg, B 45 762
Société Anonyme

Postanschrift · Adresse postale · Postal address:

DKV Luxembourg S.A.
B.P. 845 · L-2018 Luxembourg

Cette traduction n'est valable qu'à titre d'information. La seule version légale est la version allemande.

This translation is for information purposes only. The legal conditions of the policy are as laid down in the German version.