

CONDITIONS GÉNÉRALES POUR (AVB - R) L'ASSURANCE DES FRAIS MÉDICAUX SURVENUS PENDANT UN VOYAGE À L'ÉTRANGER

Partie I: Conditions Générales

§ 1 Nature, Étendue et Champ d'application de la Garantie

- (1) L'assureur couvre les maladies, les accidents et autres événements mentionnés dans le contrat. Il rembourse les frais d'un traitement médical qui n'a pas pu être prévu et ceux d'autres prestations consécutives à un événement garanti survenu à l'étranger.
- (2) Un événement garanti correspond au traitement médical d'une personne assurée pour maladie ou à la suite d'un accident. L'événement garanti commence avec le traitement et se termine selon le rapport médical si le traitement n'est plus nécessaire. Le décès est également considéré comme un événement garanti.
- (3) L'étendue de la garantie est définie dans la police d'assurance, selon les accords écrits postérieurement, dans les présentes conditions ainsi que dans les dispositions légales de la République Fédérale d'Allemagne.
- (4) Le territoire auprès duquel la personne dispose de sa résidence principale et exerce régulièrement une activité professionnelle n'est pas considéré comme l'étranger.
- (5) Peut bénéficier des garanties toute personne qui n'a pas encore atteint l'âge maximal fixé dans le tableau tarifaire et qui voyage temporairement à l'étranger. L'assurance des étrangers sur territoire allemand est soumise à des dispositions particulières.

§ 2 Début de la Garantie

- (1) La garantie débute à la date convenue (date d'effet), mais en aucun cas avant la signature de la demande de souscription, à condition que la prime (y compris tous frais et taxes éventuelles) soit réglée et qu'il y ait séjour à l'étranger. L'autorisation d'un prélèvement automatique vaut paiement.
- (2) Aucune prise en charge n'est accordée pour des événements survenus antérieurement à la date d'effet.

§ 3 Conclusion et durée du contrat

- (1) Le contrat d'assurance est conclu après acceptation par l'assureur de la demande de garantie du client. La demande de garantie doit s'effectuer sur le formulaire de souscription prévu à cet effet. L'envoi de l'avis d'échéance vaut acceptation de la demande de souscription. Dans le cas où le client utilise le formulaire de paiement bancaire, le contrat est conclu à partir de la date du paiement (le tampon de la poste ou de l'établissement bancaire faisant foi) sous réserve de réception de la demande de garantie dûment remplie et signée. La preuve de paiement reçue par le client de la part de l'établissement bancaire vaut preuve d'assurance.
- (2) Si l'assuré note dans la demande de souscription, un montant qui ne correspond pas à la prime d'assurance selon le tarif indiqué et s'il opte pour un prélèvement bancaire (§8, 2), l'assureur débitera le montant exact et la demande de souscription est de ce fait considérée comme correctement remplie.
- (3) La durée du contrat est mentionnée dans le tableau tarifaire. En cas de décès de l'assuré, l'assurance cesse de plein droit. Le décès d'une personne assurée n'affecte pas la garantie de l'autre personne assurée ou d'autres personnes garanties.

§ 4 Étendue de la Garantie

- (1) L'assuré peut librement choisir des médecins et dentistes agréés.
- (2) Des médicaments, bandages et autres traitements médicaux ne sont remboursés que s'ils sont prescrits par un médecin agréé.
- (3) Si un traitement avec hospitalisation s'avère nécessaire, l'assuré peut choisir librement parmi les hôpitaux qui sont sous direction/gestion médicale, disposant de moyens de diagnostics et thérapeutiques suffisants, pouvant travailler selon des méthodes scientifiquement reconnues et pouvant établir des dossiers médicaux (voir §5). L'assuré ne peut être pris en charge par un hôpital qui effectue des cures ou par une maison de repos ou de convalescence.
- (4) La nature et le montant des garanties sont stipulés dans le tableau tarifaire. Si un rapatriement de l'assuré ou de son corps est nécessaire, les

dispositions suivantes s'appliquent :

- a) Le rapatriement de l'assuré doit être nécessaire et médicalement prescrit par un médecin. Le rapatriement s'effectue toujours à l'adresse mentionnée sur la police d'assurance lors de la souscription du contrat ou à l'hôpital le plus proche de l'adresse indiquée, afin de prodiguer les soins nécessaires.
- b) Les frais de rapatriement sont définis comme étant les frais directs du transport du corps de l'assuré à l'adresse mentionnée sur la police d'assurance lors de la souscription du contrat. A la place des frais de rapatriement, l'assureur accepte de rembourser les frais d'inhumation à l'étranger, dans la limite du montant garanti pour le rapatriement. Les frais de rapatriement ou d'inhumation ne sont pas remboursés si les frais pour le traitement médical de la maladie / l'accident, qui a eu pour conséquence le décès de l'assuré, n'ont pas été ou n'auraient pas été pris en charge par l'assureur.
- (5) L'assureur rembourse, dans la limite du montant garanti au contrat, les frais d'examen et/ou de traitement médical ainsi que les médicaments qui, soit dans le pays étranger, soit dans la République Fédérale d'Allemagne sont généralement pris en charge par la médecine classique et scientifique. De plus, il garantit le remboursement des frais afférents aux traitements et médicaments dont l'efficacité a été prouvée dans la pratique ou qui sont prodigués par manque de traitement ou médicaments classiques. L'assureur peut limiter le remboursement au montant qu'il aurait dû rembourser si la médecine classique avait été appliquée ou les médicaments classiques prescrits.

§ 5 Exclusions, Restrictions des Garanties

- (1) Ne sont pas remboursés, les frais
 - a) afférents aux maladies et suites d'accidents, si le voyage à l'étranger a été entrepris dans le but de leur traitement. Tous frais de traitement si sa nécessité a déjà été connue au début du voyage, sauf si le voyage a dû être effectué à cause du décès de l'époux, d'un enfant, d'un parent, d'un frère ou d'une sœur ;
 - b) afférents aux maladies et accidents (y compris leurs suites et le décès) survenus à cause d'une guerre ou dus à une participation à des mouvements populaires à l'intérieur d'un pays ;
 - c) afférents aux maladies et accidents suite à un acte intentionnel, ainsi que leurs suites et aux cures de désintoxication ou de sevrage ;
 - d) afférents au traitement des troubles et maladies psychologiques et psychiatriques, ainsi qu'à l'hypnose et la psychothérapie ;
 - e) afférents aux examens et traitements pendant la grossesse, les frais d'accouchement, et ceux afférents à une interruption de grossesse. Sont toutefois garantis, les frais afférents à l'aide médicale à l'étranger pour des complications soudaines de grossesse et en cas de fausse couche.
 - f) afférents aux prothèses dentaires y compris les couronnes et l'orthodontie ;
 - g) afférents aux prothèses ;
 - h) afférents aux cures ou traitements dans des sanatoriums, ainsi que les frais afférents aux traitements de convalescence ;
 - i) afférents au traitement ambulatoire dans des centres de cures ou de thalassothérapie, sauf si pendant un séjour temporaire, il s'avère nécessaire de soigner des maladies ou des accidents qui sont sans rapport avec la raison du séjour.
 - j) -néant-
 - k) afférents au traitement prescrit ou effectué par l'époux, les parents ou les enfants, sont toutefois remboursés les frais pour le matériel utilisé, jugé nécessaire.
 - l) afférents au séjour dans une maison de repos, maison de retraite ou maison d'internement.
- (2) Si les frais de traitement ou de soins dépassent le montant de ce qui est normalement pratiqué ou si les honoraires demandés ne sont pas

appropriés, l'assureur peut réduire le remboursement à un montant équivalent au montant généralement facturé.

- (3) Si l'assuré peut bénéficier d'un remboursement par la sécurité sociale (l'assurance maladie, l'assurance accident ou retraite) ou d'un autre régime obligatoire, l'assureur doit rembourser uniquement la partie des frais qui aurait dû être payée en complément de leurs remboursements.

§ 6 Mode de remboursement, documents à fournir

- (1) L'assureur rembourse uniquement sur présentation de factures et justificatifs. Ceux-ci deviennent propriété de l'assureur. Si les originaux ont été transmis pour remboursement à un autre assureur (voir §5, 3) la présentation de duplicatas est suffisante, si l'autre assureur ou la caisse sociale a noté le montant du remboursement sur ceux-ci.
- (2) Le nom du médecin traitant, le prénom, le nom et la date de naissance du patient ainsi que la nature de la maladie avec les dates des traitements/ consultations doivent être notés sur chaque justificatif ; Sur les prescriptions ainsi que sur les factures de la pharmacie correspondant à l'achat de ces médicaments, doivent être clairement notés le nom du médicament prescrit, son prix et la date d'achat. En cas de traitement dentaire, les justificatifs doivent comporter les précisions sur les dents soignées et le traitement appliqué. L'assuré doit prouver le montant de remboursement ou le refus de remboursement d'un assureur ou d'une caisse mentionnée dans §5, 3.
- (3) Afin de justifier un rapatriement, l'assureur doit fournir la preuve de sa nécessité, par une attestation médicale.
- (4) En cas de demande de remboursement des frais pour le rapatriement du corps ou de l'inhumation à l'étranger, un certificat de décès doit être transmis à l'assureur.
- (5) L'assureur est autorisé à rembourser l'expéditeur ou l'apporteur des pièces justificatives, sauf si l'assureur a connaissance de doutes sur la légitimité de l'expéditeur ou de l'apporteur.
- (6) Les frais supportés en devises étrangères sont recalculés en EUR, au cours du jour, quand l'assureur reçoit les justificatifs. Le cours retenu des devises cotées est le cours officiel de Francfort/Main, le cours pour des devises non cotées est le cours selon la dernière publication « Währungen der Welt » (« Devises du Monde ») de la Deutsche Bundesbank, Francfort /Main, sauf si l'assuré peut apporter la preuve, avec un relevé bancaire ou une quittance de la banque, qu'il a acheté la devise à un cours moins favorable et que la différence était due à une différence de parité.
- (7) Les frais de transfert à l'étranger du remboursement ainsi que les frais afférents à un mode de paiement choisi par l'assuré peuvent être déduits du montant du remboursement.
- (8) Les réclamations de remboursement ne peuvent pas être cédées ou déléguées à un tiers, ni servir de gages.
- (9) Par ailleurs, les conditions pour déterminer si l'assureur est dans l'obligation de rembourser sont stipulées dans §11, 1 à 3 du code des assurances allemand (Versicherungsvertragsgesetzes = VVG) ; voir extrait à la fin de ces conditions.

§ 7 Fin de la Garantie

- (1) La garantie – y compris pour les sinistres / réclamations en cours – prend fin à la date convenue, au plus tard à la fin du voyage.
- (2) Si le retour à la date convenue n'est pas possible pour des raisons médicales, la garantie est prolongée au-delà de cette date, avec toutefois une durée maximum de quatre semaines.

§ 8 Paiement de la Cotisation

- (1) La prime d'assurance est une cotisation unique. Son montant est stipulé dans le tableau tarifaire et doit être réglé au plus tard lors de la souscription du contrat.
- (2) Le tableau tarifaire prévoit un prélèvement automatique de la cotisation. Dans ce cas, la date de paiement est considérée comme celle de la signature de l'autorisation de prélèvement, à condition que l'assureur ait pu effectuer le prélèvement.

§ 9 Obligations de l'Assuré

- (1) L'assuré doit transmettre tous les justificatifs au plus tard 90 jours après la fin du voyage. Tout traitement hospitalier ou hospitalisation doivent être signalés à l'assureur dans les 10 jours qui suivent le début du traitement ou de l'hospitalisation.
- (2) A la demande de l'assureur, l'assuré doit fournir toute information servant à déterminer s'il y a événement garanti, qui obligerait l'assureur à rembourser et qui aiderait à fixer le montant exact du remboursement.
- (3) A la demande de l'assureur, l'assuré est tenu de se faire examiner par un médecin choisi par l'assureur.
- (4) L'assuré est obligé de faire le nécessaire (notamment de dégager les médecins traitants de leur secret médical) afin de permettre à l'assureur

de se procurer toute information nécessaire.

§ 10 Conséquences du non-respect des Obligations

L'assureur est, conformément au § 6, 3 du code des assurances allemand (Versicherungsvertragsgesetzes = VVG) déchargé de son obligation de rembourser si l'assuré ne respecte pas une ou plusieurs des obligations énumérées dans § 9 « Obligations de l'Assuré ». Le non-respect des obligations par la personne assurée a les mêmes conséquences que le non-respect des obligations par le souscripteur.

§ 11 Réclamations envers des Tiers

Si le souscripteur ou la personne assurée a des réclamations envers un tiers, le souscripteur ou l'assuré doit, en plus de la disposition légale selon § 67 du code des assurances allemand (Versicherungsvertragsgesetzes = VVG) – voir extrait à la fin de ces conditions – subroger par écrit ses droits, à hauteur du montant remboursé, en faveur de l'assureur. Si le souscripteur ou la personne assurée renonce sans autorisation de l'assureur à ses réclamations envers le tiers ou à des droits permettant d'exercer le recours, l'assureur est déchargé de tout remboursement, dans la mesure où l'assureur aurait pu être dédommagé par le tiers ou par le droit en question.

§ 12 Compensation

L'assuré a le droit de compenser les créances de l'assureur, uniquement si les réclamations du client sont incontestables ou constatées par voie de justice.

§ 13 Déclarations et Notifications

Les déclarations et notifications à l'assureur doivent être formulées par écrit. Des éventuels intermédiaires ne sont pas autorisés à accepter des déclarations ou notifications.

§ 14 Prescription ou Compétence

- (1) Si l'assureur a refusé la validité de la réclamation ou si l'assureur a refusé le montant de la réclamation, il y a prescription si l'assuré ne réclame pas le remboursement par voie de justice dans les six mois qui suivent le refus de l'assureur. Celui-ci doit être formulé par écrit et doit mentionner le délai de prescription ainsi que les conséquences pour l'assuré.
- (2) Des poursuites judiciaires à l'encontre de l'assureur peuvent être engagées uniquement auprès du tribunal du siège social de l'assureur ou du siège social de son agent (à défaut d'un siège social au domicile de l'agent) au moment de la souscription.

Extrait du code des assurances allemand (Versicherungsvertragsgesetzes = VVG)

§ 6

- (3) S'il est stipulé que l'assureur est déchargé de son obligation de rembourser en cas de non-respect des obligations après sinistre, l'assureur doit quand même rembourser si le non-respect de l'obligation n'est pas dû à une faute intentionnelle ou faute grave. En cas de faute grave, l'assureur reste dans l'obligation de rembourser si le non-respect de l'obligation n'a pas augmenté le montant à rembourser ou n'a pas empêché l'assureur de constater l'étendue de la réclamation.

§ 11

- (1) Le remboursement de l'assureur est dû après que toutes constatations concernant la nature de la réclamation et du montant à rembourser ont été effectuées.
- (2) Si le délai pour effectuer ces constatations excède la durée d'un mois, l'assuré peut demander un acompte sur la réclamation totale à hauteur du montant minimal que l'assureur, après examen des faits connus à ce moment, est obligé de rembourser.
- (3) Si l'assureur n'arrive pas à faire ces constatations par faute de l'assuré, ce délai est interrompu.

§ 67

- (1) Si l'assuré a le droit d'être dédommagé par un tiers, il doit subroger ses droits à l'assureur, à condition que le tiers rembourse ou dédommage l'assuré. Cette subrogation ne peut pas être invoquée par l'assureur en défaveur de l'assuré. Si le souscripteur renonce à son recours envers le tiers ou à des droits permettant d'exercer le recours, l'assureur est déchargé de l'obligation de rembourser dans la mesure où l'assureur aurait pu être dédommagé par le tiers ou par le droit en question.
- (2) Si les réclamations du souscripteur sont dirigées vers un tiers qui vit avec lui sous le même toit, la subrogation des droits est exclue, sauf si le tiers a causé le dommage en question intentionnellement.

Important : Seuls les tribunaux allemands sont compétents. Ces conditions relèvent d'une traduction des conditions allemandes. En cas de différend entre l'assuré et l'assureur, seules les conditions originales en langue allemande sont applicables.