

Termes du contrat

This is a World Escapade/ihi Bupa Group Policy

World Escapade - Conditions Générales d'Assurance : valables à partir du 1er janvier 2010, conformément à la Loi danoise sur les contrats d'assurance.

Le présent document a été traduit en français par souci de clarification uniquement. La traduction française repose sur la version anglaise de la liste de couverture et prestations et des conditions générales d'assurance Worldwide Travel Options. En cas de divergence, la version originale anglaise prime sur la traduction en français. Le présent document a été traduit en français par souci de compréhension et de clarification uniquement.

Couverture et droits : valables à partir du 1er janvier 2010.

La liste de couverture et les droits par personne et par voyage :

Assurance voyage - Sommaire des couvertures	USD	EURO
Couverture maximale	Illimitée	Illimitée
Hospitalisation	100%	100%
Traitement ambulatoire par généralistes et spécialistes autorisés	100%	100%
Médicaments prescrits	100%	100%
Traitement de physiothérapeutes et chiropracteurs prescrit, max. par personne	2,500	2,000
Soins dentaires provisoires anti-douleur	300	250
Transport en ambulance	100%	100%
Évacuation Médicale / Rapatriement	100%	100%
Voyage de Retour	100%	100%
Rapatriement d'urgence pour des raisons familiales	100%	100%
Accompagnement d'un proche	100%	100%
Visite de famille d'urgence	100%	100%
Frais de pension, d'hébergement et de transport local pour une personne appelée ou accompagnant l'assuré, par personne par jour	6,000 Par jour 300	4,100 Par Jour 250
Dispositions obligatoire en cas de décès	100%	100%
Retour de la personne décédée à son domicile	100%	100%

Supplément « Option non-médicale »	USD	EURO
La liste de couverture et les droits par personne et par voyage :		
Accident – décès et invalidité	75 000	55 000
Bagages – vol, perte ou endommagement	2 000	1 500
Perte de passeport et/ou d'argent	200	150
Retard de bagages	500	350
Responsabilité civile – dommages matériels	500 000	360 000
Responsabilité civile – blessures corporelles	1 000 000	715 000
Retard de vol	500, par jour 100	350, par jour 70

Indemnité journalière d'hospitalisation	2 000, par jour 50	1 450, par jour 35
Caution et assistance juridique	10 000	7 200

Les conditions intégrales ainsi que les sommes d'assurance sont mentionnées dans les Conditions Générales d'Assurance.

Il est à noter que la prime doit être réglée pour que la couverture de l'assurance entre en vigueur.

Conditions Générales d'Assurance : valables à partir du 1er janvier 2010

INDEX

- 1 Acceptation du contrat d'assurance
- 2 Prise d'effet de l'assurance et prolongation
- 3 Personnes couvertes par l'assurance
- 4 Etendue géographique de la couverture
- 5 Les garanties
- 6 Frais médicaux
- 7 Évacuation Médicale / Rapatriement
- 8 Voyage de Retour
- 9 Rapatriement d'urgence pour des raisons familiales
- 10 Présence d'une personne accompagnante et déplacement d'un Proche
- 11 Évacuation
- 12 Assurance accident
- 13 Bagages
- 14 Retard de bagages
- 15 Responsabilité personnelle
- 16 Retard de vol
- 17 Indemnité journalière d'hospitalisation
- 18 Caution et assistance juridique
- 19 Exclusions
- 20 Comment déclarer un sinistre
- 21 Assurances cumulatives
- 22 Paiement de la prime
- 23 Informations nécessaires pour la Compagnie
- 24 Cession, annulation et expiration de l'assurance
- 25 Litiges, juridiction compétente, etc.

Art. 1 Acceptation du contrat d'assurance

1.1:

Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England (Bupa Denmark, succursale de Bupa Insurance Limited, Angleterre), ci-après dénommée « la Compagnie », doit seule décider si la conclusion de l'assurance peut être acceptée. Afin que l'assurance puisse être acceptée et que la Compagnie s'engage à délivrer les prestations, la souscription doit être acceptée par la Compagnie.

1.2:

Pour que la souscription soit acceptée par la Compagnie, le souscripteur ne doit pas avoir atteint l'âge de 80 ans à la date de commencement de l'assurance.

1.3:

Toute évaluation et émission de documents de police d'assurance a lieu au siège social de la Compagnie à Copenhague au Danemark. La Compagnie peut choisir de confier le traitement des données à des États membres de l'Union européenne ou à des pays tiers.

Art. 2 Prise d'effet de l'assurance et prolongation

2.1:

La prime d'assurance doit être réglée avant la date de commencement afin que l'assurance prenne effet. L'assurance entre en vigueur pour la période indiquée sur les documents de police d'assurance / sur la carte d'assuré

2.2:

Le droit aux indemnités peut être revendiqué au moment où l'assuré quitte son pays de résidence permanente et cessera au retour au pays de résidence permanente. Si l'assuré souscrit à l'assurance après avoir quitté le pays de résidence permanente, un délai d'attente de 3 jours sera appliqué avant que l'assurance entre en vigueur. Cependant, dans le cas d'une blessure grave causée par un accident, l'assurance prendra effet dès la date de commencement de la police d'assurance.

2.3:

L'assurance ne peut être souscrite que pour une période de 12 mois maximum.

2.4:

Il est possible de prolonger la période d'assurance. La durée de l'assurance peut être prolongée en accord avec la Compagnie. Cependant, une maladie ou une blessure apparue, indiquée par des symptômes ou diagnostiquée pendant la (les) période(s) d'assurance précédente(s) ne sera pas couverte dans la période d'assurance prolongée.

Art. 3 Personnes couvertes par l'assurance

3.1:

Il s'agit d'une assurance collective qui a été souscrite par la société World Escapades, titulaire de la police, et qui couvre ses clients. Autrement dit, l'assurance couvre la ou les personnes assurées mentionnées dans la police/carte d'assurance

3.2:

La couverture gratuite pour les enfants de moins de deux ans a pour condition préalable qu'ils soient enregistrés par la Compagnie, que l'une des personnes assurées / la personne assurée en ait le droit de garde et que l'enfant soit enregistré à la même adresse que celle de l'assuré ayant le droit de garde de l'enfant.

Art. 4 Etendue géographique de la couverture

4.1:

L'assurance garantit la couverture dans le monde entier à l'exception des pays indiqués dans les documents de la police d'assurance.

4.2:

L'assurance n'offre aucune couverture dans le pays de résidence permanente de l'assuré.

Art. 5 Les garanties

5.1:

L'assurance couvre les frais encourus par l'assuré pendant la période d'assurance conformément aux prestations applicables indiquées à la liste des couvertures et des prestations.

5.2:

Les frais de transport des enfants accompagnants, âgés de moins de 18 ans et couverts dans le cadre du contrat d'assurance, sont également pris en charge, dans une limite raisonnable, à condition que leurs parents ou toutes les personnes qui les accompagnent soient évacués, rapatriés ou qu'ils accompagnent un autre des assurés lors d'une évacuation couverte par l'assurance.

Art. 6 Frais médicaux

6.1:

L'assurance couvre les frais médicaux encourus par l'assuré en cas de maladie aiguë et de blessure.

6.2:

Les frais de traitement auprès des médecins et des spécialistes reconnus, l'hospitalisation prescrite par un médecin, les médicaments sur ordonnance et le transport local en ambulance aller / retour sont remboursés à 100 %.

6.3:

Les frais de traitement auprès des physiothérapeutes ou des chiropracteurs (traitement prescrit par un médecin autorisé) sont remboursés à 100 %, toutefois jusqu'à concurrence de 2.500 USD / 2.000 EUR par personne assurée.

6.4:

Le remboursement des frais de soins dentaires provisoires antidouleur administrés par un dentiste reconnu et des médicaments sur ordonnance en relation avec ces soins est limité à 300 USD / 250 EUR par personne assurée.

6.5:

L'assurance ne couvre pas les frais de traitement d'une maladie préexistante, chronique ou récurrente dans le cas où l'assuré :

- a) aurait été hospitalisé, au cours des 6 mois avant le début de la période d'assurance,
- b) aurait été traité par un médecin (à l'exception d'examens médicaux complets), au cours des 6 mois avant le début de la période d'assurance,
- c) aurait eu un changement de médicaments, au cours des 6 mois avant le début de la période d'assurance,
- d) n'aurait pas reçu de traitement médical, aurait refusé ou arrêté un traitement bien que l'assuré ne puisse ignorer que la maladie devrait être traitée ou que celle-ci s'est aggravée,
- e) aurait été condamné ou se serait vu refuser un traitement,
- f) attendrait de recevoir un traitement ou aurait été renvoyé à un autre lieu de traitement,
- g) aurait omis de se rendre aux contrôles arrangés d'avance.

L'assurance ne couvre pas les frais de contrôle, de traitement ou de médicaments en relation avec la stabilisation ou la régulation d'une maladie préexistante, chronique ou récurrente. L'assurance ne couvre pas une nécessité de traitement prévue avant le départ.

6.6:

Les médecins généralistes et spécialistes, dentistes, etc. effectuant les traitements doivent être agréés dans le pays où ils exercent leur profession. En outre, la méthode doit être approuvée par les autorités de la santé publique du pays dans lequel le traitement a lieu. Les méthodes de traitement qui ne sont toujours pas approuvées par les autorités de la santé publique mais qui font l'objet de recherche scientifique, seront couvertes uniquement si elles ont été approuvées au préalable par les médecins-conseils de la Compagnie.

6.7:

La Compagnie a le droit d'exiger le rapatriement de l'assuré dans son pays de résidence permanente dans le cas où les médecins-conseils de la Compagnie et le médecin responsable du traitement s'accordent sur le fait que l'assuré est médicalement en état d'être transféré vers son pays de résidence permanente. En cas de désaccord, la décision des médecins-conseils de la Compagnie l'emporte.

Art. 7 Évacuation Médicale / Rapatriement

7.1:

En cas de maladie aiguë et grave, de blessure grave ou de décès, la Compagnie rembourse les frais raisonnables supplémentaires liés à l'évacuation médicale / au rapatriement de l'assuré (selon l'Article 6.5).

7.2:

La garantie dépend de l'accord entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la Compagnie sur la nécessité de transférer l'assuré et sur la question du pays de destination (pays de résidence permanente de l'assuré ou tout autre endroit de traitement adéquat).

7.3:

Les frais d'un seul transfert sont couverts par maladie ou blessure.

7.4:

En cas de décès de l'assuré, les frais de rapatriement du défunt et les dépenses dues aux dispositions obligatoires tels que l'embaumement et un cercueil en zinc, sont pris en charge. Les héritiers légaux peuvent choisir l'une des options suivantes:

- a) Crémation du défunt et rapatriement de l'urne ou,
- b) rapatriement du défunt vers le pays de résidence.

Les frais de rapatriement de 2 membres de la famille du défunt ou de 2 de ses compagnons de voyage sont pris en charge. La Compagnie couvre uniquement les frais de voyage correspondant au maximum d'un billet d'avion en classe économique.

7.5:

Si l'assuré ne peut pas continuer son voyage à cause d'une maladie ou blessure aiguë couverte par l'assurance, les dépenses additionnelles et raisonnables seront couvertes quand l'assuré pourra voyager, et quand cela sera accepté par la Compagnie préalablement au changement de l'itinéraire de voyage.

7.6:

La Compagnie ne peut pas être tenue responsable des retards ou des restrictions de transport dues aux conditions météorologiques, à des problèmes mécaniques, aux restrictions imposées par les autorités publiques ou par le pilote ou à des conditions échappant au contrôle de la Compagnie.

Art. 8 Voyage de Retour

8.1:

L'assurance couvre un voyage de retour à la destination à l'étranger si l'assuré a été évacué/rapatrié pour des raisons médicales en cas de maladie ou de blessure ou si l'assuré a été rapatrié d'urgence pour des raisons familiales

8.2:

L'incident qui a causé le voyage de retour doit être couvert par l'assurance et l'assurance doit toujours être valable au moment du voyage de retour.

8.3:

Le voyage de retour doit être effectué au plus tard 2 semaines après l'évacuation médicale / le rapatriement ou le rapatriement d'urgence pour des raisons familiales.

8.4:

La Compagnie remboursera les frais de voyage équivalents au coût d'un billet d'avion en économique. La destination du voyage de retour sera toujours le lieu où l'assuré se serait trouvé selon son itinéraire de voyage d'origine à l'heure du voyage de retour.

Art. 9 Rapatriement d'urgence pour des raisons familiales

9.1:

L'assurance couvre les cas où l'assuré est forcé de rentrer de l'étranger parce qu'un proche, dans le pays de résidence permanente de l'assuré, est hospitalisé ou meurt suite à une blessure aiguë et grave survenue

après le départ de l'assuré. En cas de doute, la décision sera prise par les médecins-conseils de la Compagnie et si nécessaire par le médecin traitant. En cas de décès, un acte de décès doit être soumis à la Compagnie. Parr parent proche, on entend le conjoint ou concubin, domicilié et enregistré à la même adresse que l'assuré, les enfants, les beaux-fils, les belles-filles, les petits-enfants, les parents, les grands-parents, les beaux parents, les frères et sœurs.

9.2:

Les frais d'un seul transfert sont couverts par maladie ou blessure ou en cas de décès.

9.3:

Aucune prestation n'est fournie si le blessé en question est un compagnon de voyage qui a déjà été rapatrié.

9.4:

Le rapatriement est uniquement pris en charge si l'heure d'arrivée précède d'au moins 12 heures l'heure d'arrivée initialement prévue par l'assuré.

9.5:

Une indemnité sera versée pour des frais de voyage supplémentaires et raisonnables égaux au coût d'un billet d'avion en classe économique, au maximum.

9.6:

L'assuré a le droit d'être accompagné d'un compagnon de voyage en cas de Rapatriement d'urgence. L'indemnisation inclut les frais de déplacement supplémentaires équivalent au coût d'un billet d'avion en classe économique au maximum.

Art. 10 Présence d'une personne accompagnante et déplacement d'un Proche

10.1:

En cas de maladie aiguë et grave, de blessure grave ou de décès, les frais de voyage des 2 personnes que l'assuré a fait venir ou des deux compagnons de voyage sont remboursés si le médecin-conseil de la Compagnie et le médecin traitant estiment que l'hospitalisation dure au moins 5 jours et 5 nuits ou si l'assuré est en danger de mort.

10.2:

L'assuré a le droit de se faire accompagner par 2 personnes au maximum. Les compagnons de voyage peuvent être soit des covoyageurs soit des proches venant du pays de résidence permanente de l'assuré pour accompagner l'assuré.

10.3:

La Compagnie prend en charge les frais supplémentaires de transport correspondant au prix d'un billet d'avion retour en classe économique par personne appelée. En outre, chaque personne appelée ou chaque compagnon de voyage reçoit un montant maximum de 300 USD / 250 EUR par jour, jusqu'à un maximum de 6 000 USD/4 100 EUR, en vue de couvrir les frais d'hébergement, de pension et de transport local supplémentaires raisonnables.

10.4:

L'assurance couvre une seule visite de famille d'urgence dans le cadre d'un sinistre couvert.

Art. 11 Évacuation

11.1:

L'assurance couvre les cas suivants :

- a) épidémies dans la région où séjourne l'assuré, dans la mesure où le Ministère danois des Affaires étrangères, l'Ambassade du Danemark ou une institution semblable déconseillent de se rendre dans la région et/ou recommandent une évacuation, et où la situation est survenue après l'arrivée de l'assuré dans la région concernée ;
- b) guerre, troubles civils, guerre civile, actes terroristes, loi martiale, révolution et autres situations semblables survenant dans la région où séjourne l'assuré dans la mesure où une telle situation a été déclarée et documentée par le Ministère danois des Affaires étrangères, l'Ambassade du Danemark ou une

institution semblable, et où elle est survenue après le départ de l'assuré en direction de la région concernée ;

c) catastrophes naturelles à condition que le Ministère danois des Affaires étrangères, l'Ambassade du Danemark ou une institution semblable recommande une évacuation et que la situation soit survenue après le départ de l'assuré en direction de la région concernée.

11.2:

L'assurance couvre le transport vers la destination sécurisée la plus proche ou vers le pays d'origine, moyennant un maximum de 150 USD / 110 EUR par jour pour les frais d'hébergement supplémentaires documentés.

11.3:

Si l'assuré est retenu par les autorités dans un pays à la suite d'une guerre ou d'une guerre imminente, l'assurance couvre, pendant une période allant jusqu'à trois mois, les frais d'hébergement et de pension supplémentaires raisonnables et documentés ainsi que les frais de transport intérieur requis.

11.4:

La Compagnie ne peut être tenue responsable de la mise en œuvre effective du transport, mais coopère avec le Ministère danois des Affaires étrangères, l'Ambassade du Danemark ou une institution semblable dans les cas où une assistance s'avère indispensable.

Art. 12 Assurance accident

12.1:

Si le preneur de l'assurance a choisi le supplément « Non-Medical Option », une indemnité est versée par la Compagnie en cas d'accident qui, directement et sans l'influence d'une maladie quelconque, entraîne la mort de l'assuré, la perte d'un membre, de la vue, ou d'une extrémité ou encore une invalidité totale permanente.

12.1.1:

Un accident est défini comme suit :

Événement fortuit qui se produit sans l'intention de l'assuré et qui a un impact soudain, externe et violent sur le corps, entraînant une blessure corporelle démontrable.

12.2:

Exclusions

La Compagnie n'est pas tenue de rembourser les frais qui concernent, tiennent à ou découlent de ce qui suit :

- a) toute maladie ou tous antécédents médicaux qui se manifestent, même si la maladie ou les antécédents se reproduisent à la suite de l'accident ou sont aggravés par celui-ci ;
- b) tout accident causé par une maladie ;
- c) toute conséquence aggravée d'un accident suite à des antécédents médicaux ou toute maladie imprévue contractée par la suite ;
- d) toute conséquence d'un traitement médical qui n'est pas nécessité par un accident couvert par l'assurance ;
- e) si l'assuré est âgé de moins de 18 ans, l'indemnité en cas de décès est limitée à USD 3 000/EUR 2 500 ;
- f) si l'assuré est âgé de plus de 75 ans, l'indemnité due en cas de décès ou d'invalidité est limitée à 50 % de la couverture maximale.

12.3:

L'indemnité en cas de décès est due à raison du montant intégral de la couverture maximale lorsqu'un accident entraîne directement le décès de l'assuré dans l'année qui suit l'accident. Sauf instructions

contraires transmises à la Compagnie par écrit, la couverture maximale est versée aux membres de la famille immédiate de l'assuré, définis comme étant son/sa conjoint(e) ou, s'il ne laisse aucun(e) conjoint(e), ses enfants ou, en l'absence de tout enfant, son/sa concubin(e), à condition que ledit concubin ou ladite concubine soit domicilié(e) à la même adresse que l'assuré depuis au moins deux ans, ou encore, en l'absence d'un(e) concubin(e), ses bénéficiaires.

Si une indemnité pour invalidité a été versée à la suite de l'accident, l'indemnité due correspond au montant de l'indemnité de décès dépassant la somme déjà versée.

12.4:

Une indemnité en cas de perte d'un membre, de perte de la vue, de perte d'une extrémité ou d'une invalidité totale permanente est due à condition que la blessure entraîne l'invalidité de l'assuré dans l'année qui suit l'accident.

a) Par « perte d'un membre », on entend la perte par séparation ou la perte d'utilisation totale et irréversible d'une main à hauteur ou au-dessus du poignet ou d'un pied à hauteur ou au-dessus de la cheville. Une indemnité est versée à raison de 50 % de la couverture maximale.

b) Par « perte de la vue », on entend la perte de la vue sur un seul œil ou les deux yeux, qui certifiée complète et irréversible par un médecin qualifié spécialisé dans l'ophtalmologie et agréé par la Compagnie. En cas de perte de la vue sur un seul œil, une indemnité est versée à raison de 25 % de la couverture maximale. En cas de perte de la vue sur les deux yeux, une indemnité est versée à raison de 50 % de la couverture maximale.

c) Par « perte d'une extrémité », on entend la séparation physique permanente ou la perte d'utilisation totale et irréversible de tout ou partie d'un doigt, d'une oreille, du nez ou d'un organe génital. Une indemnité est versée à raison de 10 % de la couverture maximale.

d) Par « invalidité totale permanente », on entend une invalidité qui, inévitablement et continuellement, empêche l'assuré d'exécuter chaque aspect de ses activités ou de sa profession normales durant une période de 12 mois calendaires et qui, au terme de ladite période, est certifiée par deux médecins qualifiés agréés par la Compagnie comme étant sans espoir d'amélioration. Si l'assuré n'exerce aucune activité ou profession, l'invalidité doit l'obliger à rester, immédiatement et continuellement, à la maison et l'empêcher de vaquer à ses occupations normales. Une indemnité est versée à raison de 100 % de la couverture maximale.

12.5:

L'assuré doit recevoir un traitement médical et se conformer aux instructions du médecin.

12.6:

La Compagnie est en droit d'obtenir des informations auprès de tout médecin traitant ou ayant traité l'assuré, de soumettre ce dernier au traitement d'un médecin choisi par la Compagnie et, en cas de décès, de demander une autopsie.

Art. 13 Bagages

13.1:

Si le preneur de l'assurance a choisi le supplément "Non-Medical Option", la Compagnie verse à l'assuré une indemnité pour les objets suivants qui lui appartiennent durant son voyage en dehors de son pays de résidence permanente : bagages, équipement électronique, espèces, billets, chèques de voyage, cartes de crédit, titre et passeports.

Les bagages et les équipements électroniques de nature quelconque destinés à des fins commerciales, y compris les échantillons de représentants de commerce ainsi que les stocks et collections de revendeurs, ne sont pas couverts. Les vélos, les équipements de sport et les accessoires y afférents ne sont pas couverts. Le remboursement de tout objet individuel ne peut jamais dépasser 50 % de la couverture maximale. Le remboursement maximum pour le matériel de photographie et les bijoux s'élève à 25 % de la couverture

maximale. La couverture maximale se monte à l'indemnité maximale par sinistre, conformément à la **liste des prestations**.

13.2:

Comme décrit dans le tableau ci-dessous, les limites suivantes sont d'application :

Cause / objet	Bagages et équipement électronique	Espèces, billets, titres et passeports
Incendie, vol aggravé, vol dans une chambre d'hôtel fermée à clé, dans une maison fermée à clé à l'étranger ou dans un coffre-fort fermé à clé	Jusqu'à la couverture maximale	10 % de la couverture maximale
Vol flagrant d'objets couverts transportés sur ou par l'assuré	Jusqu'à la couverture maximale	10 % de la couverture maximale
Vol dans un coffre ou casier séparé du compartiment passager d'un bateau ou d'un véhicule motorisé fermé à clé	Jusqu'à la couverture maximale	10 % de la couverture maximale
Perte documentée de bagages enregistrés (preuve à transmettre)	Jusqu'à la couverture maximale (toutefois, équipement électronique non couvert)	Aucune couverture
Endommagement documenté de bagages enregistrés (preuve à transmettre)	Jusqu'à la couverture maximale (toutefois, équipement électronique non couvert)	Aucune couverture
Vol dans le compartiment passager d'un bateau ou véhicule motorisé fermé à clé	Aucune couverture	Aucune couverture
Objets oubliés, perdus ou égarés	Aucune couverture	Aucune couverture
Vol de bagages laissés sans véritable surveillance	Aucune couverture	Aucune couverture
Vol dans un véhicule motorisé, un bateau, une remorque, une chambre d'hôtel, une maison ou un coffre-fort qui ne porte aucun signe visible d'effraction	Aucune couverture	Aucune couverture
Endommagement de bagages causé par des aliments, des bouteilles, du verre etc. emballés dans les bagages personnels de l'assuré	Aucune couverture	Aucune couverture
Perte liée à l'abus d'une carte de crédit ou de chèques de voyage	Aucune couverture	Aucune couverture
Perte ou endommagement de bagages transportés séparément	Aucune couverture	Aucune couverture
Perte indirecte	Aucune couverture	Aucune couverture
Simple vol	Aucune couverture	Aucune couverture

Aucune indemnité ne peut être versée avant un mois après la perte.

13.3:

L'indemnité pour les objets de valeur perdus ou endommagés de l'assuré est calculée selon les principes suivants :

a) L'assurance couvre les frais de remplacement par des objets neufs comparables s'il est prouvé que les objets couverts ont moins de deux ans.

b) Pour les objets ayant plus de deux ans, achetés d'occasion ou déjà endommagés, l'indemnité est fixée aux frais de remplacement par des objets neufs comparables, minorés d'une réduction équitable pour la détérioration des objets suite à leur âge, à leur usure, à leur utilité réduite ou à toute autre circonstance. Cette disposition s'applique également aux objets dont l'âge et la valeur ne peuvent pas être documentés.

c) La Compagnie peut décider de faire réparer les objets endommagés ou de verser une somme correspondant aux frais de réparation.

d) La Compagnie est en droit, mais pas dans l'obligation, de verser une indemnité en nature.

e) La couverture pour les enregistrements vidéo, sur film, sur bande et autres est limitée au coût du matériel brut.

f) L'assurance couvre les frais de remplacement des billets, des chèques de voyage, des cartes de crédit, des titres et des passeports. Ces frais englobent les frais de transport, les droits, les photos, etc. nécessaires. Toutefois, aucune indemnité n'est versée pour le temps consacré au remplacement de ces objets.

13.4:

La Compagnie est uniquement tenue de verser une indemnité dans la mesure où les bagages sont manipulés et entreposés en toute sécurité et où l'assuré agit avec tous les soins requis.

13.5:

Tout vol ou vol aggravé doit être signalé aux autorités de police les plus proches. Si, exceptionnellement, il n'est pas possible de prévenir les autorités locales compétentes (par exemple, en cas de départ imminent), la Compagnie doit être informée dès que possible après le retour de l'assuré à son domicile.

Toute perte ou tout endommagement de bagages enregistrés doivent être signalés au transporteur concerné.

Une copie du rapport de la police ou du transporteur doit être transmise à la Compagnie avec le formulaire de déclaration de sinistre.

Art. 14 Retard de bagages

14.1:

Si le preneur de l'assurance a choisi le supplément "Non-Medical Option", l'assurance couvre les frais raisonnables liés à l'achat de vêtements, d'articles de toilette et de médicaments essentiels dans le cas où les bagages enregistrés sont retardés de plus de cinq heures après l'heure d'arrivée à la destination en dehors du pays de résidence permanente.

14.2:

Pour obtenir une indemnité, l'assuré doit :

a) fournir un P.I.R. (Property Irregularity Report) original du transporteur, indiquant que les bagages ne sont pas arrivés à la date et à l'heure prévues, et précisant la date et l'heure d'arrivée réelles ;

b) avoir acheté des objets de remplacement avant que les bagages ne lui soient retournés ;

c) fournir la preuve des dépenses supportées sous la forme de factures ou reçus datés.

14.3:

L'assurance ne couvre pas :

- a) la location ou l'achat d'équipements de sport ;
- b) les pertes indirectes ;
- c) les retards soufferts par les bagages enregistrés de l'assuré lors de son retour dans son pays de résidence permanente.

Art. 15 Responsabilité personnelle

15.1:

Si le preneur d'assurance a choisi le supplément "Non Medical Option", l'assurance couvre les éléments suivants :

- a) responsabilité civile en cas de blessures corporelles ou de dommages matériels quelconques infligés par l'assuré en vertu de la législation en vigueur dans le pays où lesdites blessures ou lesdits dommages surviennent ;
- b) frais liés au règlement de l'indemnité en application du contrat conclu avec la Compagnie ;
- c) dommages infligés à une maison de vacances/chambre d'hôtel louée et au contenu d'une maison louée.

15.2:

Exclusions

La Compagnie n'est pas tenue de rembourser les frais qui concernent, tiennent à ou découlent de ce qui suit :

- a) responsabilité contractuelle ;
- b) réclamations découlant de ou liés aux affaires, à l'emploi ou au travail de l'assuré ;
- c) réclamations découlant de la mise en cause, par voie contractuelle ou autre, de la responsabilité de l'assuré dans une mesure supérieure à celle prévue par les dispositions légales générales relatives à la responsabilité non contractuelle ;
- d) perte ou endommagement de biens personnels qui ne sont pas visés à l'art. 15.1 et que l'assuré détient, emprunte, loue, entrepose ou utilise, ou qui lui ont été confiés à des fins de transport ou de traitement, ou qui sont en sa possession ou lui ont été confiés pour toute autre raison ;
- e) perte ou blessure subie par un quelconque membre de famille, collègue ou compagnon de voyage de l'assuré ;
- f) perte ou dommage causé(e) par les animaux domestiques de l'assuré ;
- g) réclamations découlant de la transmission par l'assuré d'une maladie à une autre personne par voie d'infection ou autre ;
- h) perte ou endommagement causé(e) par l'utilisation soit d'un véhicule motorisé, d'une autocaravane ou d'une remorque, d'un aéronef et d'un bateau, y compris les voiles mesurant plus de trois mètres, soit d'un véhicule motorisé, d'une autocaravane ou d'une remorque, d'un aéronef ou d'un bateau, y compris les voiles mesurant moins de trois mètres si la puissance du moteur est supérieure à trois CV ;
- i) responsabilité civile en cas de blessures corporelles ou de dommages matériels causés intentionnellement ou par négligence grave par l'assuré ;

j) réclamations découlant de la participation de l'assuré à une activité illégale quelconque.

15.3:

L'assurance ne couvre pas les amendes ni les dommages-intérêts punitifs.

15.4:

La couverture maximale indiquée dans les documents de la police concernant les dommages matériels et les blessures corporelles constitue la limite maximale de la responsabilité de la Compagnie pour tout sinistre individuel couvert, même si celui-ci entraîne plusieurs pertes ou dommages, même si plusieurs personnes peuvent être mises en cause, et même si une couverture est offerte par une seule ou plusieurs polices souscrites auprès de la Compagnie.

15.5:

L'assuré ne peut pas (avec force obligatoire pour la Compagnie) accepter la responsabilité d'une perte, d'un dommage ou d'une blessure quelconque causé(e) par lui.

Art. 16 Retard de vol

16.1:

Si le preneur d'assurance a choisi le supplément « Non-Medical Option », l'assurance couvre les éléments suivants :

- a) retard de plus de cinq heures d'un vol réservé ;
- b) annulation d'un vol ;
- c) surréservation empêchant l'assuré de prendre un vol réservé.

16.2:

La Compagnie rembourse les frais de transport local, de pension et d'hébergement à l'hôtel supplémentaires nécessaires, raisonnables et documentés jusqu'à un montant de USD 100/EUR 70 par jour par personne assurée.

Art. 17 Indemnité journalière d'hospitalisation

17.1:

Si le preneur d'assurance a choisi le supplément « Non-Medical Option », l'assuré est en droit de percevoir une indemnité d'hospitalisation en espèces.

17.2:

L'indemnité journalière d'hospitalisation doit être approuvée préalablement par la Compagnie et s'applique uniquement au traitement avec hospitalisation d'un état médical admissible, couvert par l'assurance.

17.3:

La Compagnie verse à l'assuré une indemnité de USD 50/EUR 35 par période de 24 heures d'hospitalisation. La couverture est fixée à un maximum de USD 2 000/EUR 1 450 par personne assurée.

Art. 18 Caution et assistance juridique

18.1:

Si le preneur d'assurance a choisi le supplément « Non-Medical Option », l'assurance couvre les paiements permettant la libération permanente ou provisoire de l'assuré ou de son bien suite à leur détention par les autorités locales.

La caution est fournie à titre de prêt sans intérêt remboursable à la Compagnie immédiatement après la libération ou sur demande.

Si la caution est saisie suite au fait que l'assuré ne paie pas une amende ou une indemnité à laquelle il a été condamné ou qu'il ne comparaît pas en justice, ou si l'assuré est autrement responsable de la saisie exécutée, ladite caution est réputée constituer un prêt sans intérêt remboursable à la Compagnie immédiatement après la saisie.

18.2:

L'assurance couvre une assistance juridique en cas de problèmes de nature juridique survenant durant le voyage couvert. Si, durant le voyage couvert, l'assuré est inculqué ou mis en examen pour une infraction, les frais d'avocat nécessaires et raisonnables sont couverts jusqu'à ce qu'une juridiction de première instance se prononce. Si l'assuré est reconnu coupable par une juridiction de première instance pour l'infraction concernée, ses frais d'avocat sont réputés constituer un prêt sans intérêt remboursable à la Compagnie sur demande. La désignation d'un avocat étranger pour représenter l'assuré est sujette à l'approbation de la Compagnie.

18.3:

L'assurance couvre les frais de déplacement de l'assuré si celui-ci est cité à comparaître, pour témoigner ou être interrogé, devant une juridiction située en dehors du pays de résidence permanente.

18.4:

Exception faite de la caution mentionnée à l'article 18.1, la couverture est sujette à une franchise de 10 % du total des frais, quoique pas moins de USD 500/EUR 350.

18.5:

Exclusions

La Compagnie n'est pas tenue de rembourser les frais qui concernent, tiennent à ou découlent de ce qui suit :

- a) problèmes juridiques survenant entre l'assuré et l'agence de voyages, le tour-opérateur ou le fournisseur du voyage ;
- b) problèmes juridiques concernant des contrats ou les affaires, l'emploi ou le travail de l'assuré ;
- c) problèmes juridiques liés au droit de la famille et au droit des successions ;
- d) problèmes juridiques survenant entre l'assuré et la Compagnie ;
- e) problèmes ne survenant pas durant le voyage couvert ;
- f) procès concernant la responsabilité découlant de l'utilisation de véhicules motorisés, d'aéronefs ou de bateaux ;
- g) amendes, dommages-intérêts punitifs ou indemnités de facto.

Art. 19 Exclusions

19.1 :

La Compagnie n'est pas responsable du remboursement des frais concernant, dûs à ou résultant de :

- a) une quelconque maladie, blessure, infirmité ou déficience physique et ses conséquences, qui voient le jour ou manifestent des symptômes avant l'entrée en vigueur de l'assurance (selon l'Article 6.5),
- b) chirurgie esthétique et traitement, sauf en cas de nécessité médicale, prescrite par un médecin et approuvée par la Compagnie,
- c) traitement récréatif,

- d) les maladies dentaires préexistantes ou le traitement dentaire n'étant pas anti-douleur ou provisoire et pouvant attendre l'arrivée au pays de domicile,
- e) prothèses dentaires, lunettes, lentilles de contact et aides auditives,
- f) les maladies vénériennes, SIDA et les maladies liées au SIDA ou aux infections HIV (séropositives),
- g) assistance maternité et médicale survenant après le 8^e mois (36^e semaine) de grossesse et après le 4^e mois (18^e semaine) si la grossesse est le résultat d'un traitement de fertilité et/ou si l'assurée attend plus d'un enfant.
- h) l'avortement volontaire, n'étant pas médicalement prescrit,
- i) consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments sauf s'il est prouvé que la maladie ou la blessure n'y sont pas liées ;
- j) coups et blessures intentionnels auto-infligés,
- k) le traitement par un homéopathe, des médicaments homéopathiques ou naturopathiques et toute autre méthode alternative de traitement,
- l) le traitement des maladies ou des blessures causées directement ou indirectement lors d'un engagement actif dans des opérations de: guerre, invasion, hostilités, troubles civils (que la guerre soit déclarée ou non), guerre civile, actes de terrorisme, rébellion, révolution, insurrection, prise du pouvoir par action militaire ou autre, état d'urgence, émeutes ou actes de toute autorité légale, opérations militaires aériennes, maritimes ou terrestres, (que la guerre soit déclarée ou non),
- m) tout effet d'une source de radioactivité,
- n) les traitements effectués par l'assuré, son époux(se), ses parents ou enfants ou une entreprise appartenant à une des personnes citées ci-dessus,
- o) les épidémies contrôlées par les autorités publiques,
- p) le traitement effectué par un psychologue sauf si prescrit par un médecin traitant en relation avec des secours d'urgence,
- q) examens médicaux complets, les vaccinations et autre traitements préventifs,
- r) le refus de l'assuré de se conformer aux prescriptions médicales données par le médecin-conseil de la Compagnie et le médecin traitant,
- s) le refus par l'assuré d'une évacuation médicale / rapatriement (selon l'Article 6.7),
- t) le transport non arrangé par la Compagnie. Cependant, seront couverts les frais correspondant au montant que la Compagnie aurait remboursé si elle avait été notifiée du transport,
- u) traitement médical et examens qui peuvent attendre le retour de l'assuré,
- v) chambre privée dans un hôpital sauf prescription médicale et approbation par la Compagnie,
- w) tout traitement qui n'est pas nécessaire ou qui n'est pas directement lié au diagnostic couvert par l'assurance,
- x) participation active à tout sport motorisé, qu'il s'agisse d'une exposition, d'une course ou d'une compétition,
- y) toute maladie ou blessure résultant de la participation active à un acte illégal.

Art. 20 Comment déclarer un sinistre

20.1:

Le remboursement aura lieu une fois que la Compagnie a reconnu la prise en charge des frais médicaux dans le cadre de l'assurance. Une déclaration de sinistre entièrement remplie doit être soumise à la Compagnie ainsi que les factures acquittées et détaillées et la documentation adéquate, comme des informations médicales et des billets d'avion/documents de voyage.

Si le sinistre déclaré concerne un retard de bagages (art. 14), la Compagnie exige de recevoir le P.I.R. (Property Irregularity Report) original afin de pouvoir évaluer ce type de sinistre.

La Compagnie scanne les factures transmises à leur réception. Il n'est pas possible de récupérer les factures envoyées.

La Compagnie se réserve le droit d'exiger, à tout moment, de l'assuré qu'il lui fournisse les factures originales.

20.2:

En aucun cas le montant de remboursement ne peut excéder le montant indiqué sur la facture. Si l'assuré reçoit un remboursement excédant le montant qu'il est en droit de recevoir, il devra immédiatement le retourner à la Compagnie. Un futur remboursement sera alors imputé du montant dû.

20.3:

Les indemnités sont limitées aux frais normaux et raisonnables pour la région ou le pays dans lequel le traitement a lieu.

20.4:

La Compagnie doit être avertie immédiatement de tout séjour en hôpital, en cas de décès, de rapatriement d'urgence, d'évacuation médicale/rapatriement ou d'accompagnement, et la déclaration doit être accompagnée d'informations médicales concernant la maladie/blessure. Les déclarations doivent être effectuées par téléphone ou par e-mail au service d'urgence 24 heures sur 24 de la Compagnie ; la Compagnie couvre tous les frais y afférents.

20.5:

Toutes les déclarations de sinistre doivent être transmises immédiatement à la Compagnie; au plus tard 30 jours après la date d'échéance de l'assurance.

20.6:

Les plaintes concernant le règlement de sinistres par la Compagnie doivent être présentées par écrit au plus tard 30 jours après la réception des prestations.

Art. 21 Assurances cumulatives

21.1:

En cas de couverture par une autre police d'assurance ou assurance de santé, la Compagnie doit en être informée lors de la demande de remboursement, et la couverture aux termes de la présente assurance sera secondaire à ladite autre police d'assurance ou assurance de santé.

21.2:

Dans ces circonstances la Compagnie coordonnera les paiements avec les autres compagnies et la Compagnie ne sera responsable qu'à hauteur de la part qui lui incombe.

21.3:

Si les frais médicaux sont couverts intégralement ou en partie par un tiers quel qu'il soit (gouvernemental ou non), la Compagnie ne sera pas responsable du montant couvert.

21.4:

Le preneur d'assurance et l'assuré sont tenus de coopérer avec la Compagnie et de notifier la Compagnie immédiatement de toute prestation ou droit d'action contre les tiers.

21.5:

En outre, le preneur d'assurance et l'assuré sont tenus de mettre entièrement au courant la Compagnie, de faire une démarche raisonnable pour demander une prestation à un tiers et de prendre les mesures nécessaires pour protéger les intérêts de la Compagnie.

21.6:

En tout état de cause, la Compagnie jouit d'un droit entier de subrogation.

Art.22 Paiement de la prime

22.1:

La prime est fixée par la Compagnie et doit être payée d'avance pour la totalité de la période d'assurance avant la date d'effet de l'assurance.

22.2:

Le preneur d'assurance est responsable du paiement ponctuel de la prime à la Compagnie.

22.3:

En cas de non-paiement avant la date de commencement, l'assurance n'entre pas en vigueur et la Compagnie décline toute responsabilité.

22.4:

Le remboursement d'une prime à l'exception de la prime de base est uniquement possible si une demande écrite est reçue par la Compagnie avant la date d'effet de l'assurance. La Compagnie prélèvera une taxe en relation avec le remboursement de la prime. Une fois cette date passée, la prime est considérée comme due dans sa totalité et non remboursable.

Art.23 Informations nécessaires pour la Compagnie

23.1:

Le preneur d'assurance et/ou l'assuré sont dans l'obligation d'informer la Compagnie de toute autre couverture de voyage ou d'assurance-maladie ou d'une couverture similaire auprès d'une autre compagnie, y compris une société consolidée.

23.2:

Le preneur d'assurance et/ou l'assuré sont également dans l'obligation de fournir et de transmettre à la Compagnie toutes les informations nécessaires et requises afin que la Compagnie puisse gérer au mieux les prétentions du preneur d'assurance et/ou de l'assuré envers la Compagnie, y compris les factures originales qui doivent être fournies à la demande de la Compagnie.

23.3:

La Compagnie est autorisée à demander des renseignements concernant l'état de santé de l'assuré et à contacter les hôpitaux, médecins et autres traitant ou ayant traité l'assuré lors de maladies ou de troubles physiques ou mentaux.

De plus, la Compagnie est autorisée à demander les dossiers médicaux et autres déclarations et rapports écrits concernant l'état de santé de l'assuré.

Art.24 Cession, annulation et expiration de l'assurance

24.1:

Sans l'assentiment préalable écrit de la Compagnie, personne n'a le droit de nantir ou de transférer les droits liés à l'assurance.

24.2:

Quand un avis de sinistre a été déposé, l'assurance peut être annulée avec un préavis d'un mois par le souscripteur ou par la Compagnie dans les 14 jours qui suivent le remboursement, qu'il ait été effectué ou rejeté par la Compagnie.

24.3:

La responsabilité de la Compagnie s'éteint automatiquement à la fin de la période d'assurance, y compris la responsabilité liée à un traitement en cours, à des dommages indirects et aux séquelles d'une blessure ou d'une maladie survenue durant la période d'assurance.

De même, le droit aux prestations prend fin à la date d'expiration de l'assurance, y compris le droit aux remboursements pour toute déclaration introduite plus tard que six mois après l'expiration de l'assurance.

24.4:

La période d'assurance peut être prolongée jusqu'à 48 heures sans coût supplémentaire si le retour de l'assuré est retardé sans qu'il en soit responsable.

24.5:

Si, au moment de la souscription de l'assurance ou à un moment ultérieur, le preneur d'assurance ou l'assuré a donné, de manière frauduleuse, de fausses informations ou a dissimulé des faits pouvant être considérés comme importants pour la Compagnie, le contrat d'assurance sera nul et n'engagera pas la Compagnie.

24.6:

La Compagnie peut résilier ou arrêter un produit d'assurance à la fin d'une année de police en respectant un préavis de 3 mois.

Art.25 Litiges, juridiction compétente, etc.**25.1:**

Les litiges éventuels, surgissant directement ou indirectement dans le cadre du contrat d'assurance, seront réglés selon le droit danois, Copenhague étant le lieu convenu pour ce règlement. La Compagnie est affiliée à Ankenævnet for Forsikring, Anker Heegaards Gade 2, 1572 Copenhague V, Danemark (La Commission d'Arbitrage des Assurances).

Valables à partir du 1er janvier 2010.

Sauf erreur ou omission.

Glossaire

Les définitions figurant dans ce glossaire font partie intégrante des Conditions Générales d'Assurance.

Bagage : Par bagage, il est entendu les valises, les vêtements, les articles de toilette, les livres, le matériel de photographie, les téléphones portables et les ordinateurs portables.

Proche : Par parent proche, on entend le/la conjoint(e)/concubin(e) domicilié(e) et enregistré(e) à la même adresse que l'assuré, les enfants, les beaux-fils ou les belles-filles, les petits-enfants, les parents, les grands-parents, les beaux-parents ainsi que les frères et sœurs.

Titres : Tickets d'entrée, par exemple, dans un musée, un match de football, une représentation de théâtre ou un opéra.

Simple vol : Vol qui n'est pas remarqué à l'heure où il est commis.

Antécédents médicaux : Histoire médicale, y compris les maladies et les états décrits dans la demande de couverture d'états préexistants et qui pourraient influencer sur la décision de la Compagnie d'accepter l'assurance ou non.

Assurance : Les Conditions Générales d'Assurance et les documents de la police d'assurance qui représentent le contrat d'assurance et qui déterminent le cadre de l'assurance, la prime, les prestations et les taux de remboursement.

Assuré : Le preneur d'assurance et/ou tous les assurés mentionnés sur les documents de la police d'assurance en vigueur.

Blessure grave : Une « blessure grave » ne sera déterminée qu'après examen et accord commun du médecin traitant et du médecin-conseil de la Compagnie.

Compagnie : Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England (Bupa Denmark, succursale de Bupa Insurance Limited, Angleterre)

Conditions Générales d'Assurance : Les échéances et les conditions liées à l'assurance souscrite.

Date de commencement : La date indiquée sur les documents de la police d'assurance à partir de laquelle l'assurance commence, sauf mention contraire dans les Conditions Générales d'Assurance.

Demande de souscription : Le formulaire de souscription et le questionnaire médical ainsi que la demande de couverture d'états préexistants.

Documents de la police d'assurance : Documents indiquant le genre d'assurance choisi, la prime annuelle, la franchise et toutes conditions spéciales.

Hospitalisation : *Chirurgie* ou traitement médical dans un hôpital ou une clinique lorsqu'il est médicalement nécessaire d'occuper un lit pendant une nuit.

ihi Bupa (y compris nous/notre/nos) : Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England (Bupa Denmark, succursale de Bupa Insurance Limited, Angleterre)

Maladie aiguë et grave : Une « maladie aiguë et grave » ne sera déterminée qu'après examen et accord commun du médecin traitant et du médecin-conseil de la Compagnie.

Traitement ambulatoire : Chirurgie ou traitement médical dans un hôpital ou une clinique lorsqu'il n'est pas médicalement nécessaire d'occuper un lit.

Sinistre : La demande de remboursement, couverte entièrement ou en partie par l'assurance. À cet égard, la décision de la Compagnie est basée sur la date du traitement et non sur la date de la blessure/maladie.

Souscripteur : Une personne inscrite sur le formulaire de souscription et sur le questionnaire médical comme sollicitateur de l'assurance.

Subrogation : Le droit par l'assureur de faire valoir une voie de recours de l'assuré contre un tiers, et le droit de l'assureur à demander à l'assuré le remboursement de frais que l'assureur aurait pris en charge et dont l'assuré serait indemnisé par un tiers.

Valables à partir du 1er janvier 2010.

Sauf erreur ou omission.

ihi Bupa est l'identité commerciale de Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England
(Bupa Denmark, succursale de Bupa Insurance Limited, Angleterre), n° immatr. 31602742
Bupa Insurance Limited est immatriculée en Angleterre sous le numéro 3956433

The British United Provident Association Limited, immatriculée en Angleterre et au Pays de Galles sous le
numéro 432511

Siège : Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way, Londres WC1A 2BA, Royaume-Uni.

Bupa et le symbole du battement de cœur sont des marques déposées © Bupa 2008. Tous droits réservés

**Appelez le « Medical Centre » d'ihi Bupa
pour une aide médicale et un service d'urgence 24 heures sur 24**

Tél. : +45 33 15 33 00

Fax : +45 33 32 25 60

E-mail : emergency@ihi.com,

8, Palaegade
1261 Copenhague
Danemark

Les appels seront enregistrés et pourront être surveillés.