



Journey

Conditions Générales d'Assurance

Table des matières

1. Base contractuelle	3
2. Cadre de l'assurance	4
2.1 Déclarations faites lors de la souscription de la Police d'Assurance et pendant toute sa durée	4
2.2 Autres obligations de déclaration pendant la durée de la Police d'Assurance	5
2.3 Assurance cumulative	5
2.4 Droit de rétractation	5
2.5 Entrée en vigueur et Date d'Effet	6
2.6 Adhésion des nouveau-nés	7
2.7 Expiration de la Police d'Assurance	7
2.8 Résiliation	7
2.9 Nullité de la Police d'Assurance	9
2.10 Formalités de résiliation et délais de préavis	9
2.11 Remboursement des primes en cas de résiliation	9
2.12 Limites de responsabilité	9
3. Prestations	10
3.1 Délais de Carence	10
3.2 Délai de déclaration des Sinistres	10
3.3 Obligations et formalités à accomplir lors d'une demande de remboursement	10
3.4 Paiement des Prestations	11
3.5 En cas d'Accident ou d'Urgence	12
3.6 Subrogation	12
3.7 Délai de prescription	12
4. Paiement et calcul des primes	13
4.1 Paiement des primes	13
4.2 Paiement des autres frais et de la taxe sur les primes d'assurance (TPA)	13
4.3 Calcul des primes	13
4.4 Ajustement des coûts/primes	13
4.5 Conséquences d'un retard de paiement	14
4.6 Devise contractuelle	14
5. Dispositions diverses	15
5.1 Modification de la Police d'Assurance	15
5.2 Modification de la couverture d'assurance	15
5.3 Protection des données	15
5.4 Sanctions	17
5.5 Notifications	18
5.6 Litiges	18
5.7 Droit applicable et juridiction compétente	19
5.8 Législation locale	19
5.9 Langue et communications	19
5.10 Rapport sur la solvabilité et la situation financière	19
5.11 Fonds de garantie	19
5.12 Force majeure	20
5.13 Modification des données	20
6. Glossaire	21

1. Base contractuelle

L'Assureur qui souscrit la Police d'Assurance est Foyer Global Health S.A., une compagnie d'assurance santé établie au Luxembourg sous la forme d'une société anonyme dont le siège social est situé au 12, Rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, immatriculée sous le numéro B134.471 au Registre du commerce et des sociétés du Luxembourg, et supervisé par le Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg ; +352226911-1 ; caa@caa.lu).

Les droits et obligations réciproques de l'Assureur, du Preneur d'Assurance et de la Personne Assurée au titre de la Police d'Assurance sont régis par les documents ci-après, dans leur version en vigueur, lesquels forment conjointement la Police d'Assurance :

- le Formulaire de Souscription ;
- le Certificat d'Assurance ;
- les Conditions Générales d'Assurance (le présent document) ;
- les Conditions Spéciales ;
- les Conditions Particulières ;
- les Glossaires ; et
- tout accord écrit ultérieur conclu entre l'Assureur, le Preneur d'Assurance et, le cas échéant, la Personne Assurée.

Les termes figurant avec une majuscule dans les Conditions Générales ont la signification qui leur est donnée dans les Glossaires, sauf indication contraire expresse. Les mots employés au singulier s'entendent également au pluriel et inversement, sauf indication contraire expresse.

En cas de divergence entre les Conditions Générales d'Assurance, les Conditions Spéciales et les Conditions Particulières, les Conditions Particulières prévalent sur les Conditions Spéciales et les Conditions Générales d'Assurance, et les Conditions Spéciales prévalent sur les Conditions Générales d'Assurance.

Dans la limite du montant maximal de remboursement convenu et en fonction du niveau de Plan choisi, l'Assureur rembourse les Frais Éligibles, dans la limite du Plafond Annuel Global indiqué dans l'étendue des Prestations figurant dans les Conditions Spéciales, sauf indication contraire dans les Conditions Particulières, le Certificat d'Assurance ou tout accord écrit ultérieur entre l'Assureur, le Preneur d'Assurance et, le cas échéant, la Personne Assurée.

Toute information communiquée par l'Assureur au Preneur d'Assurance via la Police d'Assurance est réputée valide, sauf indication contraire expresse.

2. Cadre de l'assurance

Le cadre juridique de la couverture d'assurance prévue par la Police d'Assurance et les Prestations qui en découlent résulte de ladite Police d'Assurance, dans sa version en vigueur, ainsi que de toutes les lois, réglementations, directives, orientations ou interprétations applicables émises par une autorité réglementaire, dans leur version en vigueur.

2.1 Déclarations faites lors de la souscription de la Police d'Assurance et pendant toute sa durée

2.1.1 Demande d'adhésion et obligation de déclaration

Le Preneur d'Assurance peut demander une couverture d'assurance en remplissant un Formulaire de Souscription, disponible directement auprès de son intermédiaire d'assurance, de l'Assureur, sur le site internet de l'Assureur ou via tout autre canal numérique mis à disposition par l'Assureur.

Le Preneur d'Assurance s'engage à répondre de manière sincère et exhaustive à toutes les questions posées par l'Assureur et, le cas échéant, veiller à ce que la Personne Assurée fasse de même.

Lors de la conclusion de la Police d'Assurance, le Preneur d'Assurance s'engage en outre à déclarer avec exactitude, toutes les circonstances dont il a connaissance et qu'il peut raisonnablement considérer comme constituant des éléments pertinents pour l'évaluation du risque par l'Assureur et à veiller, le cas échéant, à ce que la Personne Assurée en fasse de même. La prime d'assurance applicable à la Police d'Assurance est calculée en conséquence.

La Personne Assurée et le Preneur d'Assurance sont solidairement responsables de la véracité et de l'exhaustivité des réponses apportées aux questions posées par l'Assureur en rapport en lien avec la Police d'Assurance.

Le Preneur d'Assurance peut transmettre le Formulaire de Souscription à l'Assureur par courrier postal ou électronique, ou via le portail en ligne de l'Assureur. Le Formulaire de Souscription n'engage ni le Preneur d'Assurance, ni l'Assureur à conclure la Police d'Assurance.

Toutefois, l'Assureur dispose de 30 (trente) jours à compter de la réception du Formulaire de Souscription,

pour informer le Preneur d'Assurance en proposant soit une offre d'assurance, soit en demandant des informations complémentaires ou soit en refusant l'assurance. L'Assureur se réserve le droit de demander toute donnée requise par la loi ou nécessaire ou utile de la Police d'Assurance.

L'Assureur accorde la couverture d'assurance de bonne foi, en supposant que le Preneur d'Assurance a répondu correctement et intégralement à toutes les questions pertinentes posées avant la Date d'Effet (ce que l'on appelle « l'obligation précontractuelle de déclaration du Preneur d'Assurance »).

2.1.2 Omission ou inexactitude intentionnelle

Indépendamment des autres motifs de nullité, la Police d'Assurance est nulle en cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle affectant les réponses et les déclarations, ayant induit l'Assureur en erreur dans son évaluation des risques. Dans ce cas, l'Assureur conserve son droit aux primes déjà versées.

2.1.3 Omission ou inexactitude non intentionnelle

Si l'omission ou l'inexactitude est non intentionnelle, la Police d'Assurance ne sera pas nulle. Dans ce cas, l'Assureur peut, dans un délai de 1 (un) mois à compter de la date à laquelle il a pris connaissance de l'omission ou de l'inexactitude en question, proposer une modification de la Police d'Assurance qui prenant effet à la date de sa découverte.

Si l'Assureur établit, dans ce contexte, qu'il n'aurait jamais accepté d'assurer le risque concerné s'il avait disposé des informations complètes et exactes lors de la souscription de la Police d'Assurance, l'Assureur peut résilier la Police d'Assurance dans un délai de 1 (un) mois à compter de la date à laquelle il a pris connaissance de l'omission ou de l'inexactitude en question.

Si le Preneur d'Assurance refuse la modification proposée de la Police d'Assurance ou si cette proposition n'est pas acceptée dans un délai de 1 (un) mois à compter de la date de sa réception, l'Assureur peut résilier la Police d'Assurance dans un délai de 15 (quinze) jours calendaires.

Si l'omission ou l'inexactitude est imputable au Preneur d'Assurance et si un Sinistre survient avant que la

modification ou la résiliation de la Police d'Assurance visée aux paragraphes précédents ne prenne effet, l'Assureur n'est tenu d'accorder les Prestations qu'à concurrence de la proportion entre la prime effectivement payée par le Preneur d'Assurance et celle qui aurait dû être acquittée si le risque avait été déclaré de manière complète et exacte. Toutefois, si l'Assureur établit qu'il n'aurait accepté d'assurer le risque concerné dont la nature réelle a été révélée par la demande de remboursement, les Prestations à verser par l'Assureur se limiteront au remboursement de toutes les primes versées.

2.2 Autres obligations de déclaration pendant la durée de la Police d'Assurance

Le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée doivent déclarer toute circonstance susceptible d'entraîner une augmentation perceptible et durable du risque assuré.

Si, durant la Police d'Assurance, le risque de survenance d'un Sinistre est aggravé de telle sorte que, si cette circonstance aggravante avait existé au moment de la souscription de la Police d'Assurance, l'Assureur n'aurait conclu la Police d'Assurance qu'à des conditions différentes, celui-ci propose, dans un délai de 1 (un) mois à compter de la date à laquelle il a pris connaissance de ladite circonstance aggravante, une modification de la Police d'Assurance avec effet rétroactif à la date de l'aggravation.

Si l'Assureur établit qu'il n'aurait jamais accepté d'assurer le risque aggravé, il peut résilier la Police d'Assurance dans le même délai.

Si le Preneur d'Assurance refuse la modification de la Police d'Assurance proposée par l'Assureur ou si, après un délai de 1 (un) mois à compter de la réception de ladite proposition, celle-ci n'a pas été acceptée, l'Assureur peut résilier la Police d'Assurance dans un délai de 15 (quinze) jours calendaires.

Si un Sinistre survient avant que la modification ou la résiliation de la Police d'Assurance n'ait pris effet, et si le Preneur d'Assurance a rempli son obligation de déclarer toutes les circonstances susceptibles d'entraîner une augmentation sensible et durable du risque assuré, l'Assureur reste tenu de verser la Prestation convenue.

Si un Sinistre survient et que le Preneur d'Assurance n'a pas rempli son obligation de déclarer toutes les circonstances susceptibles d'entraîner une augmentation sensible et durable du risque assuré :

- a) L'Assureur reste tenu de verser la Prestation convenue si le défaut de déclaration n'est pas imputable à la faute du Preneur d'Assurance.
- b) Si l'omission de déclaration est imputable au Preneur d'Assurance, l'Assureur n'est tenu de verser la Prestation convenue qu'au prorata de la prime effectivement payée par rapport à la prime qui aurait été due si l'aggravation du risque avait été correctement déclarée. Toutefois, si l'Assureur démontre qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, sa responsabilité en cas de Sinistre sera limitée au remboursement des primes versées pour la période postérieure à l'aggravation.
- c) Si le Preneur d'Assurance a agi avec une intention frauduleuse, l'Assureur peut refuser toutes les Prestations. Dans ce cas, toutes les primes dues jusqu'au moment où l'Assureur a pris connaissance de la fraude restent exigibles à titre de dommages-intérêts.

Les dispositions de la présente clause ne s'appliquent pas aux changements relatifs à l'état de santé de la Personne Assurée.

2.3 Assurance cumulative

Si une autre police d'assurance maladie avec des prestations obligatoires existe en plus de la présente Police d'Assurance, cette assurance maladie obligatoire prévaudra sur la présente Police d'Assurance.

2.4 Droit de rétractation

Si la Police d'Assurance est conclue à distance et qu'elle est considérée comme un contrat d'assurance à distance au sens des règles et réglementations applicables, le Preneur d'Assurance dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires pour se rétracter, sans pénalité et sans avoir à fournir d'explication ou de motif.

Le délai pendant lequel ce droit de rétractation peut être exercé commence à courir :

- à compter de la date de souscription à distance de la Police d'Assurance ; ou
- à compter de la date de réception de la Police d'Assurance par le Preneur d'Assurance si cette date est postérieure à la date mentionnée au premier tiret.

Si le Preneur d'Assurance exerce son droit de rétractation, cet exercice doit être notifié avant l'expiration du délai de rétractation de 14 (quatorze) jours par lettre recommandée adressée au siège social de l'Assureur indiqué dans les Conditions Générales. Le délai est considéré comme respecté si le cachet de la poste figurant sur la notification est antérieur à l'expiration du délai de rétractation.

La résiliation a pour effet de libérer le Preneur d'Assurance de toute obligation future au titre de la Police d'Assurance.

En cas d'exercice du droit de rétractation, le Preneur d'Assurance ne peut être tenu de payer, dans les meilleurs délais, que la prime correspondant à la couverture d'assurance effectivement fournie par l'Assureur au titre de la Police d'Assurance, sous réserve que le montant dû lui ait été dûment communiqué. L'exécution de la Police d'Assurance ne peut commencer qu'après l'obtention du consentement du Preneur d'Assurance.

Le montant à payer :

- ne doit pas excéder un montant proportionnel aux services d'assurance déjà fournis par rapport à l'ensemble des services prévus par la Police d'Assurance ;
- ne peut en aucun cas être considéré comme une pénalité.

L'Assureur ne peut exiger aucun paiement s'il a commencé l'exécution de la Police d'Assurance avant l'expiration du délai de rétractation, sans y avoir été préalablement autorisé par le Preneur d'Assurance.

L'Assureur est tenu de rembourser au Preneur d'Assurance, dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 30 (trente) jours calendaires, toutes les sommes perçues auprès du Preneur d'Assurance

conformément à la Police d'Assurance, à l'exception du montant dû par le Preneur d'Assurance pour la couverture d'assurance effectivement fournie tel que mentionné aux paragraphes précédents. Ce délai de 30 (trente) jours court à compter de la date de réception par l'Assureur de la notification de rétractation. Si le remboursement n'est pas effectué dans un délai de 30 (trente) jours calendaires, le montant dû est majoré, de plein droit, au taux d'intérêt légal applicable à compter du premier jour suivant l'expiration du délai de paiement concerné.

Le Preneur d'Assurance doit restituer à l'Assureur, dans les plus brefs délais et au plus tard dans les 30 (trente) jours calendaires, toutes les sommes et/ou tous les biens reçus de l'Assureur, à l'exception des Prestations dues pour la période de couverture d'assurance si celle-ci a déjà commencé à la demande du Preneur d'Assurance. Ce délai de 30 (trente) jours court à la date du cachet de la poste figurant sur la notification de rétractation du Preneur d'Assurance. Si le remboursement n'est pas effectué dans les 30 (trente) jours calendaires, la somme due est majorée de plein droit, au taux d'intérêt légal en vigueur, à compter du premier jour suivant l'expiration du délai de paiement.

2.5 Entrée en vigueur et Date d'Effet

2.5.1 La Police d'Assurance est réputée conclue à la date à laquelle l'Assureur contresigne les Conditions Particulières qui ont été signées par le Preneur d'Assurance après la soumission du Formulaire de Souscription dûment signé.

2.5.2 La Police d'Assurance ainsi que la couverture et Prestations prévues par celle-ci entrent en vigueur et prennent effet à la Date d'Effet, sous réserve de l'expiration préalable de tout Délai de Carence applicable.

Aucune Prestation ne sera versée pour les Sinistres survenus avant la Date d'Effet.

2.5.3 La Police d'Assurance est conclue pour une période de 12 (douze) mois et est ensuite tacitement renouvelée d'année en année pour une période de 12 (douze) mois, si aucune des parties ne s'oppose à ce renouvellement conformément aux formalités et aux délais de préavis prévus à la clause 2.10 des présentes Conditions Générales d'Assurance.

2.5.4 La couverture d'assurance prend fin après une durée maximale de 5 (cinq) années d'assurance consécutives pour le Preneur d'Assurance et/ou les Personnes Assurées résidant temporairement en Allemagne. La période de 5 (cinq) années d'assurance est calculée en tenant compte de tout renouvellement de la Police d'Assurance ainsi que toute couverture d'assurance obtenue par l'assuré et/ou la Personne Assurée dans le cadre d'une couverture d'assurance santé similaire obtenue précédemment auprès d'autres compagnies d'assurance.

2.6 Adhésion des nouveau-nés

Les nouveau-nés sont inclus en tant que Personnes Assurées dès leur naissance, sans Délai de Carence et sans évaluation du risque médical, à condition que la mère biologique ait été Preneur d'Assurance et Personne Assurée pendant au moins 9 (neuf) mois consécutifs précédant la date de naissance et qu'un nouveau Formulaire de Souscription pour le nouveau-né soit soumis dans les 2 (deux) mois suivant la date de naissance. Dans ce cas, les Prestations applicables au nouveau-né s'appliquent rétroactivement à compter du premier jour du mois de naissance de l'enfant. Les Prestations accordées au nouveau-né ne peuvent être supérieures ou plus étendues que les Prestations accordées à la mère biologique en tant que Personne Assurée. Les nouveau-nés ne peuvent être assurés qu'aux tarifs applicables à toute nouvelle Police d'Assurance conclue à la date de la naissance concernée.

Si la mère biologique n'a pas achevé le Délai de Carence concernant les soins de maternité, ceux-ci ne seront pas couverts. Toutefois, la couverture au titre de la Prestation « soins au nouveau-né » reste applicable si les conditions spécifiées sont remplies, même si la mère biologique n'a pas achevé le de carence pour les soins de maternité.

Dans les cas où la mère biologique n'a pas été le Preneur d'Assurance et Personne Assurée pendant au moins 9 (neuf) mois consécutifs avant la date de naissance et/ou si l'Assureur ne reçoit pas un nouveau Formulaire de Souscription pour le nouveau-né dans les 2 (deux) mois suivant la naissance, le nouveau-né ne sera pas inclus en tant que Personne Assurée sans évaluation du risque médical. L'adhésion du nouveau-né dans la police est subordonnée à une évaluation du risque médical, laquelle implique de compléter

un questionnaire médical concernant la santé du nouveau-né. L'Assureur utilisera ces informations pour déterminer si la couverture peut être accordée et, le cas échéant, selon quelles modalités, conditions ou exclusions.

Si le Formulaire de Souscription est reçu plus de 2 (deux) mois après la date de naissance, la couverture prévue par la Police d'Assurance pour le nouveau-né prendra effet au plus tôt le jour où l'Assureur recevra le nouveau Formulaire de Souscription. La déclaration d'une naissance après le délai de 2 (deux) mois peut entraîner une surprime, qui peut être appliquée pour des raisons médicales ou à la suite d'une évaluation des risques, en complément du Plan.

La couverture d'assurance pour le nouveau-né ne doit pas être supérieure ou plus complète que celle de l'un ou l'autre des parents assurés auprès de l'Assureur. Pour les enfants mineurs adoptés, une évaluation du risque médical est nécessaire, et une surprime, ne dépassant pas 500 %, peut être appliquée pour des raisons médicales ou après une évaluation du risque médical, en complément de la prime du Plan souscrit.

2.7 Expiration de la Police d'Assurance

Le droit de bénéficier des Prestations prévues par la Police d'Assurance prend fin automatiquement à la date de résiliation de la Police d'Assurance. Les Sinistres survenus au cours de l'Année d'Assurance seront pris en charge, toutefois les Traitements effectués après la date de fin de la police ne sont pas couverts.

2.8 Résiliation

2.8.1 Résiliation automatique

La Police d'Assurance prend automatiquement fin dans les cas suivants :

- a) À l'expiration de la Période d'Assurance maximale de 5 (cinq) années d'assurance pour les Personnes Assurées résidant temporairement en Allemagne, comme indiqué à la section 2.5.4.
- b) En cas de décès du Preneur d'Assurance.
Toutefois, les Personnes Assurées survivantes peuvent renouveler la Police d'Assurance en désignant un nouveau Preneur d'Assurance, à

condition que cette désignation soit déclarée à l'Assureur dans les 2 (deux) mois suivant le décès du Preneur d'Assurance initial.

- c) Lorsque le Preneur d'Assurance s'oppose au renouvellement de la Police d'Assurance après la fin de l'Année d'Assurance. Cette résiliation n'est valable que si le Preneur d'Assurance peut démontrer que les Personnes Assurées concernées ont été informées de la résiliation.
- d) Si la Police d'Assurance est déclarée nulle et non avenue.
- e) Si la Police d'Assurance a été suspendue de manière continue pendant 2 (deux) ans.

Un divorce ou une séparation équivalente n'entraîne pas automatiquement la résiliation de la Police d'Assurance, qui reste en vigueur dans ce cas.

2.8.2 Résiliation facultative

En cas de couvertures multiples ou de risques assurés multiples, la résiliation peut concerner une ou plusieurs de ces couvertures d'assurance et/ou risques.

2.8.3 Résiliation par le Preneur d'Assurance

Le Preneur d'Assurance peut résilier la Police d'Assurance, soit dans son intégralité, soit pour certaines Personnes Assurées, à chaque date de renouvellement. Ce droit peut être exercé dès réception de l'avis de renouvellement de l'Assureur, lequel comprend des informations sur le renouvellement de la police, la prime à payer, la date d'échéance de la prime et le droit de résiliation.

Pour résilier, le Preneur d'Assurance doit envoyer une notification écrite de résiliation à l'Assureur au plus tard 30 (trente) jours calendaires à compter de la date du cachet postal de l'avis de paiement. La résiliation prendra effet le deuxième jour ouvrable suivant la date du cachet postal de l'avis de résiliation, mais pas avant la date de renouvellement de la Police d'Assurance.

Si les Conditions Générales sont modifiées conformément aux dispositions des présentes Conditions Générales, le Preneur d'Assurance peut résilier la Police d'Assurance dans les 3 (trois) mois suivant l'envoi de la lettre de notification de l'Assureur

l'informant de la modification concernée. La résiliation prendra effet 3 (trois) mois après la date de notification, qui peut être la date enregistrée par le service officiel de notification, la date indiquée sur le récépissé de la lettre de résiliation ou le lendemain de la remise de la lettre au service postal, selon le cas.

Si les primes sont augmentées conformément aux dispositions des présentes Conditions Générales d'Assurance, le Preneur d'Assurance est en droit de résilier la Police d'Assurance dans un délai de 60 (soixante) jours à compter de la date du cachet postal de l'envoi par l'Assureur de la lettre de notification informant le Preneur d'Assurance de l'augmentation de prime correspondante. La résiliation prendra effet le deuxième jour ouvrable suivant la date d'envoi de la lettre de résiliation, le cachet de la poste faisant foi, mais au plus tôt à la date de renouvellement de la Police d'Assurance.

Le Preneur d'Assurance peut en outre résilier l'intégralité de la Police d'Assurance si l'Assureur a résilié un ou plusieurs risques assurés couverts par la Police d'Assurance. La résiliation doit intervenir dans un délai de 1 (un) mois à compter de la date du cachet de la poste de l'envoi de la lettre de résiliation par l'Assureur et prendra effet dans un délai de 1 (un) mois à compter de la date de notification par l'huissier de justice de la lettre de résiliation de l'assuré, de la date indiquée sur le récépissé ou du jour suivant la date de remise de la lettre de résiliation de l'assuré aux services postaux, selon le cas.

Si le Preneur d'Assurance résilie l'intégralité de la Police d'Assurance ou la résilie pour une ou plusieurs Personnes Assurées individuellement, les Personnes Assurées peuvent souscrire un nouveau contrat aux mêmes conditions en désignant un nouveau Preneur d'Assurance, à condition que cette désignation soit déclarée à l'Assureur dans les 2 (deux) mois suivant la résiliation concernée. La résiliation ne prendra effet que si le Preneur d'Assurance prouve à l'Assureur que les Personnes Assurées concernées ont été informées de la notification de résiliation par le Preneur d'Assurance.

2.8.4 Résiliation par l'Assureur

Sans préjudice de toute autre cause de résiliation prévues par la Police d'Assurance, l'Assureur peut résilier la Police d'Assurance avec effet immédiat si le Preneur d'Assurance ou une Personne Assurée

a obtenu ou tenté d'obtenir frauduleusement des Prestations d'assurance.

Ce droit de résiliation est caduc s'il n'est pas exercé dans un délai de 1 (un) mois à compter de la date à laquelle l'Assureur a eu connaissance des faits motivant à la résiliation.

Si la Police d'Assurance couvre plusieurs Personnes Assurées et que les conditions de résiliation de la Police d'Assurance ne sont remplies que pour certains d'entre eux, l'exercice du droit de résiliation susmentionnés peut être limité aux Personnes Assurées concernées.

2.9 Nullité de la Police d'Assurance

Si, de mauvaise foi, un risque donné est assuré par une ou plusieurs polices d'assurances, y compris la Police d'Assurance, avec une prime trop élevée, la Police d'Assurance est nulle et non avenue. Dans ce cas, l'Assureur agissant de bonne foi peut conserver les primes perçues afin d'indemniser tout préjudice subi.

2.10 Formalités de résiliation et délais de préavis

Toute résiliation de la Police d'Assurance doit être effectuée par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

A défaut de stipulation contraire, la résiliation prendra effet après un délai de 1 (un) mois à compter de la date de notification par huissier de justice de la lettre de résiliation, de la date indiquée sur le récépissé de la lettre de résiliation ou du jour suivant la remise de la lettre de résiliation aux services postaux, selon le cas.

2.11 Remboursement des primes en cas de résiliation

Indépendamment du motif de résiliation, les primes qui ont été payées par le Preneur d'Assurance pour la Période d'Assurance postérieure à la Date d'Effet de la résiliation sont remboursées dans les 30 (trente) jours suivant la date de résiliation. Une fois ce délai de 30 (trente) jours expirés, les intérêts légaux courent de plein droit.

En cas de résiliation partielle ou de toute autre réduction de la couverture d'assurance ou des Prestations prévues par la Police d'Assurance, le paragraphe précédent ne s'applique qu'à cette

réduction et dans la limite de celle-ci.

2.12 Limites de responsabilité

Sauf en cas de faute grave (faute lourde) ou de dol de sa part, l'Assureur ne saurait être tenu responsable envers le Preneur d'Assurance ou la Personne Assurée pour toute perte, réclamation, responsabilité, dépense ou dommage résultant de toute action ou omission de l'Assureur dans le cadre de la fourniture des services ou de toute mesure envisagée au titre de la Police d'Assurance.

3. Prestations

3.1 Délais de Carence

Les Délais de Carence commencent à la Date d'Effet, dont les modalités sont précisées dans les Conditions Spéciales.

Sans préjudice des Conditions Spéciales, les Délais De Carence spécifiques suivantes s'appliquent à la Police d'Assurance : ils concernent les Traitements psychiatriques, la psychothérapie, les soins dentaires majeurs, la grossesse et l'accouchement, y compris les complications liées à la grossesse et à l'accouchement, la mastectomie prophylactique et les Traitements médicaux de l'infertilité.

- (i) En case de Traitement psychiatrique, de psychothérapie et de soins dentaires majeurs, le Délai de Carence est de 10 (dix) mois à compter de la Date d'Effet.
- (ii) En cas de grossesse et d'accouchement, le Délai de Carence est de 12 (douze) mois à compter de la Date d'Effet, quel que soit le nombre de Personnes Assurées.
- (iii) En cas de mastectomie prophylactique, le Délai de Carence est de 24 (vingt-quatre) mois à compter de la Date d'Effet.
- (iv) En cas de Traitement médical contre l'infertilité, le Délai de Carence est de 24 (vingt-quatre) mois à compter de la Date d'Effet pour les deux conjoints ou partenaires.

Si la Police d'Assurance est modifiée afin d'étendre les Prestations prévues, les Délais de Carence s'appliquent aux nouvelles Prestations ajoutées en vertu de la Police d'Assurance, conformément au niveau de Plan convenu.

3.2 Délai de déclaration des Sinistres

Sans préjudice des dispositions des présentes Conditions Générales d'Assurance, le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée doivent déclarer tout Sinistre à l'Assureur dans un délai de 3 (trois) mois.

3.3 Obligations et formalités à accomplir lors d'une demande de remboursement

La Personne Assurée doit prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter ou limiter les conséquences de tout Sinistre.

Le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée doivent fournir sans délai toutes les informations et tous les documents pertinents à l'Assureur et/ou à son agent, le cas échéant, et répondre à toutes les demandes de renseignements de ce dernier, afin de permettre à l'Assureur de déterminer les circonstances et l'étendue du Sinistre.

À la demande de l'Assureur, la Personne Assurée est tenue de se soumettre à un examen médical effectué par un Médecin désigné par l'Assureur.

Les conditions suivantes s'appliquent :

- a) Sauf accord contraire de l'Assureur, le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée doivent transmettre directement tous les documents et informations pertinents, tels que les factures et les preuves de paiement, à l'Assureur ou au Centre de Service compétent lorsqu'un événement assuré survient.
- b) Les Traitements hospitaliers doivent être signalés dès que possible au Centre de Service compétent après le Début dudit Traitement.
- c) La Personne Assurée doit permettre à l'Assureur ou au Centre de Service de recueillir toutes les informations nécessaires, notamment en ce qui concerne la levée du secret professionnel des Professionnels de Santé.
- d) Le Preneur d'Assurance et la Personne Assurée sont tenus d'adopter un comportement responsable en matière de coûts en cas de Sinistre, en limitant les frais de Traitement au strict nécessaire.

Si le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée ne respectent pas les obligations qui leur incombent en vertu de la Police d'Assurance, l'Assureur peut ne pas être tenu de verser les Prestations ou peut limiter celles-ci, conformément aux conditions de la Police d'Assurance.

En cas de manquement du Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée des obligations qui leur incombent en vertu de la Police d'Assurance entraîne un préjudice pour l'Assureur, les Prestations d'assurance peuvent être réduites proportionnellement au préjudice subi.

Si le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée ne respectent pas les obligations qui leur incombent en vertu de la Police d'Assurance avec une intention frauduleuse, l'Assureur est en droit de refuser la couverture prévue par la Police d'Assurance et de refuser le paiement de toute Prestation d'assurance.

3.4 Paiement des Prestations

Si le Preneur d'Assurance ou la Personne Assurée a également droit à des Prestations d'une caisse nationale d'assurance Maladie ou d'un autre organisme ou institution d'assurance, l'Assureur doit en être informé. L'Assureur n'est tenu de couvrir que les frais engagés par le Preneur d'Assurance ou la Personne Assurée qui dépassent les Prestations déjà reçues de ces autres caisses, organismes ou institutions.

L'Assureur ne verse les Prestations que si les pièces justificatives et les informations demandées au Preneur d'Assurance et à la Personne Assurée lui sont fournies. Ces documents deviennent alors la propriété de l'Assureur. L'Assureur se réserve en outre le droit d'archiver les documents pertinents conformément aux règles et réglementations applicables.

Les factures et les preuves de paiement fournies par le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée doivent être des documents originaux, conformes aux dispositions légales du pays d'émission. Ces factures et preuves de paiement peuvent être fournies à l'Assureur par courrier électronique ou par courrier postal, à condition que ces derniers soient lisibles et que la qualité de transmission des documents soit suffisante pour permettre leur Traitement.

Nonobstant ce qui précède, l'Assureur peut à tout moment demander à recevoir les pièces justificatives originales.

Si un autre Assureur et/ou une autre caisse, organismes ou institution a contribué au remboursement des frais, des duplicatas des factures et des preuves de paiement suffisent, à condition que l'Assureur reçoive également un document attestant le montant remboursé par cet autre Assureur et/ou caisses, organismes ou institution.

Les informations suivantes doivent figurer sur les factures : nom et prénom, ainsi que date de naissance de la Personne Assurée, indication précise de la

Maladie ou de la Blessure Corporelle par un Médecin (diagnostic) ou description précise de l'ensemble de la Maladie ou référence au code CIM 9 et/ou 10 (Classification internationale des Maladies) ou de la totalité de la Blessure Corporelle avec les données relatives au Traitement et les prix unitaires. Pour les soins dentaires, la désignation des dents traitées ou remplacées ainsi que les actes correspondants doivent être indiqués.

Les informations suivantes doivent figurer sur les ordonnances médicales : nom et prénom, ainsi que la date de naissance de la Personne Assurée, le Médicament prescrit, le prix et la référence de paiement. Les ordonnances doivent être accompagnées de la note d'honoraires du Médecin et/ou de la facture relative au Traitement, les Médicaments et aux remèdes.

L'Assureur est en droit d'exiger que les pièces justificatives et les informations soient fournies sur ses propres formulaires. Les formulaires correspondants doivent être dûment remplis par le Preneur d'Assurance ou la Personne Assurée et, le cas échéant, par l'Autorité Médicale traitante.

L'Assureur est en droit de verser ses Prestations à la personne qui lui soumet les pièces justificatives et les informations en bonne et due forme. En cas de doute, l'Assureur verse le montant du remboursement au Preneur d'Assurance et ce paiement libère valablement l'Assureur de ses obligations au titre de la Police d'Assurance.

Les factures sont remboursées dans la devise convenue avec la Personne Assurée. Les frais en devises étrangères sont convertis au taux réel applicable le jour de la facture. Cela ne s'applique pas si la Personne Assurée peut présenter des justificatifs bancaires prouvant qu'elle a acheté des devises à un taux moins avantageux afin de payer les factures.

Tous les justificatifs ou informations doivent être fournis en français, allemand, espagnol ou anglais. Les frais engagés par l'Assureur pour la traduction des documents et informations dans d'autres langues peuvent être déduits des Prestations accordées au titre de la Police d'Assurance.

Les droits aux Prestations accordées au titre de la Police d'Assurance ne peuvent être cédés, transférés ou mis en gage.

3.5 En cas d'Accident ou d'Urgence

La Personne Assurée peut contacter le Centre de Service compétent 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an, en particulier à la suite d'un événement important tel qu'un Accident, une Urgence ou un Traitement hospitalier. Les adresses, numéros de téléphone et adresses électroniques figurent sur tous les documents pertinents et sur la Carte de Service.

3.6 Subrogation

L'Assureur est subrogé dans tous les droits et actions que le Preneur d'Assurance ou la Personne Assurée peut avoir à l'encontre d'un tiers en relation avec un Sinistre, à hauteur du montant des Prestations versées par l'Assureur au titre de la Police d'Assurance à cet égard.

Si, en raison d'actes ou d'omissions du Preneur d'Assurance ou de la Personne Assurée, la subrogation susmentionnée ne peut plus produire ses effets au profit de l'Assureur, celui-ci peut réclamer le remboursement des Prestations versées au titre de la Police d'Assurance proportionnellement au préjudice subi.

La subrogation ne peut avoir pour conséquence que la Personne Assurée ne soit indemnisée que partiellement par le paiement des Prestations prévues par la Police d'Assurance. Dans ce cas, la Personne Assurée peut exercer ses droits, pour les montants qui lui restent dus, en priorité sur l'Assureur.

Sauf en cas de malveillance de la part de la Personne Assurée, l'Assureur n'aura aucun recours juridique contre les descendants, ascendants, conjoint et beaux-parents en ligne directe de la Personne Assurée, ni contre les personnes vivant au domicile de la Personne Assurée, ses hôtes et employés de maison. Toutefois, l'Assureur peut intenter une action en justice contre les personnes susmentionnées dans la mesure où leur responsabilité est effectivement couverte par une Police d'Assurance.

3.7 Délai de prescription

Le délai de prescription pour toute action en justice découlant de la Police d'Assurance ou s'y rapportant avec est de 3 (trois) ans.

Ce délai commence à courir à compter du jour où survient l'événement donnant lieu à l'action en justice concernée. Si la personne habilitée à intenter une action peut prouver qu'elle n'a pris connaissance de l'événement donnant lieu à l'action qu'à une date ultérieure, le délai de prescription ne commence à courir qu'à cette date ultérieure, sans toutefois dépasser 5 (cinq) ans à compter de la date de survenance du fait générateur à laquelle la personne habilitée à intenter une action a pris connaissance de l'événement donnant lieu à l'action, sauf en cas de fraude.

Le délai de prescription court également à l'encontre des mineurs ou autres personnes jugées incapables en vertu de la loi. Le délai de prescription ne court pas à l'encontre de la Personne Assurée qui est dans l'impossibilité d'agir dans le délai prescrit en raison d'un cas de force majeure.

Si le Sinistre a été déclaré dans les délais, le délai de prescription est interrompu jusqu'à ce que l'Assureur ait informé par écrit le Preneur d'Assurance ou la Personne Assurée de sa décision concernant le Sinistre.

4. Paiement et calcul des primes

4.1 Paiement des primes

Sauf stipulation contraire, les primes, frais et taxes dus au titre de la Police d'Assurance doivent être payés à l'avance au siège social de l'Assureur et/ou à l'agent désigné à cet effet par l'Assureur. Le paiement est à la charge du Preneur d'Assurance.

Si la Police d'Assurance couvre plusieurs risques assurés, le montant total des primes dues est considéré comme une prime unique et indivisible.

La prime est généralement une prime annuelle et peut être payée en plusieurs échéances. La première prime ou la première échéance doit être payée conformément aux indications figurant sur la facture, une fois que l'Assureur a accepté le Formulaire de Souscription et émis la Police d'Assurance.

La couverture d'assurance prévue par la Police d'Assurance ne commence qu'après le paiement intégral de la première prime ou de la première échéance.

Les primes suivantes doivent être payées conformément à la fréquence de paiement convenue. Les conditions de paiement des primes, la date d'échéance et le montant de la prime sont précisés dans la Police d'Assurance. Toute modification de ces conditions nécessite l'accord écrit exprès de l'Assureur.

Si la police prend fin au cours d'une période de facturation en cours, la prime sera ajustée proportionnellement. Une période de facturation en cours correspond à la période pour laquelle l'Assureur a émis une facture et attend le paiement de la couverture.

Pour les nouveau-nés déjà inclus comme Personnes Assurées à leur date de naissance, les primes sont dues à compter de la date de naissance de l'enfant. Pour les nouveau-nés couverts rétroactivement en tant que Personnes Assurées sur la base d'un Formulaire de Souscription signé reçu par l'Assureur dans les 2 (deux) mois suivant leur naissance, la prime est due à compter de la date de signature du Formulaire de Souscription correspondante.

4.2 Paiement des autres frais et de la taxe sur les primes d'assurance (TPA)

Si le Pays de Résidence du Preneur d'Assurance se trouve dans l'UE/EEE, l'Assureur doit facturer au Preneur d'Assurance les charges, redevances ou taxes légales associés à la Police d'Assurance. Les taux d'imposition locaux applicables sont indiqués dans la Police d'Assurance. L'Assureur perçoit la taxe sur les primes d'assurance et les redevances ou charges en même temps que la prime d'assurance.

Si le Pays de Résidence se trouve en dehors de l'UE/EEE, le Preneur d'Assurance est responsable de l'enregistrement et du paiement des taxes locales et autres frais pouvant être liés à l'assurance.

4.3 Calcul des primes

La prime à payer pour la Police d'Assurance dépend de l'état de santé de la Personne Assurée (au moment où le Formulaire de Souscription correspondante est accepté par l'Assureur), de la prime individuelle selon le barème des primes en vigueur et de l'âge de la Personne Assurée au premier jour de l'Année d'Assurance. Les tranches d'âge sont les suivantes : 0 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 29 ans, 30 à 34 ans, 35 à 39 ans, 40 à 44 ans, 45 à 49 ans, 50 à 54, 55 à 59, 60 à 64, 65 à 69, 70 à 74, 75 à 79 et 79+. Les barèmes de primes sont disponibles sur notre site web <https://globalhealth.insurance>.

La méthode de calcul des primes est définie dans la Police d'Assurance.

4.4 Ajustement des coûts/primes

La prime d'assurance convenue est susceptible d'être modifiée en fonction des éléments suivants :

- Les coûts réels des Sinistres lorsqu'ils ne correspondent plus à la base de calcul technique du Plan ou si la tendance observée en matière de coûts dans le système de santé laisse supposer que les coûts réels deviendront disproportionnés par rapport aux coûts calculés pour l'Année d'Assurance suivante. Les coûts réels des Sinistres désignent les coûts réels globaux/totaux des Sinistres des dernières années de l'activité individuelle de l'Assureur.

- Le changement de tranche d'âge. Si le début d'une nouvelle Année d'Assurance implique le changement de tranche d'âge mentionnée ci-dessus et spécifiée dans le tableau des primes, l'Assureur ajustera également la prime en fonction de la nouvelle tranche d'âge ;
- Les modifications de la législation applicable.

De plus, l'Assureur est en droit de répercuter sur le Preneur d'Assurance toute augmentation des charges, redevances ou taxes légales ou de tout paiement similaire. Une fois par an, ces évolutions seront évaluées et, par conséquent, les primes pourront être ajustées si cela s'avère nécessaire. L'Assureur informera le Preneur d'Assurance de toute modification de prime au moins 3 (trois) mois avant le début de la prochaine Année d'Assurance. La modification s'appliquera alors à partir du début de la prochaine Année d'Assurance.

Si le Preneur d'Assurance n'accepte pas cette modification de la prime, il peut résilier la Police d'Assurance dans les 3 (trois) mois suivant la réception de l'avis correspondant. La Police d'Assurance prendra fin à la date à laquelle la modification aurait autrement pris effet.

4.5 Conséquences d'un retard de paiement

En cas de non-paiement des primes ou d'une fraction de prime dans les 10 (dix) jours calendaires suivant la date d'échéance, les Prestations de la Police d'Assurance seront suspendues après un délai de grâce de 30 (trente) jours calendaires à compter de l'envoi, par l'Assureur, d'une lettre recommandée au Preneur d'Assurance à sa dernière adresse connue. L'Assureur enverra également cette lettre recommandée à la dernière adresse électronique connue du Preneur d'Assurance.

La lettre recommandée contient une mise en demeure de l'Assureur à l'attention du Preneur d'Assurance de payer toutes les primes dues. En outre, la lettre précise la date d'échéance et le montant total des primes impayées, ainsi que les conséquences du non-paiement à l'issue du délai de grâce de 30 (trente) jours susmentionnés.

Les Sinistres survenant pendant la période de suspension suivant le délai de grâce ne donneront lieu à aucun versement des Prestations de la part de l'Assureur.

L'Assureur a le droit de résilier la Police d'Assurance 10 (dix) jours calendaires après l'expiration du délai de grâce de 30 (trente) jours susmentionnés.

Si la Police d'Assurance n'est pas résiliée, elle reprendra ses effets pour les futurs Sinistres uniquement qu'à partir de la première heure du jour suivant la date à laquelle l'Assureur ou l'agent désigné à cet effet par l'Assureur reçoit le paiement des primes dues ou, lorsque le montant total de la prime annuelle est fractionné, le paiement des fractions correspondantes qui ont été notifiées comme impayées au Preneur d'Assurance, ainsi que les primes échues pendant la période de suspension et, le cas échéant, les frais juridiques et de recouvrement.

La suspension des Prestations n'affecte pas le droit de l'Assureur de réclamer les primes qui deviennent exigibles par la suite, à condition que le Preneur d'Assurance ait reçu une mise en demeure l'informant que les primes sont devenues exigibles et que la Police d'Assurance et les Prestations accordées en vertu de celle-ci restent suspendues. Toutefois, ce droit est limité aux primes relatives à 2 (deux) années consécutives.

Si la Police d'Assurance est suspendue en raison du non-paiement des primes ou de fractions de primes pendant une période ininterrompue de 2 (deux) ans, elle prendra fin automatiquement à l'expiration de cette période.

4.6 Devise contractuelle

L'euro (EUR) est la devise de base pour tous les Plans.

Nonobstant ce qui précède, le Preneur d'Assurance peut choisir le dollar américain (USD), la livre sterling (GBP) ou le franc suisse (CHF) comme monnaie contractuelle. L'Assureur examine les taux de change de ces monnaies deux fois par an et les modifie si nécessaire. Cela peut entraîner une augmentation ou une diminution des primes si l'Assureur doit aligner la monnaie contractuelle sur le taux de change de l'euro. Le Preneur d'Assurance et la Personne Assurée acceptent expressément de supporter tous les risques de change découlant du choix d'appliquer une devise autre que l'euro (EUR) à la Police d'Assurance et à indemniser et dégager l'Assureur de toute responsabilité en cas de pertes directes ou indirectes subies à cet égard.

5. Dispositions diverses

5.1 Modification de la Police d'Assurance

Le Preneur d'Assurance et la Personne Assurée reconnaissent et acceptent que l'Assureur puisse modifier ou changer les Conditions Générales conformément aux dispositions énoncées dans les présentes.

L'Assureur informe par écrit le Preneur d'Assurance des modifications ou changements envisagés au moins 3 (trois) mois avant le début de la prochaine Année d'Assurance. Le Preneur d'Assurance s'engage à informer la Personne Assurée de ces modifications ou changements envisagés. La modification ou le changement concerné s'applique alors à compter du début de la prochaine Année d'Assurance.

Si le Preneur d'Assurance n'accepte pas la modification ou le changement proposé, il peut résilier la Police d'Assurance par notification écrite adressée par lettre recommandée à l'Assureur dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la réception de la notification. Dans ce cas, la Police d'Assurance prend fin à la date à laquelle la modification aurait autrement pris effet.

Si l'Assureur ne reçoit aucune objection du Preneur d'Assurance à la modification ou au changement proposé dans le délai de 3 (trois) mois susmentionné, le Preneur d'Assurance et la Personne Assurée sont réputés avoir tacitement approuvé la modification ou le changement en question.

5.2 Modification de la couverture d'assurance

Les modifications de la couverture d'assurance (devise, zone de couverture, Franchise, Co-Paiement, montant maximal de reste à la charge de l'assuré, niveau du Plan) ne sont possibles qu'à partir du début de l'Année d'Assurance suivante et uniquement si l'Assureur donne son accord écrit.

En fonction du niveau de couverture convenu, de nouveaux délais de carence s'appliquent en conséquence pour la couverture d'assurance supplémentaire. Les Maladies et leurs conséquences, ainsi que les conséquences d'Accidents survenus pendant la Période d'Assurance précédente et qui constituent un risque accru selon les conclusions médicales, peuvent être exclues de la couverture d'assurance modifiée. Cela inclut également le

Traitement et l'accouchement liés à une grossesse existante.

Si des surprimes liées à la santé étaient dues avant la modification de la couverture d'assurance, ces surprimes seront également prélevées sur les nouvelles primes du Plan aux mêmes taux, sauf accord contraire. Les surprimes évolueront dans la même proportion que les primes (par exemple en cas d'un ajustement).

La couverture d'assurance précédente continue de s'appliquer si une modification demandée de la couverture d'assurance ne prend pas effet en raison de l'exercice du droit de rétractation.

L'Année d'Assurance reste inchangée après une modification de la couverture d'assurance.

5.3 Protection des données

Secret professionnel, sous-traitance et sous-traitance à des prestataires de services de cloud computing

L'Assureur attache une grande importance au respect du secret professionnel et à la confidentialité des données de ses clients et s'engage à mettre en œuvre à tout moment toutes les mesures nécessaires et requises pour garantir la confidentialité des données conformément aux normes de qualité les plus élevées et dans le respect de la réglementation en vigueur.

Afin de garantir un niveau élevé de qualité des services et de fournir les technologies les plus avancées à ses clients, l'Assureur peut faire appel à des prestataires de services, des sous-traitants et des technologies utilisant le cloud computing. Dans tous les cas, les données communiquées seront protégées selon des normes de qualité élevées et dans le respect de la réglementation, y compris celle prévue par le RGPD.

Lorsque la communication de données protégées par le secret professionnel en matière d'assurance s'effectue dans le cadre d'une sous-traitance et que des technologies utilisant le cloud computing sont mises en place à l'initiative de l'Assureur au sens de l'article 300, 2bis, deuxième alinéa, de la loi modifiée du 7 décembre 2015 avec un prestataire de services tiers autre que ceux visés à cet article 300, le Preneur d'Assurance consent expressément à toute sous-traitance, y compris le cloud computing. Le Preneur d'Assurance peut accéder à tout moment aux détails

de ces sous-traitances (tableau des sous-traitances) en cliquant sur le lien <https://www.foyer.lu/fr/transparency>. Le Preneur d'Assurance peut également demander une version sous format papier de la liste des sous-traitants.

Le Preneur d'Assurance trouvera dans la liste des sous-traitants l'existence des contrats de sous-traitance en cours, le type d'informations transmises et le pays d'établissement du ou des prestataires de services. Si ce prestataire de services n'est pas soumis à une obligation de secret professionnel similaire à celle de l'Assureur, ce dernier s'engage à conclure un accord de confidentialité avec le prestataire de services afin de lui imposer une telle obligation de confidentialité dans le cadre de la sous-traitance concernée.

En cas de modification de la liste des sous-traitants (exemples : ajout d'un sous-traitant, utilisation du cloud computing), le Preneur d'Assurance sera valablement informé de la modification par e-mail et/ou son espace client et/ou par tout autre moyen approprié (exemple : avis d'échéance).

Si, dans les 2 (deux) mois suivant une modification de la liste des sous-traitants, le Preneur d'Assurance n'a pas formulé d'objection par écrit, il sera réputé avoir accepté irrévocablement la sous-traitance en question. En cas d'objection de la part du Preneur d'Assurance, celle-ci doit être notifiée à l'Assureur par lettre recommandée. Elle ne sera valable comme résiliation qu'à la prochaine échéance du contrat.

À titre exceptionnel, si la Police d'Assurance ne peut être résiliée annuellement, le consentement du Preneur d'Assurance est valable pour toute la durée de la Police d'Assurance, y compris pour toute modifications ultérieures.

Le Preneur d'Assurance est dûment informé que

- S'il s'oppose à une modification du tableau de sous-traitance, cette opposition aura des conséquences sur la gestion optimale du ou des contrat(s) d'assurance et sur le niveau de service fourni, et l'opposition entraîne donc la résiliation à la prochaine date d'échéance.
- S'il détient plusieurs contrats d'assurance auprès de l'Assureur, le Preneur d'Assurance est tenu de notifier une opposition par Police d'Assurance.

Protection des données, y compris le Traitement des données relatives à la santé

Conformément au règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil de l'Union Européenne du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du Traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et conformément à la loi du 1er août 2018 portant organisation de la Commission nationale de protection des données et portant application du règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil de l'Union Européenne du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du Traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Assureur collecte, enregistre et traite les données que le Preneur d'Assurance et la (les) Personne(s) Assurée(s) lui ont communiquées, ainsi que celles qu'ils lui communiqueront ultérieurement afin d'évaluer les risques, de préparer, d'établir, de gérer et d'exécuter le(s) contrat(s) d'assurance, de régler les Sinistres et de prévenir toute fraude.

Les catégories particulières de données à caractère personnel relatives à la santé sont traitées par l'Assureur strictement dans le cadre de la finalité prévue à l'article 9, paragraphe (2), point g), du RGPD pour des raisons d'intérêt public important ou sur la base du consentement préalable et explicite de la Personne Assurée, sauf s'il existe une base juridique spécifique ou des exceptions légales telles que la préservation d'intérêts vitaux ou la sauvegarde d'un intérêt légitime.

Aucune donnée à caractère personnel ne sera traitée à des fins de prospection commerciale sans le consentement exprès des personnes concernées, qui conservent un droit de retrait.

Le responsable du Traitement est l'Assureur. Il peut communiquer ces données à des tiers, notamment au réassureur, à des consultants médicaux, à des avocats ou à d'autres prestataires de services, ainsi que dans le cadre d'obligations légales et réglementaires. Cette transmission s'effectuera conformément aux conditions prévues à l'article 300 de la loi du 7 décembre 2015 relative au secteur des assurances.

Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de limitation, de suppression dans les limites légales, de rectification et de portabilité concernant leurs données, qu'elles peuvent exercer en adressant une demande écrite à l'adresse du responsable du Traitement à l'aide du formulaire disponible sur le site web.

L'Assureur ne conservera les données personnelles que pendant la durée du contrat et aussi longtemps que cela sera nécessaire à l'Assureur pour remplir ses obligations en matière de prescription ou d'autres exigences légales.

L'Assureur a désigné un délégué à la protection des données qui peut être contacté par courrier postal à l'adresse du responsable du Traitement des données ou par e-mail à l'adresse bc-dataprotectionfgh@foyer.lu.

5.4 Sanctions

Dans l'intérêt de toutes les parties, l'Assureur doit se conformer aux règles et réglementations locales, européennes et internationales applicables, y compris les réglementations en matière de sanctions. L'Assureur n'est pas tenu d'accorder ou de verser des Prestations d'assurance ni de garantir une couverture d'assurance au titre de la présente Police d'Assurance si la fourniture de la couverture d'assurance ou le versement d'une Prestation exposerait l'Assureur au risque de sanctions, pénalités, interdictions, responsabilités ou restrictions en vertu de ces règles et réglementations.

Plus précisément, l'Assureur ne sera pas réputé fournir une couverture et ne sera pas tenu de payer un Sinistre ou d'accorder une Prestation en vertu des présentes dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'un tel Sinistre ou la fourniture d'une telle Prestation exposerait l'Assureur à des risques liés à des législations, interdictions ou restrictions en matière de sanctions, y compris, mais sans s'y limiter, les lois, règlements ou résolutions adoptées par toute autorité compétente, y compris, mais sans s'y limiter, les Nations Unies, l'Union européenne, les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni et toute autre juridiction concernée par ce contrat d'assurance.

Personnes sanctionnées

L'Assureur ne fournira aucune couverture d'assurance, n'acceptera aucun paiement de prime et ne sera pas

tenu de payer un Sinistre ou d'accorder une Prestation à une personne sanctionnée désignée par une autorité compétente.

La couverture d'assurance accordée à un Personne Assurée, y compris les membres éligibles et leurs personnes à charge, sera immédiatement suspendue et/ou résiliée, selon le cas et conformément à la loi applicable, si elle est désignée comme personne sanctionnée par une autorité compétente.

Juridictions sanctionnées

L'Assureur ne fournira aucune couverture d'assurance et ne sera pas régler un Sinistre ou d'accorder une Prestation liée à une couverture impliquant une juridiction sanctionnée.

Cela signifie que (i) aucune couverture d'assurance ne peut être fournie lorsqu'elle concerne un pays ou un territoire sanctionné de quelque manière que ce soit, (ii) aucun paiement de prime, paiement de Sinistre ou Prestation ne peut être effectué à partir ou vers un compte bancaire ouvert dans une juridiction sanctionnée ou dans une banque contrôlée par le gouvernement d'une juridiction sanctionnée, et (iii) aucune garantie de paiement ne peut être fournie par l'Assureur à un prestataire établi dans une juridiction sanctionnée ou détenant des participations détenues par des ressortissants ou des résidents d'une juridiction sanctionnée ou par des personnes sanctionnées, quelle que soit leur propriété.

Les ressortissants ou résidents d'une juridiction sanctionnée et les personnes ayant voyagé dans une juridiction sanctionnée dans le passé ne seront couverts que s'ils physiquement situés en dehors des juridictions sanctionnées et à condition qu'ils ne soient pas considérés comme des personnes sanctionnées.

Aucune évacuation ou Rapatriement d'une Personne Assurée ne sera effectué à partir d'une juridiction sanctionnée.

La liste des juridictions sanctionnées, qui évolue, est mise à jour régulièrement, et comprend, sans s'y limiter, l'Afghanistan, la Biélorussie, l'Iran, le Myanmar (Birmanie), la Corée du Nord, la Russie, les régions de l'Ukraine occupées ou annexées par la Russie (y compris la Crimée, Donetsk, Kherson, Louhansk, Sébastopol et Zaporijia), le Soudan du Sud, la Syrie et le Yémen. La dernière liste des juridictions sanctionnées

est disponible à l'adresse suivante :

<https://globalhealth.insurance/conditions>

Juridictions soumises à des restrictions

L'Assureur ne fournira aucune garantie de paiement aux hôpitaux et n'effectuera aucun paiement sur des comptes bancaires ouverts dans une juridiction soumise à des restrictions.

Aucune évacuation ou Rapatriement d'une Personne Assurée ne sera effectué à partir d'une juridiction soumise à des restrictions.

La dernière liste des juridictions soumises à des restrictions, qui évolue, est mise à jour régulièrement, et est disponible dans le centre de téléchargement de l'Assureur à l'adresse

<https://globalhealth.insurance/conditions>.

Mise à jour des Conditions Générales

L'Assureur se réserve le droit de modifier immédiatement et sans préavis les Conditions Générales et de la Police d'Assurance en cas de changement de la situation politique d'une juridiction couverte, y compris, mais sans s'y limiter, la désignation de cette juridiction comme juridiction soumise à des restrictions ou à des sanctions, ou l'évolution des sanctions imposées à cette juridiction.

Responsabilité de l'Assureur

L'Assureur ne peut être tenu responsable de tout type de dommage, qu'il soit financier, physique ou psychologique, résultant d'un refus de couverture d'assurance ou du non-paiement d'une demande de remboursement ou de la fourniture d'une Prestation impliquant une personne sanctionnée ou une juridiction sanctionnée ou soumise à des restrictions.

Défaillance du Preneur d'Assurance

Dans le cas où le Preneur d'Assurance aurait fourni des informations incomplètes ou incorrectes sur une Personne Assurée, y compris, mais sans s'y limiter, des informations sur son identité et/ou sa localisation géographique, l'Assureur peut, à sa seule discrétion, soit exiger du Preneur d'Assurance qu'il prenne les mesures correctives nécessaires dans un délai déterminé, soit suspendre la couverture d'assurance et/ou résilier la couverture d'assurance immédiatement pour motif valable et sans préavis, conformément aux dispositions contractuelles applicables en la matière.

5.5 Notifications

Sauf disposition contraire expresse, toutes les notifications de l'Assureur au Preneur d'Assurance sont réputées valablement effectuées si elles sont envoyées par la poste à la dernière adresse connue du Preneur d'Assurance telle qu'elle figure dans les dossiers de l'Assureur.

Les notifications de l'Assureur au Preneur d'Assurance sont réputées avoir été reçues par le Preneur d'Assurance 10 (dix) jours calendaires après la date d'envoi par l'Assureur, telle qu'indiquée par le cachet de la poste.

Les notifications adressées à l'Assureur doivent être envoyées au siège social de l'Assureur, dont l'adresse est indiquée dans les Conditions Générales.

5.6 Litiges

En cas de litige concernant la Police d'Assurance, le Preneur d'Assurance est tenu de soumettre une réclamation écrite à l'une des entités suivantes :

- a) La direction générale de l'Assureur,
Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange Luxembourg
Téléphone : +352 270 444 1016
E-mail : feedback@globalhealth.insurance
Site Web : <https://globalhealth.insurance>
- b) ou au Médiateur des assurances, à l'attention de l'Association des Compagnies d'Assurances et de Réassurances du Grand-Duché de Luxembourg, 12 rue Erasme, L-1468 Luxembourg,
- c) ou au Médiateur de la consommation, Union Luxembourgeoise des Consommateurs, 55 rue des Bruyères, L-1274 Howald,
- d) ou au Service national du Médiateur de la consommation, 6 rue du Palais de Justice L-1841 Luxembourg,
- e) ou à la Commission luxembourgeoise des assurances, 11 Rue Robert Stumper, L-2557 Gasperich Luxembourg. L'ouverture d'une procédure de réclamation auprès de la Commission luxembourgeoise des assurances

est soumise à la condition que la réclamation ait été préalablement traitée par l'Assureur.

Ceci s'ajoute au droit de l'assuré d'intenter une action en justice. Pour plus de détails sur la procédure de règlement extrajudiciaire des litiges, veuillez-vous référer à la procédure disponible sur le site web de l'Assureur à l'adresse suivante :

<https://globalhealth.insurance>.

5.7 Droit applicable et juridiction compétente

La Police d'Assurance est régie et interprétée conformément au droit luxembourgeois. Les questions qui ne sont pas expressément prévues dans la Police d'Assurance sont régies par les dispositions applicables du droit luxembourgeois.

Pour tout litige découlant de ou en relation avec la Police d'Assurance, seuls les tribunaux du Grand-Duché de Luxembourg sont compétents, sans préjudice de l'application des réglementations européennes ou des traités ou accords internationaux pertinents.

Pour toute action en responsabilité civile contre l'Assureur, les tribunaux du Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg, seront seuls compétents.

5.8 Législation locale

Le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée peuvent être soumis à la législation et aux obligations locales en matière d'assurance Maladie obligatoire. La couverture d'assurance fournie dans le cadre de la Police d'Assurance ne vise pas à se conformer à cette législation et à ces obligations locales en matière d'assurance santé et ne remplace pas le régime d'assurance Maladie obligatoire qui peut être imposé au Preneur d'Assurance et/ou à la Personne Assurée.

Le Preneur d'Assurance et la Personne Assurée reconnaissent, acceptent et consentent expressément au fait que l'Assureur ne peut être tenu responsable des violations de toute législation ou obligation locale en matière d'assurance santé auxquelles le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée peuvent être soumis, et reconnaissent, acceptent et conviennent en outre expressément d'indemniser et de dégager l'Assureur de toute responsabilité en cas de perte, dommage, coût, sanction, toute pénalité, frais ou autre mesure directe ou indirecte encourus en relation

avec cette législation ou ces obligations locales obligatoires en matière d'assurance santé.

Le Preneur d'Assurance et la Personne Assurée s'engagent à vérifier et à s'assurer que la conclusion de la Police d'Assurance est conforme à toutes les exigences légales auxquelles ils sont soumis.

5.9 Langue et communications

Le Preneur d'Assurance et la Personne Assurée exigent expressément que les Conditions Générales et, plus généralement, la Police d'Assurance et tous les documents et informations justificatifs leur soient soumis en anglais, allemand, français ou espagnol.

La correspondance et, plus généralement, tous les autres types de communications entre l'Assureur, le Preneur d'Assurance et la Personne Assurée se feront en anglais, allemand, français ou espagnol, sauf indication contraire dans le Formulaire de Souscription.

Le Preneur d'Assurance et la Personne Assurée reconnaissent expressément qu'ils comprennent parfaitement la ou les langues choisies dans le Formulaire de Souscription.

5.10 Rapport sur la solvabilité et la situation financière

Le rapport sur la solvabilité et la situation financière publié périodiquement par l'Assureur est disponible sur le site web de l'Assureur à l'adresse suivante :

<https://globalhealth.insurance>.

5.11 Fonds de garantie

Conformément à la législation luxembourgeoise, les Prestations accordées au titre de la Police d'Assurance ne sont pas soumises à un fonds de garantie légal spécifique. Néanmoins, toute demande de paiement de Prestations au titre de la Police d'Assurance est protégée par le triangle de sécurité constitué par les dispositions légales luxembourgeoises obligatoires régissant le dépôt des provisions techniques sous-jacentes à la Police d'Assurance, la surveillance connexe exercée par le Commissariat aux Assurances et les privilèges légaux applicables.

5.12 Force majeure

L'Assureur ne sera pas responsable des mesures prises ou de l'absence de mesures requises pour remplir ses obligations ou exercer ses droits en vertu de la Police d'Assurance dans le cas et dans la mesure où ces mesures ou cette absence de mesures résultent ou sont causées par des événements échappant au contrôle raisonnable de l'Assureur (force majeure), y compris, sans limitation, les troubles civils ou sociaux, la guerre, l'insurrection, les émeutes, les conflits civils ou militaires, sabotage, agitation sociale, grève, lock-out, incendie, inondation ou dégâts des eaux, catastrophes naturelles, actes de toute autorité gouvernementale ou menace d'une autorité (de jure ou de facto), contrainte légale, fraude ou falsification, Accident, explosion, panne mécanique, défaillance informatique ou des systèmes, défaillance des équipements, défaillance ou dysfonctionnement des moyens de communication ou interruption de l'alimentation électrique, loi locale ou étrangère, procédure judiciaire, décret, règlement, ordonnance ou autre mesure prise par un gouvernement, une autorité, un tribunal, un organisme d'autorégulation, une agence gouvernementale ou un organisme public local ou étranger.

5.13 Modification des données

Les déclarations d'intention, les conversions et les notifications concernant la Police d'Assurance et toute modification des données relatives au Preneur d'Assurance ou à la Personne Assurée doivent toujours être adressées par écrit et sans délai à l'Assureur.

Toute information fournie par l'Assureur au Preneur d'Assurance en rapport avec la Police d'Assurance est réputée rester valable, sauf indication contraire.

L'Assureur ne peut être tenu responsable des pertes subies en conséquence.

6. Glossaire

Accident

Un Accident est un événement soudain et imprévu qui agissant de manière externe sur le corps et portant atteinte à la santé.

Année d'Assurance

Période de 12 (douze) mois commençant soit à la Date d'Effet, soit à la date de renouvellement de la Police d'Assurance, selon le cas.

Assureur

L'Assureur qui souscrit la Police d'Assurance est Foyer Global Health S.A., une compagnie d'assurance santé établie au Luxembourg sous la forme d'une société anonyme dont le siège social est situé au 12, Rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, enregistrée sous le numéro B134.471 au Registre du commerce et des sociétés de Luxembourg, placée sous la surveillance du Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg ; +352226911-1 ; caa@caa.lu).

Autorité Médicale

Personne autorisée à exercer la Médecine dans le pays où le Traitement est dispensé, sur la base d'un diplôme de Médecine reconnu et officiel. Elle peut établir un diagnostic lié à une Maladie et/ou à une Blessure Corporelle.

Blessure Corporelle

Événement soudain affectant la Personne Assurée, indépendant de sa volonté, entraînant des dommages corporels, dont la cause est externe au corps de la Personne Assurée et dont les symptômes peuvent être déterminés et objectivement constatés par une Autorité Médicale afin d'établir un diagnostic et d'administrer un Traitement.

Carte de Service

Document délivré par l'Assureur à la Personne Assurée conformément à la Police d'Assurance, contenant les coordonnées nécessaires pour contacter l'Assureur devant être utilisées dans toutes communications avec l'Assureur.

Centre de Service

Le Centre de Services local offre un accès direct à des spécialistes locaux, un service continu et une assistance de premier ordre. La Personne Assurée peut bénéficier de services d'assistance correspondant au niveau de Plan choisi en cas de Sinistre ou d'Urgence. Le numéro du Centre de Services, accessible 24 heures

sur 24, 7 jours sur 7, est indiqué au verso de la Carte de Services.

Le « numéro d'assurance » indiqué au recto de la Carte de Service doit toujours être disponible.

Les Centres de Services connaissent le système de santé et les structures locales du Pays de Résidence. Ils peuvent recommander des Médecins et des hôpitaux, prendre des rendez-vous ou se procurer des Médicaments.

Ils peuvent également émettre une garantie de paiement ou assurer le remboursement rapide et simple des frais.

Certificat d'Assurance

Le Certificat d'Assurance délivré à l'attention du Preneur d'Assurance et de la Personne Assurée confirmant l'étendue et la Date d'Effet de la couverture d'assurance prévue par la Police d'Assurance.

Codes CIM

Codes de classification utilisés dans la Classification internationale des Maladies, un système international de codification et de classification de tous les diagnostics connus.

Conditions Générales

Les Conditions Générales d'Assurance, les Conditions Spéciales d'assurance et, le cas échéant, les Conditions Particulières d'assurance sont collectivement désignées sous le nom de « Conditions Générales ».

Conditions Générales d'Assurance

Les Conditions Générales régissant les risques assurés par l'Assureur (le présent document).

Conditions Particulières

Termes et conditions spécifiques à chaque Police d'Assurance individuelle.

Conditions Spéciales

Document précisant l'étendue exacte de la couverture d'assurance et des Prestations prévues par la Police d'Assurance.

Date d'Effet

Date à laquelle la Police d'Assurance ainsi que, les garanties et les Prestations qu'elle prévoit, entrent en vigueur, à savoir la date et l'heure indiquées dans les

Conditions Particulières ou la date du paiement de la première prime d'assurance, la date la plus tardive étant retenue, sous réserve des délais de carence applicable.

Début du Traitement

Date à laquelle commence un Traitement médical prescrit et administré par une Autorité Médicale à la suite d'une Maladie ou d'une Blessure Corporelle.

Délai de Carence

Période suivant la Date d'Effet pendant laquelle aucune couverture et aucune Prestation ne sont accordées au titre de la Police d'Assurance pour les risques soumis au Délai de Carence.

Formulaire de Souscription

La demande d'assurance santé contenant la proposition d'assurance au sens de la législation applicable, signée par le Preneur d'Assurance et, le cas échéant, par la ou les Personne(s) Assurée(s).

Glossaire

Le présent Glossaire des termes définis, qui faisant partie intégrante des Conditions Générales d'Assurance.

Glossaires

Le présent Glossaire et le Glossaire figurant à la fin des Conditions Spéciales, qui font tous partie intégrante des Conditions Générales d'Assurance.

Hôpital

Établissement fournissant un Traitement hospitalier et parfois ambulatoire, agréé et autorisé dans le pays où il exerce. L'Assureur ne verse des Prestations que si l'Hôpital est sous supervision médicale permanente, dispose d'équipements diagnostiques et thérapeutiques adéquats et tient les dossiers médicaux.

L'Assureur ne considère pas les maisons de repos, maison de soins, centres de santé, stations thermales et spas, hospices ainsi que les sanatoriums comme des hôpitaux.

Maladie

La détérioration de l'état de santé physique ou mental de la Personne Assurée, dont l'origine et les symptômes peuvent être déterminés et objectivement constatés par une Autorité Médicale afin de diagnostiquer et d'administrer un Traitement nécessaire ; la détérioration

ne doit toutefois pas être due à une Blessure Corporelle.

Médicalement Nécessaire

Sont Médicalement Nécessaires toutes les mesures médicales appropriées, fondées sur des standards médicaux internationalement reconnus au moment et à l'endroit du Traitement, destinées à diagnostiquer, traiter, guérir ou soulager la Maladie, l'affection ou la blessure et qui sont reconnues comme appropriées par l'Assureur.

Ces mesures doivent être :

- a) Réalisées dans un établissement de santé dûment agréé et autorisé par les autorités du pays où le Traitement est dispensé.
- b) Les plus appropriées compte tenu à la fois de la sécurité du patient et du rapport coût-efficacité, et conformes aux normes généralement acceptées de la pratique médicale.
- c) Être cohérentes avec le diagnostic, les symptômes ou le Traitement de l'affection sous-jacente.
- d) Cliniquement appropriées, en termes de type, de fréquence, d'étendue, de localisation et de durée, et considérées comme efficaces pour la Maladie, la blessure ou l'affection du patient.
- e) Ne pas être requises uniquement pour le confort ou la commodité du patient, des prestataires médicaux, des Thérapeutes ou des Médecins.
- f) Non destinées à des essais cliniques, à des fins expérimentales, de recherche ou esthétiques.
- g) Non destinées à des fins de dépistage et de soins préventifs.

Médicament

Toute substance ou composition ayant des propriétés curatives liées à une Maladie.

Médicaments

Substances actives utilisées, seules ou en association avec d'autres substances, pour le diagnostic ou le Traitement d'une Maladie, d'une affection, d'une Blessure Corporelle ou d'un trouble pathologique. Les aliments, cosmétiques et articles de toilette ne sont pas considérés comme des Médicaments. Les Médicaments doivent être prescrits par un Médecin et délivrés par une pharmacie. Ils sont communément appelés « Médicaments » ou « produits pharmaceutiques ».

Médecin

Médecin (généraliste ou spécialiste) titulaire d'un diplôme de Médecine reconnu légalement dans le pays dans lequel le Traitement est dispensé, et autorisé à prodiguer des soins médicaux.

Aux fins de la présente Police d'Assurance, ce terme désigne également les Dentistes, praticiens de Médecine alternative, Thérapeutes agréés et/ou reconnus comme tels dans le pays où le Traitement est dispensé.

Pansements

Matériel ou substance stérile appliqué sur une plaie ou une blessure afin de la protéger, de favoriser la cicatrisation et de prévenir l'infection.

Pays de Résidence

Pays dans lequel la Personne Assurée a sa résidence habituelle actuelle ou sa résidence temporaire actuelle.

Personne Assurée

La personne désignée dans le Formulaire de Souscription comme étant celle dont la santé est assurée par la Police d'Assurance.

En signant le Formulaire de Souscription, les Personnes Assurées sont également réputées accepter d'être liées par les conditions de la Police d'Assurance et tous les droits et obligations qui en découlent.

Toute Personne Assurée recevra une Carte de Service.

Plan

Plan choisi par le Preneur d'Assurance pour les Personnes Assurées, définissant l'étendue de la couverture d'assurance fournie dans le cadre de la Police d'Assurance.

Police d'Assurance

Cadre contractuel de l'assurance santé constitué des Conditions Générales d'Assurance, ainsi que le Formulaire de Souscription, les Conditions Particulières, les Conditions Spéciales, les Glossaires, le Certificat d'Assurance et tout accord écrit ultérieur entre l'Assureur, le Preneur d'Assurance et, le cas échéant, la Personne Assurée.

Police d'Assurance à distance

Tout Police d'Assurance conclue entre un Assureur et un Preneur d'Assurance dans le cadre d'un système

organisé de vente ou de Prestation de services à distance géré par l'Assureur, qui, aux fins du contrat, utilise exclusivement un ou plusieurs moyens de communication à distance jusqu'au moment de la conclusion de la Police d'Assurance.

Preneur d'Assurance

La personne physique ou morale qui souscrit la Police d'Assurance auprès de l'Assureur.

Prestation

Le remboursement des frais et dépenses de santé par l'Assureur à la Personne Assurée à la suite d'un Sinistre couvert par la Police d'Assurance.

Sinistre

Traitement d'une Personne Assurée à la suite d'une Maladie ou d'une Blessure Corporelle prescrit et administré par une Autorité Médicale. Le Sinistre commence à la date du Début du Traitement et prend fin lorsqu'un examen médical effectué par une Autorité Médicale confirme que le Traitement n'est plus nécessaire.

Si le Traitement doit être prolongé en raison d'une Maladie ou des conséquences d'une Blessure Corporelle qui n'est pas directement liée à ce Traitement, une nouvelle demande de remboursement est réputée avoir été introduite.

Traitement

Les mesures diagnostiques et thérapeutiques classées comme services médicaux, incluant les conseils médicaux, aides et interventions ainsi que les Médicaments et Pansements, destinées à identifier, soulager ou à guérir une Maladie ou une Blessure Corporelle et considérées comme Médicalement Nécessaires sur la base de conclusions médicales objectives et de connaissances scientifiques au moment du Traitement.

Urgence

Maladie soudaine et aiguë ou détérioration aiguë d'un aspect de la santé mettant directement en danger l'état de santé général de la Personne Assurée.

Foyer Global Health S.A.**Siège social**

L-3372 Leudelange
12, rue Léon Laval
Luxembourg

Téléphone : +352 270 444 3500

E-mail : policy@globalhealth.insurance

Internet : <https://globalhealth.insurance>

Registre du commerce (R.C.S. Luxembourg) : B 134.471

TVA : LU22284578