



# **Journey**

## Conditions Spéciales

Applicables au Plan Short

# Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Couverture d'assurance</b> .....                                     | <b>3</b>  |
| 1.1 Étendue de la couverture .....   | 3         |
| 1.2 Éligibilité .....  | 3         |
| 1.3 Conditions Préexistantes .....   | 3         |
| 1.4 Délai de Carence .....   | 3         |
| <b>2. Territorialité de la couverture</b> .....                            | <b>4</b>  |
| 2.1 Zone Géographique .....  | 4         |
| 2.2 Couverture temporaire pour la Zone Géographique I. ....                | 4         |
| 2.3 Prestation doublée pour la Zone Géographique I. ....                   | 4         |
| 2.4 Période d'Assurance .....  | 4         |
| 2.5 Prolongation de la Période d'Assurance .....                           | 4         |
| 2.6 Fin de la couverture d'assurance .....                                 | 4         |
| 2.7 Couverture temporaire pour le Pays d'Origine .....                     | 5         |
| 2.8 Retour définitif dans le Pays d'Origine .....                          | 5         |
| <b>3. Prestations</b> .....  | <b>6</b>  |
| 3.1 Informations générales .....   | 6         |
| 3.2 Événement assuré .....   | 6         |
| 3.3 Franchises et Co-Paiement .....  | 6         |
| 3.4 Critères d'éligibilité aux Prestations .....                           | 6         |
| 3.5 Plafond annuel global par Période d'Assurance .....                    | 7         |
| 3.6 Étendue des Prestations : Prestations hospitalières .....              | 7         |
| 3.7 Étendue des Prestations : Prestations ambulatoires .....               | 8         |
| 3.8 Étendue des Prestations : Prestations d'assistance médicale .....      | 8         |
| 3.9 Étendue des Prestations : Prestations d'assistance additionnelle ..... | 9         |
| <b>4. Description des Prestations</b> .....                                | <b>10</b> |
| 4.1 Prestations hospitalières .....  | 10        |
| 4.2 Prestations ambulatoires .....   | 12        |
| 4.3 Prestations d'assistance médicale .....                                | 12        |
| 4.4 Prestations d'assistance additionnelle .....                           | 14        |
| <b>5. Exclusions</b> .....   | <b>16</b> |
| <b>6. Glossaire</b> .....  | <b>21</b> |

# 1. Couverture d'assurance

## Conditions Particulières – Base contractuelle

### 1.1 Étendue de la couverture

Les termes en majuscules dans le présent document, sauf définition contraire explicite, ont la signification qui leur est donnée dans les Glossaires figurant dans les Conditions Particulières et les Conditions Générales d'assurance.

En cas de divergence entre les Conditions Générales d'Assurance, les Conditions Particulières et les Conditions Spéciales, les Conditions Particulières prévaudront sur les Conditions Spéciales et les Conditions Générales d'Assurance, et les Conditions Spéciales prévaudront sur les Conditions Générales d'Assurance. La version anglaise de tous les documents et supports pertinents prévaudra sur toute autre langue ou traduction.

L'Assureur offre une couverture pour les Maladies, les Blessures Corporelles et autres événements donnant lieu à des événements assurés, tels que décrits dans la Police d'Assurance.

En cas de survenance d'un événement assuré, l'Assureur rembourse les frais liés au Traitement Médicalement Nécessaire et aux autres Prestations convenues, sous réserve des conditions énoncées dans la Police d'Assurance et des dispositions légales.

En vertu des présentes Conditions Spéciales et dans les limites spécifiées, l'Assureur couvre les frais médicaux de chacune des Personnes Assurées identifiées dans la Police d'Assurance.

**Les Traitements effectués à l'étranger sont exclus des Prestations s'ils constituent la seule raison ou l'une des raisons du voyage à l'étranger.**

### 1.2 Eligibilité

La Police d'Assurance est destinée aux personnes qui vivent, voyagent ou travaillent à l'étranger de manière temporaire. Toute personne qui séjourne à l'étranger pendant au moins 3 (trois) mois est éligible à la couverture d'assurance, sauf accord contraire de l'Assureur. La couverture d'assurance est accordée pour une durée de 3 (trois), 6 (six) ou 9 (neuf) mois, avec une durée maximale cumulée de 9 (neuf) mois au total. Toutes les limites s'appliquent par Personne Assurée et par Période d'Assurance. Les limites des Prestations sont indiquées par « Période d'Assurance ».

En cas de changement de résidence, l'Assureur évalue chaque cas individuellement afin de déterminer s'il convient d'émettre, de modifier ou de résilier la couverture d'assurance.

Le Preneur d'Assurance est tenu de veiller au respect des lois et réglementations locales en matière de sécurité sociale pour toutes les Personnes Assurées couvertes par la Police d'Assurance. L'Assureur se réserve le droit de résilier l'intégralité de la Police d'Assurance ou la couverture d'assurance de certaines Personnes Assurées en cas de changements juridiques dans un pays entraînant une violation des lois ou réglementations.

### 1.3 Conditions Préexistantes

L'Assureur ne couvre pas les Conditions Préexistantes, incluant les conditions Congénitales.

Une condition préexistante désigne toute condition :

- a) Pour laquelle la Personne Assurée présentait des signes, des symptômes ou a reçu un avis médical, un Traitement, un diagnostic, une consultation ou des Médicaments prescrits au cours des 2 (deux) années précédant la Date d'Effet de la Police d'Assurance ; ou
- b) Pour laquelle un avis médical ou un Traitement ont été recommandés par un Médecin ou un Professionnel de Santé au cours des 2 (deux) années précédant la Date d'Effet de la police.

### 1.4 Délai de Carence

Il n'y a pas de Délai de Carence.

## 2. Territorialité de la couverture

### 2.1 Zone Géographique

La couverture d'assurance s'applique aux événements assurés survenant dans les zones suivantes, telles que choisies par le Preneur d'Assurance dans le Formulaire de Souscription :

Zone Géographique I : le monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique,

Zone Géographique II : le monde entier à l'exclusion des États-Unis d'Amérique.

### 2.2 Couverture temporaire pour la Zone Géographique I

Si l'Assureur a accepté de fournir une couverture d'assurance dans le cadre de la Police d'Assurance pour la Zone Géographique II : le monde entier à l'exclusion des États-Unis d'Amérique, et que la Personne Assurée réside temporairement aux États-Unis d'Amérique, l'Assureur maintiendra la couverture pour les Urgences médicales, les accidents et le décès survenant dans la Zone Géographique I : le monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique, pour les voyages d'une durée maximale de 3 (trois) semaines.

Si un événement assuré survient au cours de cette période de trois semaines et que la Personne Assurée a besoin d'un Traitement d'Urgence aux États-Unis d'Amérique, aucune limite spécifique de durée ne s'applique pour le Traitement lui-même. Toutefois, en cas d'Urgence médicale, l'Assureur peut transférer la Personne Assurée vers un autre pays pour y être traitée si cela est jugé médicalement approprié et faisable.

**La couverture d'assurance prévue par la Police d'Assurance ne s'étend pas aux voyages entrepris uniquement dans le but d'obtenir un Traitement dans la Zone Géographique I.**

Si une Personne Assurée déménage dans une Zone Géographique différente de celle convenue dans la Police d'Assurance pour quelle que soit la durée, ce déménagement doit être immédiatement notifié à l'Assureur, et ce changement aura une incidence sur la prime due et les Prestations accordées au titre de la Police d'Assurance.

### 2.3 Prestation doublée pour la Zone Géographique I

Si la Personne Assurée est couverte dans la Zone Géographique I : le monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique, l'Assureur double les Plafonds indiqués aux points 3.5, 3.6 et 3.7 (que le Traitement ait lieu aux États-Unis d'Amérique ou non). Si une prestation est limitée à un certain nombre de jours ou de séances, cette limite restera inchangée. Si l'Assureur a accepté un Co-Paiement, celui-ci reste inchangé.

### 2.4 Période d'Assurance

La Période d'Assurance commence à la Date d'Effet et se termine à la date d'expiration de l'assurance indiquée dans le Certificat d'Assurance.

La Période d'Assurance des Personnes Assurées qui adhèrent ultérieurement à la Police d'Assurance commence à la date indiquée sur leur Certificat d'Assurance et se termine à la date d'échéance de l'assurance (voir également 2.6).

### 2.5 Prolongation de la Période d'Assurance

L'Assureur peut accepter de prolonger la Période d'Assurance avant la date d'échéance de celle-ci. 1 (Une) seule prolongation de la Période d'Assurance est autorisée. La couverture d'assurance est accordée pour une durée de 3 (trois), 6 (six) ou 9 (neuf) mois, avec une durée maximale cumulée de 9 (neuf) mois. L'Assureur se réserve le droit d'apporter des modifications aux conditions d'assurance de la Police d'Assurance pour la nouvelle Période d'Assurance qui suit la date d'échéance indiquée dans le Certificat d'Assurance.

L'Assureur doit être informé au moins 4 (quatre) semaines avant la date d'échéance de la Période d'Assurance initiale de toute demande de prolongation de celle-ci et de tout changement concernant la situation de la Personne Assurée.

Toute modification convenue de la couverture d'assurance s'appliquera à compter de la prise d'effet de la prolongation de la Période d'Assurance.

### 2.6 Fin de la couverture d'assurance

Outre les motifs de résiliation de la Police d'Assurance détaillés dans les Conditions Générales d'assurance,

la couverture d'assurance et la Police d'Assurance prennent fin à l'expiration de la Période d'Assurance maximale de 9 (neuf) mois. La couverture à court terme offerte dans le cadre de cette Police d'Assurance n'est pas renouvelable automatiquement.

## **2.7 Couverture temporaire pour le Pays d'Origine**

Si une Personne Assurée se trouve temporairement en dehors de son Pays de Résidence, l'Assureur accorde une couverture d'assurance pour les Urgences médicales ainsi que pour les conséquences d'un accident, incluant dans le Pays d'Origine, pour des voyages d'une durée maximale cumulée de 30 (trente) jours entre deux séjours dans le Pays de Résidence de la Personne Assurée.

L'Assureur ne couvre aucun frais médical engagé dans le but d'obtenir un Traitement dans le Pays d'Origine.

## **2.8 Retour définitif dans le Pays d'Origine**

Lorsque la Personne Assurée retourne dans son Pays d'Origine et met ainsi fin à son séjour à l'étranger, elle doit informer l'Assureur de la date exacte de son retour dans son Pays d'Origine, dès qu'elle en a connaissance, et au plus tard le jour même du retour. Si la Personne Assurée omet d'informer l'Assureur de son retour, l'Assureur ne peut garantir la couverture et peut être amené à résilier la Police d'Assurance conformément aux Conditions Générales d'assurance. Les primes d'assurance déjà payées pour la Période d'Assurance écoulée ne sont pas remboursables.

## 3. Prestations

### 3.1 Informations générales

Le niveau de Plan choisi par le Preneur d'Assurance est défini par la nature et l'étendue des Prestations prévues dans les Conditions Spéciales. L'Assureur rembourse les frais à concurrence de la limite globale par période de couverture spécifiée dans l'étendue des Prestations, sauf indication contraire expresse dans les Conditions Générales d'assurance.

### 3.2 Événement assuré

Un événement assuré est caractérisé par le Traitement Médicalement Nécessaire requis pour une Maladie, un accident, incluant les conséquences d'un accident, ou d'autres événements spécifiés dans les Conditions Particulières d'assurance (voir 3.5 à 3.9 – Étendue des Prestations).

Le début de l'événement assuré est marqué par le Début du Traitement et prend fin lorsque les résultats médicaux indiquent qu'un Traitement supplémentaire n'est plus Médicalement Nécessaire. Si la Personne Assurée a besoin d'un Traitement pour une Maladie, un accident ou d'autres événements détaillés dans les Conditions Spéciales (voir 3.5 à 3.9 – Étendue des Prestations) sans rapport avec l'événement assuré initial, celui-ci sera traité comme un nouvel événement assuré distinct.

### 3.3 Franchises et Co-Paiement

#### Franchises

Il n'y a pas de Franchises.

#### Co-Paiement

La Co-Paiement est le pourcentage des frais de Traitement que la Personne Assurée doit prendre en charge. L'Assureur a fixé une participation aux frais fixe de 20 % pour les Traitements Ambulatoires.

Le Co-Paiement s'applique par Période d'Assurance et par Personne Assurée. Les frais sont imputés à la Période d'Assurance pendant laquelle le Médecin ou le Thérapeute a été consulté et pendant laquelle les Médicaments et les Pansements ont été fournis.

### 3.4 Critères d'éligibilité aux Prestations

Les Personnes Assurées ont la possibilité de choisir tout Médecin ou Thérapeute agréé dans le pays où elles ont besoin d'un Traitement, et ce choix s'étend à d'autres professionnels de santé.

L'Assureur rembourse uniquement les frais relatifs aux Traitements Médicalement Nécessaires dans le cadre de la pratique médicale. Le remboursement de ces Traitements et services dispensés par d'autres Thérapeutes est soumis à des honoraires standards, conformes aux tarifs Standards, Habituels et Raisonables. Ces honoraires correspondent aux frais liés aux services ou fournitures médicaux approuvés et couverts, sans excéder les honoraires standard pratiqués par des prestataires de même niveau dans la même Zone Géographique, pour un Traitement comparable d'une Maladie et/ou une blessure.

De plus, l'Assureur peut rembourser les frais dépassant les honoraires maximaux basés sur les tarifs Standards, Habituels et Raisonables lorsqu'ils résultent de complications liées à la Maladie ou aux résultats médicaux, à condition que ces frais soient déterminés de manière raisonnable.

Pour les services fournis par d'autres Thérapeutes, tels que les masseurs (lorsqu'il n'existe pas de tarifs Standards, Habituels et Raisonables distincts dans le pays dans lequel le Traitement est dispensé), le remboursement sera basé sur les honoraires comparables des Médecins et les prix habituels dans le pays où le Traitement est dispensé.

**Les actes dentaires tels que les prothèses dentaires, Implants, chirurgie dentaire et les Traitements orthodontiques, même lorsqu'ils sont effectués par un Médecin en milieu hospitalier, ne sont pas considérés comme faisant partie des Traitements hospitaliers ou Ambulatoires et ne sont pas couverts par la présente Police d'Assurance.**

En vertu de la Police d'Assurance, l'Assureur rembourse les frais liés aux examens, aux méthodes de Traitement et Médicaments largement reconnus en Médecine Conventionnelle. De plus, les coûts méthodes et des Médicaments éprouvés dans la pratique ou utilisés en raison de l'indisponibilité d'alternatives conventionnelles sont éligibles au remboursement. Toutefois, les Prestations peuvent être limitées à des

montants équivalents à ceux qui auraient été payés si la Médecine Conventiionnelle avait été accessible.

### 3.5 Plafond annuel global par Période d'Assurance

| Plan Short                                    |   |
|---|---|
| <b>Prestations</b>                            |   |
| Plafond annuel global par Période d'Assurance | 500 000 EUR / 650 000 USD / 420 000 GBP / 465 000 CHF |

### 3.6 Étendue des Prestations : Prestations hospitalières

| Plan Short   |   |
|--|---|
| <b>Prestations hospitalières</b>   |   |
| Hébergement en chambre privée ou semi-privée   | ✓   |
| Consultations et services de diagnostic, incluant pathologie, radiologie, Plafond Tomodensitométrie (CT), Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), Tomographie par Émission de Positons (TEP) et Médecine Palliative | ✓   |
| Frais hospitaliers, incluant le bloc opératoire, l'anesthésie, l'unité de soins intensifs et le laboratoire  | ✓   |
| Chirurgie et anesthésie  | ✓   |
| Chirurgie ambulatoire au lieu d'un Traitement hospitalier  | ✓   |
| Médicaments et Pansements  | ✓   |
| Physiothérapie, incluant les massages  | ✓   |
| Thérapies, incluant ergothérapie, luminothérapie, Hydrothérapie, inhalation, enveloppements, bains médicaux, cryothérapie, thermothérapie, électrothérapie   | ✓   |
| Aides et appareils thérapeutiques  | ✓<br>Par exemple, le stimulateur cardiaque, dès lors qu'il est nécessaire pour sauver la vie du patient |
| Traitement du Cancer, Médicaments et Traitements oncologiques, incluant la chirurgie reconstructive pour le Cancer du sein   | ✓   |
| Hébergement d'un parent lors de l'hospitalisation d'un enfant mineur   | ✓   |
| Rééducation de Suivi à l'Hôpital   | ✓<br>Jusqu'à 14 (quatorze) jours après accord écrit préalable   |
| Soins de Jour  | ✓   |
| Transport vers l'Hôpital approprié le plus proche pour un premier Traitement après un accident ou une Urgence  | ✓   |

Les Plafonds et les durées maximales spécifiés s'appliquent par Personne Assurée et par période de couverture.

### 3.7 Étendue des Prestations : Prestations ambulatoires

|  | Plan Short   |
|--|--|
| <b>Prestations ambulatoires</b>  |  |
| Plafond maximal pour les soins ambulatoires  | 2 000 EUR / 2 600 USD / 1 680 GBP / 1 860 CHF                |
| Consultations et services de diagnostic, incluant pathologie, radiologie, Plafond Tomodensitométrie (CT), Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), Tomographie par Émission de Positons (TEP) et Médecine Palliative | ✓<br>80 %*   |
| Chimiothérapie, Médicaments et Traitements oncologiques (par exemple pour les patients atteints d'un Cancer)   | ✓<br>Jusqu'à 10 000 EUR / 13 000 USD / 8 400 GBP / 9 300 CHF |
| Médicaments et Pansements  | ✓<br>80 %*   |
| Transport vers le Médecin ou l'Hôpital le plus proche pour un premier Traitement à la suite d'un accident ou d'une Urgence   | ✓  |

Les Plafonds et les durées maximales spécifiés s'appliquent par Personne Assurée et par Période d'Assurance.

\*Un Plafond maximum pour les Traitements Ambulatoires s'applique

### 3.8 Étendue des Prestations : Prestations d'assistance médicale

|   | Plan Short   |
|---|--|
| <b>Prestations d'assistance médicale</b>  |  |
| Service téléphonique et par e-mail 24h/24 avec des conseillers expérimentés, des Médecins et des spécialistes                         | ✓  |
| Évacuation médicale et Rapatriement   | ✓  |
| Informations sur les infrastructures médicales (soins médicaux locaux et noms et adresses de Médecins multilingues)                   | ✓  |
| Soutien et informations fournies par notre service médical (Second Avis Médical, suivi de l'évolution de la Maladie)                  | ✓  |
| Garantie de paiement (GOP) (préparation d'un séjour à l'Hôpital)  | ✓  |
| Rapatriement de la dépouille mortelle   | ✓<br>Jusqu'à 2 500 EUR / 3 250 USD / 2 100 GBP / 2 325 CHF |
| Assistance médicale additionnelle adéquate (informations sur la nature, les causes possibles et le Traitement possible d'une Maladie) | ✓  |
| Services en ligne   | ✓  |

Les Plafonds et les durées maximales indiqués s'appliquent par Personne Assurée et par Période d'Assurance.

### 3.9 Étendue des Prestations : Prestations d'assistance additionnelle

| Plan Short                                     |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <b>Prestations d'assistance additionnelles</b> |                                     |
| Télémédecine                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |

## 4. Description des Prestations

### 4.1 Prestations hospitalières

La Police d'Assurance couvre les Prestations hospitalières décrites ci-dessous :

#### Hébergement en chambre privée ou semi-privée

La Personne Assurée a la possibilité de choisir l'Hôpital dans lequel elle souhaite recevoir un Traitement médical. Est considéré comme Traitement hospitalier tout Traitement impliquant une hospitalisation d'une durée minimale de 24 (vingt-quatre) heures dans un Hôpital du pays où le Traitement est réalisé.

Lorsque le Traitement est dispensé dans des hôpitaux proposant des Traitements en Sanatorium, la Police d'Assurance couvre exclusivement les Traitements répondant aux critères de la Médecine Conventione/les Traitements Médicalement Nécessaires, sauf si des Traitements alternatifs ont été explicitement approuvés par écrit par l'Assureur avant le Début du Traitement. L'hébergement est limité aux chambres privées ou semi-privées standards, comme spécifié dans l'étendue des Prestations. Une chambre privée standard est définie comme une chambre individuelle basique avec salle de bain ou salle d'eau privée attenante dans un Hôpital. **Sont explicitement exclues les chambres avec d'équipements haut de gamme, incluant notamment les chambres de luxe, les chambres exécutives** ou les suites comprenant des équipements tels que des cuisines, des salles à manger ou des salons.

La Police d'Assurance couvre l'intégralité du Traitement hospitalier sans limite de durée spécifique. Cependant, il est impératif de contacter et d'informer l'Assureur ou le Centre de Service concernant le séjour à l'Hôpital et le Traitement avant ou dans les 3 (trois) jours calendaires suivant l'admission à l'Hôpital. À défaut, l'Assureur se réserve le droit de ne pas couvrir intégralement la demande de remboursement.

#### Consultations et services de diagnostic, incluant pathologie, radiologie, tomodensitométrie, IRM, TEP et Médecine Palliative

La Police d'Assurance couvre tous les frais liés aux Traitements hospitaliers Médicalement Nécessaires, incluant les examens, diagnostics et thérapies, ainsi que les frais relatifs à la pathologie, à la radiologie, à la Tomodensitométrie (TDM), à l'Imagerie par Résonance

Magnétique (IRM), à la Tomographie par Émission de Positons (TEP) et à la Médecine Palliative.

#### Frais hospitaliers, incluant le bloc opératoire, l'anesthésie, l'unité de soins intensifs, les laboratoires

Les frais hospitaliers comprennent les coûts supplémentaires liés à l'utilisation d'installations spécialisées, telles que le bloc opératoire, l'unité de soins intensifs et les laboratoires.

#### Chirurgie et anesthésie

L'Assureur rembourse les frais engagés pour les services Médicalement Nécessaires dans ce contexte, tels que les services médicaux, l'anesthésie et l'utilisation d'installations spécialisées, s'ils sont prescrits par un Médecin spécialiste.

#### Chirurgie ambulatoire remplaçant un Traitement hospitalier

Il s'agit d'une chirurgie élective généralement pratiquée dans un cabinet médical ou à l'Hôpital, sans nécessité de nuitée à l'Hôpital. **Toutefois, sont exclues les interventions chirurgicales de grade 1 ou mineures (procédures invasives limitées à la résection de la peau, des muqueuses et des tissus conjonctifs) ainsi que les procédures chirurgicales invasives visant à obtenir des échantillons de tissus ou des fluides corporels, telles que les biopsies et les coloscopies.**

#### Médicaments et Pansements

Pour être couverts par la Police d'Assurance, les Médicaments et les Pansements doivent être prescrits par un Médecin hospitalier ou un Dentiste dans le cadre d'un Traitement hospitalier. De plus, les Médicaments doivent être délivrés par une pharmacie, une pharmacie hospitalière ou tout autre dispensaire officiellement agréé par les autorités compétentes.

Les aliments nutritionnels, les fortifiants, les eaux minérales, les cosmétiques, les produits d'hygiène personnelle, ainsi que les sels de bain, ne sont pas considérés comme des Médicaments éligibles à la couverture de la Police d'Assurance dans le cadre d'un Traitement médical.

### **Physiothérapie, incluant les massages**

Pour être couverts par la Police d'Assurance, la physiothérapie et les massages doivent être prescrits par un Médecin hospitalier comme partie intégrante du Traitement médical hospitalier. De plus, ils doivent être administrés par un Médecin ou un Thérapeute qualifié et certifié. La prescription doit être fournie avant le Début du Traitement et doit préciser le diagnostic ainsi que le type et le nombre de séances requises.

### **Thérapies, incluant l'ergothérapie, la luminothérapie, l'Hydrothérapie, l'inhalation, les enveloppements, les bains médicaux, la cryothérapie, la thermothérapie, l'électrothérapie**

Pour être couvertes par la Police d'Assurance, les thérapies médico-physiques doivent être prescrites par un Médecin hospitalier dans le cadre d'un Traitement hospitalier. De plus, ces thérapies doivent être administrées par un Médecin ou un Thérapeute qualifié et certifié. La prescription doit être fournie avant le Début du Traitement et doit préciser le diagnostic, le type spécifique et le nombre de séances requises.

### **Aides et appareils thérapeutiques dans le cadre d'un Traitement hospitalier**

La Police d'Assurance couvre les frais relatifs aux aides et appareils thérapeutiques conçus comme des mesures de sauvetage, tels que les stimulateurs cardiaques. Ces aides doivent être adaptées ou ajustées pendant le séjour hospitalier et doivent rester dans le corps de la Personne Assurée.

De plus, l'Assureur rembourse les frais de réparation des aides et appareils thérapeutiques dans les conditions spécifiées pendant la période de validité de la police.

### **Traitement du Cancer, Médicaments et Traitements oncologiques, incluant la chirurgie reconstructive pour le Cancer du sein**

Dans le cadre des soins hospitaliers, la Police d'Assurance couvre les frais médicaux éligibles liés au Traitement médical du Cancer et ses conséquences directes, incluant les tests diagnostiques, la radiothérapie, la chimiothérapie, les Médicaments et les frais hospitaliers liés au Traitement hospitalier. De plus, la chirurgie reconstructive pour le Cancer du sein est couverte.

### **Hébergement d'un parent lors de l'hospitalisation d'un enfant mineur**

La Police d'Assurance couvre les frais supplémentaires d'hébergement d'un parent accompagnant un enfant de moins de 18 (dix-huit) ans hospitalisés.

### **Rééducation De Suivi à l'Hôpital**

L'Assureur rembourse les frais liés à la Rééducation de Suivi à l'Hôpital, essentielle à la poursuite d'un Traitement hospitalier Médicalement Nécessaire. Cela s'applique notamment aux cas tels que les chirurgies de pontage, les infarctus du myocarde, les transplantations et les chirurgies impliquant des os ou des articulations de grande taille, sous réserve de l'accord écrit préalable de l'Assureur avant le Début du Traitement. La Rééducation de Suivi à l'Hôpital doit commencer dans les 2 (deux) semaines suivant la sortie de l'Hôpital. Toutefois, la Police d'Assurance ne couvre pas les frais liés aux Traitements en Sanatorium, aux cures, aux séjours dans des établissements de cure, aux spas, aux maisons de convalescence ou aux maisons de retraite médicalisées.

### **Soins de Jour**

La Police d'Assurance couvre les Traitements reçus à l'Hôpital sans y avoir passé la nuit. Elle couvre également les Traitements hospitaliers partiels impliquant une visite dans une clinique de jour ou de nuit ou à l'Hôpital où le patient est présent pendant la journée ou la nuit, mais où une hospitalisation complète (24 heures) n'est plus Médicalement Nécessaire.

Dans les deux cas, la durée du séjour hospitalier varie de 8 (huit) à 24 (vingt-quatre) heures et ne doit pas dépasser la limite de 24 (vingt-quatre) heures.

### **Transport vers l'Hôpital approprié le plus proche pour un premier Traitement après un accident ou une Urgence**

L'Assureur couvre les frais Standards, Habituels et Raisonables de transport vers l'Hôpital ou l'établissement médical approprié le plus proche. Sauf accord contraire, la prestation des services de transport doit être assurée par un prestataire de services dûment agréé.

## 4.2 Prestations ambulatoires

La Police d'Assurance couvre les Prestations suivantes en rapport avec les soins ambulatoires :

### Plafond Maximal Pour Les Traitements Ambulatoires

Les Prestations pour les Traitements Ambulatoires ne doivent pas dépasser le Plafond Maximal prévu pour les Traitements Ambulatoires, sauf indication contraire dans l'étendue des Prestations.

### Consultations et services de diagnostic, incluant la pathologie, la radiologie, la tomodensitométrie, l'IRM, la TEP et la Médecine Palliative

La Police d'Assurance couvre les frais engagés liés aux Traitements Ambulatoires, incluant les examens, les diagnostics et les thérapies.

Les Prestations offertes comprennent le remboursement d'une gamme de services, incluant, mais sans s'y limiter la pathologie, la radiologie, la Plafond Tomodensitométrie (CT), l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), la Tomographie par Émission de Positons (TEP) et la Médecine Palliative.

### Traitement du Cancer, Médicaments oncologiques et Traitement

La Police d'Assurance couvre les mesures Médicalement Nécessaires et éligibles pour l'examen, le diagnostic et le Traitement dans le cadre d'un Traitement Ambulatoire du Cancer et de ses conséquences directes, incluant la chimiothérapie et d'autres procédures oncologiques.

### Médicaments et Pansements

Pour être couverts par la Police d'Assurance, les Médicaments et Pansements doivent être prescrits par un Médecin, un Professionnel de Santé, un Dentiste ou une personne autorisée à le faire sous leur supervision. Ces Médicaments et Pansements doivent être obtenus auprès d'une pharmacie ou d'un fournisseur officiellement agréé.

Les articles tels que les aliments nutritionnels, les toniques, l'eau minérale, les cosmétiques, les produits d'hygiène personnelle et les sels de bain ne sont pas considérés comme des Médicaments. Par conséquent,

ils ne répondent pas aux critères de Traitement médical couverts par la Police d'Assurance.

### Transport vers le Médecin ou l'Hôpital approprié le plus proche pour un premier Traitement après un accident ou une Urgence

L'Assureur rembourse les frais Standards, Habituels et Raisonables admissibles pour le transport d'Urgence vers le Médecin, l'Hôpital ou l'établissement approprié le plus proche à la suite d'un accident ou d'une Urgence. Sauf accord contraire, la prestation des services de transport doit être assurée par un prestataire de services dûment agréé.

## 4.3 Prestations d'assistance médicale

Les Personnes Assurées peuvent bénéficier des services proposés par les Centres de Services de l'Assureur conformément au niveau de Plan choisi dès qu'un événement assuré ou une Urgence survient. Le réseau de services et d'assistance de l'Assureur composé de partenaires compétents et expérimentés sur le terrain, offre aux Personnes Assurées un accompagnement global, complet et qualifié individuel dans le monde entier pour toute situation.

Ce réseau est présent dans plus de 180 pays et garantit un soutien, une fiabilité et un service de qualité. L'Assureur propose une large gamme de services, en complément et dans le cadre de la couverture santé afin d'accompagner la Personne Assurée durant son séjour à l'étranger (uniquement pour les conditions couvertes).

Ces services sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an. Si la Personne Assurée a besoin d'assistance, elle peut, à toute heure, du jour ou de la nuit, appeler le numéro indiqué dans les documents d'assurance.

A l'expiration de la couverture d'assurance prévue par la Police d'Assurance, la Personne Assurée ne pourra plus prétendre à ces services.

### **Service téléphonique et par e-mail 24 heures sur 24 avec des conseillers, des Médecins et des spécialistes expérimentés**

L'assistance médicale est accessible tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, soit par e-mail, soit en contactant la ligne d'assistance médicale.

### **Évacuation médicale et Rapatriement**

Ce service comprend un transport d'ambulance Médicalement justifié et Nécessaire, soit dans le Pays de Résidence, soit vers un lieu transfrontalier lorsque les soins médicaux hospitaliers ou les normes d'hygiène locales de l'Hôpital sont jugés inadéquats. Les frais d'accompagnement Médical Nécessaire pendant le transport sont également inclus

L'Assureur prend en charge les frais de transport du patient dans les conditions suivantes :

- L'évacuation ou le Rapatriement doit être prescrit par le Médecin traitant et reconnu comme Médicalement Nécessaire.
- L'Assureur ou le Centre de Service doit donner son accord préalable.

Après consultation de l'Assureur ou du Centre de Service et du Médecin traitant, la Personne Assurée sera transportée (dans la Zone Géographique sélectionnée) vers :

- Un lieu plus approprié pour son Traitement dans un autre pays.
- Le Pays de Résidence de la Personne Assurée si l'événement assuré s'est produit en dehors de ce pays.
- Le Pays de Départ ou le Pays d'Origine de la Personne Assurée.

En cas de nécessité médicale, l'Assureur prend également les dispositions à la présence d'un Médecin accompagnant la Personne Assurée durant le voyage. L'Assureur ne couvre que le transport vers un lieu jugé approprié pour le Traitement.

### **Informations sur les infrastructures médicales**

En cas d'événement assuré ou d'Urgence, l'Assureur ou le Centre de Services informera la Personne Assurée des soins médicaux disponibles localement.

Des informations concernant la désignation des Médecins, des consultants hospitaliers, hôpitaux et des établissements médicaux spécialisés à proximité de la Personne Assurée peuvent être fournies en anglais, allemand, français et espagnol. De plus, des conseils et une assistance peuvent également être proposés pour choisir un lieu de Traitement, en cas de transfert Médicalement Nécessaire ou de changement de prestataire de soins.

### **Soutien et informations, incluant un deuxième avis**

La Personne Assurée peut contacter l'Assureur ou le Centre de Services par téléphone chaque fois qu'une assistance médicale locale est nécessaire. À la demande de la Personne Assurée, l'Assureur ou le Centre de Services peut informer les proches de la Personne Assurée de la survenance d'un événement assuré ou d'une Urgence, à condition que cela soit techniquement possible.

Dans les cas impliquant des Maladies potentiellement mortelles ou d'incapacité permanente grave, la Personne Assurée a la possibilité de demander un deuxième avis directement à un autre Médecin ou, si nécessaire, par l'intermédiaire de l'Assureur ou du Centre de Services. L'Assureur ou le Centre de Services aide la Personne Assurée à planifier son admission ou sa sortie de l'Hôpital pour un Traitement hospitalier.

Pour les cas nécessitant un Traitement hospitalier, l'évolution de la Maladie peut être suivie par des Médecins associés à l'Assureur ou au Centre de Services. Ce suivi s'étend également aux Traitements Ambulatoires destinés à éviter une hospitalisation.

### **Garantie de paiement – GOP**

En cas d'Urgence nécessitant un Traitement hospitalier, la Personne Assurée doit contacter sans délai l'Assureur ou le Centre de Services. En cas de Traitement hospitalier prévu ou d'intervention chirurgicale pouvant être effectuée en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation, la Personne Assurée doit en informer l'Assureur ou le Centre de Services au moins 7 (sept) jours avant la date prévue d'admission à l'Hôpital. Cette notification est essentielle pour une bonne planification, qu'il s'agisse d'un Traitement hospitalier prévu ou d'un Traitement hospitalier d'Urgence, afin de permettre à l'Assureur ou au Centre de Services

d'effectuer les formalités nécessaires et de garantir la prise en charge des frais par les Médecins ou l'Hôpital.

Ces formalités incluent la vérification des factures afin de vérifier leur conformité aux normes standards, habituelles et raisonnables. L'Assureur prend également en charge la coordination avec l'Hôpital pour la transmission et le règlement directs des factures. Dans ce cas, la Personne Assurée recevra une confirmation écrite ou par e-mail de l'Assureur ou du Centre de Services concernant la procédure.

Le défaut d'information préalable de l'Assureur ou du Centre de Services ou immédiate en cas d'Urgence peut entraîner le non-paiement intégral de la demande de remboursement par l'Assureur.

### **Rapatriement du corps**

En cas de décès à l'étranger, l'Assureur ou le Centre de Services peut apporter son assistance :

- Obtention du certificat de décès ou du rapport d'accident, dans la mesure où la loi le permet.
- Assurer la liaison avec les autorités publiques et les consulats du pays concerné.
- Identifier les proches habilités à prendre les décisions relatives au Rapatriement ou la crémation du défunt.
- Gestion des formalités relatives au Rapatriement, à la crémation ou aux funérailles locales, conformément à la réglementation du pays concerné.

L'Assureur rembourse :

- Les frais directs engagés pour le Rapatriement du défunt vers le Pays de Départ ou le Pays d'Origine, incluant toutes les formalités associées. Cela couvre également les frais d'un membre de la famille voyageant avec la dépouille mortelle s'il accompagnait la Personne Assurée au moment du décès.
- Les frais liés au Rapatriement de l'urne vers le Pays de Départ ou le Pays d'Origine si le défunt a été incinéré dans le Pays de Résidence. Cela inclut également les frais d'un membre de la famille voyageant avec la dépouille mortelle s'il accompagnait la Personne Assurée au moment du décès.

**Toutefois, les frais funéraires en tant que tels ne sont pas remboursables.**

### **Assistance médicale complémentaire adéquate**

Qu'un événement assuré survienne ou non, et à la demande de la Personne Assurée, l'Assureur ou le Centre de Service fournit à la Personne Assurée des informations générales sur la destination, les coutumes locales et les formalités requises. De plus, l'Assureur ou le Centre de Services fournit des informations médicales, notamment des conseils sur les vaccinations et des consultations médicales par téléphone, afin de l'aider à préparer son voyage. De plus, des recommandations seront données concernant le contenu d'une trousse de premiers secours.

En cas de Sinistre, l'Assureur ou le Centre de Services fournit des informations générales sur la nature, les causes potentielles et les Traitements disponibles pour la Maladie. Il clarifie la terminologie médicale utilisée et fournit des détails sur les Médicaments, leurs effets secondaires potentiels et leurs interactions.

Pour les cas nécessitant un Traitement Ambulatoire, l'Assureur ou le Centre de Services coordonne et surveille le Traitement et son évolution, facilite les consultations entre Médecins si nécessaire et organisera toute aide supplémentaire requise.

### **Services en ligne**

La Personne Assurée bénéficie d'un accès au service en ligne dédié, disponible dans le portail client mis à disposition.

## **4.4 Prestations d'assistance additionnelle**

### **Télé médecine**

L'Assureur offre à toutes les Personnes Assurées l'accès aux services de télé médecine. En collaboration avec un prestataire tiers, l'Assureur propose une application gratuite, disponible sur les plateformes iOS et Android. L'accès est réservé à toutes les Personnes Assurées âgées de 18 (dix-huit) ans et plus, bénéficiant d'une couverture d'assurance en vigueur et ayant donné leur consentement au Traitement de leurs données personnelles. Des mesures de sécurité strictes sont mises en œuvre pour protéger l'accès et les données, afin de limiter tout risque de violation de la sécurité.

Les services disponibles comprennent des consultations téléphoniques, des consultations

vidéo et des services de messagerie instantanée.  
Ces services sont proposés en anglais, allemand et espagnol et sont accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

## 5. Exclusions

**Dans le cadre de la Police d'Assurance, l'Assureur ne couvre pas les frais liés aux Traitements ou Affections Médicales ci-après, sauf s'ils sont explicitement mentionnés dans l'étendue des Prestations ou dans tout autre avenant écrit à la Police d'Assurance.**

### **Non-respect des consignes médicales**

L'Assureur ne couvre pas les Traitements résultant du fait que la Personne Assurée n'a pas demandé ou suivi un avis médical ou du fait qu'elle a voyagé contre les recommandations médicales.

### **Greffes de moelle osseuse et d'organes**

L'Assureur ne rembourse pas les frais liés au Traitement de greffe de moelle osseuse ou d'organes (tels que le cœur, les reins, le foie, le pancréas).

### **Complications liées à une couverture exclue**

L'Assureur ne couvre pas les frais résultants de complications directement liées à une Maladie, une blessure ou un Traitement qui sont exclus ou dont la couverture est limitée.

### **Chirurgie esthétique/plastique**

Les frais engagés pour la chirurgie esthétique ou plastique et les Traitements associés ne sont pas remboursés.

### **Traitements dentaires**

L'Assureur ne rembourse pas les frais liés aux soins ou Traitements dentaires tels que les examens dentaires de routine, les nettoyages, les obturations, les extractions, Traitements de canal, procédures orthodontiques (par exemple, appareils dentaires), prothèses (par exemple, dentiers, couronnes, ponts), Dentisterie esthétique ou toute intervention chirurgicale impliquant les dents ou les gencives.

### **Programmes de désintoxication, incluant les thérapies**

Les programmes de désintoxication, incluant les Traitements contre la toxicomanie et l'alcoolisme, ne sont pas couverts par la Police d'Assurance. Toutefois, une prise en charge des frais est prévue pour une désintoxication initiale, si la Personne Assurée ne peut obtenir de remboursement ailleurs. Dans le cas d'une

désintoxication en milieu hospitalier, l'Assureur ne rembourse que les frais liés aux services hospitaliers de base, incluant les Traitements médicaux et les Médicaments.

**Tout Traitement ultérieur résultant de ou directement lié à l'usage nocif, dangereux ou addictif de toute substance, incluant l'alcool et les Médicaments, n'est pas couvert.**

### **Troubles du développement**

L'Assureur ne couvre pas les services, thérapies, tests éducatifs ou formations liés aux troubles d'apprentissage ou aux troubles du développement psychologique. Cela inclut les troubles tels que les retards de développement, les difficultés scolaires, les troubles envahissants, le retard mental, les troubles de la perception, les lésions cérébrales non consécutives à un accident ou une Maladie, les dysfonctionnements cérébraux minimes, la dyslexie ou l'apraxie.

### **Dialyse**

L'Assureur ne rembourse pas les frais de Dialyse, incluant les Médicaments essentiels et tous les coûts associés.

### **Épidémies, pandémies et apparitions de Maladie**

Les frais liés aux Traitements, évacuations médicales et/ou aux Rapatriements, résultant directement ou indirectement d'épidémies, de pandémies ou d'apparitions de Maladie d'ampleur comparable, une fois celles-ci placées sous contrôles par les autorités sanitaires locales, ne sont pas remboursés, sauf accord écrit contraire de l'Assureur.

### **Traitements expérimentaux et à des fins de recherche**

L'Assureur ne couvre aucun Traitement ou thérapie Médicamenteuse considéré comme expérimental ou réalisé à des fins de recherche. Un service, une technologie, une fourniture, une procédure, un Traitement, un Médicament, un dispositif, une installation, un équipement ou un produit biologique est considéré comme expérimental ou réalisé à des fins de recherche lorsqu'il ne répond pas à toutes les exigences suivantes :

- Il doit disposer d'une licence définitive et d'une autorisation claire délivrée par au moins l'un des organismes suivants : EMA (Agence européenne des Médicaments), FDA (Food and Drug Administration – phase III terminée), Réseau européen pour l'évaluation des technologies de santé (EUnetHTA). Une autorisation provisoire n'est pas suffisante. L'autorisation n'est valable que pour les indications et conditions médicales correspondantes. Dans le cas de procédures et de recommandations cliniques approuvées, cela doit être clairement indiqué dans l'une des directives suivantes : NICE (National Institute for Health and Care Excellence), AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), AHRQ National Guideline (Agency for Healthcare Research and Quality – National Guideline Clearinghouse).
- Toutes les approbations et directives doivent être concluantes et ne doivent pas indiquer la nécessité de recherches supplémentaires, être soumises à un environnement de recherche, présenter des preuves limitées, des preuves insuffisantes ou un manque d'utilité clinique.
- Tourisme extrême (par exemple, voyages en Antarctique),
- Chasse à courre, saut d'obstacles, polo, courses de chevaux ou toute forme de courses hippiques,
- Sports motocyclistes, incluant la conduite de moto et de quad,
- Vol en ULM, en wingsuit, en montgolfière, vol en deltaplane, en parapente, en parachute ascensionnel et le saut en parachute,
- Spéléologie en solo (spéléologie) ou plongée en grotte, plongée sous-marine à plus de 10 mètres, plongée en hauteur, rafting en eaux vives et canyoning,
- Les ultra-marathons ou activités de nature similaire,
- Toute autre activité dangereuse présentant des risques similaires à ceux mentionnés ci-dessus, telle que le train surfing.

**Les services de recherche et de sauvetage liés aux sports extrêmes et aux activités à haut risque, incluant, tels que le sauvetage en grotte, en mer et en montagne, sont également exclus de la couverture prévue par la Police d'Assurance.**

## Sports extrêmes et activités à haut risque

**Les sports extrêmes et les activités à haut risque ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.**

Les sports extrêmes et les activités sportives à haut risque englobent toute forme de sport ou d'activité athlétique caractérisée par un niveau élevé de danger inhérent.

Cela inclut les activités exigeant une expertise avancée, un effort physique exceptionnel, un équipement spécialisé, la réalisation de cascades audacieuses et les activités pour lesquelles la Personne Assurée a signé une décharge de responsabilité, telles que :

- Descente en rappel, alpinisme (à l'exception de l'escalade en salle et des zones de basse montagne entièrement équipées pour l'escalade sportive) et courses de toute nature,
- Bobsleigh, luge, skeleton, ski hors-piste et snowboard hors-piste,
- Saut à l'élastique et saut de falaise,
- Sports de combat,
- VTT de descente et cyclisme tout-terrain,

## Vision

**L'Assureur ne couvre aucun Traitement ou intervention chirurgicale visant à corriger la vue de la Personne Assurée, notamment les procédures telles que le Traitement au laser, la kératotomie réfractive (RK) et la kératectomie photoréfractive (PRK).** La couverture s'applique à la correction de la vision de la Personne Assurée lorsque celle-ci est Médicalement Nécessaire (par exemple, cataracte ou décollement de la rétine).

## Changement de sexe

**L'Assureur ne couvre pas la modification des caractéristiques sexuelles biologiques par chirurgie et Traitement hormonal visant à passer aux caractéristiques du sexe opposé.**

## Tests génétiques

**La Police d'Assurance ne couvre pas les frais liés aux tests génétiques, sauf si des tests génétiques particuliers sont explicitement mentionnés dans le Plan de la Personne Assurée ou si l'Assureur donne expressément son accord écrit préalable.**

### **Maladies, accidents et leurs conséquences causés par intention ou par une négligence grave**

**L'Assureur ne couvre pas les Maladies, accidents et leurs conséquences lorsqu'ils sont causés intentionnellement ou par négligence grave.**

L'Assureur définit une Maladie ou un accident comme étant causé intentionnellement ou par négligence grave lorsque la personne concernée avait une compréhension raisonnable des conséquences de ses actes et a volontairement accepté le préjudice qui en résulte. Sont notamment exclus :

- les blessures auto-infligées,
- les tentatives de suicide,
- les séjours dans un établissement pour sevrage de drogue,
- les blessures causées dans le cadre d'actes criminels.

### **Traitement de l'infertilité**

**L'Assureur ne rembourse pas les frais liés aux diagnostics et aux Traitements dans le cadre d'un Traitement de l'infertilité.** Cela comprend les mesures visant à prévenir de futures fausses couches, les investigations sur les fausses couches et la procréation assistée, ainsi que les complications associées.

### **Blessures causées au cours du service militaire**

**L'Assureur ne couvre pas les Maladies, accidents et leurs conséquences survenant a lorsque la Personne Assurée participe à des opérations militaires, au service militaire, à des émeutes ou à des troubles civils.**

### **Soins de maternité et accouchement**

**L'Assureur ne rembourse pas les frais liés à l'accouchement, à la grossesse ou aux Maladies liées à la grossesse, incluant les complications liées à l'accouchement, à la grossesse ou aux Maladies liées à la grossesse.**

### **Nécessité de soins et de garde de longue durée**

**L'Assureur ne rembourse aucun frais lié à l'hébergement rendu nécessaire par des soins ou une garde de longue durée.**

### **Frais hospitaliers non médicaux**

**La Police d'Assurance ne couvre pas les frais occasionnés par toute personne accompagnant la Personne Assurée, ni les consommables non médicaux, la restauration et les frais liés aux médias (tels que la télévision et la radio).**

### **Contamination nucléaire, chimique et biologique**

**L'Assureur ne couvre pas les Maladies, accidents et leurs conséquences causés par l'énergie nucléaire (incluant les réactions nucléaires, les radiations et la contamination), ainsi que les Maladies, accidents et leurs conséquences résultant d'armes chimiques ou biologiques.**

### **Maison de repos**

**La Police d'Assurance exclut la couverture des frais liés au séjour à domicile ou à la réception de soins non médicaux à domicile, dans une maison de convalescence, une maison psychiatrique ou des établissements similaires.**

### **Cours postnataux**

**L'Assureur ne couvre pas les cours postnataux visant à traiter les effets physiques sur le corps résultant de la grossesse et de l'accouchement.**

### **Sports Professionnels**

**L'Assureur ne couvre pas les Traitements ou les procédures diagnostiques liés à des blessures ou des Maladies résultant de la pratique d'un sport professionnel.**

### **Traitements psychiatriques et psychothérapeutiques**

**L'Assureur ne rembourse pas les frais engagés pour des Traitements psychiatriques et psychothérapeutiques, ou tout autre Traitement lié à la santé mentale, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires tels que les consultations avec des psychiatres, des psychologues, des psychothérapeutes ou des conseillers, ainsi que tout Médicament ou thérapie prescrits liés à des troubles mentaux, émotionnels ou comportementaux.**

### Examens de santé de routine

L'Assureur ne rembourse pas les frais engagés pour les examens de santé de routine qui impliquent des examens ou des tests de dépistage effectués en l'absence de symptômes cliniques.

### Troubles du sommeil

L'Assureur ne couvre pas les examens ou les Traitements liés aux troubles du sommeil, incluant l'insomnie. Cela comprend les appareils CPAP (appareil à pression positive continue) et BIPAP (appareil à double niveau de pression positive).

### Massages spa et bien-être

L'Assureur ne couvre pas les séjours ou les Traitements dans un centre de cure, un Sanatorium, un spa, une station thermale ou un centre de convalescence, même s'ils sont prescrits par un Médecin. Cette exclusion s'applique également aux bains thermaux, aux saunas et aux différents massages bien-être.

### Stérilisation, dysfonctionnement sexuel et contraception

L'Assureur ne couvre pas les interventions visant à rendre une personne incapable de procréer, les interventions, Traitements ou Médicaments visant à prévenir une grossesse, ni les Traitements pour dysfonctionnement sexuel (sauf lorsqu'ils s'inscrivent dans le cadre d'un Traitement contre l'infertilité).

### Gestation pour autrui

L'Assureur ne rembourse pas les frais liés aux Traitements directement associés à la gestation pour autrui, que la Personne Assurée agisse en tant que mère porteuse ou en tant que parent d'intention. Les enfants nés d'une mère porteuse ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.

### Frais de transport

Les frais de transport, autres que les services d'ambulance d'Urgence, ne sont pas remboursés, sauf si l'Assureur donne expressément son accord écrit préalable.

### Traitement en Sanatorium, maison de convalescence et maison de repos

L'Assureur ne couvre pas les thérapies et les Traitements dans les Sanatoriums, les maisons de convalescence et les maisons de repos médicalisées. Toutefois, en fonction du niveau de Plan choisi, l'Assureur peut rembourser partiellement les frais de Rééducation de Suivi.

### Traitements dispensés par certains Médecins, Dentistes et autres Thérapeutes, ainsi que dans certains hôpitaux

La Police d'Assurance ne couvre pas les Traitements administrés par des Médecins, Dentistes et autres Thérapeutes, ni les services hospitaliers dont l'Assureur a refusé de régler les factures pour des raisons valables.

Néanmoins, cette exonération de l'obligation de fournir des Prestations s'applique uniquement aux événements assurés survenant après la notification de l'exclusion des Prestations par la Personne Assurée. Si un événement assuré s'est déjà produit au moment de la notification, l'exonération de l'Assureur ne concernera que les frais engagés plus de 1 (un) mois après réception de la notification.

### Traitement par le conjoint ou le partenaire, les parents ou les enfants

L'Assureur ne rembourse pas les frais lorsque la Personne Assurée reçoit un Traitement de son conjoint, de son partenaire, de ses parents ou de ses enfants. Toutefois, le coût documenté du matériel nécessaire au Traitement, conformément au régime, reste éligible au remboursement.

### Actes illégaux et comportements dangereux

L'Assureur ne couvre aucune Maladie, aucun accident ni aucune conséquence résultant d'actes illégaux ou à des comportements dangereux. Cette exclusion comprend notamment :

- les activités entreprises en violation des avertissements ou interdictions explicites émis par des professionnels de la santé, les autorités de santé publique ou les forces de l'ordre,

- les conséquences de l'ivresse et/ou de l'intoxication,
- les troubles et les mesures prises pour les combattre, à moins que le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée prouve que la Personne Assurée n'y a pas participé activement,
- les querelles et/ou disputes violentes, sauf en cas de légitime défense (un rapport des autorités servira de preuve), et
- les paris et/ou les défis.

### **Vaccinations et immunisation**

**L'Assureur ne rembourse pas les frais liés aux vaccinations et aux Mesures Prophylactiques**, que ces mesures soient recommandées ou non dans le Pays de Résidence de la Personne Assurée.

### **Vision**

**L'Assureur ne rembourse pas les frais liés aux lunettes, montures et verres, incluant les lentilles de contact.**

### **Vitamines et minéraux**

**L'Assureur ne rembourse pas les frais liés aux produits classés comme vitamines ou minéraux, sauf lorsqu'ils sont Médicalement Nécessaires pendant la grossesse ou pour le Traitement de syndromes de carence en vitamines diagnostiqués et cliniquement avérés.**

**Cette exclusion s'applique également aux Compléments Alimentaires, incluant les préparations spéciales infantiles et les produits cosmétiques, même lorsqu'ils sont médicalement recommandés, prescrits ou reconnus pour leurs effets thérapeutiques.**

**Les produits tels que les nutriments, les toniques, les eaux minérales, les cosmétiques, les produits d'hygiène et de soins corporels et les additifs pour le bain ne sont pas considérés comme Médicalement Nécessaires et les frais engagés pour leur achat ne seront pas remboursés.**

### **Guerre, troubles civils, actes de terrorisme**

**La Police d'Assurance ne couvre pas les Maladies ou les accidents et leurs conséquences, ainsi que le décès imputable à des actes de guerre, des troubles civils ou des actes de terrorisme, sauf si la Personne**

**Assurée est blessée en tant que tiers non impliqué n'ayant pas délibérément ou par négligence ignoré le danger et qu'ayant pas délibérément pénétré dans la zone de conflit.**

**La couverture d'assurance n'est en aucun cas accordée si la Personne Assurée pénètre dans une zone de guerre directe ou fournit des services à l'une des parties belligérantes. L'exclusion des Prestations s'applique indépendamment du fait que la guerre ait été déclarée ou non. Si la Personne Assurée apprend l'existence d'une guerre, de troubles civils ou d'actes terroristes alors qu'elle se trouve dans le pays, la Police d'Assurance ne couvre que les Traitements d'Urgence visant à sauver la vie, et ce uniquement tant que la Personne Assurée est empêchée de quitter le pays ou la région concerné(e), sans que cette couverture puisse excéder une durée maximale de 28 (vingt-huit) jours.**

### **Autres limitations au paiement des Prestations**

**Si le Traitement ou toute autre mesure convenue dépasse ce qui est Médicalement Nécessaire ou si le montant réclamé ne correspond pas à la fourchette habituelle, coutumière et raisonnable, l'Assureur se réserve le droit de réduire le paiement/remboursement. La Personne Assurée sera responsable de tous les frais qui ne correspondent pas aux normes habituelles, coutumières et raisonnables, car l'Assureur ne couvre pas les montants dépassant ce seuil. L'Assureur se réserve le droit d'évaluer tout coût ou estimation avec l'aide de professionnels de la santé afin de déterminer sa conformité avec les normes habituelles, coutumières et raisonnables.**

**Si la Personne Assurée peut prétendre à des Prestations auprès d'une caisse d'assurance Maladie obligatoire ou de tout autre prestataire, l'Assureur ne rembourse que les frais qui restent Médicalement Nécessaires après déduction de ces Prestations.**

**Les complications découlant de conditions exclues ne sont pas couvertes.**

## 6. Glossaire

**Le présent Glossaire doit être lu conjointement avec le Glossaire figurant dans les Conditions Générales d'Assurance.**

### **Affection Médicale**

Toute Maladie, affection, blessure ou anomalie physique, mentale ou psychologique, ainsi que les grossesses.

### **Cancer**

Terme général utilisé pour désigner toutes les affections malignes causées par la multiplication incontrôlée de cellules mutées (nouvelles tumeurs ou tumeurs). Ces cellules peuvent détruire les tissus environnants et produire des métastases (tumeurs secondaires).

### **Co-Paiement**

La Co-Paiement est la partie du coût d'un service médical couvert que la Personne Assurée doit payer, exprimée en forme de pourcentage du montant total des Frais Éligibles pour chaque demande de remboursement. Le solde restant est pris en charge par l'Assureur, conformément aux Conditions Générales de la police.

### **Compléments Alimentaires et/ou diététiques**

Produits utilisés pour renforcer l'apport nutritionnel de l'alimentation, notamment les vitamines, les minéraux, les plantes médicinales, les substituts alimentaires, produits de nutrition sportive, Compléments Alimentaires naturels.

### **Conditions Préexistantes**

Les Conditions Préexistantes désignent toute Affection Médicale, Maladie, Blessure Corporelle ou leurs conséquences dont le Preneur d'Assurance ou toute Personne Assurée avait connaissance ou pour lesquelles il avait reçu des conseils médicaux, un diagnostic ou un Traitement avant de signer le formulaire d'adhésion

Cela comprend :

- i. Toute affection pour laquelle la Personne Assurée a subi des tests diagnostiques (incluant des dépistages préventifs ou des examens de santé de routine) qui ont donné lieu à des résultats anormaux, qu'un diagnostic formel ait été posé ou non.
- ii. Tout signe ou symptôme, diagnostiqué ou non, ainsi que toute anomalie physique ou organique, anomalie congénitale, handicap ou malformation.
- iii. La présence de tout dispositif médical tel que des Implants, des stents, des prothèses ou tout autre dispositif fixé de manière permanente ou temporaire dans le corps.

De plus, toute Maladie, blessure ou Affection Médicale survenant entre la date de signature du formulaire d'adhésion et la date de signature des Conditions Particulières sera également considérée comme une affection Préexistante.

**Les Conditions Préexistantes ne sont pas couvertes par la Police d'Assurance.**

### **Début du Traitement**

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

### **Dentiste**

Médecin ou Professionnel de Santé spécialisé dans les Maladies des dents et de la bouche.

### **Frais Éligibles**

Les frais engagés pour les services de santé, Traitements et procédures Médicalement Nécessaires couverts par les Conditions Générales de la présente Police d'Assurance. Ces frais comprennent généralement les frais d'hospitalisation, les consultations médicales, les tests diagnostiques, les interventions chirurgicales, les Médicaments prescrits et autres interventions médicales approuvées. Pour être éligibles, les services doivent être fournis par des professionnels de santé agréés ou des établissements médicaux accrédités, et doivent être conformes aux directives de couverture, aux exclusions et à tout Délai de Carence où exigence de préautorisation applicables de la Police d'Assurance.

### **Franchise**

La Franchise a pour effet que la Personne Assurée supporte une partie des coûts. La Franchise correspond à la part des frais à la charge de la Personne Assurée, jusqu'à une limite convenue. Si une Franchise a été convenue, celle-ci sera indiquée dans la Police d'Assurance.

### **Glossaire**

Le présent Glossaire des termes définis, faisant partie intégrante des Conditions Particulières.

### **Hydrothérapie**

L'Hydrothérapie est un Traitement ciblé par application externe d'eau.

### **Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)**

Technique diagnostique utilisant des ondes radio générées dans un champ magnétique puissant pour fournir des images des tissus et des organes du corps.

### **Implants**

Implants dentaires (en métal ou en céramique) qui sont implantés en remplacement de la racine d'une dent ou dans la mâchoire édentée.

### **Maladies Congénitales**

Toute Maladie, anomalie, malformation congénitale, naissance prématurée ou malformation présente à la naissance, incluant toute affection connexe, qu'elle ait été diagnostiquée ou non.

### **Médecine Conventiennelle**

Forme de Médecine basée sur des méthodes scientifiques reconnues, enseignées dans les universités et généralement admises et pratiquées.

### **Médecine Palliative**

La Médecine Palliative est le Traitement intensif et actif de patients dont l'espérance de vie est limitée et pour lesquels un Traitement curatif n'est plus possible compte tenu de leur état. Ce type de Traitement vise à offrir la meilleure qualité de vie possible pour le patient et sa famille.

### **Pays de Départ**

Le dernier pays dans lequel la Personne Assurée avait sa résidence habituelle.

### **Pays d'Origine**

Pays dont la Personne Assurée est citoyenne ou ressortissante.

### **Période d'Assurance**

Période de 3 (trois), 6 (six) ou 9 (neuf) mois qui commence à la Date d'Effet de la Police d'Assurance.

### **Période de Validité de la Police d'Assurance**

La Période de Validité de la Police d'Assurance est la période pendant laquelle la couverture d'assurance est accordée en vertu de la Police d'Assurance telle que choisie par le Preneur d'Assurance pour les Personnes Assurées dans le formulaire d'adhésion.

### **Plafond global par Période d'Assurance**

Montant maximal qui sera versé pour l'ensemble des Prestations par Personne Assurée et par Période d'Assurance.

### **Plafond Maximal Pour Les Soins Ambulatoires**

Montant maximal que l'Assureur rembourse pour l'ensemble des Prestations ambulatoires par Personne Assurée et par Période d'Assurance pour un régime d'assurance spécifique.

### **Professionnel de Santé**

Une personne qui, outre les Médecins, dispose également d'une formation reconnue et solide dans son domaine de Traitement et qui est autorisée à exercer dans cette spécialité dans le pays où le Traitement doit être dispensé. Sont considérés comme professionnels de santé : les naturopathes, les orthophonistes et les sages-femmes, ainsi que les professionnels de santé indépendants exerçant dans des professions paramédicales agréées par l'État (par exemple, les masseurs-kinésithérapeutes et les aides-soignants, les physiothérapeutes). Les Personnes Assurées sont libres de choisir un Professionnel de Santé qui répond à ces critères.

### **Rapatriement**

Si un Traitement Médical Nécessaire pour lequel la Personne Assurée est couverte n'est pas disponible localement, l'Assureur couvre le retour de la Personne Assurée vers son Pays d'Origine pour y recevoir le Traitement, plutôt que vers le centre médical approprié le plus proche. Cela ne s'applique que lorsque le Pays d'Origine est situé dans la Zone Géographique couverte par l'assurance de la Personne Assurée.

### **Rééducation de Suivi (hospitalisation)**

Traitement médical visant à rétablir l'état de santé initial après une Maladie ou une intervention chirurgicale grave, par exemple après un pontage coronarien, un infarctus du myocarde, une greffe ou une intervention chirurgicale touchant les os ou les articulations, ou après un accident grave.

### **Second Avis Médical**

Avis médical donné par un deuxième Médecin indépendant qui n'est pas impliqué dans le Traitement. La Personne Assurée peut également consulter un deuxième Médecin par l'intermédiaire du Centre de Service compétent afin d'obtenir un deuxième avis en cas de Maladie potentiellement mortelle ou d'invalidité permanente grave.

### **Soins de Jour**

Les Soins de Jour désignent les Traitements reçus à l'Hôpital sans nuitée. La durée du séjour à l'Hôpital est comprise entre 8 (huit) et 24 (vingt-quatre) heures.

### **Sports Professionnels**

Tout sport pour lequel la Personne Assurée est rémunérée.

### **Standards, Habituels et Raisonables**

Les frais Standards, Habituels et Raisonables correspondent aux honoraires moyens facturés pour un service médical spécifique par des professionnels de santé agréés dans une région géographique définie (par exemple, une ville ou un pays), sur la base des barèmes ou des bases de données accessibles au public tenus par les autorités sanitaires reconnues ou des références du secteur des assurances.

### **Thérapeute**

Un Médecin, mais également toute personne ayant suivi une formation approfondie dans son domaine et étant habilitée ou autorisée à prodiguer des soins dans le pays où ceux-ci sont dispensés. Cela inclut les professionnels de santé de Médecine complémentaire, les orthophonistes, les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes, ainsi que les membres des professions médicales auxiliaires agréées par l'État et exerçant à titre libéral, tels que les masseurs et les kinésithérapeutes. La Personne Assurée peut choisir n'importe quel Thérapeute remplissant ces conditions.

### **Tomodensitométrie (TDM)**

La Tomodensitométrie (TDM) est une procédure diagnostique qui utilise un équipement radiographique spécial pour obtenir des images en coupe transversale du corps. L'ordinateur TDM affiche ces images sous forme d'images tridimensionnelles détaillées des organes, des os et d'autres tissus. Cette procédure est également appelée scanner, tomographie informatisée ou tomographie axiale informatisée (CAT).

### **Tomographie par Émission de Positons (TEP)**

Procédé d'imagerie non invasif basé sur la détection et l'imagerie d'une substance émettant des positons diffusés dans le corps du patient. La concentration de ces « marqueurs » dans une tumeur peut alors être quantifiée, la substance est injectée par voie intraveineuse et le rayonnement est effectué à l'aide de détecteurs externes. La TEP permet de visualiser des processus biologiques importants dans les tumeurs.

### **Traitement Ambulatoire**

Tout Traitement dispensé par un Médecin qualifié et agréé qui ne nécessite pas de nuit à l'Hôpital (incluant les séjours à l'Hôpital de moins de 8 (huit) heures).

### **Traitement en Sanatorium**

Cure ou Traitement différent d'un Traitement médical visant à rétablir l'état de santé ou la forme physique d'une personne.

### **Zone Géographique**

Les Zones Géographiques suivantes couvertes par la couverture d'assurance fournie dans le cadre de la Police d'Assurance peuvent s'appliquer :

Zone Géographique I : le Monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique

Zone Géographique II : le Monde entier, à l'exclusion des États-Unis d'Amérique

**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](mailto:policy@globalhealth.insurance)

Internet : <https://globalhealth.insurance>

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

TVA : LU22284578