

CONDITIONS SPÉCIALES SPECIAL

CONDITIONS SPÉCIALES SPECIAL

Table des matières

Base contractuelle

I. Conditions Spéciales de Foyer Global Health Special	2 – 16
1. Objet de l'assurance	2
2. Champ d'application géographique	2
3. Assurabilité	2-3
3.1 Inclusion des antécédents médicaux ou clause moratoire	3
3.1.1. Antécédents médicaux	
3.1.2. Clause Moratoire	
4. Prestations	3 – 16
4.1. Informations générales	3
4.2. Franchises	3 – 4
4.2.1. Franchises	
4.2.2 Prestations doublées pour la région 1	
4.3. Prestations	4 – 15
4.3.1. Informations générales	
4.3.2. Traitements stationnaires	
4.3.3. Traitements ambulatoires	
4.3.4. Traitements dentaires	
4.4. Limitations des prestations	15 – 16
5. Prime	16
 II. Conditions générales des services d'Assistance Médicale et d'Assistance Additionnelle	 17 – 20
1. Objet des services d'Assistance Médicale et d'Assistance Additionnelle	17
2. Champ d'application géographique	17
3. Prestations	17 – 20
3.1. Informations générales	17
3.2. Services d'Assistance Médicale	17 – 19
3.3. Services d' Assistance Additionnelle	19 – 20
4. Prime	20
 III. Glossaire	 21 – 23



I. Conditions Spéciales de Foyer Global Health Special

1. Objet de l'assurance

Les termes en majuscule sont définis dans le glossaire annexé aux présentes conditions spéciales.

L'Assureur octroie des prestations en cas de maladie, de blessures corporelles ou d'évènements entraînant un sinistre, conformément aux dispositions énoncées dans la Police d'Assurance.

En cas de sinistre, l'Assureur garantit le remboursement des frais de traitement et d'autres prestations convenues pour chacun des assurés désignés dans la Police d'Assurance selon les conditions, limites et exclusions prévues dans la Police d'Assurance.

2. Champ d'application géographique

La Police d'Assurance couvre les sinistres survenant dans les Régions suivantes :

- ♦ Région 1 : monde entier y compris les États-Unis
- ♦ Région 2 : monde entier à l'exclusion des États-Unis

Un sinistre est considéré comme survenant dans une région donnée si la maladie ou les lésions corporelles à l'origine du sinistre surviennent pendant que l'assuré est physiquement présent dans la région concernée, que le traitement médical lié, ait été suivi ou reçu dans cette région ou non.

Si la Police d'Assurance concerne la région 2 : monde entier à l'exclusion des États-Unis et que l'assuré voyage temporairement en dehors de la Région 2, la couverture d'assurance et les prestations associées accordées au titre de la Police d'Assurance ne s'appliquent qu'en cas d'urgences, d'accidents ou en cas de décès et pour une durée maximum de six semaines.

Les sinistres survenant au cours d'un voyage, dans le but de recevoir un traitement dans une région non convenue ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.

Tout changement du pays de résidence habituel d'un assuré doit, comme toute modification des informations fournies précédemment à l'Assureur, être déclaré immédiatement à l'Assureur.

3. Assurabilité

Les personnes résidant temporairement à l'étranger pendant au moins 3 mois consécutifs sont assurables.

Les personnes résidant de manière permanente aux États-Unis sont exclues de la couverture d'assurance et des prestations prévues par le contrat et ne peuvent devenir ni un assuré ni un preneur d'assurance.

Si le preneur d'assurance ou un assuré s'installe de manière permanente aux États-Unis pendant la durée du contrat, l'assureur peut résilier le contrat.

Si l'assuré ou le preneur d'assurance change de pays de résidence pendant la durée du contrat, l'assureur peut, au cas par cas, décider si le contrat peut être maintenu, modifié ou résilié, conformément à la législation applicable.

Si l'assuré ou le preneur d'assurance change de pays de résidence pendant la durée du contrat, l'assureur peut, au cas par cas, décider si le contrat peut être maintenu, modifié ou résilié, conformément à la législation applicable.



3.1. Inclusion des antécédents médicaux ou clause moratoire

Dans le Formulaire d'adhésion, le Preneur d'Assurance peut choisir d'inclure des conditions préexistantes sur la base d'une évaluation des risques de santé, ou il peut opter pour la clause moratoire.

3.1.1. Antécédents médicaux

Afin de permettre à l'Assureur de décider d'inclure ou non les conditions préexistantes dans la Police d'Assurance, l'assuré doit répondre à toutes les questions du questionnaire médical figurant dans le formulaire d'adhésion de manière sincère et exhaustive. Sur base de ces éléments, l'assureur vérifie la possibilité de couvrir la maladie préexistante à la date de prise d'effet de la Police d'Assurance. En fonction des informations fournies dans le questionnaire médical et de l'évaluation exhaustive des risques effectuée par l'assureur, ce dernier peut ajuster la police d'assurance en modifiant les termes et conditions ou en ajoutant des termes et conditions supplémentaires, appliquer une surprime, ou refuser de conclure la police d'assurance pour l'assuré concerné. Toute maladie survenue entre la signature du formulaire d'adhésion et la signature des conditions particulières sera considérée comme une condition préexistante.

3.1.2. Clause Moratoire

Si l'Assuré a moins de 55 ans et ne souhaite pas être soumis à l'examen médical et à l'évaluation des risques de santé mentionnés à l'article 3.1.1 des présentes Conditions Spéciales afin de bénéficier de la Police d'Assurance, il peut choisir un « moratoire ».

Si l'assuré est éligible au moratoire, conformément au paragraphe précédent, et opte pour un moratoire afin d'inclure des conditions préexistantes dans la Police d'Assurance, celle-ci devient effective et couvre toute condition médicale dont l'assuré a souffert au cours des 5 années précédant la conclusion de la Police d'Assurance, après un délai d'attente continue de 2 ans ; à condition que l'assuré n'ait pas souffert, subi ou reçu de traitement médical ni présenté de symptômes pour la condition préexistante pertinente au cours de ce délai d'attente. Si au cours du délai d'attente de 2 ans, l'assuré subit, souffre ou reçoit un traitement médical ou présente des symptômes pour la condition préexistante concernée, un nouveau délai d'attente additionnelle de 2 ans au cours de laquelle l'assuré ne doit pas subir, souffrir, ni recevoir de traitement médical, ni présenté de symptômes pour la condition préexistence concernée, commencera à courir à partir de la date à laquelle le traitement médical ou les symptômes concernés ont été subis, ou reçus.

4. Prestations

4.1. Informations générales

Sauf accord contraire, L'Assureur rembourse les frais médicaux éligibles à hauteur de 100 %, tels que décrits et énoncés dans les présentes conditions spéciales.

4.2. Franchises

Sauf accord contraire prévu dans la Police d'Assurance et en fonction du plan d'assurance souscrit et des termes de la Police d'Assurance, l'Assureur rembourse les frais médicaux éligibles, dépassant la franchise, à hauteur de 100 %, jusqu'à un plafond annuel maximal spécifié dans les présentes Conditions Spéciales.



4.2.1. Franchises

Le plan Global Health Exclusive comporte les variantes de Franchises suivantes :

- ▶ 0 euro
- ▶ 250 euros
- ▶ 500 euros
- ▶ 1 000 euros

La Franchise est applicable par Année d'Assurance et par Assuré, et uniquement pour les traitements ambulatoires tels que définis dans la clause 4.3.3. Si l'Assuré a convenu d'une Franchise avec l'Assureur, l'Assureur rembourse 100 % des dépenses médicales éligibles au titre des traitements ambulatoires, après déduction de la Franchise convenue.

Les frais médicaux sont imputés à l'Année d'Assurance au cours de laquelle le médecin ou Praticien a été consulté, ou au cours de laquelle le Traitement Médical a été dispensé.

4.2.2. Prestations doublées pour la Région 1

Si la Police d'Assurance couvre la Région 1 (c.-à-d. le monde entier y compris les États-Unis), les limites et les montants maximaux énoncés aux articles 4.3.2, 4.3.3 et 4.3.4 des présentes Conditions Spéciales sont doublés.

Si une prestation est limitée à un certain nombre de jours ou de séances, ou si une Franchise a été convenue dans le cadre de la Police d'Assurance, cette limite et cette Franchise ne seront pas affectées par les dispositions du paragraphe précédent.

4.3. Prestations

4.3.1. Informations générales

L'Assuré est libre de choisir tout médecin ou Praticien en relation avec la maladie ou la blessure corporelles subi.

Les prestations accordées au titre de la Police d'Assurance comprennent le remboursement des frais médicaux et des dépenses engagées pour le Traitement Médical, sous réserve des termes de la Police d'Assurance et notamment des présentes Conditions Spéciales.

Les frais médicaux encourus au titre du Traitement Médical dispensé par des médecins et des Praticiens (y compris les conseils et traitements fournis par des Dentistes), sont couverts par la Police d'Assurance dans la mesure où ces frais sont conformes aux taux des frais médicaux habituellement pratiqués dans le pays où ils sont engagés. La Police d'Assurance peut également couvrir les frais médicaux qui dépassent ces taux, si les frais en question sont justifiés et raisonnables au regard de la Maladie ou du Dommage corporel subi(e). Dans le cas de *Praticiens* pour lesquels il n'existe pas de taux de frais communs pour les dépenses dans le pays où elles sont encourues, l'Assureur se fonde sur la rémunération comparable des médecins, si elle est disponible, ou sur le niveau général des prix applicable dans le pays concerné.

En cas de remboursement des interventions et de matériaux dentaires techniques de laboratoire, l'Assureur utilise les prix moyens appliqués à cet égard dans le pays où le traitement en question est dispensé.

Les prothèses dentaires, les Implants Dentaires et l'orthodontie sont couverts par la Police d'Assurance s'ils sont effectués par un Médecin ou Praticien (y compris par un Dentiste), sans être considérés comme un traitement en ambulatoire ou stationnaires du patient au sens des présentes Conditions Spéciales.

La Police d'Assurance couvre les Traitements Médicaux qui sont reconnus par la Médecine Conventionnelle.



4.3.2. Traitements stationnaires

Aperçu

Les Traitements Médicaux suivants sont couverts par la Police d'Assurance en tant que traitements stationnaires, sous réserve de la description détaillée des prestations accordées énoncées ci-dessous :

Vue d'ensemble des traitements stationnaires

- Prestations hospitalières, hébergement et soins en chambre simple ou double
- Services médicaux y compris pathologie, radiologie, tomodensitométrie, IRM, TEP et Soins Palliatifs
- Frais hospitaliers, y compris salle d'opération, soins intensifs et analyses de laboratoire
- Chirurgie et anesthésie
- Chirurgie réalisée en ambulatoire remplaçant une hospitalisation
- Médicaments et bandages
- Physiothérapie, y compris massages
- Thérapies, y compris ergothérapie, luminothérapie, hydrothérapie, inhalations, cataplasmes, bains médicaux, traitement par le froid et/ou la chaleur, électrothérapie
- Aides et appareils thérapeutiques
- Prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien à l'hôpital
- Complications liées à la grossesse et à l'accouchement
- Soins du nouveau-né
- Maladies congénitales
- Traitement du cancer, Médicaments et soins oncologiques, y compris la chirurgie reconstructive après un Cancer du sein
- Transplantation de moelle osseuse ou d'organe (frais liés au donneur et au receveur)
- Traitement psychiatrique
- Psychothérapie stationnaire
- Frais d'un parent accompagnant un enfant de moins de 18 ans hospitalisé
- Soins infirmiers à domicile et aide à domicile à la place d'un séjour à l'hôpital
- Indemnités journalières pour un séjour stationnaire effectué sans demande de remboursement
- Rééducation post-stationnaire
- Centre de soins palliatifs (hospice)
- Traitement (partiellement hospitalier) à l'hôpital de jour
- Transport vers l'hôpital le plus proche adapté aux premiers soins suite à un Accident ou en Cas d'Urgence

Description détaillée des prestations

Prestations hospitalières, hébergement et soins en chambre simple ou double

L'Assuré peut choisir librement l'hôpital dans lequel le traitement médical est dispensé. Le Traitement Médical en hôpital signifie tout Traitement Médical pour lequel l'Assuré est admis dans un hôpital pendant au moins 24 heures afin d'y recevoir le traitement médical concerné.

Lorsque le Traitement Médical est effectué dans un hôpital effectuant aussi des cures et/ou Traitements en Sanatorium, la Police d'Assurance couvre uniquement les traitements médicalement nécessaires, sauf si l'Assureur a approuvé par écrit d'autres traitements avant le début du Traitement.

La Police d'Assurance couvre l'ensemble du traitement médical reçu en tant que traitements stationnaires, sans limite de temps, à condition que l'Assureur soit contacté et informé du séjour hospitalier et du



Traitement Médical concerné avant l'admission à l'hôpital, ou dans les trois jours calendaires suivants l'admission.

Services médicaux y compris pathologie, radiologie, tomodensitométrie, IRM, TEP et Soins Palliatifs

La Police d'Assurance couvre toutes les dépenses engagées pour tout traitement médical stationnaire, comprenant les examens, les diagnostics et la thérapie.

Frais hospitaliers, y compris salle d'opération, soins intensifs et laboratoire

L'Assureur rembourse les frais liés à l'utilisation d'installations spécialisées telles que les salles d'opération, les unités de soins intensifs et les laboratoires.

Chirurgie et anesthésie

L'Assureur rembourse les frais liés à la chirurgie tels que, par exemple, l'anesthésie, l'utilisation d'équipements spéciaux et les services médicaux.

Les frais liés à la chirurgie ambulatoire sont également éligibles aux prestations prévues dans la Police d'Assurance, dès lors que cette chirurgie ambulatoire remplace un traitement stationnaire.

Chirurgie ambulatoire remplaçant un séjour stationnaire

L'Assureur rembourse les frais de traitement médical ambulatoire, qui peut être effectué dans un cabinet médical ou dans un hôpital, mais qui ne requiert aucun séjour stationnaire consécutif de nuit.

Médicaments et bandages

Pour pouvoir être couverts par la Police d'Assurance, les Médicaments et bandages doivent avoir été prescrits par une Autorité Médicale compétente à l'hôpital lors d'une Hospitalisation. En outre, les Médicaments doivent avoir été obtenus dans une pharmacie ou une officine agréée par les autorités compétentes.

Les Médicaments d'Homéopathie classiques sont également considérés comme des Médicaments à part entière entrant dans la catégorie des traitements médicaux.

Les produits alimentaires, les fortifiants, les eaux minérales, les produits cosmétiques, les produits d'hygiène et de soin du corps ainsi que les sels de bain ne sont pas considérés comme des Médicaments et ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.

Physiothérapie, y compris massages

Pour pouvoir être couverts par la Police d'Assurance, la physiothérapie et les massages doivent avoir été prescrits par un médecin de l'hôpital dans le cadre de soins médicaux stationnaires. En outre, ils doivent être fournis par un médecin ou un thérapeute qualifié et certifié. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début des soins médicaux et doit mentionner le diagnostic, le type et le nombre de séances.

Thérapies, y compris ergothérapie, luminothérapie, hydrothérapie, inhalations, cataplasmes, bains médicaux, traitement par le froid et/ou la chaleur, l'électrothérapie

Pour pouvoir être couvertes par la Police d'Assurance, les thérapies physio-médicales doivent avoir été prescrites par un médecin de l'hôpital dans le cadre d'un traitement médical stationnaire. En outre, ces soins doivent être effectués par un médecin ou un thérapeute qualifié et certifié. L'ordonnance doit être délivrée avant le début du Traitement et doit mentionner le diagnostic, le type et le nombre de séances.



Aides et appareils thérapeutiques

La Police d'Assurance couvre les frais engagés pour les aides et appareils thérapeutiques servant de dispositif vital, ou qui atténuent ou compensent des handicaps physiques, tels que les stimulateurs cardiaques et des membres artificiels/prothèses (à l'exception des prothèses dentaires). Ces dispositifs doivent être ajustés pendant le séjour stationnaire et rester dans ou sur son corps.

Les frais de réparation de ces aides médicales sont également éligibles aux prestations selon les conditions susmentionnées.

Prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien à l'hôpital

L'Assureur couvre les dépenses éligibles jusqu'à 5 000 euros par assuré et par année d'assurance pour l'accouchement dans un hôpital, une maternité ou un établissement comparable. L'assureur couvre également les frais de soins infirmiers domicile ou d'aide à domicile nécessaires en raison de la grossesse ou d'une maladie liée à la grossesse, ainsi que les dépenses au titre des services d'une sage-femme ou d'un mahieutine.

Un délai d'attente de 10 mois s'applique à cet égard.

Complications de la grossesse et à l'accouchement

L'Assureur couvre les dépenses éligibles liées à la naissance prématurée, à la fausse-couche, à l'avortement médicalement nécessaire, à l'enfant mort-né, à la grossesse extra-utérine, à la grossesse molaire, à l'accouchement par césarienne, à l'hémorragie post-partum, à la rétention placentaire et aux complications liées à ces conditions.

Un délai d'attente de 10 mois s'applique à cet égard.

Soins du Nouveau-Né

Traitement d'un état de routine ou d'un état médical aigu d'un nouveau-né. Les Soins du Nouveau-Né couverts par ce plan sont stipulés dans les conditions Générales de l'Assurance.

Maladies congénitales

La Police d'Assurance couvre les frais de Traitement Médical lié aux conditions congénitales, pour tous les troubles ou maladies diagnostiqués à la naissance, les anomalies, les malformations à la naissance, les erreurs commises pendant l'accouchement, la prématurité et les malformations, y compris les maladies y afférentes, jusqu'à un montant maximal de 150 000 euros pendant la vie entière de l'assuré.

Traitement du cancer, Médicaments et soins oncologiques, y compris la chirurgie reconstructive après un Cancer du sein

Dans le cadre d'un traitement stationnaire, la police d'assurance couvre les dépenses médicales encourues en cas de Traitement Médical du Cancer, telles que les services médicaux, les tests de diagnostic, les médicaments, la radiothérapie, la chimiothérapie, et les frais hospitaliers.

Transplantation de moelle osseuse ou d'organe (frais à la fois pour les donneurs et les receveurs)

En cas de transplantation de moelle osseuse ou d'organe (par exemple cœur, rein, foie, pancréas), la police d'assurance couvre les dépenses médicales d'un Assuré agissant aussi bien comme receveur que comme donneur, jusqu'à un montant total de 200 000 euros pour la durée de vie de l'Assuré.



Les dépenses éligibles aux prestations comprennent les frais associés à l'obtention d'organe auprès d'un donneur, les frais de transport de l'organe jusqu'au lieu où se trouve le receveur, ainsi que les frais de séjour stationnaire éventuel du donneur. Les frais de recherche d'un organe ou d'un donneur compatible ne sont pas couverts.

Traitement psychiatrique

La police d'assurance couvre les dépenses de services psychiatriques dans le cadre d'un Traitement Médical stationnaire, à condition que l'Assureur ait donné son autorisation préalable écrite avant le début du Traitement.

Un délai d'Attente de 10 mois s'applique à cet égard.

Psychothérapie stationnaire

L'assureur rembourse les frais de psychothérapie stationnaire uniquement si le traitement est effectué par un psychiatre, un psychothérapeute ou un médecin spécialisé en psychiatrie, psychothérapie ou psychanalyse ; et après autorisation préalable écrite avant le début du Traitement.

Un délai d'Attente de 10 mois s'applique à cet égard.

Hébergement des parents pendant le traitement stationnaire d'un mineur de moins de 18 ans.

L'assureur couvre les frais supplémentaires pour la présence prescrite d'un parent au chevet d'un Assuré âgé de moins de 18 ans et admis pour un traitement médical stationnaire.

Soins infirmiers à domicile et aide à domicile à la place d'un séjour à l'hôpital

La Police d'Assurance couvre les dépenses de soins infirmiers à domicile et d'aide à domicile prescrits, dispensés par des personnes qualifiées et formées, en remplacement d'une hospitalisation médicalement recommandée, ou dans le but de raccourcir la durée d'une hospitalisation. Les soins infirmiers à domicile comprennent l'aide à domicile sous forme d'assistance pour l'accomplissement des tâches domestiques répétitives de la vie quotidienne, telles que faire les courses, la cuisine, nettoyer le domicile, laver la vaisselle, laver le linge, ainsi que veiller à maintenir le confort du domicile.

Les soins infirmiers à domicile ne sont pas considérés comme Traitement Médical, mais ils n'en sont pas moins couverts par la Police d'Assurance en plus du Traitement Médical dans la mesure où la prestation consiste en un remboursement des dépenses encourues pour un maximum de 60 jours par séjour à l'hôpital par Année d'Assurance, et à condition que l'Assureur ait donné son autorisation préalable écrite d'une telle extension de la couverture d'assurance et des prestations.

Indemnités journalières pour un séjour stationnaire effectué sans demande de remboursement

Si le preneur d'assurance ne réclame pas, auprès de l'Assureur, le remboursement, pour un assuré, du Traitement Médical stationnaire, la police d'assurance accorde le versement d'indemnités journalières d'un montant de 150 euros par jour prescrit de séjour à l'hôpital.

Rééducation post-stationnaire

La Police d'assurance rembourse les frais de rééducation post-stationnaire prescrits, à la suite d'un traitement médical stationnaire, par exemple, après un acte chirurgical de pontage, une crise cardiaque, une transplantation d'organe, une opération sur de grands os et articulations, etc. ; à condition que l'assureur ait donné son accord préalable écrit.

Les traitements en sanatorium ainsi que les cures et séjours en centre de cure, balnéothérapie, maisons de repos, ainsi que dans les maisons médicalisées ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.



Les prestations de rééducation post stationnaire consiste en un remboursement des frais encourus avec un maximum de 28 jours par séjour à l'hôpital.

La Rééducation post-stationnaire doit commencer dans les 2 semaines suivants la sortie de l'hôpital, sauf accord écrit contraire de l'Assureur.

Centre de soins palliatifs (Hospice)

Dès lors qu'un traitement ambulatoire au foyer ne peut être prodigué à l'assuré ni chez lui ni chez un membre de sa famille l'assuré et à la condition que le centre de soins palliatifs travaille en collaboration avec des infirmiers et des médecins ayant de l'expérience en soins palliatifs et qu'il soit placé sous la responsabilité professionnelle d'un(e) infirmier(e), ou de tout autre spécialiste qualifié, disposant de plusieurs années d'expériences en soins palliatifs ou d'une formation correspondante et pouvant attester d'une formation en tant que responsable personnel soignant ou à des fonctions de direction .

La Police d'Assurance couvre les frais d'hébergement, de nourriture, de soins et de soutien dans un centre de soins palliatifs sous réserve des conditions ci-dessous.

Pour que les prestations de soins, entièrement ou partiellement stationnaires, en centre de soins palliatifs soient accordées, il faut que l'assuré souffre d'une maladie :

- qui évolue progressivement, c'est-à-dire qui s'aggrave progressivement et qui a déjà atteint un stade très avancé ;
- pour laquelle la guérison étant impossible, des Soins Palliatifs stationnaires sont nécessaires et qui ne laisse entrevoir qu'une espérance de vie de quelques semaines ou de quelques mois.

Les prestations de centre de soins palliatifs sont, entre autres, consentis pour ce qui suit :

- Cancer à un stade avancé.
- État entièrement déclaré du Sida en tant que maladie infectieuse.
- Maladie du système nerveux s'accompagnant d'une paralysie progressive irrémédiable.
- Stade final d'une maladie rénale, hépatique, cardiaque, du tube digestif ou pulmonaire.

Les prestations relatives aux frais de centre de soins palliatifs sont limitées à un séjour de 7 semaines maximum pour la durée de la Police d'Assurance.

Traitement (partiellement stationnaire) à l'hôpital de jour

Le traitement à hôpital de jour signifie un Traitement Médical reçu dans un hôpital sans nuitée à l'hôpital.

Un traitement partiellement stationnaire signifie un séjour dans une clinique ou un hôpital de jour ou de nuit dans laquelle/lequel le patient séjourne le jour ou la nuit, mais pour lequel la base d'hospitalisation d'un jour entier (24 heures) n'est pas nécessaire.

Dans les deux cas, la durée du séjour à l'hôpital est comprise entre 8 et 24 heures, et ne doit pas dépasser 24 heures.

Transport jusqu'à l'hôpital le plus proche, équipé pour prodiguer les premiers soins après un Accident ou en Cas d'Urgence

L'Assureur couvre les frais de transport raisonnables vers l'hôpital approprié le plus proche, ou vers l'établissement médical le plus proche.



4.3.3. Traitements ambulatoires

Aperçu

Les Traitements Médicaux suivants sont couverts par la Police d'Assurance, en tant que traitement ambulatoire, sous réserve de la description détaillée des prestations accordées énoncées ci-dessous :

Vue d'ensemble des traitements ambulatoires

Services médicaux y compris pathologie, radiologie, tomodensitométrie, IRM TEP et Soins Palliatifs

Thérapie contre le cancer, médicaments et prestations médicales d'Oncologie

Bilans de santé

Prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, services d'une sage-femme ou d'un maïeutien

Complications de la grossesse et à l'accouchement

Maladies congénitales

Acupuncture, Homéopathie, Ostéopathie et Chiropraxie, y compris les Médicaments et bandages

Orthophonie

Traitement psychiatrique

Psychothérapie ambulatoire

Médicaments et Bandages

Médicaments en vente libre

Physiothérapie, massage inclus

Thérapies, y compris ergothérapie, luminothérapie, hydrothérapie, inhalations, cataplasmes, bains médicaux, traitements par le froid et/ou la chaleur, électrothérapie

Aides et appareils thérapeutiques

Vaccinations et immunisations

Aides visuelles, test de la vision inclus

Transport vers le médecin ou l'hôpital le plus proche adapté aux premiers soins après un Accident ou en Cas d'Urgence par des services de secours reconnus, en utilisant des moyens de transport adaptés à la situation

Traitement pour la fertilité

Description détaillée des prestations

Services médicaux (examens, diagnostics y compris de pathologie, radiologie, tomodensitométrie, IRM, TEP et Soins Palliatifs)

La Police d'Assurance couvre toutes les dépenses engagées pour le traitement médical ambulatoire pour les examens, diagnostics et thérapies.

Les prestations consistent, entre autres, en un remboursement des frais de pathologie, radiologie, tomodensitométrie, IRM, TEP, chimiothérapie et d'autres services médicaux d'oncologie (Cancer) ainsi que des Mesures Prophylactiques.

Thérapie contre le Cancer, Médicaments et prestations médicales d'Oncologie

La Police d'Assurance couvre les services ambulatoires liés à la chimiothérapie et aux services médicaux d'oncologie.



Bilans de santé

Les bilans de santé sont des examens ou tests de dépistage de routine accomplis en l'absence de symptômes cliniques.

Ces bilans, qui sont effectués en fonction de l'âge, dans le but de détecter des anomalies ou des Maladies, comprennent les examens suivants :

- ▶ Paramètres vitaux (tension sanguine, cholestérol, pouls, respiration, température, etc.)
- ▶ Examen cardiovasculaire
- ▶ Examen neurologique
- ▶ Dépistage du cancer
- ▶ Dépistage pédiatrique
- ▶ Dépistage du diabète
- ▶ Dépistage du VIH et du SIDA
- ▶ Dépistage gynécologique.

L'Assureur rembourse ces frais de bilans de santé jusqu'à un montant de 250 euros par assuré et par Année d'Assurance.

Services liés à la grossesse et à l'accouchement, services d'une sage-femme ou d'un maïeutien

La Police d'Assurance couvre les dépenses éligibles jusqu'à 5000 euros par assuré et par Année d'Assurance résultant de la grossesse ou d'une Maladie liée à la grossesse, y compris les dépenses de dépistage (routinier), celles liées à l'accouchement et aux services d'une sage-femme ou d'un maïeutien. Pour les femmes de plus de 35 ans, cela inclut une amniocentèse et une mesure de la clarté nucale.

Un délai d'Attente de 10 mois s'applique à cet égard.

Complications de la grossesse et à l'accouchement

La Police d'Assurance couvre les dépenses éligibles en liaison à une naissance prématurée, une fausse-couche, un avortement médicalement nécessaire, un accouchement par césarienne, une hémorragie du post-partum, une rétention placentaire et les complications découlant de ces conditions.

Un délai d'Attente de 10 mois s'applique à cet égard.

Maladies congénitales

L'assureur couvre les dépenses au titre d'un Traitement Médical en lien avec des conditions congénitales jusqu'à un montant maximum de 150 000 euros pour toute la durée de vie de l'assuré.

Sont ainsi couverts les troubles ou maladies diagnostiqués à la naissance, les anomalies, les défauts et malformations à la naissance, les erreurs commises pendant la naissance, la prématurité et les malformations, y compris les maladies y afférentes.

Acupuncture, homéopathie, ostéopathie et chiropraxie, y compris les médicaments et bandages

La Police d'Assurance rembourse les frais de traitement médicaux uniquement si le traitement est effectué par des médecins ou autres praticiens en mesure de prouver qu'ils sont en possession des diplômes correspondants et qui sont autorisés à pratiquer selon les autorités compétentes dans le pays dans lequel le traitement est dispensé jusqu'à un montant maximum de 2500 euros par assuré et par année d'assurance.

Les médicaments et bandages prescrits par ces médecins ou praticiens dans le cadre du traitement médical concerné sont également couverts par la Police d'Assurance.



Orthophonie

Pour les troubles du langage et de la phonation, l'Assureur couvre les dépenses éligibles encourues au titre de séances de pratique prescrites, à condition qu'elles soient réalisées par un médecin ou un orthophoniste et que l'Assureur ait donné son autorisation préalable écrite avant le Commencement du Traitement

Traitement psychiatrique

L'assureur couvre les dépenses au titre de service psychiatrique jusqu'à un maximum de 5 000 euros par assuré et par année d'assurance, à condition que l'Assureur ait donné son autorisation préalable écrite avant le début du Traitement.

Un délai d'Attente de 10 mois s'applique.

Psychothérapie ambulatoire

L'assureur rembourse les frais de psychothérapie uniquement si le traitement est effectué par un psychiatre, un psychothérapeute ou un médecin spécialisé suffisamment formé dans les domaines de la psychiatrie, de la psychothérapie ou de la psychanalyse ; et à condition que l'Assureur ait donné son autorisation préalable écrite avant le début du Traitement.

Un délai d'Attente de 10 mois s'applique à cet égard.

Médicaments et bandages

Pour pouvoir être couverts par la Police d'Assurance, les Médicaments et bandages doivent avoir été prescrits par un médecin, un praticien, un dentiste ou une autorité médicale compétente. En outre, les Médicaments doivent avoir été obtenus auprès d'une pharmacie ou d'une officine agréée.

Les produits alimentaires, les fortifiants, les eaux minérales, les produits cosmétiques, les produits d'hygiène et de soin du corps ainsi que les sels de bain ne sont pas considérés comme des Médicaments et ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.

Médicaments en vente libre

Les médicaments en vente libre peuvent être achetés sans ordonnance ; ils sont destinés à traiter les symptômes de maladies courantes pour lesquelles l'Assuré n'a pas nécessairement besoin de consulter un médecin.

La Police d'Assurance couvre les dépenses de médicaments en vente libre jusqu'à un montant maximal de 75 euros par assuré et par Année d'Assurance.

Physiothérapie, massage inclus

Il s'agit des services médico-physiques (kinésithérapie et thérapie par l'exercice, massages médicaux), qui sont disponibles sur ordonnance. En outre, ils doivent être fournis par un médecin ou un thérapeute qualifié et certifié. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début du traitement et doit mentionner le diagnostic, le type et le nombre de séances.

La Police d'Assurance couvre les dépenses de physiothérapie jusqu'à 20 séances maximum par Assuré par Année d'Assurance.



Thérapies, y compris l'ergothérapie, la luminothérapie, l'hydrothérapie, les inhalations, cataplasmes, bains médicaux, traitements par le froid et/ou la chaleur, l'électrothérapie

Il s'agit de services médico-physiques (ergothérapie, luminothérapie, hydrothérapie, inhalations, cataplasmes, bains médicaux, traitements par le froid et/ou la chaleur, électrothérapie et thérapie par l'exercice) nécessitant une ordonnance. En outre, ils doivent être dispensés par un médecin ou un thérapeute certifié et doivent avoir été prescrits par le médecin dans le cadre d'un traitement médical ambulatoire. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début du traitement doit mentionner le diagnostic, le type et le nombre de séances.

La Police d'Assurance couvre jusqu'à 10 séances par Assuré par Année d'Assurance.

Aides et appareils thérapeutiques

L'assureur couvre les frais encourus aux fins du Traitement Médical ambulatoire pour des appareils orthopédiques et prothétiques, ainsi que les dispositifs matériels jusqu'à 1 000 euros par assuré et par année d'assurance, utilisées pour prévenir des handicaps physiques ou directement pour atténuer ou compenser ces handicaps. Les dispositifs médicaux doivent être prescrits par un médecin et ne doivent pas entrer dans la catégorie des biens de consommation grand public.

Sont ainsi considérées comme dispositifs médicaux dans le cadre d'un traitement médical ambulatoire : les Bandages, ceintures, semelles orthopédiques, béquilles, prothèses auditives, bas de contention, membres artificiels/prothèses (à l'exception des prothèses dentaires), assises et matelas de chaise-longue et de siège, dispositifs de soutien du tronc, dispositifs de soutien des bras et des jambes et équipement de phonation (larynx électronique).

Les dispositifs médicaux suivants sont couverts par la Police d'Assurance uniquement après l'accord préalable écrit donné par l'Assureur : Fauteuils roulants, moniteurs de surveillance cardiaque et respiratoire, pompes de perfusion, inhalateurs, appareils à oxygène et moniteurs de surveillance pour les nourrissons.

Les autres dispositifs ne sont pas considérés comme des dispositifs couverts par la Police d'Assurance.

Les frais de réparation des dispositifs couverts en vertu de la Police d'Assurance peuvent bénéficier d'un remboursement sous réserve des termes et conditions susmentionnés.

Les dépenses de fournitures sanitaires telles que les coussins chauffants et appareils de massage par exemple, ainsi que les frais associés à leur utilisation et à leur entretien, ne sont pas couverts par la Police d'Assurance

Vaccinations et immunisations

Les frais encourus au titre de la vaccination préventive et les mesures prophylactiques sont remboursables, y compris les frais médicaux liés à l'administration du vaccin et le coût du vaccin lui-même jusqu'à 250 euros*, dans la mesure où ils sont recommandés dans le pays de résidence de l'assuré.

Aides visuelles, Test Oculaire inclus

Les frais encourus pour les montures et verres des lunettes, les lentilles de contact, ainsi que la mesure de la réfraction sont remboursables jusqu'à 150 euros* par Année d'Assurance et par Assuré.

Transport vers l'hôpital le plus proche adapté aux premiers soins après un Accident ou en Cas d'Urgence

L'assureur couvre les dépenses de transport jusqu'à l'hôpital disponible adapté le plus proche pour les premiers soins après un Accident ou en Cas d'Urgence.

Traitement pour la fertilité

Avec l'accord préalable écrit de l'Assureur ; les frais sont pris en charge selon les modalités et l'étendue de la couverture. L'Assureur peut couvrir, par exemple, les Traitements reconnus suivants :



- ▶ Fertilisation in-vitro (FIV)
- ▶ Injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI)

Les frais sont assumés à la condition que :

- ▶ Au moment du Traitement Médical (premier jour de stimulation de chaque cycle, ou sinon le premier jour du cycle si insémination sans stimulation hormonale), les deux conjoints ou partenaires n'ont pas atteint l'âge de 45 ans.
- ▶ Il y a une infertilité à lien organique des assurés qui peut être surmontée à l'aide des techniques de procréation médicalement assistée.
- ▶ Une évaluation médicale a établi une possibilité significative de réussite supérieure à 15 % pour la méthode sélectionnée, et que l'homme et la femme ont souscrit une assurance internationale auprès de l'assureur.

La Police d'Assurance couvre 50 % des frais encourus dans le cadre du traitement de fertilité, y compris le diagnostic et le Traitement Médical, jusqu'à un maximum de 7500 euros pour toute la durée de la Police d'Assurance.

Un délai d'Attente de 24 mois s'applique à cet égard pour les deux conjoints ou partenaires.

4.3.4. Traitement dentaire

Aperçu

Les traitements médicaux suivants sont couverts par la Police d'Assurance en tant que Traitements dentaires, sous réserve de la description détaillée des prestations accordées énoncées ci-dessous :

Vue d'ensemble des traitements dentaires

Soins dentaires généraux

- Deux contrôles dentaires préventifs par année d'assurance
- Examen radiographique
- Détartrage et polissage
- Traitement de la muqueuse buccale et maladie gingivale
- Plombages simples
- Chirurgie, frais d'Anesthésie, extractions, traitement du canal radiculaire
- Gouttière de nuit
- Soins dentaires après un Accident

Soins dentaires complets

- Soins dentaires après un Accident
- Prothèses dentaires (p. ex. prothèses, bridges et couronnes, inlays).
- Prestations d'implantologie
- Prestations orthodontiques
- Travail et matériaux de laboratoire dentaire
- Établissement d'un plan de traitement et devis des coûts
- Soins dentaires après un Accident

Description détaillée des prestations

Soins dentaires généraux

- ▶ Deux examens dentaires préventifs par Année d'Assurance
- ▶ Examen radiographique
- ▶ Détartrage et polissage
- ▶ Traitement de muqueuse buccale et maladie gingivale
- ▶ Tous les plombages simples, que ce soit avec de l'amalgame (couleur argent) ou composite (couleur blanche)



- › Traitement du canal radiculaire
- › Frais d'anesthésie
- › Chirurgie
- › Extractions
- › Gouttière de nuit
- › Soins dentaires après un Accident

Soins dentaires majeurs

Les soins dentaires majeurs incluent les types de mesures et traitements médicaux plus complexes et les soins curatifs suivants :

- › Prothèses dentaires (p. ex. prothèses, bridges et couronnes)
- › Inlays (or, porcelaine), y compris les travaux de laboratoire dentaire et les matériaux pour les prothèses dentaires
- › Onlays
- › Jusqu'à quatre implants par mâchoire et les prothèses dentaires à fixer sur ces implants
- › Traitement orthodontique pour l'assuré reçu avant la date de leur 18^{ème} anniversaire, y compris les appareils dentaires métalliques, les fils de rétention, ainsi qu'un plan de traitement et d'un devis
- › Travail de laboratoire et matériaux
- › Établissement d'un plan de traitement et devis des coûts

L'assureur couvre les services suivants jusqu'à 2 000 euros par assuré et par Année d'Assurance.

Un délai d'Attente de 10 mois s'applique à cet égard.

Soins dentaires après un accident

Si un *traitement* dentaire est nécessaire à la suite d'un Accident, aucun délai d'Attente ne s'applique.

La preuve de l'Accident doit être fournie à l'Assureur par un rapport médical ou par un rapport de police.

4.4. Limitations des prestations

La couverture d'assurance prévue par la Police d'Assurance ne s'étend pas aux Maladies et aux Blessures Corporelles, y compris leurs conséquences, ni au décès, découlant de la guerre, d'opérations militaires, du service militaire, des émeutes et troubles civils, sauf s'ils sont expressément inclus et explicitement couverts dans la police d'assurance.

La Police d'Assurance ne couvre pas les Traitements Médicaux pour les Maladies ou les Blessures Corporelles sciemment auto-infligées, ni les Traitements Médicaux en lien avec la toxicomanie.

Sauf accord contraire avec l'Assureur expressément écrit, la Police d'Assurance ne couvre pas les frais de Traitements en Sanatorium, les cures, ainsi que les traitements ou rééducations dans des établissements balnéaires.

La Police d'Assurance ne couvre pas le Traitement Médical du/de la conjoint(e), des parents ou enfants du Preneur d'assurance ou de l'Assuré.

La Police d'Assurance ne couvre pas la tentative de suicide.

* Les montants cités valent – sauf spécification autre – par Assuré et par Année d'Assurance



Pour tout traitements effectués par des médecins, praticiens, dentistes, naturopathes ou dans des hôpitaux pour lequel l'assureur a, de manière valable, refusé l'octroi de prestations, aucune prestation n'est dûe. Si le traitement n'est pas encore terminé au moment de la demande de remboursement, il n'existe aucune obligation de rembourser les frais survenus plus de trois mois après la déclaration – concernée.

La Police d'Assurance ne couvre pas l'hébergement dû à la dépendance (soins de longue durée) ou d'un placement.

La Police d'Assurance ne couvre aucune dépense liée à la production de rapports médicaux, de récapitulatifs de traitements et de dépenses que le Preneur d'Assurance ou les Assurés sont tenus de fournir.

La Police d'Assurance ne couvre pas la perte d'autonomie de l'Assuré ainsi que toute dépense engagée en raison d'une nécessité de surveillance permanente. La Police d'Assurance ne couvre aucune dépense encourue en lien avec le séjour au domicile et/ou avec la réception de soins non médicaux au domicile ou dans une maison de convalescence ou similaire ou dans un établissement psychiatrique ou similaire.

En cas de dépassement de ce qui est médicalement nécessaire pour tout traitement médical ou autre soin prodigué à l'Assuré, les prestations seront limitées à la partie des soins ou du traitement qui est Médicalement Nécessaire, entrant dans la catégorie Traitement Médical couvert en vertu de la Police d'Assurance. Une diminution des prestations consenties en vertu de la Police d'Assurance s'appliquera également si des sommes excessives (comparé au niveau général des prix applicables dans le pays concerné) sont facturées au titre d'un Traitement Médical.

Les Demandes de remboursement d'une prestation ou d'une partie de prestation effectuées avant la Date de Prise d'Effet ou pendant le délai d'Attente seront exclues de la couverture et des prestations accordées en vertu de la Police d'Assurance.

La Police d'Assurance ne couvre pas le traitement, par la voie opératoire et hormonale, des caractéristiques sexuelles biologiques du sexe opposé.

La Police d'Assurance *ne couvre pas* le traitement ou la chirurgie destiné(e) à corriger la vision, par exemple par laser, kératectomie réfractive (KR) et photo kératectomie réfractive (PKR). Toutefois, la Police d'Assurance couvre bien la correction de la vision lorsque le trouble de la vision est causé par une maladie ou blessure corporelle.

5. Prime

La prime est définie après la signature du Formulaire d'adhésion, en tenant compte du pays dans lequel les Assurés ont leur résidence habituelle.

Si l'Assuré change de de résidence habituelle pendant la durée d'une police d'assurance, les primes sont ajustées immédiatement.

Si après un anniversaire, l'Assuré entre dans une autre catégorie d'âges, la prime sera ajustée sur base de la nouvelle catégorie d'âges.

Les ajustements susmentionnés seront mis en œuvre conformément aux dispositions des Conditions Générales et aux dispositions légales applicables.

Le montant de la prime applicable à la Police d'Assurance est indiqué dans les Conditions Particulières.



II. Conditions générales des services d'Assistance Médicale et d'assistance additionnelle

En association avec un produit d'assurance santé de Foyer Global Health

1. Objet des services d'Assistance Médicale et d'Assistance Additionnelle

L'assureur fournit les services d'assistance médicale et d'assistance additionnelle dans le cadre des traitements médicalement nécessaires pour les maladies, les accidents, notamment les urgences, et les autres événements.

2. Champ d'application géographique

Les services d'assistance médicale et d'assistance additionnelle sont valables dans le monde entier.

3. Prestations

3.1. Informations générales

Sauf dispositions contraires, l'assureur fournit les prestations d'Assistance Médicale et d'Assistance additionnelle selon le type et l'étendue des prestations conformément aux aperçus des services d'assistance médicale et d'assistance additionnelle suivants.

3.2. Services d'Assistance Médicale

Les services d'assistance médicale et d'assistance additionnelle peuvent être souscrits uniquement en association avec un produit d'assurance santé de Foyer Global Health.

Aperçu

Service d'assistance téléphonique et par e-mail 24 h/24, avec des conseillers, médecins et spécialistes expérimentés

Transport en ambulance et rapatriement médicalement nécessaire

Information sur les infrastructures médicales/les soins médicaux dans la langue souhaitée

Soutien et information (second avis, suivi de l'évolution de la maladie)

Garantie de prise en charge, notamment en préparation d'un séjour à l'hôpital

Versement d'une avance

Assistance et information sur les termes médicaux, le type, les causes et les options de traitement/ thérapie possibles pour la maladie

Assistance pour l'organisation d'un entretien entre médecins

Information sur le choix du médicament prescrit, les préparations comparables et leurs effets secondaires

Assistance et conseils médicaux avant un voyage (vaccinations, constitution d'un kit de premiers secours)

Description détaillée des prestations

Service d'assistance téléphonique et par e-mail 24 h/24, avec des conseillers, médecins et spécialistes expérimentés

L'assistance médicale est disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine et 365 jours par an, en appelant la ligne d'assistance médicale.



Transport en ambulance et rapatriement médicalement nécessaire

Ce service couvre les frais de transport en ambulance médicalement justifiés et nécessaires ainsi que le transport de retour, dans le pays de résidence de l'assuré ou vers un lieu transfrontalier. Les frais d'accompagnement médicalement justifié et nécessaire pendant le transport sont également inclus dans le service fourni.

L'assureur couvre les frais de transport en ambulance et rapatriement si les conditions suivantes sont réunies :

- ✦ L'hôpital qui fournit le traitement ne dispose pas de normes d'hygiène adéquate ou les soins médicaux dispensés sont inadéquats.
- ✦ Le transport en ambulance ou le rapatriement doivent être mandatés par le médecin traitant et
- ✦ L'assureur doit avoir approuvé le remboursement de ses frais au préalable.
- ✦ Le service ambulancier et le transport de retour vers un hôpital adapté pour fournir un traitement avancé seront effectués après que cela aura été convenu entre le médecin responsable et l'assureur.
- ✦ Sous réserve d'un accord avec l'assureur, le rapatriement peut également être effectué vers : le lieu de résidence actuelle de l'assuré ou vers le dernier lieu de résidence permanente ou vers le pays d'origine, si l'événement assuré s'est produit en dehors du pays de résidence.

Information sur les infrastructures médicales/les soins médicaux avec prise en compte de la langue requise

- ✦ Désignation de médecins, de consultants hospitaliers, d'hôpitaux et d'hôpitaux spécialisés dans la région environnante de l'assuré, en particulier eu égard à la langue requise.
- ✦ Conseils et assistance lors de la sélection d'un lieu de traitement en cas de transfert/changement de prestataire de soins médicalement nécessaire.

Support et information (second avis, surveillance de l'évolution de la maladie)

- ✦ Support et organisation d'un second avis médical (diagnostics médicales) émis par un spécialiste du domaine médical concerné, en cas de maladies menaçant la vie et de problèmes de santé graves.
- ✦ Assistance dans le choix du spécialiste et de l'hôpital, de l'organisation de l'admission et de la sortie de l'hôpital de l'assuré.
- ✦ Organisation et support à la surveillance de l'évolution de la maladie/ de la guérison par des médecins et des interlocuteurs de l'assureur.

Garantie de paiement des frais, notamment en préparation d'un séjour à l'hôpital

- ✦ Émission d'une garantie de paiement des frais, p. ex. en cas de traitement stationnaire planifié.
- ✦ Possibilité de règlement direct des frais avec le médecin / l'hôpital traitant.

Versement d'une avance

Versement d'une avance à l'Assuré si le fournisseur de soins et/ou l'hôpital n'acceptent que les règlements comptants.

Assistance et information sur les termes médicaux, le type, les causes et les options de traitement/ thérapie possibles pour la maladie

Conseils, explications sur des termes médicaux, des questions médicales liées à la maladie de l'assuré, notamment des causes et des possibilités de traitement/formes de thérapie d'une maladie.

Support pour l'organisation d'une discussion entre médecins

En cas de maladie ou d'aggravation de l'état de santé, p. ex. en cas de troubles chroniques, l'assureur aide à organiser une discussion entre médecins p. ex. entre le médecin du patient dans le pays de départ/ d'origine et celui dans le pays de résidence.



Assistance dans le choix de la médication prescrite, de préparations comparables, et de leurs effets secondaires

- ▶ Information sur des médicaments, leurs effets secondaires et leurs interactions avec d'autres préparations et les conditions médicales préexistantes.
- ▶ Information sur des préparations comparables.

Assistance et conseils médicaux avant le voyage (vaccinations, constitution d'un kit de premiers secours)

- ▶ Informations médicales sur les conditions d'hygiène dans le pays de séjour.
- ▶ Conseils et informations sur les vaccinations recommandées pour le pays de résidence, en particulier en cas de conditions médicales préexistantes.
- ▶ Aide à la constitution d'un kit de premiers secours en tenant dûment compte des normes d'hygiène et des conditions météorologiques dans le pays de résidence.
- ▶ Des conseils et informations peuvent être obtenus auprès de l'assureur par téléphone et par e-mail.

3.3. Services d'Assistance additionnelle

Le droit à la garantie « Assistance Additionnelle » existe si ladite garantie a été convenue pour l'assuré en conformité avec les conditions particulières (CP).

Aperçu

- Transport de retour vers le pays de résidence
- Visite de la famille
- Report du voyage de retour
- Approvisionnement et acheminement de médicaments vitaux
- Transport de retour ou garde des enfants
- Transfert du corps du défunt et support organisationnel en cas de décès
- Soutien psychologique suite à des difficultés liées au séjour à l'étranger
- Stockage de documents (conservation en lieu sûr, aide à l'obtention de documents de substitution)
- Organisation d'une aide en cas de difficultés juridiques
- Organisation d'un service de déménagement
- Organisation d'une formation interculturelle (information sur la culture locale)

Description détaillée des prestations

Transport de retour vers le pays de résidence

Lorsqu'il est convenu par l'assureur, et s'il est médicalement nécessaire de transporter l'assuré en vue d'un traitement, l'assureur remboursera les frais de transport (billet de train en 1e classe, vol en Classe Économie) pour le voyage de retour de l'assuré vers son pays de résidence, sous réserve d'un accord préalable écrit de l'assureur, jusqu'à une valeur maximale de 3 000 euros par assuré et par année d'assurance.

Visite de la famille

En cas de traitement stationnaire d'urgence, l'assureur organise la visite d'un membre de la famille sur le lieu du traitement médical ainsi que son retour à son domicile et prend en charge les frais de déplacement jusqu'à un montant total de 3 000 euros par assuré et par année d'assurance, à condition que le traitement stationnaire dure au moins 7 jours et que la garantie de prise en charge des frais par l'assureur soit disponible. (Billet de train en 1er classe, vol en Classe Économique).

Report du voyage de retour

En cas de report du voyage de retour du pays de séjour en raison d'une urgence médicale entraînant une incapacité à voyager (que ce soit le retour au pays d'origine/pays natal ou vers un nouveau pays), l'assureur rembourse les frais de modification/d'annulation des réservations d'hôtel et de vol jusqu'à 3 000 euros par



assuré et par année d'assurance.

Approvisionnement et acheminement de médicaments vitaux

En cas d'indisponibilité d'un médicament essentiel dans le pays de séjour de l'assuré, l'assureur s'efforce d'obtenir ce médicament le plus rapidement possible, à condition que le médicament concerné soit légalement autorisé dans le pays de séjour de l'assuré et que son importation n'enfreigne aucune disposition légale.

Transport de retour ou garde des enfants

- ▶ Dans le cas où les deux parents doivent rester à l'hôpital en raison d'une urgence médicale, l'Assureur organise la garde des enfants par un prestataire de services approprié, et prend en charge les frais de cette garde pendant une durée limitée à la durée du traitement médical stationnaire.
- ▶ Si les deux parents sont hospitalisés pendant des vacances en raison d'une urgence médicale, l'assureur rembourse les frais de transport des enfants (jusqu'à l'âge de 18 ans) vers leur lieu de résidence actuel dans leur pays de résidence.

Transfert du corps du défunt et support organisationnel en cas de décès

- ▶ Exécution des formalités nécessaires au transfert ou à l'incinération du corps du défunt, notamment obtention du certificat de décès, du rapport d'accident, prise de contact avec les autorités/ le consulat et détermination des proches habilités à donner leur accord pour le rapatriement ou l'incinération.
- ▶ Remboursement des frais de transfert du corps du défunt vers le pays de départ ou le pays d'origine ainsi que des frais des formalités en lien avec le transfert, jusqu'à un montant maximal de 10 000 euros par assuré.
- ▶ Transfert de l'urne vers le pays de départ ou le pays d'origine en cas d'incinération.
- ▶ Les frais d'obsèques ne sont pas couverts.

Soutien psychologique suite à des difficultés liées au séjour à l'étranger

- ▶ L'Assureur propose des conseils en cas de situation psychologiquement stressante.
- ▶ L'Assuré bénéficie d'un soutien thérapeutique de la part de médecins expérimentés, ainsi que de conseils sur la démarche à suivre, soit un maximum de 5 conversations.

Stockage de documents (conversation en lieu sûr, aide à l'obtention de documents de substitution)

- ▶ L'assureur propose un service de stockage pour les documents importants (p. ex. passeport, visa, permis de conduire, certificat de vaccination, et autres documents importants).
- ▶ En cas de perte du document original, une copie sera envoyée par e-mail, fax ou courrier postal, et de l'aide sera fournie pour obtenir un remplacement.

Organisation d'une aide en cas de difficultés juridiques

Si nécessaire, l'Assureur recommande des avocats/experts anglophones, germanophones ou francophones, dans le pays de résidence.

Organisation d'un service de déménagement

Si nécessaire, l'assureur fait appel à des prestataires de services spéciaux pour organiser le déménagement et fournir de l'aide à la recherche d'un logement si nécessaire.

Organisation d'une formation interculturelle (information sur la culture locale)

Si nécessaire, l'Assureur organise avec un prestataire spécialisé une formation spécifique au pays et interculturelle sur la vie et le travail à l'étranger afin de préparer le séjour à l'étranger.

4. Prime

La prime d'assurance est indiquée dans les conditions particulières.



III. Glossaire

Accident	Événement externe soudain et inattendu provoquant une Maladie ou un Dommage Corporel.
Acupuncture	L'Acupuncture est une méthode de la médecine chinoise traditionnelle utilisée pour soigner les Maladies et Blessures Corporelles ou pour réduire la douleur au moyen d'aiguilles fines que l'on fait pénétrer dans le corps. La médecine classique reconnaît l'acupuncture en premier lieu comme une méthode pour atténuer la douleur.
Année d'Assurance	Période de 12 mois commençant soit à la date de prise d'effet soit à la date du renouvellement de la Police d'Assurance, selon le cas.
Antécédents Médicaux / conditions préexistantes	États Médicaux, Maladies, Blessures Corporelles et leurs conséquences, ou résultats d'un Accident dont le Preneur d'Assurance ou les Assurés avaient conscience ou pour lesquels ils étaient soignés avant la signature du Formulaire d'adhésion. Par le biais d'un accord spécial écrit conclu avec l'Assuré, des conditions préexistantes peuvent en principe être couvertes par la Police d'assurance, à condition d'avoir été correctement divulguées auparavant. Les conditions préexistantes qui n'ont pas été divulguées dans le Formulaire d'adhésion ne sont pas assurées en vertu de la Police d'Assurance.
Assistance	L'Assistance est spécialisée dans la fourniture, aux Assurés, de conseils et d'aide dans des situations d'Urgence ou pour un traitement à l'hôpital. L'Assistance fournit également d'autres services pour faciliter le séjour à l'étranger de l'assuré et se charge du remboursement de certains frais, comme les frais de rapatriement.
Cancer	« Cancer » est le terme générique désignant toutes les maladies malignes provoquées par une prolifération de cellules modifiées (tumeur, carcinome). Ces cellules peuvent détruire le tissu environnant et produire des tumeurs secondaires (métastases).
Centre de soins palliatifs (Hospice)	Établissement dont la finalité exclusive est de prodiguer des soins – aux patients dont l'espérance de vie est limitée à seulement quelques mois ou moins – et d'atténuer les symptômes menaçant leur vie par le biais de Soins Palliatifs.
Chiropraxie	Le chiropraxie est également connue sous le nom de thérapie manuelle. Des vertèbres déplacées ou déformées sont « remises en place » ou d'autres articulations sont « redressées » à l'aide de techniques spécifiques.
Chirurgie réalisée en ambulatoire remplaçant une hospitalisation	Chirurgie pouvant être réalisées en ambulatoire, au cabinet chirurgical du médecin ou à l'hôpital, mais qui ne requièrent pas de nuitée ou de séjour plus long à l'hôpital.
Cure et Traitement en sanatorium	Cure ou traitement différent(e) d'un Traitement Médical, qui sert à restaurer l'état de santé ou la forme physique d'une personne.
Dentiste	Médecin ou Praticien qui se concentre sur les maladies des dents et de la bouche.



Franchise	Fraction des frais engagés par l'Assuré pour le Traitement Médical couvert par la Police d'Assurance, que le Preneur d'Assurance et l'Assuré conviennent d'assumer eux-mêmes et pour laquelle ils n'ont pas le droit de demander de prestation auprès de l'Assureur en vertu de la Police d'Assurance. Si une Franchise a été convenue, ladite Franchise sera documentée dans les Conditions Particulières.
Homéopathie	L'homéopathie repose sur trois piliers : le principe de similitude, le schéma thérapeutique et le principe de dilution des substances. Un spécialiste de l'homéopathie part du principe qu'une Maladie se manifestant par des symptômes spécifiques peut être guérie par une substance provoquant des symptômes similaires chez des personnes en bonne santé
Hydrothérapie	L'hydrothérapie est un traitement ciblé par application externe d'eau.
Imagerie par Résonance magnétique (IRM)	Ce traitement est à entendre comme une technique de diagnostic permettant de visualiser les organes et tissus internes à l'aide de champs magnétiques et d'ondes radio.
Médecin	Médecin (généraliste ou spécialiste) détenant un diplôme médical reconnu par la loi dans le pays où le Traitement Médical est prodigué, et qui est autorisé à prodiguer des soins médicaux.
Médecine Traditionnelle	La Médecine Traditionnelle est la forme de médecine universitaire, scientifique et donc généralement reconnue et appliquée.
Mesures prophylactiques	Mesures individuelles et générales faisant partie de la médecine préventive et visant à prévenir des maladies imminentes (p. ex. immunisation passive, vaccins, prise de médicaments préventive en cas d'entrée dans des zones à risques, prévention des accidents, etc.).
Oncologie	Branche de la médecine interne qui traite l'apparition, le développement, le diagnostic et le traitement des tumeurs et des maladies liées aux tumeurs.
Ostéopathie	Chirurgie pouvant être réalisées en ambulatoire, au cabinet chirurgical du médecin ou à l'hôpital, mais qui ne requièrent pas de nuitée ou de séjour plus long à l'hôpital.
Pays d'Origine	Le pays d'origine est le pays dont l'Assuré est un ressortissant ou dans lequel l'Assuré avait sa résidence habituelle avant de déménager vers son pays actuel de résidence habituelle.
Pays de Résidence	Le pays dans lequel l'Assuré a son lieu actuel de résidence habituelle ou son lieu actuel de résidence temporaire.
Praticien	Personne, qui peut être médecin, et qui dispose d'une formation solide et reconnue dans son domaine de traitement et qui est habilitée à exercer sa spécialité dans le pays où le traitement a lieu. Les personnes suivantes sont considérées comme praticiens : naturopathes, logopèdes et sage-femmes ainsi que les praticiens indépendants exerçant des professions médicales auxiliaires agréées par l'État (p. ex. masseurs et accompagnateurs médicaux, kinésithérapeutes). Les Assurés sont libres de choisir un praticien qui satisfait à ces critères.
Prestations d'implants dentaires	Prestation consistant à insérer des implants dentaires (métalliques ou en céramique) à titre de substituts de racine ou pour restaurer une mâchoire édentée.



Rééducation post-stationnaire	Procédure médicale aidant une personne à retrouver son état physique antérieur à une Maladie, une Blessure Corporelle ou une opération grave, par exemple après un pontage chirurgical, une crise cardiaque, une transplantation d'organe, ainsi qu'après une opération sur des os de grande taille ou articulations.
Région	Région géographique pour laquelle la couverture fournie en vertu de la Police d'Assurance est valide, c.-à-d. : <ul style="list-style-type: none"> • Région 1 : monde entier y compris les États-Unis. • Région 2 : monde entier sauf les États-Unis.
Second Avis	Conseils médicaux formulés par un médecin qui n'était pas encore impliqué jusqu'à présent, concernant un état menaçant la vie ou un problème de santé grave et permanent.
Soins Palliatifs	Les soins palliatifs correspondent au traitement complet et aigu des patients ayant une espérance de vie limitée et dont ne permet plus de bénéficier d'une thérapie curative. Ce type de traitement vise à offrir la meilleure qualité de vie possible tant au patient qu'à sa famille.
Traitement de conservation	Un traitement de conservation est un traitement visant la conservation des dents (p. ex. obturations, traitement du canal radiculaire).
Tomographie par émission de positons (TEP)	Procédé d'imagerie non invasif basé sur la détection et l'imagerie à l'aide d'une substance contenant des émetteurs de positons répartis dans le corps du patient. La concentration d'un tel « marqueur » dans une tumeur peut également être déterminée de manière quantitative. La substance est injectée en intraveineuse et le rayonnement est détecté à l'aide de détecteurs externes. Il est possible de visualiser d'importants processus biologiques dans les tumeurs à l'aide de la TEP.
Urgence	La survenue subite et imprévue d'une Maladie soudaine et aiguë ou d'un Dommage corporel grave, constituant une menace directe pour l'état de santé de l'Assuré.

