



Cigna Global Health Options

Conditions Générales

Modalités, conditions, exclusions générales et
définitions relatives à votre assurance

TABLE DES MATIÈRES

Veillez lire les présentes conditions générales avec votre attestation d'assurance, votre Guide client et votre souscription car ils font partie intégrante du contrat établi entre vous et nous. Si nécessaire, consultez un spécialiste pour vérifier que ce contrat vous convient

Sauf indication contraire, les mots et expressions figurant à la Rubrique 3, « Définitions », lorsqu'ils sont utilisés dans les présentes Conditions générales, ainsi que dans le Guide client (y compris le tableau des garanties aux pages 17 à 47), s'entendent au sens qui leur est donné dans cette rubrique.

Les rubriques suivantes contiennent des informations importantes concernant votre assurance Cigna Global Health Options.

Informations légales et réglementaires	Page 3
Plaintes	Page 3
Nous contacter	Page 3
Rubrique 1 : Modalités et conditions générales	Page 4
1. Étendue de la couverture et droits à l'assurance.....	4
2. Début et fin de la couverture.....	5
3. Les informations que nous vous demandons.....	5
4. Période de rétractation.....	7
5. Primes et autres frais.....	7
6. Résiliation.....	9
7. Fraude.....	11
8. Options de couverture.....	11
9. Franchise et participation aux frais.....	12
10. Ajouter ou supprimer des bénéficiaires.....	14
11. Modifications apportées aux informations à caractère personnel que vous avez renseignées.....	15
12. Comment nous communiquerons avec vous.....	16
13. Reconduction du contrat.....	16
14. Protection des données.....	17
15. Qui peut appliquer ce contrat ?.....	17
16. Notre droit de recouvrement auprès de tiers.....	17
17. Autre assurance.....	18
18. Modifications apportées à ce contrat.....	18
19. Sanctions.....	18
20. Pandémies, épidémies et maladies infectieuses.....	19
Rubrique 2 : Exclusions générales	Page 20
Rubrique 3 : Définitions	Page 25

INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

Cette assurance est fournie par :

Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., UK branch
(Financial Services Register No. 207198)

Dont l'établissement au Royaume-Uni est sis :

13th Floor, 5 Aldermanbury Square
London EC2V 7HR

Cigna Europe Insurance Company S.A. – N.V., est une compagnie d'assurance réglementée, UK branch est agréée et réglementée par la Banque nationale de Belgique. Agréée par l'Autorité de réglementation prudentielle (Prudential Regulation Authority). Elle est également autorisée par la Prudential Regulation Authority et soumise à une régulation de la Financial Conduct Authority et à une régulation limitée de la Prudential Regulation Authority au Royaume-Uni. Vous trouverez des informations sur le statut réglementaire de Cigna Healthcare au Royaume-Uni dans le registre des Services financiers accessible sur <https://register.fca.org.uk/s/>.

Cigna Europe Insurance Company S.A. – N.V., est une société privée à responsabilité limitée réglementée en Belgique par la Banque nationale de Belgique, et immatriculée à la Banque-Carrefour des entreprises de Bruxelles (sous le numéro 0474.624.562), sise Plantin en Moretuslei 309, 2140 Antwerpen, Belgium.

Ce contrat est administré par Cigna European Services (UK) Limited (immatriculée au Registre des services financiers sous le numéro 788765), une société immatriculée en Angleterre et au Pays de Galles et sise 13th Floor, 5 Aldermanbury Square, London EC2V 7HR dont le numéro d'immatriculation à la TVA est 74044545I (numéro de société : 00199739), et qui agit en qualité de représentant désigné de Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. UK branch.

Sauf convention contraire expresse, ce contrat est régi par, et sera interprété conformément au droit anglais et gallois.

Tout différend portant sur ce contrat, notamment les différends concernant sa validité, sa formation et sa résiliation, sera porté devant les tribunaux d'Angleterre et du Pays de Galles.

Cigna Healthcare ne fournit aucune recommandation personnelle concernant votre souscription à cette police d'assurance.

Ce contrat ne remplace aucun régime d'assurance maladie public. Il est recommandé de prendre conseil auprès des personnes appropriées avant de cesser vos paiements au régime d'assurance santé national auquel vous souscrivez actuellement.

PLAINTES

Toute plainte doit d'abord nous être envoyée à l'adresse figurant dans la rubrique « Nous contacter » ci-dessous.

Si la plainte n'est pas résolue, elle peut être transmise au médiateur financier à :

The Financial Ombudsman Service
Exchange Tower
London E14 9SR

Téléphone : **0800 0 234 567**
ou en dehors du Royaume-Uni : **+44 (0) 2079 640 500**
E-mail : **complaint.info@financial-ombudsman.org.uk**

Le service de médiateur financier (Financial Ombudsman Service) peut statuer sur la plupart des plaintes (mais pas sur toutes). Sa décision s'impose à nous, mais la personne ayant déposé plainte peut refuser cette décision sans que ses droits légaux en soient affectés (notamment son droit d'intenter des poursuites judiciaires).

NOUS CONTACTER

Pour toute question concernant votre police d'assurance, veuillez nous contacter par e-mail à l'adresse : **cignaglobal_customer.care@cigna.com**.

Vous pouvez également contacter notre équipe du Service clients, disponible 24h/24, 7j/7, au : **+44 (0) 1475 788 182** ou depuis les États-Unis au : **0800 835 7677**.

Vous pouvez également nous écrire à l'adresse suivante :

Équipe Service Clients Cigna Global Health Options
1 Knowe Road, Greenock Écosse, PA15 4RJ

Vous devrez indiquer votre numéro de police, votre nom complet et votre adresse e-mail figurant dans le formulaire de souscription pour vous identifier. Pour plus de détails sur vos droits de résiliation, veuillez consulter l'article 6 des présentes Règles applicables à la police d'assurance.

* Pour certaines questions, notre service clientèle peut vous diriger vers notre équipe interne de spécialistes qui sont disponibles pendant les heures de travail (du lundi au vendredi de 8h à 20h CET).

RUBRIQUE 1: MODALITÉS ET CONDITIONS GÉNÉRALES

1. Étendue de la couverture et droits à l'assurance

1.1

Ce contrat est proposé uniquement aux assurés qui sont des citoyens britanniques résidant au Royaume-Uni et aux expatriés. Pour les expatriés, le contrat couvre uniquement les coûts des soins médicaux dans le pays de nationalité de l'assuré dans des situations où l'assuré réside temporairement dans son pays de nationalité. Ces séjours ne peuvent dépasser cent-quatre-vingt (180) jours cumulés par période de couverture, et le pays de nationalité doit se trouver dans la zone de couverture sélectionnée (voir article II pour plus d'informations).

Afin d'éviter toute ambiguïté, un citoyen du Royaume-Uni n'est pas soumis à la règle des cent-quatre-vingt (180) jours pendant toute période où il réside habituellement au Royaume-Uni. Cependant, si à tout moment un citoyen du Royaume-Uni est considéré comme un expatrié, alors cette limitation s'appliquera.

1.2

Sous réserve des modalités, conditions, limites, exclusions (et exclusions spéciales détaillées dans votre certificat d'assurance, le cas échéant) de cette police, Cigna Healthcare vous couvrira, ainsi que tout autre bénéficiaire de votre police, pour les frais médicaux et connexes liés à un traitement médicalement nécessaire recommandé par un médecin et fourni dans la zone de couverture sélectionnée pour les blessures et les maladies. Le traitement doit être approuvé et, sauf accord contraire de notre part, doit avoir lieu pendant la période de couverture et des franchises, des participations aux coûts et des limites de couverture peuvent s'appliquer conformément à l'article 9.

1.3

Dans certaines circonstances, nous pouvons, à notre entière discrétion, accepter de supprimer une exclusion médicale vous concernant ou concernant un bénéficiaire inclus dans votre police, moyennant le paiement d'une prime

supplémentaire. Cela sera convenu lors du processus de demande et avant la date de prise d'effet de la police d'assurance.

1.4

Vous devez être âgé de dix-huit (18) ans ou plus au moment de la souscription pour pouvoir souscrire à cette police. Nous nous réservons le droit de résilier la police si, à tout moment, il aucun bénéficiaire couvert n'est âgé de dix-huit (18) ans ou plus.

1.5

Vous devez nous informer dès que possible si l'une des informations que vous nous avez fournies dans votre demande change avant la date de prise d'effet de votre police (veuillez consulter l'article II concernant les changements qui surviennent pendant la période de couverture). Nous nous réservons le droit de résilier la police ou d'appliquer des primes ou exclusions supplémentaires en raison de tout changement important de votre état de santé ou de toute autre information personnelle que vous nous avez communiquée avant la date de prise d'effet initiale de la police. Il vous incombe de veiller à ce que toutes les informations que vous nous fournissez soient exactes et, en cas d'incertitude, de procéder aux vérifications nécessaires pour obtenir ces informations. Si vous omettez de nous informer de tout changement important pendant cette période – que ce soit délibérément ou par négligence – nous pourrions considérer cela comme une fausse déclaration, ce qui pourrait affecter la couverture de votre police ou le paiement des demandes de remboursement. Veuillez consulter l'article 3 pour plus d'informations.

1.6

Cette police ne couvrira pas les frais relatifs :

- i. aux traitements reçus avant la prise d'effet de la couverture ; ou
- ii. sauf accord exprès de notre part, aux traitements reçus après la fin de la couverture

(même si ce traitement a été approuvé par nous avant la fin de la couverture).

2. Début et fin de la couverture

2.1

Cette police est un contrat reconductible annuellement. En d'autres termes, sauf résiliation avant la date de fin ou reconduction tacite, la période de couverture prendra fin un (1) an après la date de prise d'effet. Veuillez consulter les articles 2, 3, 4 et 6 pour plus de détails sur la résiliation de cette police avant la date de fin. Veuillez vous reporter à l'article 13 pour plus d'informations sur le processus de reconduction de votre police d'assurance à la fin de votre période de couverture.

2.2

Sauf résiliation sous réserve de l'article 4, si la présente police d'assurance prend fin dans les trois (3) premiers mois (période minimale) suivant la date de prise d'effet initiale, toute prime payée au titre des trois (3) premiers mois de couverture ne sera pas remboursée que vous l'ayez ou non réclamée au cours de cette période de couverture. En outre, vous serez tenu(e) de payer toute prime restante pour cette période initiale de trois (3) mois qui n'aura pas encore été payée.

Si la présente police d'assurance est résiliée au-delà de la période minimale (soit au-delà de trois (3) mois après la date de prise d'effet initiale mais avant la date prévue), toute prime payée relativement à une période ultérieure à la fin de la police d'assurance et de la couverture sera remboursée, dans la mesure où aucune demande de remboursement n'a été ou ne sera introduite, et sous réserve qu'aucune lettre de prise en charge n'ait été mise en place durant la période de couverture.

Si cette police prend fin avant sa date d'échéance et que vous avez effectué des demandes de remboursement, reçu une lettre de prise en charge ou bénéficié de soins non encore remboursés, vous ne serez remboursé(e) d'aucune prime versée pour la période suivant la résiliation de la police.

Si votre prime annuelle est perçue à intervalles réguliers tout au long de l'année de police, vous serez tenu(e) de payer la prime annuelle restante pour les douze (12) mois complets, soit

en effectuant ces paiements programmés, soit en réglant directement la totalité du montant de la prime impayée.

2.3

Si vous décédez, la couverture prendra fin pour tous les bénéficiaires à moins qu'un(e) bénéficiaire ne nous contacte dans les trente (30) jours suivant la date du décès telle qu'indiquée dans le certificat de décès (ou équivalent) et ne nous informe de sa volonté de prendre la relève en tant que preneur d'assurance. Si l'un(e) des bénéficiaires souhaite reconduire la couverture en devenant le preneur d'assurance, et sous réserve des conditions de notre police, l'information devra nous parvenir dans les trente (30) jours accompagnée d'une copie du certificat de décès. Le ou la bénéficiaire doit satisfaire aux conditions des droits à l'assurance de la police définies à l'article 1 pour devenir le preneur d'assurance.

Si un(e) bénéficiaire ne souhaite pas maintenir sa couverture en tant que preneur d'assurance, celle-ci prendra fin et nous n'effectuerons aucun paiement relatif aux traitements ou services reçus à compter de la date de résiliation de la police. Dans ce cas, l'article 6.5 ne s'appliquera pas et vous aurez droit au remboursement de toutes les primes versées pour la période suivant la résiliation de la police.

3. Les informations que nous vous demandons

3.1 Pendant la procédure de demande

Pour décider d'accepter ou non cette police d'assurance et pour définir les modalités et la prime, nous nous sommes basés sur les informations que vous nous avez fournies. Vous devez faire preuve de diligence raisonnable lorsque vous répondez à nos questions et vous assurer que toutes les informations sont exactes et complètes. Nous vous demandons de fournir un aperçu complet de vos antécédents médicaux à la date de la demande, ainsi que tout symptôme médical ou toute autre information médicale qui pourrait nous être utile pour déterminer si une couverture doit être accordée.

Dans le cas contraire et si nous déterminons, pour des motifs raisonnables à la suite d'une enquête, que vous nous avez fourni des informations

inexactes, fausses ou trompeuses, et/ou que vous avez omis, par négligence, imprudence ou délibéré, de divulguer ou de nous fournir des informations médicales pertinentes, notamment en répondant de manière exhaustive au questionnaire médical du formulaire de demande, nous pouvons considérer cela comme une fausse déclaration qualifiée, ce qui pourrait avoir une incidence négative sur cette police et sur toute demande de remboursement.

3.1.1

Si nous constatons que la fausse déclaration était due à une négligence, nous nous réservons le droit de :

- i. considérer cette police d'assurance comme si elle n'avait jamais existé, refuser de payer toutes les demandes de remboursement et rembourser la prime versée. Nous ne le ferons que dans les cas où, si nous avons eu connaissance de tous les faits ou circonstances, nous ne vous aurions pas fourni de couverture d'assurance ; ou
- ii. modifier les modalités de votre police, y compris, mais sans s'y limiter, l'application d'une exclusion médicale à votre police ; et/ou
- iii. refuser ou réduire proportionnellement le montant à verser au titre d'une demande de remboursement, dans les cas où nous aurions facturé une prime plus élevée sans cette fausse déclaration.

3.1.2

Si nous constatons que la fausse déclaration était délibérée ou due à une imprudence, nous nous réservons le droit de :

- i. considérer cette police d'assurance comme si elle n'avait jamais existé, refuser de payer toutes les demandes de remboursement et conserver la prime versée ; ou
- ii. résilier votre police conformément à l'article 6.2.

Nous pouvons appliquer ces conditions modifiées rétroactivement à compter de la prise d'effet de votre police si une demande de remboursement envoyée nous a porté préjudice en raison de votre fausse déclaration.

Nous vous aviserons par écrit si l'une des circonstances ci-dessus se produit dans les 14 jours suivant la réception d'informations mises à jour et exactes de votre part ou à la suite de notre enquête de souscription fondée sur des motifs raisonnables.

Si vous vous apercevez que les informations que vous nous avez fournies au cours du processus de demande sont inexactes, vous devez nous en informer dès que possible en utilisant l'une des options de la rubrique « Nous contacter » à la page 3 des présentes Règles applicables à la politique.

3.2 Pendant la procédure d'autorisation préalable

Afin de couvrir tous types de soins hospitaliers et ambulatoires au titre de l'assurance santé internationale et pour tout bénéficiaire de votre police, vous devez obtenir une autorisation préalable de notre part. Pour approuver le traitement, une évaluation de sa nécessité médicale sera effectuée par notre équipe médicale et nous vous demanderons de fournir toutes les informations nécessaires, en ce compris le compte-rendu médical, le plan de traitement, l'examen médical ou toute autre information pertinente relative à une affection spécifique.

Conformément à notre évaluation de la nécessité médicale, nous pourrions avoir besoin d'accéder à des informations supplémentaires fournies par votre médecin ou votre professionnel de santé. Pour cela, nous demandons :

- i. à ce que vous nous donniez accès au praticien ou à l'établissement de santé ; et
- ii. à ce que vous nous autorisiez à nous renseigner sur un traitement ou un service spécifique fourni à tout bénéficiaire en vertu de votre police. Dans certaines circonstances, nous pouvons avoir besoin d'accéder aux dossiers médicaux de tout bénéficiaire de votre police auprès de votre médecin agréé.

Si vous, votre médecin ou votre professionnel de santé ne nous fournissez pas ou tardez à nous fournir les informations requises, nous nous réservons le droit d'exercer un ou plusieurs des recours suivants :

- i. retarder l'approbation du traitement ;

- ii. refuser l'approbation du traitement ;
- iii. réduire de vingt (20) pour cent le montant que nous paierons pour ce traitement ;
- iv. refuser de payer la totalité ou une partie d'une demande de remboursement associée si la nécessité médicale ne peut être déterminée par notre équipe clinique ;
- v. modifier les modalités de votre police d'assurance.

Dans le cadre du processus d'autorisation préalable, nous émettrons dans la plupart des cas une lettre de prise en charge en votre faveur et/ou du professionnel de santé que vous avez choisi. Cela signifie que nous acceptons à l'avance de prendre en charge tout ou partie des frais d'un traitement particulier auprès de ce professionnel de santé, sur la base des honoraires estimés que vous nous avez fournis et que nous avons approuvés conformément aux pratiques cliniques établies et aux frais médicaux appropriés.

3.3 Pendant la procédure de remboursement d'une demande

Dans le cas où vous, ou tout bénéficiaire, devez payer l'hôpital, la clinique ou le médecin directement pour un traitement admissible, vous devez nous soumettre votre facture et votre formulaire de demande de remboursement dès que possible après un traitement. Afin de traiter votre remboursement, nous pourrions vous demander de fournir des informations supplémentaires, notamment le compte-rendu médical, le plan de traitement, l'examen médical ou toute autre information pertinente relative à une affection spécifique. Dans certaines circonstances, nous pourrions avoir besoin d'accéder à des informations supplémentaires fournies par votre médecin ou votre professionnel de santé. Par conséquent, nous vous demandons de nous donner accès au praticien ou à l'établissement de santé et de nous autoriser à nous renseigner sur un traitement ou un service spécifique fourni à tout bénéficiaire au titre de votre police d'assurance.

Si vous ne nous fournissez pas ou tardez à nous fournir les informations demandées, nous nous réservons le droit d'exercer un ou plusieurs des recours suivants :

- i. retarder le remboursement de la demande ;
- ii. refuser le remboursement de la demande ;
- iii. modifier les modalités de votre police d'assurance.

Pour évaluer votre demande de remboursement, nous pouvons examiner les frais raisonnables et habituellement pratiqués des traitements et services comparables. Nous ne prendrons en charge ces frais de traitement que si nous sommes convaincus qu'ils ne sont pas excessifs au regard des tarifs habituellement pratiqués sur le lieu du traitement et conformément aux pratiques cliniques et médicales établies.

4. Période de rétractation

Vous disposez d'un droit légal de résilier votre police d'assurance dans un délai de quatorze (14) jours à compter de la date d'effet de votre police. Si vous souhaitez résilier cette police dans ce délai de quatorze (14) jours et que nous ne vous avons pas indemnisé en cas de sinistre ni émis de lettre de prise en charge, votre prime vous sera remboursée intégralement. Dans le cas contraire, si nous vous avons indemnisé en cas de sinistre ou émis une lettre de prise en charge, nous ne rembourserons aucune prime qui a été payée et vous pourriez être tenu(e) pour responsable de toute prime non payée. Pour résilier la présente police d'assurance, veuillez nous contacter par l'un des moyens précisés à la rubrique « Nous contacter » en page 3 du présent document « Règles applicables à la police d'assurance ».

Si vous n'exercez pas votre droit de résiliation de la présente police d'assurance pendant la période d'essai gratuit, celle-ci restera en vigueur pendant un (1) an, à compter de la date de prise d'effet initiale et vous serez tenu(e) de nous verser les primes qui nous sont dues pour cette période.

Sous réserve des modalités de l'article 2.2, nous et vous avons également d'autres droits de résiliation en dehors de la période de rétractation légale de quatorze (14) jours, qui sont énoncés à l'article 6.

5. Primes et autres frais

5.1

Votre certificat d'assurance établit la prime et tous les autres frais (comme les taxes) exigibles, et indique quand et comment ils doivent être payés. Comme précisé à l'article 2, à moins de résilier votre couverture au cours de la période de rétractation, vous serez redevable du paiement

de la prime pendant une période de garantie minimale de trois (3) mois, quelle que soit la périodicité de paiement retenue ou la date de fin de la couverture.

Les paiements doivent être effectués dans la devise et de la manière indiquée dans votre certificat d'assurance.

5.2

Si vous, ou l'un(e) de vos bénéficiaires, ne demandez pas notre autorisation préalable pour tout traitement hospitalier et ambulatoire requis, nous réduirons de vingt (20) pour cent le montant que nous verserons pour ce traitement.

Nous n'appliquerons pas la réduction dans les cas où nous serons convaincus que les coûts sont liés à des soins d'urgence médicalement nécessaires. Aucune autorisation préalable n'est requise lorsqu'un traitement d'urgence est nécessaire (p. ex. en cas de danger de mort), mais vous, ou une personne agissant en votre nom, devez nous contacter dans les 48 heures suivant l'administration du traitement d'urgence, ou si cela n'est pas possible dans les circonstances, dès que cela est raisonnablement possible.

5.3

Aux États-Unis, les soins doivent généralement être obtenus auprès d'un hôpital, d'une clinique, d'un médecin ou d'une pharmacie faisant partie du réseau Cigna Healthcare. La liste complète des hôpitaux, cliniques et médecins du réseau Cigna Healthcare est accessible sur votre Espace Client en ligne sécurisé. Si vous ou l'un de vos bénéficiaires sollicitez un traitement aux États-Unis auprès d'un professionnel de santé qui ne fait pas partie du réseau Cigna Healthcare, nous réduirons de vingt (20) pour cent le montant que nous verserons pour ces frais médicaux ou de traitement.

Toutefois, nous ne réduirons pas le montant que nous verserons ou rembourserons si vous pouvez démontrer :

- i. l'absence de tout professionnel de santé du réseau Cigna Healthcare à moins de 30 miles/50 kilomètres de votre emplacement au moment où le traitement a été demandé, ou ;

- ii. que le traitement concerné est jugé médicalement nécessaire mais n'est pas disponible auprès d'un professionnel de santé Cigna Healthcare ; ou

- iii. le traitement concerné est ou était requis en cas d'urgence.

Veillez noter que nous sommes susceptibles, à notre entière discrétion et sans notification, d'apporter des changements au réseau de Cigna Healthcare en ajoutant et/ou en supprimant des hôpitaux, des cliniques, des professionnels de santé et des pharmacies. Nous mettrons à jour la liste des professionnels de santé sur votre Espace Client en ligne sécurisé afin de refléter tout changement.

5.4

Dans la plupart des cas, nous réglons directement vos frais médicaux à votre hôpital, votre clinique ou votre praticien. Dans le cas où vous, ou tout bénéficiaire, devez payer l'hôpital, la clinique ou le médecin, vous devez nous soumettre votre facture et votre formulaire de demande de remboursement dûment rempli dès que possible après avoir engagé des frais pour tout traitement. Toutes les demandes de remboursement, y compris les factures, doivent nous être soumises dans les douze (12) mois suivant la date à laquelle le traitement ou les frais ont été engagés. Nous ne paierons ni ne rembourserons aucune demande de remboursement qui nous sera soumise par vous ou par un professionnel de santé plus de douze (12) mois après la date du traitement.

5.5

Toutes les demandes de remboursement sont soumises à la franchise applicable, à la participation aux coûts et aux plafonds énoncés dans les présentes Règles applicables à la police d'assurance, le Guide Clients et votre certificat d'assurance.

5.5.1

Les demandes de remboursement sont remboursées dans la devise dans laquelle les remboursements ont été effectués, ou, sur demande, dans la devise de paiement des primes figurant sur la police d'assurance et calculées à l'aide du taux de change applicable.

Vous, ou tout bénéficiaire, pouvez soumettre une demande de remboursement dans une autre devise. Si nous acceptons de procéder à un remboursement conformément à une demande de conversion de devise, nous appliquerons des frais de commodité standard de 3 % en plus du taux de change applicable.

Les frais de commodité seront ajoutés au taux de change de la devise demandée et influenceront sur le montant final remboursé. Autrement dit, si une demande de conversion de devise est formulée, le montant du remboursement peut alors, sous réserve des fluctuations du taux de change, être inférieur au montant initial des frais engagés.

Si une demande de conversion de devise particulière ne peut être satisfaite, nous vous contacterons pour vous demander si vous préférez présenter une autre demande de ce type ou obtenir un remboursement standard.

Vous, ou tout bénéficiaire, pouvez nous contacter pour connaître le taux de change applicable à une demande d'indemnisation particulière par l'un des moyens précisés dans la section « Nous contacter » en page 3 du présent document « Règles applicables à la police d'assurance ». Nous nous réservons le droit de supprimer ou de modifier à tout moment le montant des frais de commodité moyennant un préavis de soixante (60) jours.

5.6

Si vous ne payez pas votre prime et/ou autres frais à leur échéance, nous vous en informerons par e-mail dès que possible et suspendrons votre police à compter de la date d'échéance du paiement, ce qui signifie que la couverture de tous les bénéficiaires sera suspendue. Si le paiement est effectué dans les trente (30) jours suivant la date d'échéance, la suspension sera levée et la

couverture au titre de la police sera rétablie à la date d'échéance du paiement.

Nous n'approuverons aucun traitement tant que la police d'assurance sera suspendue. Nous ne réglerons aucune demande de remboursement tant qu'un paiement nous sera dû, et ce jusqu'à ce que le montant dû soit payé.

Si trente (30) jours après la date d'échéance du paiement le montant est toujours dû, nous vous écrirons pour vous informer que la police est résiliée. La résiliation prendra effet à la date d'échéance du premier paiement dû.

5.7

Sous réserve de l'article 13, nous vous informerons de la prime et de tous les autres frais qui s'appliqueront au cours de la prochaine période de couverture.

La prime et/ou les autres frais peuvent varier à chaque période de couverture.

6. Résiliation

6.1

Nous vous aviserons par écrit si nous décidons de résilier immédiatement la police d'assurance pour tous les bénéficiaires, sous réserve de toute disposition légale ou réglementaire contraire, si :

6.1.1

toute prime ou autre frais (y compris toute taxe applicable) n'est pas payée intégralement dans les trente (30) jours suivant la date à laquelle elle est due, comme indiqué à l'article 5.6 ;

6.1.2

il est devenu illégal pour nous de fournir toute prise en charge disponible en vertu du contrat ou si nous sommes tenus de résilier le contrat dans tout pays ou territoire particulier sur ordre d'une autorité compétente ; ou

6.1.3

si un assuré figure sur une liste de personnes ou d'entités soumises à des sanctions financières, tenue par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union européenne, le Bureau de contrôle des avoirs étrangers des États-

Unis ou toute autre autorité compétente. En outre, nous ne prendrons en charge aucune demande de remboursement concernant des services reçus dans des pays faisant l'objet de sanctions si cette prise en charge enfreint les exigences du Conseil de sécurité des Nations Unies, de l'Union européenne ou du Bureau de contrôle des avoirs étrangers du département du Trésor des États-Unis.

6.2

Sous réserve de l'article 3, nous nous réservons le droit de résilier la présente police pour tous ou une partie des bénéficiaires avec effet immédiat si nous déterminons, à notre seule discrétion et pour des motifs raisonnables, que vous avez, au cours de votre demande de police, de votre demande d'autorisation préalable ou de toute demande de remboursement en vertu de celle-ci, dissimulé des informations ou fourni délibérément ou imprudemment des informations que vous savez ou croyez être fausses ou inexacts, ou omis de fournir les informations que nous avons demandées, y compris les informations médicales. Dans ces circonstances, nous nous réservons le droit d'exercer tous ou une partie des recours suivants :

- i. refus de payer une demande de remboursement ; et/ou
- ii. recouvrement auprès de vous de toute demande de remboursement versée par nos soins ; et/ou
- iii. retenue de toute prime versée.

6.3

Sous réserve de l'article II, si un bénéficiaire cesse d'être un expatrié, que ce soit à la suite d'un changement de pays de nationalité ou de pays de résidence habituelle, nous nous réservons le droit de retirer ledit bénéficiaire de la police conformément aux conditions énoncées à l'article IO.

6.4

Si nous ne sommes plus sur le marché pour proposer cette police, nous vous aviserons au moins un (1) mois avant la date de fin pour vous informer que la police sera résiliée (et donc ne pourra pas être reconduite) à compter de la date de fin de la police. Nous nous efforcerons, sans

toutefois y être obligés, de trouver une solution de rechange appropriée pour assurer la continuité de la couverture dans de telles circonstances.

6.5

Si vous souhaitez résilier la présente police et mettre fin à la couverture de l'ensemble de vos bénéficiaires, vous pouvez le faire sous réserve de nous en informer au moyen d'un préavis d'au moins quatorze (14) jours formulé par écrit, à l'aide de l'un des moyens suivants :

- i. Vous pouvez nous envoyer un e-mail à l'adresse indiquée à la rubrique « Comment nous contacter » à la page 3 des présentes Règles applicables à la police d'assurance.
- ii. Vous pouvez contacter par écrit votre chargé de clientèle dédié.
- iii. Vous pouvez vous connecter à votre Espace Client en ligne sécurisé et cliquer sur le bouton « Besoin de résilier votre police ? », puis indiquez votre date de résiliation afin d'envoyer une notification à l'équipe concernée.

La résiliation de votre police prendra effet quatorze (14) jours après que vous nous ayez notifié votre demande. Il est important de noter que, quelle que soit la date à laquelle vous résiliez votre police, une prime minimale d'au moins trois (3) mois s'applique, comme indiqué à l'article 2.

6.6

En ce qui concerne la période postérieure à la fin de votre couverture en dehors de la période de couverture minimale de trois (3) mois, à moins que votre police ne soit résiliée conformément à l'article 6.2 et/ou à l'article 7, toute prime payée au titre de la période postérieure à la fin de la couverture sera remboursée dans la mesure où elle ne se rapporte pas à une période au cours de laquelle nous avons assuré cette couverture, où nous ne vous avons pas indemnisé(e) en cas de sinistre, ni couvert un quelconque traitement, ni émis de lettre de prise en charge au cours de la période de couverture.

Si nous avons réglé une demande de remboursement, pris en charge un traitement ou émis une lettre de prise en charge pendant la période de couverture et que votre prime annuelle

est perçue à intervalles réguliers tout au long de l'année de police, vous serez tenu(e) de payer la prime annuelle restante pour les douze (12) mois complets, soit en effectuant ces paiements programmés, soit en réglant directement la totalité du montant de la prime impayée.

6.7

Sauf accord exprès, nous ne serons pas tenus responsables des frais de traitement si la police prend fin ou si un bénéficiaire quitte la police avant que le traitement n'ait eu lieu, même si le traitement a été autorisé par nous, et vous ou le professionnel de santé serez responsables de tous ces frais de traitement.

7. Fraude

7.1

Si nous constatons qu'un bénéficiaire a déposé une demande de remboursement frauduleuse au titre de cette police, nous :

- i. nous ne serons pas tenus de payer la demande de remboursement ;
- ii. nous pourrions recouvrer auprès de l'assuré toutes sommes payées par nous en relation avec ladite demande de remboursement ; et
- iii. nous pourrions notifier à l'assuré de la résiliation du contrat et traiter le contrat comme étant résilié à compter de la date de l'acte frauduleux.

7.2

Si nous exerçons notre droit en vertu de l'article 7.1 (iii) ci-dessus :

- i. nous n'aurons aucune responsabilité envers l'assuré en cas d'évènement survenant après la date de l'acte frauduleux. Dans le cadre du présent article, un évènement s'entend de tout évènement mettant en jeu notre responsabilité en vertu de ce contrat (comme la survenance d'un préjudice, la soumission d'une demande de remboursement ou la notification d'une demande de remboursement potentielle) ; et
- ii. nous ne serons pas tenus de rembourser toute prime payée.

7.3

Si ce contrat couvre tout assuré autre que vous et qu'une demande de remboursement frauduleuse est faite en vertu de ce contrat au nom d'un assuré autre que vous, nous pourrions exercer le droit prévu à l'article 7.1 ci-dessus comme s'il existait un contrat d'assurance individuel entre nous et cet assuré. Toutefois, l'exercice de l'un de ces droits n'affectera pas la couverture fournie par le contrat pour tout autre assuré.

Aucune stipulation de l'article 7 n'est destinée à modifier la position en vertu de la loi relative à l'assurance de 2015.

8. Options de couverture

8.1

Si un bénéficiaire n'est pas couvert par les options internationales Soins ambulatoires, International Medical Evacuation, Santé et bien-être ou Optique et Soins dentaires, nous ne prendrons en charge aucun des traitements disponibles dans le cadre de ces options.

8.2

Les modifications suivantes ne peuvent être demandées durant la période de couverture. Elles ne peuvent être modifiées qu'à la reconduction de votre police d'assurance :

- > pour modifier votre niveau de couverture (par exemple, passer du niveau Silver au niveau Gold ou passer du niveau Platinum au niveau Gold pour la prise en charge Assurance santé internationale),
- > pour modifier votre franchise, participation aux coûts ou votre franchise maximale.

Si vous souhaitez apporter l'une des modifications décrites ci-dessus, vous devez nous en informer par écrit au moins sept (7) jours avant la date de reconduction annuelle. Avant de procéder à l'une de ces modifications, nous pouvons vous demander de remplir un nouveau questionnaire sur les antécédents médicaux, car certaines modifications peuvent être soumises à une évaluation des risques médicaux. Si nous acceptons votre demande, nous pouvons appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spéciales à votre police mise à jour pour la nouvelle période de couverture. Une fois que vous aurez accepté les conditions proposées, ces

modifications entreront en vigueur à compter de la date de reconduction annuelle.

Les modifications suivantes ne peuvent être demandées durant la période de couverture et seront soumises à examen par nos soins :

- > pour ajouter un ou plusieurs des modules optionnels au même niveau de prise en charge que votre prise en charge Assurance santé internationale : option internationale Soins ambulatoires, International Medical Evacuation, Option internationale Santé et bien-être ou Options dentaires et optique internationales ; et/ou
- > pour modifier votre zone de couverture en incluant la couverture États-Unis (c'est-à-dire en passant d'une couverture Mondiale à l'exclusion des États-Unis à Mondiale avec États-Unis).

Ces modifications de votre police débiteront au plus tôt à la date d'acceptation des conditions proposées et resteront en vigueur au moins jusqu'à votre date de reconduction annuelle.

8.2.1

Ces modifications sont soumis à notre discrétion avant d'apporter une quelconque modification à votre police d'assurance, nous pouvons vous demander de remplir un nouveau questionnaire relatif aux antécédents médicaux. Si nous acceptons la modification demandée, nous pouvons appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spéciales à votre police mise à jour.

Toute autre modification apportée à votre police concernant les options de couverture sera soumise à notre discrétion absolue ainsi qu'à une évaluation des risques médicaux.

8.3

Il est important de noter qu'il n'y a pas de couverture pour les prestations de maternité (rubrique sur les soins aux parents et aux bébés dans le Guide du client) sous le régime Silver. Par conséquent, en cas de passage du niveau Silver au niveau Gold ou du niveau Silver au niveau Platinum, tout bénéficiaire du régime Silver n'aura pas accès aux prestations de maternité avant d'avoir satisfait au délai d'attente de douze (12) mois (vingt-quatre (24) mois au Royaume-Uni, à

Hong Kong ou à Singapour) pour les prestations de maternité sur le régime Gold ou Platinum. Une fois qu'un bénéficiaire a été couvert par le régime Gold ou Platinum pendant douze (12) mois ou plus, il aura alors accès aux prestations de maternité.

Pour les prestations de maternité dans le cas d'un surclassement du niveau Gold au niveau Platinum lors de votre reconduction, tout bénéficiaire n'aura accès aux plafonds de prestations de maternité du régime Gold que jusqu'à ce qu'il ait satisfait à la période d'attente de douze (12) mois (vingt-quatre (24) mois au Royaume-Uni, à Hong Kong ou à Singapour) sous le régime Platinum. Une fois qu'un bénéficiaire a été couvert par le régime Gold ou Platinum pendant douze (12) mois ou plus (vingt-quatre (24) mois au Royaume-Uni, à Hong Kong ou à Singapour), il aura accès aux prestations de maternité (plafonds du régime Platinum).

9. Franchise et participation aux frais

9.1

Si vous avez sélectionné une franchise pour le régime d'assurance santé internationale et/ou l'option internationale Soins ambulatoires (le cas échéant), la franchise que vous avez choisie s'appliquera à la date de traitement et tout montant de franchise payé sera considéré comme une demande de remboursement pour votre police, que le montant de la franchise payé ait couvert totalement ou partiellement le coût de votre demande.

Nous réduirons le montant payé par nos soins pour les traitements visés par chaque demande de remboursement introduite au titre de l'Assurance santé internationale ou de l'option internationale Soins ambulatoires (le cas échéant) du montant de toute franchise, jusqu'à ce que la franchise applicable à la période d'assurance concernée soit atteinte.

Règlement d'une facture auprès d'un professionnel de santé lorsqu'une franchise s'applique :

Lorsque des accords de facturation directe sont en place avec le professionnel de santé sélectionné, nous émettrons une lettre de prise en charge pour ce dernier, qui inclura le montant de la franchise applicable. Dès réception de la

facture du professionnel de santé, nous réglerons d'abord directement avec ce dernier les frais admissibles. Nous vous informerons ensuite, ainsi que le professionnel de santé, de tout montant restant à votre charge, et vous serez responsable du paiement de cette franchise directement à l'hôpital, à la clinique, au médecin ou à la pharmacie.

Dans les cas où le professionnel de santé vous demande de payer directement la franchise applicable au moment du traitement, vous devez obtenir et conserver une facture et un reçu valides attestant du paiement de la franchise, afin d'éviter un double paiement et de faciliter un rapprochement précis des demandes de remboursement.

De plus, lorsque le coût total du traitement est inférieur au seuil de franchise et que vous avez payé ce montant directement au professionnel de santé, il convient de noter que la franchise ne sera considérée comme satisfaite que si vous soumettez une demande de remboursement. Afin d'éviter toute ambiguïté, pour que la franchise soit appliquée et enregistrée correctement, vous devez soumettre toutes les demandes de remboursement admissibles, que vous demandiez ou non un remboursement. À défaut, la franchise pourrait rester due et s'appliquer aux demandes de remboursement futures.

9.2

Si vous avez sélectionné une participation aux coûts pour l'Assurance santé internationale et/ou l'option internationale Soins ambulatoires (le cas échéant), nous réduirons le montant payé pour les frais de traitement de ce pourcentage de participation aux coûts. Dès réception de la facture du professionnel de santé, nous réglerons d'abord directement avec ce dernier les frais admissibles ; vous serez ensuite responsable du paiement de votre participation aux coûts à l'hôpital, à la clinique, au médecin ou à la pharmacie. Les montants que vous payez sont limités par l'application du plafond des dépenses non remboursées.

La participation aux coûts que vous avez choisie s'applique à la date de traitement et tout montant de participation aux coûts payé sera considéré comme une demande de remboursement pour votre police, que le montant de la participation

payé ait couvert totalement ou partiellement le coût de votre demande.

9.3

Seuls les montants que vous payez au titre de la participation aux coûts prévue par votre Assurance santé internationale et/ou l'option internationale Soins ambulatoires sont limités par l'application du plafond des dépenses non remboursées. Les éléments suivants ne sont pas concernés par l'application du plafond des dépenses non remboursées :

- > Les sommes que vous payez en raison d'une franchise ;
- > Lorsque la limite de couverture a été dépassée ;
- > Pour un traitement non couvert par l'Assurance santé internationale ; ou
- > Lorsque vous avez reçu une pénalité pour ne pas avoir obtenu d'autorisation préalable ou pour avoir eu recours à des professionnels de santé en dehors du réseau Cigna Healthcare.

Chaque montant que vous payez au titre de la franchise, de la participation aux coûts et du plafond des dépenses non remboursées, le cas échéant, s'applique distinctement à chaque bénéficiaire, chaque option de couverture et chaque période de couverture.

9.4

Aucune franchise ni participation aux coûts ne s'applique à la « prestation en espèces pour hospitalisation », à la prestation « Soins aux nouveau-nés », à la prestation « Traitement des accidents et des urgences » ou à la « Télémédecine internationale avec Teladoc » du régime d'assurance santé internationale.

Aucune franchise ni participation aux coûts ne s'applique aux prestations relevant des modules optionnels suivants : option internationale Santé et bien-être, International Medical Evacuation ou options internationales Soins dentaires et Optique.

9.5

Pour les soins ambulatoires suivants, couverts par l'Assurance santé internationale, la franchise d'hospitalisation choisie s'applique :

- > Tous soins ambulatoires dans le cadre de la prestation « dialyse rénale ».
- > Toute prestation d'imagerie médicale avancée (IRM, TDM et TEP) en ambulatoire.
- > Tous soins ambulatoires dans le cadre de la prestation « Soins de santé mentale et comportementale », y compris le soutien psychologique.
- > Tous soins ambulatoires dans le cadre de la prestation « Traitement de cancer ».
- > Tous soins ambulatoires pris en charge dans le cadre de la prestation « Complications liées à la maternité ».

10. Ajouter ou supprimer des bénéficiaires

10.1

Si vous souhaitez ajouter un nouvel assuré durant la période d'assurance, vous devez nous envoyer une souscription dûment remplie pour la personne concernée. Nous sommes libres d'accepter ou de refuser tout nouvel assuré. Nous vous informerons de toutes les conditions ou exclusions spéciales et du supplément de prime éventuels qui s'appliqueront à la couverture proposée. La couverture de tout nouvel assuré commencera à la date à laquelle vous nous confirmerez votre accord. Nous vous enverrons une attestation d'assurance mise à jour confirmant que le nouvel assuré a bien été ajouté.

10.2

En cas d'accouchement d'une assurée, vous pouvez demander à ajouter le nouveau-né comme assuré à votre contrat d'assurance existant.

10.2.1

Si au moins un (1) des parents est couvert par la police depuis au moins douze (12) mois (vingt-quatre (24) mois pour les naissances ayant lieu au Royaume-Uni, à Hong Kong ou à Singapour) consécutifs ou plus avant la naissance du nouveau-né, nous ne demanderons aucun renseignement sur sa santé, ni aucun examen médical si nous recevons la souscription pour l'ajout du nouveau-né à la police dans les trente (30) jours suivant la date de naissance du nouveau-né. Cependant, si nous recevons une souscription plus de trente (30) jours après la date de naissance du nouveau-né, le nouveau-né fera l'objet d'une appréciation du risque médical.

10.2.2

Si aucun des parents n'a été couvert par la police pendant une période de douze (12) mois consécutifs (vingt-quatre (24) mois pour les naissances qui ont lieu au Royaume-Uni, à Hong Kong ou à Singapour) ou plus avant la naissance du nouveau-né, ce dernier sera soumis à une évaluation des risques médicaux et nous pourrions appliquer des restrictions ou des exclusions spéciales.

10.2.3

Vous pouvez ajouter en tant qu'assuré à votre contrat d'assurance existant un nouveau-né issu d'une maternité de substitution ou un enfant adopté afin qu'il soit pris en charge en nous faisant parvenir une souscription. Le nouveau-né sera soumis à une appréciation du risque médical qui pourra donner lieu à l'application par nos soins de restrictions ou d'exclusions particulières.

Si une appréciation du risque médical est nécessaire pour le nouveau-né, nous vous dirons alors si nous pouvons assurer le nouveau-né et, le cas échéant, quelles sont toutes les conditions ou exclusions spécifiques qui s'appliquent. La couverture prendra effet au plus tôt à la date de votre acceptation des conditions proposées.

Nous vous ferons parvenir un nouveau certificat d'assurance confirmant la prise en charge du nouveau bénéficiaire. Veuillez vous référer à la rubrique « Traitements destinés aux nouveau-nés » de votre Guide client pour plus de détails.

Veillez noter que le montant spécifié pour la couverture des frais liés aux traitements destinés aux nouveau-nés ne concerne que le nouveau-né ajouté, et qu'aucun autre bénéficiaire ne peut prétendre à cette prestation.

10.3

Sauf pendant la période de réflexion, si vous souhaitez retirer un bénéficiaire au cours de l'année de police, vous devez nous en informer en nous donnant un préavis d'au moins quatorze (14) jours par écrit. Le retrait dudit bénéficiaire de votre police prendra effet dans un délai de quatorze (14) jours après que vous, le preneur d'assurance, nous ayez informés de cette intention par l'un des moyens précisés à la rubrique « Nous

contacter » en page 3 du présent document « Règles applicables à la police d'assurance ».

Sous réserve de l'article 2.2, vous aurez droit au remboursement de toutes les primes versées pour le reste de la période de couverture dudit bénéficiaire, à condition que nous n'ayons pas versé de remboursement, couvert un traitement ou émis une lettre de prise en charge pour ce bénéficiaire.

Si nous avons réglé une demande de remboursement, pris en charge un traitement ou émis une lettre de prise en charge pour ledit bénéficiaire pendant la période de couverture, vous serez redevable du solde des primes impayées pour la période de couverture.

11. Modifications apportées aux informations à caractère personnel que vous avez renseignées

11.1

Au cours de la période de couverture, si des modifications sont apportées à un bénéficiaire, et notamment :

- i. le pays de résidence habituel ; et/ou
- ii. pays de nationalité ; et/ou
- iii. la profession ; et/ou
- iv. la participation à des activités dangereuses (telles que décrites dans l'exclusion générale 29) ;

vous devez alors nous en informer dès que possible et en tout état de cause dans un délai de trente (30) jours.

Nous nous réservons le droit de vous demander de temps à autre des informations complémentaires concernant toute modification apportée aux informations que vous nous avez fournies. Veuillez noter que toute modification de vos informations à caractère personnel ou de celles de tout autre bénéficiaire peut entraîner une modification de votre prime ou l'application d'une exclusion. Cela peut signifier que vous devrez effectuer un paiement de prime supplémentaire, ou que vos paiements mensuels ou trimestriels pourraient augmenter. Si la prime augmente, nous

vous donnerons le droit de résilier la police, conformément à l'article 6.5, auquel cas les articles 6.6 and 6.7 s'appliqueront. Veuillez noter que l'assurance peut être fournie par une autre société de Cigna Healthcare.

11.2

Si un assuré retourne dans son pays de nationalité alors les soins médicaux qu'il peut obtenir seront limités à cent-quatre-vingt (180) jours cumulés au cours de l'année du contrat.

11.2.1

Nous nous réservons le droit d'examiner toutes les demandes de remboursement soumises par les bénéficiaires dans leur pays de nationalité. Dans les circonstances où nous savons ou croyons raisonnablement que le bénéficiaire réside ou a l'intention de résider dans son pays de nationalité pendant plus de cent quatre-vingts (180) jours au total par période de couverture, nous pouvons, à notre seule discrétion :

- i. ne plus considérer ce bénéficiaire comme un expatrié car il est retourné dans son pays de nationalité pour une période prolongée et exercer notre droit de retirer le bénéficiaire de la police conformément à l'article 6.3 ;
- ii. et/ou refuser le paiement de toute demande de remboursement ou l'émission d'une lettre de prise en charge.

11.3

Nous pouvons demander à tout moment une preuve du statut d'expatrié à tout bénéficiaire. Si vous ne nous fournissez pas les informations demandées dans un délai de trente (30) jours, nous nous réservons le droit de retirer le bénéficiaire en question de la police conformément à l'article 6.3.

11.4

Si vous, le preneur d'assurance, cessez d'être un expatrié, que ce soit à la suite d'un changement de pays de nationalité ou de pays de résidence habituelle, vous pouvez alors :

11.4.1

maintenir la police en vigueur pour la durée restante de la période de couverture ;

11.4.2

résilier la police d'assurance en adressant un préavis écrit ayant pour effet de mettre fin à la couverture pour tous les bénéficiaires. Toute prime versée pour la période postérieure à la résiliation sera remboursée dans la mesure où elle ne concerne pas une période pendant laquelle nous avons fourni une couverture, à condition que nous n'ayons pas versé de remboursements, pris en charge des traitements ou émis des lettres de prise en charge pendant la période de couverture.

Si vous choisissez de laisser la police en vigueur conformément à l'article 11.4.1, le traitement peut être limité conformément à l'article 11.2. Vous devez nous informer avant la reconduction de votre police si vous cessez d'être expatrié et nous déterminerons si nous pouvons vous proposer un autre régime d'assurance santé fourni par une autre société Cigna Healthcare ; sinon, nous pourrions décider de ne pas reconduire ou de résilier votre police.

12. Comment nous communiquerons avec vous

Sauf demande contraire de votre part, nous vous enverrons toutes les communications et notifications relatives à cette politique par voie électronique à l'adresse e-mail que vous nous avez fournie, et nous placerons vos documents de police dans votre espace client en ligne sécurisé.

Vous acceptez que nous communiquions principalement avec vous en anglais.

13. Reconduction du contrat

13.1

Cette police sera automatiquement reconduite à moins que nous décidions de ne pas le faire, ou que vous nous informiez (conformément à l'article 13.4) que vous ne souhaitez pas que la police soit reconduite et que vous souhaitez plutôt la résilier.

13.2

Nous vous écrirons au moins un (1) mois civil avant la date d'échéance pour vous informer que la police sera automatiquement reconduite et vous informer de tout changement apporté à la police et à la prime pour la période de couverture à venir.

Le paiement minimum de trois (3) mois de prime ne s'applique pas aux polices reconduites. Cette exigence ne s'applique qu'à la première année de votre police.

Sous réserve de l'article 7, toute décision de Cigna Healthcare de ne pas reconduire la police ne sera pas basée sur vos antécédents de demandes ou sur toute maladie, blessure ou affection subie par les bénéficiaires.

13.3

Si vous ne nous informez pas de votre souhait de ne pas reconduire ou de résilier votre police d'assurance, celle-ci sera automatiquement reconduite. Dans ces circonstances, veuillez vous assurer d'avoir lu et compris les documents de police d'assurance pour la période de couverture à venir. Votre couverture sera reconduite pour douze (12) mois supplémentaires.

13.4

Si vous ne souhaitez pas reconduire votre couverture, vous devez nous en informer par écrit au plus tard quatorze (14) jours avant la date de fin de votre police, en suivant la procédure de résiliation de la présente police selon l'article [6.5].

13.4.1

Si vous ne reconduisez pas votre assurance, les bénéficiaires admissibles qui étaient couverts par la police peuvent demander leur propre couverture. Nous examinerons leurs demandes individuellement et les informerons si, et à quelles conditions, nous sommes disposés à leur offrir une telle couverture. Veuillez noter qu'au moins un (1) bénéficiaire doit être âgé d'au moins dix-huit (18) ans, conformément aux modalités des droits à l'assurance de la police énoncées à l'article 1, pour devenir preneur d'assurance.

13.5

Sous réserve de l'article 8.2, si vous souhaitez apporter des modifications à votre contrat lors de son renouvellement, vous devez nous en informer par écrit au moins sept (7) jours avant votre date de reconduction annuelle. Nous pourrions appliquer de nouvelles restrictions et exclusions spéciales et/ou réviser la prime. Dans ce cas, nous vous enverrons une attestation d'assurance mise à jour.

13.6

Si des exclusions particulières ont été appliquées à un bénéficiaire, il se peut que nous les réexaminions lors d'une future date de reconduction annuelle, afin de déterminer si nous sommes disposés à les supprimer. Dans ce cas, la date de révision des exclusions figurera sur le certificat d'assurance. À cette date, nous réexaminerons également la prime supplémentaire (le cas échéant) que nous aurions pu appliquer pour couvrir une affection.

Vous devez nous contacter dès réception de l'avis de reconduction, et au moins sept (7) jours avant la date de reconduction annuelle si une exclusion doit être réexaminée à cette date.

Nous vous informerons ensuite des modifications (le cas échéant) que nous avons apportées et, si nécessaire, nous vous délivrerons un certificat d'assurance modifié. Les modifications entreront en vigueur à compter de la date de reconduction annuelle concernée. Nous ne garantissons pas que les exclusions particulières ou les primes supplémentaires seront supprimées lors de la reconduction.

14. Protection des données

14.1

Dans le cadre de l'évaluation de votre demande et de la gestion de la police et de l'assurance qui vous sont fournies, nous recueillerons, traiterons et partagerons certaines informations à caractère personnel vous concernant. Nous prenons votre vie privée très au sérieux et nous traiterons toujours vos informations conformément à la législation applicable en matière de protection des données, notamment le Règlement général sur la protection des données (UE 2016/679) et toute autre législation applicable ainsi que toutes les directives ou codes de pratique publiés en matière de protection des données à caractère personnel. Pour plus d'informations, veuillez consulter notre Avis relatif à la protection des données, que nous pouvons mettre à jour de temps à autre. Vous les trouverez à l'adresse : <https://www.cignaglobal.com/privacy-statement>

14.2

Aux fins de la gestion de toute demande de remboursement, Cigna Healthcare demandera à l'assuré de fournir des données de catégories particulières concernant ses maladies, ses

antécédents médicaux, son état de santé et ses traitements.

15. Qui peut appliquer ce contrat ?

Seuls nous et vous disposons de droits légaux relatifs à ce contrat. Une personne qui n'est pas partie à ce contrat n'a aucun droit, en vertu de la loi relative aux contrats (droits des tiers) de 1999, de faire appliquer toute clause de ce contrat mais cela n'affecte aucun droit ni recours d'un tiers qui est disponible ou est reconnu par ailleurs à ce tiers.

16. Notre droit de recouvrement auprès de tiers

La subrogation désigne les droits que Cigna Healthcare peut exercer pour recouvrer les dépenses ou frais auprès d'une autre compagnie d'assurance, d'un régime national d'assurance maladie ou de toute autre source liée au remboursement des soins assurés par la présente police.

Si Cigna Healthcare accepte d'indemniser un bénéficiaire en vertu de la police, nous serons immédiatement subrogés dans tous les droits de recouvrement, contractuels ou autres, que le bénéficiaire pourrait avoir contre un tiers responsable, dans la mesure permise par la loi, et nous aurons automatiquement un privilège sur le produit de tout recouvrement effectué par un bénéficiaire auprès de ce tiers, à concurrence des prestations versées en vertu de la police.

Le bénéficiaire doit signer tous les documents requis et prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir et préserver les droits permettant à Cigna Healthcare d'engager des poursuites en son nom. Le bénéficiaire ne portera pas atteinte aux intérêts de Cigna Healthcare ni à ses droits de recouvrement potentiels ou réels et fournira à Cigna Healthcare les informations et la coopération qu'elle pourrait raisonnablement exiger. Nous pouvons demander au praticien qui a administré le traitement de nous faire parvenir un rapport médical, si nous avons besoin de davantage d'informations.

Le bénéficiaire s'engage à signer et à remettre tous documents ou pièces, et à accomplir toute autre formalité que nous pourrions raisonnablement requérir afin de préserver,

garantir ou exercer nos droits. Le bénéficiaire s'engage à s'abstenir de tout acte ou comportement susceptible de porter atteinte à ces droits ou d'en compromettre l'exercice. Nous nous réservons le droit de nous substituer au bénéficiaire pour engager, poursuivre, défendre ou régler toute réclamation, ou exercer toute action, en son nom et pour notre propre compte. Nous déciderons librement des modalités de conduite de toute procédure ainsi que les modalités de toute transaction ou règlement.

En ce qui concerne les dépenses pour lesquelles le bénéficiaire a été ou peut être remboursé par une autre assurance ou source, Cigna Healthcare appliquera les principes normaux de contribution équitable et d'indemnisation conformément aux conditions énoncées dans la présente police et se réserve le droit de subrogation et de remboursement pour recouvrer ces dépenses auprès de toute autre source.

Cigna Healthcare bénéficie également du droit d'être remboursée sur le produit de tout recouvrement, que ce soit par règlement, jugement ou autre. Ce droit au remboursement s'ajoute aux droits de subrogation accordés par la présente police et ne les exclut pas, mais seulement dans la limite des prestations offertes par celle-ci.

Dans le cas où un bénéficiaire manquerait ou refuserait d'honorer ses obligations en vertu des présentes, Cigna Healthcare serait en droit de recouvrer tous les frais engagés pour faire respecter les termes des présentes, y compris, mais sans s'y limiter, les honoraires d'avocats, les frais de litige, les frais de justice et autres dépenses. Cigna Healthcare sera également en droit de compenser l'obligation de remboursement avec tout droit à des prestations médicales futures en vertu des présentes jusqu'à ce que le bénéficiaire se soit pleinement conformé à ses obligations de remboursement, quelle que soit la manière dont ces prestations médicales futures seront engagées.

Aucun bénéficiaire ne peut conclure un accord qui réduise ou exclue expressément, ou tente de réduire ou d'exclure, les prestations prévues par la police.

17. Autre assurance

Si vous faites une demande de remboursement au titre de cette police qui pourrait être couverte par un autre assureur en vertu d'une police distincte, vous devez nous en informer dès que possible, en fournissant des détails sur l'autre assurance et l'assureur. Vous n'aurez pas droit à un double remboursement. Nous contacterons l'autre assureur pour discuter de la demande de remboursement et nous négocierons avec lui la répartition des frais à sa charge, ou, le cas échéant, nous pourrions lui réclamer le remboursement des frais déjà engagés.

En cas de trop-perçu effectué par Cigna Healthcare, nous nous réservons le droit de :

- i. recouvrer ce trop-perçu auprès de la personne à qui ou pour le compte de laquelle il a été effectué ; ou
- ii. compenser le montant de ce trop-perçu par le remboursement d'une demande de remboursement future.

18. Modifications apportées à ce contrat

18.1

Personne hormis un cadre responsable de Cigna Healthcare n'a le pouvoir de modifier ce contrat ou de renoncer à l'application de l'une de ses clauses en notre nom, par exemple, les commerciaux, les courtiers et les autres intermédiaires ne peuvent pas changer ou étendre les conditions du contrat.

18.2

Nous nous réservons le droit d'apporter à cette politique toute modification nécessaire pour nous conformer à toute modification des législations et réglementations applicables. Si cela se produit, nous vous écrirons pour vous informer de la modification dès que possible.

19. Sanctions

Partout dans le monde, Cigna Healthcare a pour politique de respecter les règles relatives aux sanctions économiques visant des personnes, entités et pays applicables à ses opérations commerciales internationales, y

compris, notamment, les règles relatives aux sanctions imposées par les Nations Unies, la Commission européenne, les États-Unis et le Canada. Par conséquent, Cigna Healthcare ne proposera pas de prise en charge et ne versera pas de prestation à tout assuré ou pour le compte de tout assuré si cela constitue une infraction au regard des règles relatives aux sanctions. Si Cigna Healthcare apprend qu'une personne ou entité faisant l'objet de sanctions est assurée par le contrat d'assurance, ou qu'un assuré devient concerné par des sanctions, Cigna Healthcare prendra les mesures appropriées, qui peuvent inclure le blocage, le signalement et la résiliation de la prise en charge. Cigna Healthcare n'est pas tenue d'informer l'assuré de ces mesures à l'avance ni d'obtenir des licences auprès d'un quelconque gouvernement pour autoriser l'élargissement de la couverture conformément aux lois relatives aux sanctions.

En outre, des restrictions s'appliqueront aux demandes de remboursement engagées dans des pays faisant l'objet de sanctions pour lesquels il n'existe pas de licence pertinente et approuvée émise par le Bureau de contrôle des avoirs étrangers des États-Unis (Office of Foreign Assets Control). Dans le cadre des restrictions applicables, Cigna Healthcare ne prendra pas en charge : (1) les traitements électifs ou prévus dans des pays faisant l'objet de sanctions ; ou (2) les assurés considérés comme « résidant habituellement » dans un pays faisant l'objet de sanctions. Les assurés sont considérés comme résidant habituellement dans un pays faisant l'objet de sanctions s'ils s'y rendent pendant une période de plus de 6 semaines au cours de toute période de 12 mois.

20. Pandémies, épidémies et maladies infectieuses

20.1

Nous couvrirons les soins médicaux médicalement nécessaires pour une maladie ou une affection résultant d'une pandémie, d'une épidémie ou de la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les soins médicaux médicalement nécessaires et les affections médicales associées seront pris en charge sur la base d'une hospitalisation, de soins de jour et de soins ambulatoires (si l'option Soins ambulatoires à

l'international a été sélectionnée), conformément aux garanties du régime sélectionné et aux conditions de la police. Lorsque l'assuré ne peut pas obtenir les médicaments prescrits où il se trouve à la suite d'une pandémie, d'une épidémie ou de la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, nous prendrons en charge le coût de l'expédition en plus du coût des médicaments prescrits selon les termes des médicaments prescrits et des prestations de soins ambulatoires pour les pansements.

20.2

Nous prendrons en charge les tests médicalement nécessaires concernant la pandémie, l'épidémie ou la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, sur une base de soins ambulatoires, conformément à la couverture de la police pour les diagnostics d'autres maladies, et conformément aux directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

20.3

Lorsqu'un vaccin approuvé devient disponible dans un lieu par le biais des programmes de sécurité sociale locaux ou de l'agence gouvernementale, nous recommandons que les conseils du gouvernement local soient suivis et que le système de santé local ou le programme gouvernemental soit consulté, s'il est possible d'accéder à celui-ci.

Si le vaccin doit être administré dans un cadre privé autorisé, et que votre régime sélectionné comprend une couverture pour les vaccins cliniquement appropriés, le vaccin sera couvert sur une base de soins ambulatoires conformément aux termes de la police, et dans la mesure où les autorités réglementaires locales appropriées estiment que le vaccin est sûr et efficace dans le pays où il sera administré.

Nous ne pouvons garantir la disponibilité d'un vaccin dans aucun lieu et Cigna Healthcare ne peut pas contrôler comment ou quand un vaccin est distribué.

RUBRIQUE 2: EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Nous ne prenons pas en charge de frais ni ne payons de demandes de remboursement lorsque cela est illégal pour nous de le faire en vertu des lois en vigueur. Cela comprend notamment les contrôles de change, les réglementations locales relatives à la délivrance de licences et les embargos commerciaux.

Conformément à la clause I9, nous ne couvrons aucun assuré ni ne payons de demandes de remboursement dans des pays où faire cela enfreindrait les restrictions commerciales applicables, notamment les restrictions imposées par le Bureau de contrôle des actifs étrangers du département du Trésor des États-Unis, la Commission européenne ou les Comités de sanctions du Conseil de sécurité des Nations Unies.

Nous ne saurions être tenus responsables des pertes, dommages, maladies et/ou blessures qui pourraient survenir suite à des soins médicaux dispensés à l'hôpital ou par un praticien, même si nous avons accepté la prise en charge des soins médicaux.

Les exclusions suivantes s'appliquent à l'assurance médicale internationale et à toutes les options de garanties supplémentaires. Veuillez également consulter la liste des garanties dans votre Guide client, notamment la rubrique des notes pour connaître toutes les restrictions et exclusions supplémentaires applicables, outre les exclusions générales. Veuillez également consulter votre attestation d'assurance pour connaître toutes les exclusions spéciales qui peuvent s'appliquer.

I. Centres hospitaliers, prestataires et praticiens non agréés ou non reconnus

Soins médicaux dispensés par :

- a) un praticien qui n'est pas reconnu par les autorités compétentes dans le pays où les soins médicaux sont reçus comme possédant les connaissances de spécialiste, ou l'expertise, dans le traitement de la maladie ou de la blessure qui doivent être soignées ;

- b) un praticien, un thérapeute, un hôpital, une clinique ou un établissement que nous avons avisés par écrit du fait que nous ne les reconnaissons plus comme fournisseur de soins médicaux. Vous pouvez obtenir les coordonnées des personnes, institutions et organismes à qui nous avons adressé cette notification en appelant notre équipe du Service clients ; ou
- c) un praticien, un thérapeute, un hôpital, une clinique ou un établissement dont nous pensons raisonnablement qu'ils ne sont pas correctement qualifiés ou autorisés à dispenser des soins médicaux, ou qu'ils ne sont pas compétents pour dispenser lesdits soins médicaux.

2. Maladies préexistantes

Sauf accord contraire, traitement pour :

- a) une maladie préexistante ; ou
- b) toute affection ou tout symptôme résultant d'une affection préexistante ou y étant lié.

Nous ne prendrons pas en charge les traitements relatifs à une affection préexistante dont le titulaire de la police avait connaissance (ou aurait raisonnablement dû avoir connaissance) à la date de début de la couverture, et pour laquelle nous n'avons pas expressément accepté de fournir une couverture.

3. Traitements préventifs

Soins médicaux préventifs, notamment les dépistages, les bilans de santé de routine et les vaccins (sauf si ces soins médicaux sont inclus dans l'Assurance médicale internationale ou l'une des options par laquelle l'assuré est couvert).

Dans le cadre de l'assurance médicale internationale, les limites de prise en charge pour la chirurgie de prévention concernant des affections congénitales, autres que le cancer, s'appliquent.

4. Traitement par des membres de la famille ou des cohabitants

Soins médicaux dispensés par quelqu'un qui vit à la même adresse que l'assuré ou qui est un membre de la famille de l'assuré.

5. Conflits, catastrophes ou comportements à risque

Soins médicaux rendus nécessaires par un conflit ou une catastrophe, notamment :

- a) contamination nucléaire ou chimique ;
- b) guerre, invasion, actes de terrorisme, rébellion (que la guerre soit déclarée ou non), guerre civile, insurrection, coup d'état militaire ou autre usurpation de pouvoir, loi martiale, émeute ou acte de la part d'une autorité instituée illégalement ;
- c) tout autre conflit ou catastrophe ;

lorsque l'assuré :

- i) s'est mis en danger en pénétrant ou restant dans une zone de conflit (telle qu'identifiée par le gouvernement de votre pays de nationalité, par exemple, le Foreign and Commonwealth Office britannique) ;
- ii) a participé activement au conflit ; ou
- iii) a fait preuve d'un mépris évident pour sa propre sécurité.

6. Traitement en dehors de la zone de couverture sélectionnée

Tous les soins médicaux reçus en dehors de votre zone de couverture sélectionnée, sauf s'ils peuvent être pris en charge dans le cadre de la « Garantie hospitalisation d'urgence hors zone de couverture ».

7. Frais de déplacement

Frais de déplacement relatifs aux soins médicaux incluant tous les frais de taxi et de bus, sauf mention contraire, et les frais de carburant ou de stationnement.

8. Évacuations navire-terre

Frais relatifs aux évacuations navire-terre.

9. Maisons de retraite, stations thermales et cliniques de médecine douce

Soins médicaux dispensés dans des cliniques de médecine douce, des spas, des maisons de repos ou d'autres établissements qui ne sont pas des hôpitaux ou des professionnels de santé

reconnus. En particulier, nous ne prenons pas en charge les frais de soins (tels que l'hébergement, les repas et les frais de subsistance) ou toute autre forme de traitement administré au sein d'un établissement résidentiel ou d'un centre de soins aux personnes âgées, même s'il s'agit d'un traitement médicalement nécessaire et/ou administré par un médecin reconnu.

10. Séjours à l'hôpital pour des raisons non médicales

Frais de séjours résidentiels à l'hôpital qui sont organisés entièrement ou partiellement pour des raisons domestiques ou lorsque les soins médicaux ne sont pas nécessaires ou lorsque l'hôpital est effectivement devenu le domicile ou la demeure permanente.

11. Hébergement hospitalier raisonnable

Frais d'hospitalisation dans une chambre de luxe, exécutive ou VIP.

12. Prothèses

Toute prothèse ou tout dispositif, y compris les lunettes (sauf si le module Assurance optique et dentaire internationale a été choisi) qui ne sont pas médicalement nécessaires et/ou ne correspondent pas à notre définition des prothèses.

13. Frais annexes

Les frais annexes sont en ce compris, sans toutefois s'y limiter, les journaux, les communications, les repas des invités et l'hébergement à l'hôtel.

14. Frais administratifs

Frais et honoraires de remplissage du formulaire de demande de remboursement ou autres frais administratifs.

15. Admissions à l'hôpital pour des raisons non médicales

Les admissions ou séjours hospitaliers non médicaux peuvent inclure :

- a) tout traitement pouvant être effectué en ambulatoire ou en consultation externe ;
- b) convalescence ;
- c) admissions et séjours pour des raisons sociales ou domestiques, par exemple pour se laver, s'habiller et se baigner.

16. Maintien de la vie artificielle

Les soins médicaux de maintien des fonctions vitales (comme la ventilation artificielle), sauf si de tels soins présentent une perspective raisonnable de rétablissement de l'assuré, ou de retour de l'assuré à son état de santé précédent.

17. Chirurgie foetale

Chirurgie foetale, c'est-à-dire les soins médicaux ou la chirurgie réalisés dans l'utérus avant la naissance, sauf s'ils résultent de complications survenues pendant la grossesse et soumis aux limites détaillées dans la rubrique « Complications liées à la grossesse » de l'Assurance médicale internationale.

18. Arrêt du tabac

Soins médicaux pour, ou en relation avec, l'arrêt de la cigarette.

19. Blessures auto-infligées ou tentatives de suicide

Nous prenons en charge les soins de santé mentale et les services de santé comportementale médicalement nécessaires, en ce compris, mais sans s'y limiter, les consultations et les thérapies avec des spécialistes. En revanche, nous ne prenons pas en charge les traitements découlant d'une tentative de suicide ou y étant liés de quelque manière que ce soit, ni les blessures ou maladies que le bénéficiaire s'inflige, sauf si la loi de l'État ou la loi fédérale l'exige.

20. Troubles du développement et de la personnalité

Problèmes de développement, soins médicaux pour les troubles de la personnalité et/ou du comportement, notamment :

- a) difficultés d'apprentissage, comme la dyslexie ;
- b) problèmes de développement physique comme une petite taille ;
- c) trouble de la personnalité dépendante ;
- d) trouble de la personnalité schizoïde ; ou
- e) trouble de la personnalité histrionique.

21. Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)

Troubles de l'articulation temporomandibulaire.

22. Affections et troubles de l'addiction

Traitement d'une affection connexe résultant de troubles et d'états addictifs. Toutefois, une cure

ou un programme de traitement de la toxicomanie dans un centre spécialisé offrant un traitement fondé sur des données probantes (lorsque ce traitement est médicalement nécessaire et recommandé par un médecin) et jusqu'à trois tentatives de désintoxication sont couverts par cette police dans la mesure détaillée dans la prestation Soins de santé mentale et comportementale

23. Mauvais usage de substances et d'alcool

Soins médicaux pour une affection associée résultant de la consommation ou de l'abus de toute sorte de substance ou d'alcool.

24. Contraception

Soins médicaux rendus nécessaires par des moyens de contraception féminine ou masculine, notamment :

- a) contraception chirurgicale, à savoir :
 - > vasectomie, stérilisation ou implants ;
- b) contraception non chirurgicale, à savoir :
 - > pilules ou préservatifs ;
- c) planning familial, à savoir :
 - > consultation d'un médecin pour discuter de procréation ou de contraception.

25. Interruption volontaire de grossesse

Soins médicaux liés à l'interruption volontaire de grossesse, sauf si la grossesse met en danger la vie ou l'équilibre mental d'une assurée.

26. Troubles des fonctions sexuelles

Soins médicaux liés aux troubles des fonctions sexuelles (comme l'impuissance) ou autres problèmes sexuels quelle qu'en soit la cause sous-jacente.

27. Chirurgie oculaire réfractive

Traitements visant à modifier la réfraction d'un œil ou des deux yeux, en ce compris, mais sans s'y limiter, la kératotomie réfractive et la kératectomie photoréfractive (KPR). Veuillez noter que nous prendrons en charge les traitements visant à corriger ou à rétablir la vue si ceux-ci sont nécessaires à la suite d'une maladie, d'une affection ou d'une blessure (comme la cataracte ou un décollement de la rétine).

Nous ne prenons pas en charge les traitements en cas de presbytie physiologique - une perte de

vision attribuable à la modification normale de la vision liée au vieillissement.

28. Chirurgie de conversion sexuelle

Opération chirurgicale de conversion sexuelle, y compris les procédures facultatives et tout conseil médical ou psychologique en préparation ou suite à de telles opérations chirurgicales, à moins que l'État ou la loi fédérale n'exige leur couverture. Nous couvrirons les services de santé comportementale médicalement nécessaires, y compris, notamment, les conseils pour les troubles de l'identité sexuelle, les affections psychiatriques connexes (telles que l'anxiété et la dépression) et l'hormonothérapie médicalement nécessaire.

29. Activités sportives dangereuses et professionnelles

Les traitements consécutifs ou d'une quelconque manière liés à une blessure ou une maladie résultant de :

- a) la participation à une activité sportive à titre professionnel ; ou
- b) la pratique d'une activité ou d'un passe-temps sportif dangereux, notamment les sports d'hiver hors-piste (p. ex. ski, ski de randonnée, snowboard, ski hors piste héliporté ou snowboard hors piste héliporté), le base jump ou le saut à l'élastique, la plongée sous-marine, le plongeon de haut vol ou le saut depuis une falaise, l'alpinisme ou l'escalade, l'escalade libre (sans harnais ni corde), la spéléologie, le fell ou trail running, les sports automobiles, les sports équestres (p. ex. courses de chevaux, saut d'obstacles ou polo), la chasse, le rodéo ou la course de taureaux, le parkour, la dynamophilie, le surf ou le kitesurf, le rafting en eaux vives ;
- c) la plongée en solitaire ; ou
- d) la plongée sous-marine à une profondeur supérieure à trente (30) mètres, à moins que le bénéficiaire ne soit dûment qualifié (à savoir PADI ou équivalent) pour la plongée sous-marine à cette profondeur.

Remarque: les sports d'hiver pratiqués sur des pistes balisées (sur piste) ne sont pas considérés comme des activités sportives dangereuses. Les traitements médicalement nécessaires ne sont pas exclus à la suite d'une blessure, à condition que les activités de sports d'hiver sur les pistes ne soient

pas pratiquées à un niveau professionnel ou de compétition.

La marche en côte, la randonnée et le trekking effectués sur des sentiers balisés ne sont pas considérés comme une activité sportive dangereuse tant qu'aucun équipement spécialisé n'est requis (comme les cordes, harnais, mousquetons, crampons et équipement d'escalade de protection). Les traitements médicalement nécessaires à la suite de toute blessure subie au cours de ces activités non dangereuses seront couverts par la prestation appropriée pour les patients hospitalisés, en soins de jour ou ambulatoires.

30. Traitements expérimentaux ou non approuvés

Traitements qui (selon notre avis raisonnable) sont expérimentaux ou dont l'efficacité n'a pas été prouvée. Sont inclus, sans toutefois s'y limiter :

- a) les traitements fournis dans le cadre d'un essai clinique ;
- b) les traitements non approuvés par l'autorité de santé publique compétente du pays dans lequel il est reçu ; ou
- c) tout médicament prescrit pour un usage pour lequel il n'a pas été autorisé ou approuvé dans le pays où il est prescrit.

Les complications résultant de traitements expérimentaux ou non approuvés ne seront pas non plus couvertes.

31. Traitements cosmétiques

Toute forme de soins cosmétiques ou de reconstruction, ainsi que toute éventuelle complication qui en découle, dont l'objectif est de modifier ou d'améliorer l'apparence, même pour des raisons psychologiques, sauf si les soins médicaux sont médicalement nécessaires et s'ils découlent directement d'une maladie ou d'une blessure subies par l'assuré ou d'une opération chirurgicale.

32. Acte illégal

Soins médicaux qui ont été causés ou sont rendus nécessaires par un acte illégal commis par un assuré.

33. Médicaments amaigrissants et autres suppléments

Les frais éventuels liés aux:

a) médicaments amaigrissants et aux aides à l'amaigrissement ne sont pas couverts même s'ils sont prescrits pour le contrôle du poids par un médecin ou reconnus comme ayant des effets thérapeutiques.

b) aux compléments alimentaires (tels que les préparations pour nourrissons et les produits cosmétiques) ou aux substances disponibles à l'état naturel, telles que les vitamines, les minéraux et les substances organiques, en vente libre ou sur ordonnance.

Nous couvrons toutefois certains compléments alimentaires et vitamines en cas de nécessité médicale pour traiter des syndromes de carence en vitamines diagnostiqués, tels que la carence en fer, l'anémie ou l'acide folique pendant la grossesse.

RUBRIQUE 3: DÉFINITIONS

Sauf indication contraire, les mots et expressions définis ci-dessous, lorsqu'ils sont utilisés dans les présentes Conditions générales, ainsi que dans le Guide client (y compris le tableau des garanties aux pages 17 à 47), ont les significations suivantes.

Sauf mention contraire, la forme au singulier comprend la forme plurielle et la forme masculine comprend la version féminine et vice-versa.

Affection(s) congénitale(s) : anomalie, difformité, maladie ou blessure présentes à la naissance, qu'elles aient été diagnostiquées ou non.

Affection préexistante : Toute maladie, affection ou blessure, ou symptômes présents avant la date de prise d'effet initiale de votre police pour lesquels :

- > un avis médical ou un traitement a été demandé ou reçu ; ou
- > le bénéficiaire était au courant et n'a pas sollicité d'avis médical ou de traitement.

Assurés, assuré : toute personne figurant dans votre attestation d'assurance comme étant couverte par le présent contrat, y compris les nouveau-nés.

Assurance santé internationale : Désigne la couverture obligatoire de votre police Cigna Healthcare. Elle constitue la base de votre police d'assurance et se compose principalement de prestations pour les patients hospitalisés et les patients ambulatoires. Pour la liste complète des prestations couvertes par l'assurance santé internationale, veuillez vous référer au tableau des prestations dans votre Guide Client.

Autorisation préalable/accord préalable : désigne le processus formel de contact avec nous pour obtenir la confirmation que le traitement médical sera pris en charge et que l'établissement médical envisagé est un professionnel de santé agréé par Cigna Healthcare qui répond aux normes de qualité de Cigna Healthcare. Notre accord sera basé sur un processus d'examen du caractère médicalement nécessaire des traitements effectués par notre équipe médicale et nous pouvons émettre une lettre de prise en charge, si nécessaire, dans le cadre de cet examen. Les traitements médicaux nécessitant un accord préalable sont clairement indiqués dans la liste des prestations de votre Guide d'information pour les

clients. **Le défaut d'obtention de l'accord préalable requis de notre part entraînera une réduction du montant que nous verserons pour ce traitement.**

Cigna Healthcare : Assureur de cette police.

Conditions générales : les conditions générales, exclusions générales et articles régissant ce contrat.

Contrat : La police comprenant:

- > le Dossier du preneur d'assurance et les déclarations qu'il a faites lors de son affiliation pour lui et ses bénéficiaires éventuels dans le dossier ;
- > les présentes Règles applicables à la police d'assurance ;
- > le Guide Client (qui contient la liste des prestations et les informations relatives aux demandes) ;
- > votre certificat d'assurance (où figurent le numéro de police, la prime annuelle, la date de début, le montant de la franchise et/ou de la participation aux coûts s'il est sélectionné, les détails des personnes couvertes, les exclusions spéciales ou les exclusions qui ont été supprimées avec une prime additionnelle ainsi que le régime de soins de santé et les options sélectionnées, le cas échéant) ;
- > votre Carte d'affiliation Cigna Healthcare.

Cosmétique : Services, procédures ou articles fournis principalement à des fins esthétiques et qui ne sont pas médicalement nécessaires pour maintenir un niveau acceptable de santé.

Date de début : date à laquelle la couverture de ce contrat commence, telle qu'indiquée dans l'attestation d'assurance.

Date de début initiale : premier jour de la couverture de l'assuré dans le cadre de l'Assurance médicale internationale.

Date de fin : date à laquelle la couverture dans le cadre de ce contrat prend fin, telle qu'indiquée sur l'attestation d'assurance.

Date de reconduction annuelle : la date anniversaire de la date de début.

Directeur exécutif : Cadre supérieur de Cigna Healthcare chargé de l'élaboration des politiques et de la prise de décisions

Données de catégorie particulière: données personnelles qui révèlent l'appartenance raciale ou l'origine ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale d'une personne physique, ainsi que les données génétiques, les données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique.

Données personnelles : toute information relative à une personne physique identifiée ou identifiable.

Établissements médicaux : Toute organisation inscrite ou agréée dans son pays en tant qu'établissement hospitalier dispensant des traitements médicaux ou chirurgicaux, au sein de laquelle l'assuré bénéficie de soins quotidiens ou de la surveillance d'un médecin ou d'un infirmier qualifié.

Expatrié : désigne un assuré résidant en dehors de son pays de nationalité.

Hospitalisation : Le patient est admis à l'hôpital et occupe un lit pendant une nuit ou plus, pour des raisons médicales. Un exemple d'hospitalisation est la chirurgie après une crise cardiaque où le patient se rétablira à l'hôpital pendant la nuit.

Intervalles d'âge appropriés : table d'âges des enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 17 ans établie par l'**American Academy of Pediatrics (AAP)**.

Lettre de prise en charge : Une garantie contraignante que nous avons établie pour payer à un prestataire les coûts convenus associés à un traitement particulier que nous pouvons donner à

un bénéficiaire ou à un établissement médical ou à un médecin.

Liste des médicaments du formulaire : liste des médicaments sous ordonnance applicable à toutes les demandes adressées aux pharmacies situées aux États-Unis. Cette liste est élaborée par Cigna Healthcare avec l'aide de notre Comité pharmaceutique et thérapeutique et est mise à jour deux fois par an. Tous les médicaments compris dans notre liste des médicaments du formulaire sont approuvés par l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (FDA). Les médicaments en vente libre (qui ne nécessitent pas d'ordonnance), à l'exception de l'insuline, ne font pas partie de notre liste des médicaments du formulaire, à moins que l'État ou la loi fédérale n'exige leur couverture. Nous vous informerons de tout changement ayant une incidence sur la couverture d'un médicament que vous prenez au moment d'une mise à jour.

Nécessité médicale/Médicalement nécessaire : S'entend des services et équipements couverts, médicalement nécessaires, en accord avec les Directives cliniques internationales, que l'équipe médicale considère comme étant:

- > nécessaires au diagnostic ou au traitement d'une maladie, d'une blessure, d'une affection ou de ses symptômes ;
- > orthodoxes et conformes aux pratiques médicales habituelles ;
- > cliniquement appropriés en termes de type, de fréquence, d'étendue, de site et de durée ;
- > pas principalement pour la commodité du bénéficiaire, du médecin ou de l'établissement médical ; et
- > prodigués dans le cadre le moins intensif qui convient à l'administration des services et des équipements concernés.

Le cas échéant, l'équipe médicale peut comparer le rapport coût-efficacité des autres services, cadre ou fournitures pour déterminer quel est le cadre le moins intensif.

Pays de nationalité : pays dont un assuré est un ressortissant, un citoyen ou un sujet, comme indiqué dans votre souscription.

Pays de résidence habituelle : pays dans lequel un assuré réside habituellement, comme indiqué dans votre souscription.

Pays désigné : Pays de résidence habituelle du bénéficiaire étant soit Chypre, le Danemark, la Grèce, Malte et la Roumanie, soit d'autres pays européens que nous avons convenu d'inclure avant la date de début de la police, qui sera précisée sur votre certificat de couverture santé.

Période de couverture : La présente police a une période de couverture de douze (12) mois. La période de couverture s'étend de la date de début à la date de fin indiquée dans le Certificat d'assurance ou plus tôt si elle est résiliée conformément aux Règles applicables à la police d'assurance. La police est automatiquement reconduite à la fin de la période de couverture, sauf indication contraire de votre part ou de la nôtre.

Période minimale : Désigne les trois premiers mois consécutifs à compter de la date de début initiale de votre police (y compris la période de rétractation de quatorze (14) jours) pendant lesquels vous êtes tenu de payer des primes, que vous ayez ou non fait une demande de remboursement au titre de la police.

Praticien : Un médecin, un spécialiste, un personnel infirmier ou un thérapeute qualifié (y compris les orthophonistes, les diététiciens ou les orthoptistes), un chirurgien-dentiste ou un praticien dentaire qui est agréé, dûment qualifié ou autorisé à pratiquer la médecine ou à fournir un traitement en vertu des lois du pays, de l'État ou d'une autre zone réglementée dans laquelle le traitement est fourni, et qui n'est pas couvert par la présente police, ou un membre de la famille d'une personne couverte par la présente police.

Preneur d'assurance : une personne âgée de 18 ans ou plus qui a fait une demande de souscription auprès de nous ayant été acceptée par écrit par nous et qui paie la prime du contrat.

Réseau Cigna Healthcare : Réseau d'hôpitaux, cliniques, pharmacies et professionnels de santé autorisés par le Groupe Cigna.

Soins ambulatoires : Un patient qui fréquente le service de soins ambulatoires d'un hôpital, un cabinet de consultation ou une clinique externe pour un traitement ou tout autre établissement médical ambulatoire, mais qui n'est pas admis pour des soins de jour ou une hospitalisation

et qui n'occupe pas de lit. Un exemple de soins ambulatoires serait de vous rendre dans une clinique ambulatoire pour faire retirer un grain de beauté, où vous n'êtes pas tenu d'être hospitalisé et ne nécessitez pas d'anesthésie générale pour l'intervention.

Soins de jour : Le patient est admis dans un hôpital, une unité de soins de jour ou un autre établissement médical pour un traitement ou parce qu'il a besoin d'une période de convalescence médicalement supervisée, mais n'occupe pas de lit pendant la nuit.

Un exemple de traitement de jour serait de se rendre à l'hôpital pour une chimiothérapie dans le cadre d'un traitement du cancer ou de subir une endoscopie dans le cadre d'un test diagnostique.

Soins médicaux/Traitement : tout traitement chirurgical ou médical contrôlé par un médecin, qui se déroule dans un établissement médical et qui est médicalement nécessaire pour diagnostiquer, guérir ou soulager substantiellement une maladie, une affection ou une blessure.

Traitement d'urgence : Traitement médicalement nécessaire pour éviter les effets immédiats et/ou significatifs d'une maladie, d'une blessure ou d'une situation qui, si elle n'est pas traitée, pourrait entraîner une dégradation conséquente de l'état de santé du patient. Seuls les traitements médicaux dispensés par un médecin ou un praticien et dans le cadre d'une hospitalisation débutant dans un délai de vingt-quatre (24) heures à compter de la situation d'urgence concernée, ou dès que cela est raisonnablement possible, seront pris en charge.

Soins médicaux fondés sur des preuves: soins médicaux ayant fait l'objet de recherches, de revues et reconnus par :

- > l'Institut national de la santé et de l'excellence clinique ; ou
- > les directives cliniques internationales.

Zone de couverture sélectionnée : Désigne soit :

- > une couverture mondiale, y compris aux États-Unis (tout pays du monde, à l'exclusion des pays avec lesquels les échanges commerciaux sont, à la date de commencement d'un traitement, interdits par le Gouvernement fédéral des États-Unis d'Amérique

dans une mesure telle que les paiements sont illicites en vertu de la loi applicable); ou

- > une couverture mondiale, à l'exception des États-Unis.

«Nous», «notre» et «nos»: Lorsque nous utilisons les termes «nous», «notre» et «nos», nous faisons référence à Cigna Healthcare, l'assureur de la présente police.

«Vous»: le preneur d'assurance

FINANCIAL SERVICES COMPENSATION SCHEME (FSCS)

Vous pourriez avoir droit à une indemnisation du Financial Services Compensation Scheme si Cigna Healthcare devient insolvable et se trouve dans l'incapacité de respecter ses obligations envers vous en vertu de la présente police. Des informations complémentaires sur ce dispositif sont disponibles sur le site Internet du Financial Services Compensation Scheme : www.fscs.org.uk.

« Cigna Healthcare » et le logo « Tree of Life » sont des marques de service déposées de Cigna Intellectual Property, Inc. que The Cigna Group et ses filiales d'exploitation sont autorisées à utiliser aux termes d'une licence. Tous les produits et services sont fournis par ou via ces filiales d'exploitation et non par The Cigna Group. Ces filiales d'exploitation comprennent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A. -N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2026 Cigna Healthcare. Tous droits réservés.