



CONDITIONS GÉNÉRALES

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

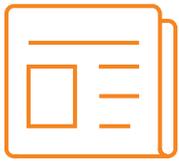


TABLE DES MATIÈRES

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

Les mots et expressions en *italique* s'entendent au sens qui leur est donné à la rubrique 3, « Définitions ».

Vous trouverez ici toutes les 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

Article 1. Étendue de la couverture et droits à l'assurance	Page 4
Article 2. Début et fin de la couverture	Page 4
Article 3. Les informations que vous nous transmettez	Page 5
Article 4. Délai de rétractation	Page 5
Article 5. Primes et autres frais	Page 5
Article 6. Résiliation.....	Page 6
Article 7. Fraude.....	Page 7
Article 8. Options de couverture	Page 7
Article 9. Franchise et participation aux frais	Page 8
Article 10. Ajouter et supprimer des assurés.....	Page 8
Article 11. Changements de pays de résidence habituelle, d'adresse et/ou de nationalité	Page 9
Article 12. Communication.....	Page 9
Article 13. Reconduction du contrat.....	Page 9
Article 14. Protection des données	Page 10
Article 15. Qui peut appliquer ce contrat ?.....	Page 10
Article 16. Notre droit de recouvrement auprès de tiers	Page 10
Article 17. Pluralité des assurances	Page 11
Article 18. Modifications apportées à ce contrat	Page 11



Rubrique 2 : Exclusions générales

Page 12



Rubrique 3 : Définitions

Page 15



INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

Cette assurance est fournie par :

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.
52 avenue de Cortenbergh
1000 Bruxelles
Belgique

Cigna est contrôlée en Belgique par la Banque Nationale de Belgique (De Nationale Bank van België) dans le cadre de la surveillance prudentielle et par l'Autorité des services et marchés financiers (De Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten) dans le cadre de la surveillance de l'intégrité des marchés financiers et du traitement équitable des consommateurs de produits financiers.

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 (Financial Ombudsman) à :

The Financial Ombudsman Service
Exchange Tower
Londres
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**

Vous pourriez également être en droit de soumettre une réclamation au médiateur de *votre pays désigné*. *Nous* fournirons des informations complémentaires sur demande envoyée à l'adresse figurant dans la rubrique « Nous contacter » ci-dessous.

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).

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.



NOUS CONTACTER

Pour annuler ce *contrat*, envoyez-*nous* un e-mail à : **cignaglobal_customer.care@cigna.com**.

Pour plus d'informations, consultez l'article 6.4 des présentes *Conditions générales*. *Vous* devrez fournir *votre* numéro de *contrat*, votre nom complet et l'adresse e-mail indiquée dans le formulaire de *souscription*.

Vous pouvez également nous écrire à l'adresse suivante :

Cigna Global Health Options
Équipe Services clients
1 Knowe Road
Greenock
Écosse
PA15 4RJ

Dans tous les autres cas, *vous* pouvez appeler notre équipe du Service clients 24 h/24, 7 j/7 au : **+44 (0) 1475 788 182** ou depuis les États-Unis au **800 835 7677**.



RUBRIQUE 1 : MODALITÉS ET CONDITIONS GÉNÉRALES

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

1.1

Le *contrat* est proposé uniquement aux *assurés* dont le *pays de résidence habituelle* et le *pays de nationalité* est le même *pays désigné*.

1.2

Ce *contrat* vous couvrira uniquement si vous êtes un ressortissant d'un *pays désigné* et que votre *pays de résidence habituelle* est ce même *pays désigné*.

1.3

Ce *contrat* vous permet d'ajouter des personnes (par ex., des membres de votre famille) en tant qu'*assurés* à votre *contrat* pour autant que leur *pays de résidence habituelle* soit le même *pays désigné* que le *vôtre*. Notez que tout *assuré* supplémentaire sera ajouté à *notre* entière discrétion (voir article 11 pour plus d'informations).

1.4

Sous réserve des clauses, conditions, limites et exclusions (et exclusions spéciales détaillées dans votre *attestation d'assurance*, le cas échéant) du présent *contrat*, Cigna prend en charge vos dépenses de santé et frais associés en lien avec des *soins médicaux médicalement nécessaires* qui sont recommandés par un *praticien*, et dispensés dans la *zone de couverture sélectionnée* pour les *blessures* et les *maladies*. Les *soins médicaux* doivent être dispensés pendant la *période de couverture* et des franchises, des participations aux frais et des limites de prise en charge peuvent s'appliquer. Dans certains cas, *nous* pourrions, à *notre* entière discrétion, accepter de supprimer une exclusion si *vous* vous acquittez d'un supplément de prime. Cet accord se fera au moment où *vous* souscrirez votre *contrat*.

1.5

Vous devez être âgé(e) de dix-huit (18) ans ou plus au moment de la *souscription* pour souscrire ce *contrat*.

1.6

En cas de changement intervenant entre votre *souscription* et la *date de début initiale* de votre *contrat*, et si toute information que *vous* nous avez fournie dans votre *souscription* change au cours de cette période, *vous* devez *nous* en informer. *Nous* nous réservons le droit d'annuler le *contrat* ou d'appliquer tous suppléments de prime ou exclusions supplémentaires suite à toute modification de votre état de santé dont *vous* nous avez informés avant la *date de début* initiale de votre *contrat*. Si *vous* ne nous informez pas d'un changement dans votre état de santé pendant cette période, *nous* pourrions considérer qu'il s'agit d'une déclaration inexacte, ce qui pourrait affecter la prise en charge dans le cadre de votre *contrat* ou le paiement de demandes de remboursement.

1.7

Ce *contrat* ne couvre pas les frais liés aux *soins médicaux* reçus avant la prise d'effet du *contrat* ou après la fin de celui-ci (même si *nous* avons approuvé ces *soins médicaux* avant la fin du *contrat*).

2. Début et fin de la couverture

2.1

Ce *contrat* est un *contrat* annuel. Cela signifie que, à moins qu'il ne soit résilié de manière anticipée, le *contrat* d'assurance prendra fin un (1) an après la *date de début*.

2.2

Si ce *contrat* prend fin avant la *date de fin* normale, toute prime versée en relation avec une période postérieure à la cessation de la couverture sera remboursée sur une base proportionnelle, pour autant qu'aucune demande de remboursement n'ait été faite et qu'aucune *lettre de prise en charge* n'ait été émise au cours de la *période de couverture*.

Si le *contrat* prend fin avant la *date de fin* normale et que *vous* avez effectué des demandes de remboursement au titre de ce *contrat*, *vous* serez redevable des primes restant dues au titre du *contrat*.

2.3

Si *vous* décédez, l'assurance prendra fin pour tous les *assurés* à moins qu'un *assuré* *nous* contacte dans les trente (30) jours suivant la date du décès qui apparaît sur le certificat de décès. Si l'un quelconque des *assurés* souhaite conserver la couverture en devenant le *preneur d'assurance*, et sous réserve des clauses de *notre contrat*, il doit *nous* informer dans les trente (30) jours et *nous* fournir une copie du certificat de décès. Si aucun *assuré* ne souhaite conserver la couverture en tant que *preneur d'assurance*, le *contrat* prendra fin et *nous* ne procéderons à aucun remboursement relatif à des *soins médicaux* ou des services reçus à la date ou après la date à laquelle le *contrat* prend fin.

3. Les informations que vous nous transmettez

Pour décider d'accepter ce *contrat* et pour définir les conditions et les primes, *nous* *nous* sommes fondés sur les informations que *vous* *nous* avez fournies. *Vous* devez faire attention aux réponses apportées aux questions que *nous* *vous* posons, en *vous* assurant que toutes les informations fournies sont exactes et complètes.

Si *nous* avons lieu de croire que *vous* *nous* avez délibérément, ou par imprudence, fourni des informations fausses ou trompeuses, cela pourrait avoir des effets préjudiciables sur ce *contrat* et toute demande de remboursement. Par exemple, *nous* pourrions :

- > traiter ce *contrat* comme s'il n'avait jamais existé, refuser de payer toute demande de remboursement et de rembourser les primes payées. *Nous* n'agissons ainsi que si *nous* *vous* fournissons une couverture que *nous* n'aurions pas offerte autrement ;
- > modifier les conditions de *votre* assurance. *Nous* pourrions appliquer ces conditions modifiées comme si elles étaient déjà en place si une demande de remboursement a été affectée de manière préjudiciable par *votre* négligence ; ou
- > résilier le *contrat* conformément à l'article 6.2.

Si *nous* décidons de prendre l'une de ces mesures, *nous* *vous* en informerons par écrit.

Si *vous* prenez connaissance du fait que des informations que *vous* *nous* avez transmises sont inexactes, *vous* devez *nous* en informer dès que possible en utilisant l'une des options indiquées à la rubrique « Nous contacter » à la page 3 des présentes *conditions générales*.

4. Délai de rétractation

Vous avez le droit d'annuler *votre contrat* dans les quatorze (14) jours suivant la date à laquelle *vous* recevez ce *contrat*. Si *vous* souhaitez annuler ce *contrat* et que *nous* n'avons pas payé de demande de remboursement ni émis de *lettre de prise en charge*, *vous* recevrez un remboursement intégral de *votre* prime. En revanche, si *nous* avons payé une demande de remboursement ou émis une *lettre de prise en charge*, *nous* ne rembourserons aucune prime qui a été payée. Pour annuler ce *contrat*, contactez-*nous* en utilisant l'une des options indiquées à la rubrique « Nous contacter » à la page 3 des présentes *conditions générales*.

Si *vous* n'exercez pas *votre* droit d'annuler ce *contrat*, il restera en vigueur et *vous* serez tenu(e) de verser toute prime qui *nous* est due.

Pour vos droits d'annulation en dehors du délai de rétractation de quatorze (14) jours, reportez-*vous* à l'article 6 de ce *contrat*.

5. Primes et autres frais

5.1

Votre attestation d'assurance définit la prime et les autres frais (comme les taxes) qui sont payables et indique quand et comment ils doivent être réglés.

Les paiements doivent être effectués dans la devise et de la manière précisées dans *votre attestation d'assurance*.

5.2

Si *vous* ou tout *assuré* ne demandez pas d'accord préalable pour des *soins médicaux*, ou recevez des *soins médicaux* aux États-Unis dans un *hôpital*, une *clinique* ou chez un *praticien* qui n'est pas membre du réseau *Cigna*, *nous* pourrions ne pas prendre en

charge tous *vos soins médicaux*. Veuillez consulter « Votre guide pour obtenir des soins médicaux » à la page 10 du *Guide client* pour savoir comment *nous* calculerons toute réduction de la valeur de *vos* demande de remboursement. *Vous* trouverez une liste des *hôpitaux*, des *cliniques* et des *praticiens* du réseau *Cigna* dans *vos* Espace client en ligne sécurisé.

5.3

Si *vous* ne réglez pas la prime et/ou tous les autres frais à leur date d'échéance, *nous* *vous* en informerons immédiatement par e-mail et *nous* suspendrons *vos* contrat, c'est-à-dire que la couverture de tous les *assurés* sera suspendue. Si le paiement est effectué, le *contrat* sera réactivé. *Nous* n'approuverons aucuns *soins médicaux* pendant la période de suspension du *contrat*. *Nous* ne traiterons aucune demande de remboursement tant que *vous* n'aurez pas réglé tout paiement en retard.

Si après trente (30) jours, la somme n'est toujours pas payée, *nous* *vous* écrirons pour *vous* informer que le *contrat* est résilié. La résiliation prendra effet à la date d'échéance du premier paiement en retard.

Si *vous* réglez le montant dû dans les trente (30) jours suivant la date d'échéance du premier paiement en retard, *nous* réactiverons *vos* contrat, avec effet rétroactif à cette date.

5.4

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

La prime et/ou les autres frais seront révisés à chaque nouvelle *période de couverture*.

6. Résiliation

6.1

Sous réserve de toute disposition légale ou réglementaire contraire, *nous* résilierons ce *contrat* avec effet immédiat pour tous les *assurés* si :

6.1.1

toute prime ou tous autres frais (y compris toute taxe applicable) ne sont pas intégralement payés dans les trente

(30) jours suivant la date d'échéance de leur paiement. *Nous* *vous* informerons par écrit en cas de résiliation du *contrat* pour cette raison ;

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* résilierons le présent *contrat* avec effet immédiat si *nous* estimons, à *notre* entière discrétion, et pour des motifs légitimes, que *vous* avez, lors de la *souscription* du *contrat* ou en effectuant une demande de remboursement dans le cadre de ce *contrat*, dissimulé des informations ou fourni sciemment ou imprudemment des informations que *vous* savez ou croyez être fausses ou inexacts, ou si *vous* n'avez pas fourni les informations que *nous* avons demandées, y compris des informations médicales.

6.3

Si *nous* ne commercialisons plus le *contrat* ou une alternative appropriée dans *vos* zone géographique, *nous* *vous* informerons au moins un (1) mois avant la *date de fin* que le *contrat* sera résilié (et ne pourra pas être reconduit) à la *date de fin*.

6.4

Si *vous* souhaitez résilier ce *contrat* et mettre fin à la couverture de tous les

assurés, vous pouvez le faire à tout moment en nous envoyant un préavis écrit d'au moins sept (7) jours. Écrivez-nous en utilisant l'une des options indiquées à la rubrique « Nous contacter » à la page 3 des présentes conditions générales.

6.4.1

Si le *contrat* est résilié conformément à l'article 6.4 avant la *date de fin* et que nous avons payé une demande de remboursement ou émis une *lettre de prise en charge* au cours de la *période de couverture*, vous serez redevable des primes restant dues au titre du *contrat*. Si votre prime annuelle est versée en plusieurs fois au cours de la période du *contrat*, vous devrez effectuer ces paiements pour le reste de la *période de couverture* ou bien régler le montant de la prime restant dû.

6.5

Concernant la période qui suit le terme de votre assurance, à moins que votre *contrat* ne soit résilié en vertu de l'article 6.2 et/ou de l'article 7, toute prime payée en lien avec la période qui suit le terme de l'assurance sera alors remboursée dans la mesure où elle ne concerne pas une période au cours de laquelle nous fournissions une couverture, et à condition que nous n'ayons payé aucune demande de remboursement ni émis de *lettre de prise en charge* au cours de la *période de couverture*.

6.6

Si des *soins médicaux* ont été autorisés, nous ne prendrons en charge aucuns frais liés aux *soins médicaux* si le *contrat* prend fin ou si un *assuré* n'est plus couvert par le *contrat* avant que les *soins médicaux* ne soient dispensés.

7. Fraude

7.1

Si un *assuré* fait une demande de remboursement frauduleuse dans le cadre de ce *contrat* :

- 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 ne 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 *assuré* n'est pas couvert par les options *Soins ambulatoires* à l'international, *Évacuation à l'international & Crisis Assistance Plus™*, *Santé et bien-être* à l'international ou *Optique et dentaire* à l'international, nous ne prendrons en charge aucun des *soins médicaux* inclus dans ces options.

8.2

Les options de couverture ne peuvent pas être modifiées à votre demande pendant la *période de couverture*, mais uniquement à la reconduction du *contrat*. Si vous souhaitez

ajouter ou supprimer des options à *votre contrat*, ou réduire *votre franchise*, *votre participation aux frais* ou *votre participation maximale (annuelle) aux frais*, *nous pourrions vous demander de remplir un nouveau questionnaire sur les antécédents médicaux* et *nous pourrions appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spéciales aux nouvelles options de couverture*. *Vous devez nous en informer par écrit au moins sept (7) jours avant la date de reconduction annuelle*.

9. Franchise et participation aux frais

9.1

Si *vous avez sélectionné une franchise dans la couverture Assurance médicale internationale et/ou l'option Soins ambulatoires à l'international (si applicable)*, *vous devrez payer le montant de la franchise directement à l'hôpital, à la clinique ou au praticien*. *Nous vous communiquerons le montant de la franchise*.

Nous réduirons le montant de notre prise en charge des frais de soins médicaux faisant l'objet d'une demande de remboursement dans le cadre des options Assurance médicale internationale ou Soins ambulatoires à l'international (si applicable) du montant de la franchise jusqu'à ce que le montant de la franchise pour la période de couverture soit atteint.

9.2

Si *vous avez choisi une participation aux frais dans le cadre de l'Assurance médicale internationale et/ou de l'option Soins ambulatoires à l'international (si applicable)*, *nous réduirons le montant que nous prenons en charge pour les frais de soins médicaux à hauteur du pourcentage de cette participation aux frais*. *Vous devrez régler le montant de la participation aux frais directement à l'hôpital, à la clinique ou au praticien*. Les sommes que *vous payez* sont soumises à la limite de la participation maximale (annuelle) aux frais applicable.

9.3

Seules les sommes que *vous payez* au titre de la participation aux frais dans le cadre de l'Assurance médicale internationale et/ou de l'option *Soins ambulatoires à l'international* sont soumises à la limite de la participation maximale (annuelle) aux frais. Ne sont pas

soumis à la participation maximale (annuelle) aux frais :

- > tous les montants que *vous payez* au titre d'une franchise ;
- > les montants dépassant les plafonds de garantie ;
- > les *soins médicaux* non couverts par l'Assurance médicale internationale ou par l'option *Soins ambulatoires à l'international* ; ou
- > les pénalités appliquées en raison de la non-obtention d'une autorisation préalable ou du recours à des professionnels de santé hors-réseau aux *États-Unis*.

Tous les montants que *vous payez* au titre de la franchise, de la participation aux frais et de la participation maximale (annuelle) aux frais le cas échéant, s'appliquent séparément à chaque *assuré*, chaque option de couverture et chaque *période de couverture*.

9.4

Aucune franchise ne s'applique aux garanties « Indemnité journalière d'hospitalisation » ou « Soins aux nouveau-nés ».

10. Ajouter et supprimer des assurés

10.1

Sauf en cas de survenue d'un *événement de la vie admissible*, *vous ne pouvez pas ajouter ni supprimer un assuré pendant la période du contrat*. Un *assuré* peut être ajouté ou supprimé uniquement si *vous reconduisez l'assurance à la fin d'une période de couverture annuelle*.

10.2

Si *vous souhaitez ajouter un nouvel assuré*, *vous devez nous envoyer une souscription dûment remplie pour cette personne*. *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*.

10.3

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

10.3.1

Si au moins un (1) des parents est couvert par le *contrat* depuis au moins douze (12) mois consécutifs 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 au *contrat* 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.

10.3.2

Si aucun parent n'est couvert pas le *contrat* depuis au moins douze (12) mois consécutifs avant la naissance du nouveau-né, celui-ci fera l'objet d'une appréciation du risque médical et vous pourrez soumettre une *souscription* pour ajouter le nouveau-né.

10.4

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. L'assurance prendra effet à compter de la date à laquelle vous acceptez les conditions proposées.

Nous vous enverrons une *attestation d'assurance* mise à jour confirmant que le nouvel *assuré* a bien été ajouté. Pour plus d'informations, consultez la garantie « Soins aux nouveau-nés » dans *vosre* Guide client.

11. Changements de pays de résidence habituelle, d'adresse et/ou de nationalité

11.1

Si un *assuré* change de *pays de résidence habituelle* pour un pays autre que le *pays désigné* du *preneur d'assurance*, vous pouvez :

11.1.1

maintenir le *contrat* en vigueur pour le reste de la *période de couverture*. La prise en charge restera inchangée pour tout *assuré* résidant toujours dans le *pays désigné* concerné ; ou

11.1.2

résilier le *contrat* par notification écrite, auquel cas la couverture prendra fin pour tous les *assurés*. Toute prime versée en relation avec une période postérieure à la résiliation sera remboursée sur une base proportionnelle, tant qu'aucune demande de remboursement n'a été faite et qu'aucune *lettre de prise en charge* ou autorisation préalable n'a été émise au cours de la *période de couverture*.

Si un *assuré* quitte le *pays désigné* concerné, *nous* pourrions vous proposer de souscrire une autre assurance santé pour lui, fournie par une autre société du groupe *Cigna*, qui couvre les *expatriés* et les personnes vivant en dehors de ce *pays désigné*.

12. Communication

Nous enverrons des informations et notifications en lien avec ce *contrat* par voie électronique à l'adresse e-mail que vous avez fournie, et *nous* mettrons les *documents de vosre contrat* à disposition dans *vosre* Espace client en ligne sécurisé.

13. Reconduction du contrat

13.1

Si *nous* décidons de reconduire le *contrat*, *nous* vous en informerons par écrit au moins un (1) mois calendaire avant la *date de fin* pour vous *inviter* à reconduire le *contrat* aux conditions que *nous* vous proposons. *Nous* vous informerons de toute modification du *contrat* et de la prime pour la prochaine *période de couverture*. Si la législation et/ou la réglementation locales l'imposent, *nous* pourrions vous proposer une autre assurance santé.

Sous réserve de l'article 7, aucune décision prise par *Cigna* de ne pas reconduire le *contrat* ne sera basée sur *vosre* historique de remboursement ni sur les antécédents médicaux d'un quelconque *assuré*.

13.2

Si vous acceptez de reconduire le *contrat*, vous devez lire et comprendre les *documents du contrat* pour la prochaine *période de couverture*. Votre assurance sera reconduite pour une durée de douze (12) mois supplémentaires.

13.3

Si vous ne voulez pas reconduire votre *contrat*, vous devez nous en informer par écrit au moins sept (7) jours avant la *date de fin de votre contrat*.

13.3.1

Si vous ne reconduisez pas votre *contrat*, tous les *assurés* qui étaient couverts par le *contrat* pourront souscrire leur propre *contrat*. Nous examinerons leurs *souscriptions* individuellement, et les informerons de l'offre éventuelle que nous pouvons leur proposer et des modalités correspondantes.

13.4

Si vous souhaitez ajouter ou supprimer des options de couverture, 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.

13.5

Si de quelconques exclusions spéciales s'appliquent à l'un des *assurés*, nous pourrions occasionnellement les examiner à une *date de reconduction annuelle* future, afin de déterminer si nous sommes prêts à supprimer ces exclusions. Dans ce cas, nous indiquerons la date d'examen des exclusions dans l'*attestation d'assurance*. À la date indiquée, nous réviserons également le supplément de prime éventuel que nous pourrions avoir appliqué pour la prise en charge d'une maladie.

Vous devez nous contacter à la réception de la notification de reconduction et au plus tard quatorze (14) jours avant la *date de reconduction annuelle* s'il existe une exclusion qui doit être examinée à cette date.

Nous vous informerons alors des modifications éventuelles que nous avons

apportées et, si cela est *nécessaire*, nous établirons une *attestation d'assurance* modifiée. Les modifications prendront effet à la *date de reconduction annuelle*. Nous ne pouvons pas garantir que la ou les exclusions spéciales ou que le supplément de prime seront supprimés à la reconduction.

14. Protection des données

14.1

Dans le cadre de l'évaluation de votre *souscription* et de la gestion du *contrat* et de l'assurance qui vous est fournie, nous recueillerons, traiterons et partagerons certaines informations personnelles vous concernant. Nous prenons votre confidentialité très au sérieux et nous traiterons toujours vos informations conformément à la législation applicable en matière de protection des données, y compris le Règlement général sur la protection des données (UE 2016/679) et toute autre législation applicable et autres directives et codes de pratiques en relation avec la protection des *données personnelles* publiés à tout moment. Pour plus d'informations, veuillez consulter notre Déclaration de protection des données, que nous pourrions mettre à jour à tout moment.

14.2

Aux fins de la gestion de toute demande de remboursement, Cigna 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

Si un *assuré* a besoin de *soins médicaux* suite à un accident ou à un acte délibéré dont un tiers est responsable, nous (ou toute

personne ou société que *nous* désignons) demanderons à cet *assuré* de faire valoir son droit de recouvrer le montant de ces *soins médicaux* auprès du tiers responsable (ou de sa compagnie d'assurances). Si *nous* demandons à un *assuré* de le faire, il ou elle devra prendre toutes les mesures *nécessaire* pour inclure le montant de l'indemnisation qui *nous* est demandée au titre de ce *contrat* dans toute réclamation faite à la personne responsable (ou à sa compagnie d'assurances).

L'*assuré* devra signer et fournir tous les documents ou papiers, et prendre toutes les mesures que *nous exigeons* pour protéger *nos* droits. L'*assuré* ne doit prendre aucune mesure risquant d'affecter ou de porter atteinte auxdits droits. *Nous* pouvons prendre en charge et contester ou régler toute réclamation, ou engager des poursuites pour toute réclamation, au nom d'un *assuré* dans *notre* propre intérêt. *Nous* déciderons de la façon de procéder à des poursuites et des règlements.

17. Pluralité des assurances

Si *vous* possédez également un *contrat* avec un autre assureur, *nous* négocierons avec lui afin de déterminer qui paie, et dans quelles proportions, une demande de remboursement. Si un *assuré* est couvert par une autre assurance, *nous* pourrions ne payer qu'une partie des frais des *soins médicaux*. Si une autre personne ou un autre organisme ou programme public est redevable des frais des *soins médicaux*, *nous* pourrions exiger le remboursement des frais que *nous* avons payés.

18. Modifications apportées à ce contrat

18.1

Personne hormis un cadre responsable de *Cigna* 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 de quelconques modifications à ce *contrat* nécessaires pour *nous* conformer à tout changement dans les lois et règlements applicables. Si tel est le cas, *nous vous* écrirons pour *vous* informer du changement.



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.

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.

1. 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. Soins médicaux pour :

- a) une affection préexistante ; ou
- b) des troubles ou des symptômes qui découlent de, ou sont liés à une affection préexistante.

Nous ne prenons pas en charge les soins médicaux dispensés pour une affection préexistante dont le preneur d'assurance avait (ou aurait raisonnablement dû avoir) connaissance à la date du début de la couverture, et que nous n'avons pas expressément accepté de couvrir.

3. 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.

4. 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. 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 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. 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 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. Frais relatifs aux évacuations navire-terre.

9. 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.

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

12. Toute prothèse ou tout dispositif, y compris les aides auditives et 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 divers comprenant les journaux, les appels téléphoniques, les repas et les séjours à l'hôtel des invités.

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

15. Admissions ou séjours non médicaux dans un *hôpital*, notamment :

- a) les *soins médicaux* qui pourraient être dispensés sous forme de *soins de jour* ou de *soins ambulatoires* ;
- b) la convalescence ;
- c) les admissions et les séjours pour des raisons sociales ou domestiques, par exemple, toilette, habillage et bain.

16. 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* fœtale, 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. Soins des pieds dispensés par un podologue ou podiatre.

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

20. *Soins médicaux* découlant de, ou liés de quelque façon que ce soit à une tentative de suicide ou à une *blessure* ou une maladie que l'assuré s'est infligé à lui-même.

21. 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.

22. Troubles de l'articulation temporomandibulaire.

23. Soins médicaux pour une affection résultant d'états et de troubles de l'addiction.

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

25. 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.

26. 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.

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

28. Soins médicaux destinés à changer la réfraction de l'un ou des deux yeux, notamment les traitements au laser, la kératotomie réfractive et la kératotomie photoréfractive. Notez que nous prenons en charge les soins médicaux destinés à corriger ou rétablir la vue si cela est rendu nécessaire suite à une maladie ou

une blessure (comme la cataracte ou un décollement de la rétine).

29. 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.

30. Soins médicaux nécessaires suite, ou liés de quelque sorte que ce soit, à une blessure ou une maladie dont un assuré souffre après :

- a) avoir participé à une activité sportive à un niveau professionnel ;
- b) avoir participé à une activité sportive dangereuse ;
- c) une sortie de plongée sous-marine en solo ; ou
- d) une sortie de plongée sous-marine à une profondeur de plus de trente (30) mètres sauf si l'assuré a les qualifications requises (à savoir titulaire d'une certification PADI ou équivalente) pour plonger à cette profondeur.

31. Soins médicaux qui (selon notre avis raisonnable) sont expérimentaux ou dont l'efficacité n'a pas été démontrée. Cela comprend, sans s'y limiter :

- a) les soins médicaux dispensés dans le cadre d'un essai clinique ;
- b) les soins médicaux qui n'ont pas été autorisés par l'autorité sanitaire compétente dans le pays où ils sont reçus ; ou
- c) toute substance ou tout médicament prescrit(e) pour un objectif pour lequel il ou elle n'a pas été autorisé(e) ou approuvé(e) dans le pays où il ou elle est prescrit(e).

32. Toute forme de soins cosmétique ou de reconstruction, 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.

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



RUBRIQUE 3 : DÉFINITIONS

Les mots et expressions ci-dessous s'entendent au sens qui leur est donné. Quand ces mots et ces expressions sont utilisés dans ce sens, ils apparaissent en italiques dans les présentes *Conditions générales*, ainsi que dans le Guide client, y compris dans la liste des garanties.

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 : maladie ou *blessure*, ou symptômes liés à cette maladie ou *blessure*, présents avant la *date de début initiale*, pour lesquels :

- une consultation médicale ou des *soins médicaux* ont été sollicités ou reçus ; ou
- l'*assuré* n'a pas consulté ni suivi de *traitement* alors qu'il en avait connaissance.

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

Attestation d'assurance : l'attestation délivrée au *preneur d'assurance*. Elle indique le *numéro de contrat*, la prime annuelle, la *date de début*, le montant de la *franchise (le cas échéant)*, la participation aux frais (le cas échéant), la participation maximale (annuelle) aux frais (si applicable), l'identité des personnes couvertes, toutes les exclusions spéciales ou celles qui ont été supprimées moyennant un supplément de prime et la couverture ainsi que les options choisies (le cas échéant) qui s'appliquent.

Blessure : une blessure physique.

Chirurgie (ou opération/intervention chirurgicale) : branche de la médecine

qui traite les maladies, les *blessures* et les difformités au moyen d'interventions qui nécessitent une incision dans le corps.

Cigna, nous, notre, nos, l'assureur : voir page 3 de ces *Conditions générales* pour connaître les coordonnées de *l'assureur Cigna* gérant *votre contrat*.

Clinique(s) : établissement de soins de santé enregistré ou autorisé dans le pays où il est implanté, principalement pour dispenser des *soins ambulatoires* et dans lequel les soins ou la supervision sont *assurés* par un *praticien*.

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

Conjoint : époux ou épouse d'un *assuré*, ou partenaire d'union civile non marié(e), que *nous* avons accepté de couvrir dans le cadre du présent *contrat*.

Contrat : le *contrat* d'assurance comprenant les présentes *conditions générales*, le *Guide client* (qui contient la liste des garanties et des informations sur les demandes de remboursement) et *votre attestation d'assurance*.

Cosmétique : services, procédures ou articles fournis principalement à des fins esthétiques et qui ne sont pas nécessaires au maintien d'un état de santé acceptable.

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*.

Dentiste : chirurgien-dentiste ou *praticien* dentaire qui est enregistré ou autorisé en tant que tel conformément aux lois du pays, de l'état ou d'une autre zone réglementée dans lequel ou laquelle les *soins médicaux* sont dispensés.

Documents du contrat (d'assurance) : la documentation relative au *contrat*, comprenant les présentes *conditions générales*, le *Guide client*, votre *attestation d'assurance* et votre *carte d'assuré Cigna*.

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.

États-Unis : les États-Unis d'Amérique et les territoires des États-Unis.

Événement de la vie admissible désigne :

- > mariage ou union civile ;
- > début de cohabitation avec un(e) concubin(e) ;
- > divorce ou séparation ;
- > naissance d'un enfant ;
- > adoption légale d'un enfant ; ou
- > décès d'un(e) *conjoint(e)*, concubin(e) ou d'un enfant.

Nous pourrions exiger un justificatif pour les événements ci-dessus.

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

Hospitalisation : admission dans un *hôpital* avec occupation d'un lit pendant une nuit ou plus, pour raisons médicales.

Hôpital : organisme ou institution qui est enregistré(e) ou habilité(e) comme hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il est situé et dans lequel ou laquelle l'*assuré* reçoit des soins quotidiens ou est sous la supervision d'un *praticien* ou d'un *infirmier qualifié*.

Infirmier qualifié : infirmier qui est enregistré ou habilité en tant que tel conformément aux lois du pays, de l'état ou d'une autre zone réglementée dans lequel ou laquelle les *soins médicaux* sont dispensés.

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 : un engagement pris par *nous* de payer à un professionnel de santé les frais acceptés associés à des *soins médicaux* particuliers, que *nous* pouvons remettre à un *assuré* ou à un *hôpital*, une *clinique* ou un *praticien*.

Monde entier hors États-Unis : monde entier, à l'exception des *États-Unis*.

Monde entier États-Unis compris : tous les pays du monde, à l'exclusion des pays avec lesquels, à la *date de début des soins médicaux*, le gouvernement fédéral des *États-Unis* a interdit les échanges commerciaux dans la mesure où les paiements sont interdits par le droit applicable.

Médecin : professionnel de santé qui est enregistré et habilité selon les lois du pays, de l'état ou de la zone réglementée à pratiquer la médecine dans le pays où les *soins médicaux* sont dispensés.

Nécessité médicale/Médicalement nécessaire : services et fournitures médicalement nécessaires pris en charge qui sont déterminés par l'équipe médicale, conformément aux Directives cliniques internationales, comme étant :

- > nécessaires pour diagnostiquer ou traiter une maladie, une *blessure* ou leurs symptômes ;
- > orthodoxes et conformes aux standards de pratique médicale généralement acceptés ;
- > cliniquement appropriés en matière de type, fréquence, étendue, site et durée ;
- > non destinés principalement à la commodité de l'*assuré*, du *médecin*, de l'*hôpital*, de la *clinique* ou d'un *praticien* ; et
- > dispensés dans les posologies les moins intenses appropriées pour la délivrance des services et des fournitures.

Quand cela est applicable, l'équipe médicale pourra comparer le rapport coût-efficacité d'autres services, posologies ou fournitures pour déterminer le meilleur.

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 : le *pays de résidence habituelle* de l'*assuré*, soit : Chypre, la Grèce, Malte ou la Roumanie.

Praticien : *médecin* ou spécialiste qui est enregistré ou habilité à pratiquer la médecine conformément aux lois du pays, de l'état ou d'une autre zone réglementée dans lesquels le *traitement* est dispensé, et qui n'est pas couvert par le présent *contrat* ou un membre de la famille de quelqu'un couvert par le présent *contrat*.

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*.

Prothèse(s) : un membre artificiel ou outil *nécessaire* aux fins de, ou en lien avec une *intervention chirurgicale*, ou dans le cadre du *traitement* suivant immédiatement une *intervention chirurgicale* aussi longtemps que cela est *médicalement nécessaire*, ou qui est *médicalement nécessaire* et fait partie du processus de récupération à court terme.

Période de couverture : période de douze (12) mois consécutifs durant laquelle les *assurés* sont couverts par le présent *contrat*, soit la période entre la *date de début* et la *date de fin* indiquées dans l'*attestation d'assurance* ou avant en cas de résiliation conformément aux *conditions générales*.

Rééducation : ergothérapie, orthophonie ou kinésithérapie visant à rétablir l'état de santé de l'*assuré* tel qu'il était avant un événement.

Service d'assistance médicale : un service qui fournit des conseils médicaux et une assistance et organise une évacuation ou un rapatriement sanitaire conformément aux Directives cliniques internationales. Ce service peut être multilingue et l'assistance est disponible vingt-quatre (24) heures sur 24.

Soins ambulatoires : soins dispensés dans un *hôpital*, une *salle de consultation* ou une *clinique de soins ambulatoires*, sans admission pour des *soins de jour* ou une *hospitalisation*.

Soins de jour : admission dans un *hôpital* ou dans une unité de *soins de jour* ou un autre établissement médical pour des *soins médicaux* ou une convalescence sous surveillance médicale, mais sans occupation d'un lit la nuit. Cela comprend également les interventions chirurgicales réalisées au cabinet d'un *médecin*.

Soins médicaux/Traitement : soins médicaux ou chirurgicaux contrôlés par un *praticien* et qui sont *médicalement nécessaires* pour diagnostiquer, soigner ou soulager de manière significative la maladie ou la *blessure*.

Soins médicaux d'urgence : *soins médicaux* qui sont *médicalement nécessaires* pour prévenir les effets immédiats et notables des maladies, *blessures* ou affections qui, si elles n'étaient pas traitées, pourraient entraîner une détérioration importante de l'état de santé. Seuls les *soins médicaux* dispensés par un *médecin*, un *praticien* et l'*hospitalisation* commençant dans les vingt-quatre (24) heures suivant l'urgence sont 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.

Souscription : la *souscription* du *preneur d'assurance* (qu'il *nous* ait envoyé un formulaire directement ou par l'intermédiaire d'un courtier ou en ligne ou via *nos* téléconseillers) et toute déclaration qu'il a faite lors de son inscription le concernant lui et tous les *assurés* figurant sur la *souscription*.

Thérapeute : orthophoniste, diététicien ou orthoptiste qui est convenablement qualifié et titulaire de la licence correspondante pour pratiquer dans le pays où les *soins médicaux* sont reçus.

Vous, votre, vos : le *preneur d'assurance*.

Zone de couverture sélectionnée : désigne soit :

- > *monde entier, États-Unis compris* ; ou
- > *monde entier hors États-Unis*.

Together, all the way.®



« Cigna » et le logo « Tree of Life » sont des marques de service déposées de Cigna Intellectual Property, Inc. que Cigna Corporation 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 Cigna Corporation. 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. © 2020 Cigna Tous droits réservés.