

A Munich Re company

GLOBALITY HEALTH
premium health insurance worldwide

Globality YouGenio[®] World

Conditions générales Conditions d'assurance, prestations et exclusions



Globality Health

Premium health insurance worldwide

Bien structurée. Compréhensible. Complète.

Un partenaire, une multitude de possibilités. Où que *vous* alliez, Globality Health est votre compagnon de voyage pour tous les aspects relatifs à votre santé, avec des prestations incomparables.

Les conditions générales d'assurance sont les règles qui régissent votre contrat d'assurance dans lequel sont stipulées vos droits et obligations. Elles donnent des explications importantes sur le fonctionnement de vos garanties. *Nous nous* réjouissons d'une relation harmonieuse avec *vous* pendant toute la durée du contrat d'assurance.

Vous avez d'autres questions ?

Si, lecture faite du présent document, des questions subsistaient, *nous* y répondrons volontiers. Les termes en *italiques* sont définis dans le glossaire se trouvant à la fin du document.

Nous sommes à votre disposition dans le monde entier :

Globality S.A.
1A, rue Gabriel Lippmann
L-5365 Munsbach
Luxembourg

Téléphone : +352 270 444 3603
Télécopie : +352 270 444 3699

E-Mail : service-yougenio@globality-health.com
Site internet : www.globality-health.com

Globality S.A. est soumise au contrôle du :
Commissariat aux Assurances, 7, boulevard Joseph II,
L-1840 Luxembourg

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

Signification des symboles :

- Cette prestation est assurée, c'est-à-dire que *nous* prenons en charge les frais remboursables à 100 %, sauf mention contraire dans les garanties.
- Aucune prise en charge n'est prévue pour cette prestation.

Contenu

1. Dispositions générales	4	5. Exclusions	32
1.1 Eligibilité	4		
1.2 Maladies préexistantes	4	6. Procédure de remboursement	36
1.3 Clause moratoire	4	6.1 Conditions pour percevoir le remboursement	36
1.4 Comment souscrire	4	6.2 Lorsqu'un cas d'assurance se produit	36
1.5 Droit de rétractation	5	6.3 Informations devant apparaître sur les factures	37
		6.4 En cas d' <i>accident</i> ou d' <i>urgence</i>	37
2. Votre couverture d'assurance	6	6.5 Demande de remboursement	38
2.1 Garanties	6	6.6 Remboursement des prestations	38
2.2 Cas d'assurance	6	6.7 <i>Eclaims</i>	38
2.3 Nécessité médicale	6	6.8 Prétentions à l'égard de tiers et compensation	38
2.4 Prise d'effet de la couverture d'assurance	6	6.9 Fraude	38
2.5 Délais d'attente	6		
2.6 Durée de la <i>police d'assurance</i>	7	7. Paiement et calcul de la prime	39
2.7 Renouvellement de la <i>police d'assurance</i>	7		
2.8 Résiliation de la <i>police d'assurance</i>	7	8. Information générale	41
2.9 Expiration de la couverture d'assurance	8	8.1.a Changement de <i>pays de résidence</i> et de nationalité ou de citoyenneté	41
		8.1.b Réinstallation dans le <i>pays d'origine</i>	41
3. Territorialité de la garantie	9	8.1.c Modification des informations contractuelles	41
3.1 <i>Région de destination</i>	9	8.2 Modifications des conditions générales d'assurance	41
3.2 Couverture temporaire pour la <i>région de destination</i> I	9	8.3 Communication entre <i>vous</i> et <i>nous</i>	41
		8.4 Réclamations	41
4. Etendue des garanties	10	8.5 Tribunal compétent	42
4.1 <i>Franchises</i>	10	8.6 Loi applicable	42
4.2 Prestations doubles pour la <i>région de destination</i> I	10	8.7 Langue	42
4.3 <i>Plafond annuel global</i>	11		
4.4 Etendue des garanties : <i>traitements hospitaliers</i>	11	9. Définitions	43
4.5 Etendue des garanties : <i>traitements ambulatoires</i>	14		
4.6 Etendue des garanties : <i>traitements dentaires</i>	17		
4.7 Etendue des garanties : assistance médicale	18		
4.8 Etendue des garanties : assistance supplémentaire	19		
4.9 Description des prestations	20		

1. Dispositions générales

1.1 Eligibilité

Cette *police d'assurance* est conçue pour les expatriés. Toute personne installée à l'étranger pour une période de trois mois minimum peut y souscrire, sauf accord contraire de notre part. La couverture d'assurance est limitée à une durée maximale de 7 années d'assurance. En cas de retour dans votre *pays d'origine* pour en faire votre *pays de résidence*, vous pouvez, sous réserve de notre accord, conserver votre police pour la période d'assurance maximale restante.

Veillez noter que nous ne couvrons pas les personnes qui résident ou deviennent résidentes aux Etats-Unis. En cas de changement de résidence vers un pays autre que les Etats-Unis, nous déciderons au cas par cas d'émettre, de modifier ou de résilier la couverture d'assurance.

Il incombe au preneur d'assurance de veiller au respect des lois et règlements locaux en matière de sécurité sociale pour toutes les *personnes assurées* dans le cadre du contrat d'assurance.

Nous nous réservons le droit de résilier le contrat d'assurance, ou de mettre fin à la couverture d'assurance pour des personnes individuelles assurées dans le cadre dudit contrat, en raison de changements juridiques dans un pays, entraînant une violation des lois ou des règlements.

1.2 Maladies préexistantes

Nous ne couvrons pas les *maladies préexistantes*. Elles sont régies par la clause moratoire (cf. 1.3). Cependant, vous pouvez choisir d'inclure les *maladies préexistantes* lors de la souscription.

Vous aurez à répondre soigneusement et en toute bonne foi au questionnaire de santé figurant dans la *demande d'assurance* qui nous permettra de vérifier si nous pouvons couvrir la *maladie préexistante* à la date de prise d'effet de la *police d'assurance*. Tout candidat à l'assurance dans cette situation devra subir une évaluation médicale qui pourra entraîner des conditions supplémentaires à la *police d'assurance*, un surcoût de prime, des exclusions supplémentaires ou le rejet de la *demande d'assurance* voire le refus de couvrir une personne. Nous traiterons également les états de santé survenant entre le moment où vous remplissez l'imprimé de *demande d'assurance* et notre confirmation de couverture de la *maladie préexistante*.

1.3 Clause moratoire

Au lieu d'appliquer une souscription du risque médical complète, si la *personne assurée* est âgée de 55 ans ou moins et si nous donnons notre accord, vous pouvez choisir un moratoire.

Dans ce cas, toute *maladie préexistante* connues dont a souffert un assuré au cours des cinq dernières années sera couverte après un délai de deux ans sans *traitement* médical, sans symptômes, sans conseil ou *médicaments* liés à la *maladie préexistante*. Si l'assuré reçoit un *traitement*, un conseil, montre des symptômes ou est sous *médicament* pour soigner la *maladie préexistante* dans les deux premières années de l'assurance, le *délai d'attente* de deux ans (sans *traitement*, conseil ni *médicament*) pourra recommencer à courir pour la *maladie préexistante*. Les nouvelles maladies ou états sans lien avec la *maladie préexistante* seront immédiatement pris en charge.

1.4 Comment souscrire

Vous pouvez souscrire en remplissant l'imprimé de *demande d'assurance* qui vous sera fourni par votre intermédiaire d'assurance, directement par nos services ou que vous téléchargez de notre site Internet. Vous devez répondre exhaustivement et correctement à toutes les questions de l'imprimé pour que nous soyons en mesure de vérifier votre *demande d'assurance*. Si vous demandez une couverture pour une autre personne, cette dernière partagera la responsabilité de l'exhaustivité et de l'exactitude des renseignements fournis dans la demande. Vous pouvez nous transmettre votre *demande d'assurance* par la poste, par courriel ou par télécopie.

La *demande d'assurance* n'oblige aucune des parties à conclure le contrat. Toutefois, nous vous ferons parvenir dans les 30 jours suivant la réception de la *demande d'assurance* une nouvelle offre dans le cas où une sélection des risques médicaux est nécessaire ou de notre décision de refuser l'assurance.

Nous avons le droit de demander des données supplémentaires en cas de besoin pour des raisons légales.

Nous vous fournirons une couverture d'assurance en supposant que vous avez répondu avec exactitude et exhaustivité aux différentes questions posées avant la prise d'effet de la *police d'assurance* (obligation précontractuelle de déclaration des risques).

1.5 Droit de rétractation

Vous pouvez vous rétracter de la police d'assurance sans motif dans un délai de quatorze jours et sans pénalité. Ce délai commence à courir dès la réception de la police d'assurance et des conditions générales. Vous pouvez nous faire part de votre rétractation par courrier, par courriel ou par télécopie avant l'expiration du délai de deux semaines. Si vous utilisez le droit de rétractation dans un délai de deux semaines, nous vous rembourserons toutes les primes éventuellement déjà réglées.

En l'absence d'une rétractation de votre part sous deux semaines, la *police d'assurance* prend définitivement effet.

2. Votre couverture d'assurance

2.1 Garanties

Nous proposons des couvertures d'assurance pour la maladie, l'*accident* et pour d'autres événements mentionnés dans les conditions générales d'assurance (cf. 4.3 à 4.8). Lorsqu'un cas d'assurance survient, nous remboursons les frais liés aux *traitements* médicalement nécessaires et à toutes les autres prestations convenues au contrat.

L'étendue de la couverture d'assurance ressort de la *police d'assurance*, des accords écrits ultérieurs, des conditions générales d'assurance et des dispositions légales.

2.2 Cas d'assurance

Un cas d'assurance est défini comme étant un *traitement* médicalement nécessaire (cf. 6.1) dont vous avez besoin suite à une maladie ou un *accident* ou à tout autre événement mentionné dans les conditions générales d'assurance (cf. 4.3 à 4.8).

Le cas d'assurance commence avec le *traitement* et se termine lorsque le bilan médical indique que vous n'avez plus besoin de *traitement*.

Si vous avez besoin d'un *traitement* suite à une maladie, un *accident* ou un autre événement mentionné dans les conditions générales d'assurance (cf. 4.3 à 4.8) sans lien avec le premier cas d'assurance, cet événement sera traité comme un nouveau cas d'assurance.

2.3 Nécessité médicale

Par nécessité médicale, nous entendons toutes les mesures médicales appropriées, fondées sur les normes médicales internationalement reconnues au moment et à l'endroit considérés, qui sont utilisées pour diagnostiquer, traiter, guérir ou soulager l'état pathologique, la maladie ou la blessure et qui sont reconnues comme appropriées par l'assureur.

Ces mesures doivent être :

- effectuées dans un établissement de soins de santé autorisé et agréé par les autorités du pays de traitement.
- les plus appropriées compte tenu de la sécurité du patient et du rapport coût-efficacité.
- cohérentes avec le diagnostic, les symptômes ou le *traitement* de l'affection sous-jacente.
- cliniquement appropriées, en termes de type, de fréquence, d'étendue, de site et de durée, et considérées comme efficaces contre la maladie, la blessure ou l'affection du patient.

e) Ne pas être uniquement requises pour le confort ou la commodité du patient, des prestataires médicaux, des *thérapeutes* ou des *médecins*.

f) Non nécessaires à des fins d'essai clinique, d'expérimentation, de recherche ou d'esthétique (voir aussi 5).

g) Non nécessaires à des fins de dépistage et de soins préventifs.

2.4 Prise d'effet de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance prend effet à la date indiquée dans la *police d'assurance* (prise d'effet de la couverture d'assurance), mais pas avant le paiement de la première prime et pas avant la fin du *délai d'attente* (cf. également 1.3 et 2.5).

Nous ne couvrons pas les cas d'assurance se produisant avant la prise d'effet de garantie.

En cas de modification de la *police d'assurance*, ce paragraphe s'appliquera aux ajouts et modifications de la couverture d'assurance.

2.5 Délais d'attente

Les délais d'attente ne s'appliquent que dans le cas d'une grossesse (y compris les complications), d'un accouchement, d'un *traitement* psychiatrique, d'une psychothérapie, d'un *traitement* contre l'infertilité et des soins dentaires majeurs.

Le *délai d'attente* est de 10 mois à partir de la date de prise d'effet de la couverture d'assurance pour les soins psychiatriques, les psychothérapies et les soins dentaires importants, quel que soit le nombre d'assurés. Pour une *police d'assurance* couvrant au minimum deux adultes assurés sur la même *police d'assurance*, un *délai d'attente* de 12 mois sera appliqué aux soins liés à la grossesse et à l'accouchement. Pour une *police d'assurance* avec uniquement un adulte assuré sur le contrat, un *délai d'attente* de 24 mois sera appliqué aux soins liés à la grossesse et à l'accouchement. Dans tous les cas, sauf pour le cas d'un *traitement* contre l'infertilité pour lequel le *délai d'attente* est de 24 mois quel que soit le nombre d'assurés. Si la *police d'assurance* est modifiée, le *délai d'attente* s'appliquera à toute couverture d'assurance nouvelle, selon le plan choisi.

Indépendamment du nombre de *personnes assurées* ou de la date de la prise d'effet de la couverture d'assurance du l'assuré, chaque membre individuel doit passer par le *délai d'attente* minimum applicable à chaque prestation.

2.6 Durée de la *police d'assurance*

La *police d'assurance* est initialement souscrite pour une durée d'un an à compter de la date indiquée dans la *police d'assurance*, en d'autres termes, la date de la prise d'effet de la couverture d'assurance (cf. également 2.7 et 2.9) et se termine 12 mois plus tard (à la date à laquelle l'assurance prend fin).

L'année d'assurance des *personnes assurées* qui acquièrent plus tard la *police d'assurance* démarre à la date indiquée sur leur certificat d'assurance (date de la prise d'effet de la couverture d'assurance) et reste valide jusqu'à la date à laquelle l'assurance prend fin (voir également 2.7).

2.7 Renouvellement de la *police d'assurance*

La *police d'assurance* est renouvelée pour 12 mois par tacite reconduction à la fin de chaque année d'assurance, jusqu'à ce que la dernière *personne assurée* ait atteint sa période d'assurance maximale de 7 années d'assurance. *Nous nous* autorisons toute modification aux conditions générales de votre *police d'assurance* pour la nouvelle année, commençant après la fin de la police en cours (cf. 8.2).

Si *vous* ne souhaitez pas renouveler la *police d'assurance* à la fin de l'année d'assurance, *vous* pouvez résilier votre assurance par écrit avec un préavis de trois mois à la fin de chaque année d'assurance.

Les changements de couverture d'assurance ne sont possibles qu'avec notre accord et au début de l'année d'assurance suivante.

2.8 Résiliation de la *police d'assurance*

Outre d'autres raisons juridiques qui mettraient fin au contrat d'assurance, ou d'autres raisons émanant des conditions générales d'assurance, *nous* avons et *vous* avez la possibilité de mettre fin à la *police d'assurance* dans les cas suivants :

- *Vous* pouvez résilier votre *police d'assurance* en cas de modification de nos conditions générales d'assurance (cf. 8.2) ou en cas d'augmentation de nos frais et primes (cf. 7). *Vous* disposez d'un délai de trois mois à compter de la réception de la notification de l'augmentation de la prime pour *nous* faire parvenir votre résiliation qui prendra effet à la date à partir de laquelle les nouvelles dispositions s'appliquent. Il ne *vous* est toutefois pas possible de résilier la *police d'assurance* dans le cas d'une augmentation qui résulte du passage

d'une tranche d'âge à une autre. La *police d'assurance* expire à minuit, le jour de l'échéance de la prime annuelle suivante.

- *Vous* pouvez résilier votre *police d'assurance* lorsque votre *pays d'origine* redevient votre *pays de résidence* avant la date d'échéance de la *police d'assurance* (cf. également 2.6). La *police d'assurance* expire uniquement si *nous* avons reçu votre préavis de résiliation.
- *Nous* sommes en droit de mettre fin à la *police d'assurance* si *vous* omettez de *nous* fournir des informations demandées. Dans ce cas, *nous* pouvons résilier la *police d'assurance* dans un délai d'un mois à partir du moment où *nous nous* sommes rendus compte que *vous* avez failli à votre obligation d'information. Sauf indication contraire de notre part, la *police d'assurance* ne prendra fin qu'à la date mentionnée dans la lettre de résiliation.
- Afin de garantir la conformité aux lois applicables, *nous nous* réservons le droit de résilier la *police d'assurance* ou d'exclure des individus de la couverture de l'assurance si la *police d'assurance* est ou devient non conforme à la réglementation ou aux lois nationales applicables dans le pays d'origine ou dans le *pays de résidence* du *souscripteur* ou des assurés.
- Le contrat d'assurance prend toujours fin lorsque la dernière *personne assurée* a atteint sa période d'assurance maximale.

A l'instar d'autres motifs de nullité de la *police d'assurance* (sans effet juridique) recensés dans les conditions générales d'assurance, la *police d'assurance* est frappée de nullité si *vous* omettez délibérément de fournir des informations susceptibles d'influencer notre décision quant à l'acceptation de votre *demande d'assurance* ou qui auraient entraîné l'ajout de conditions supplémentaires. Dans ce cas, toute personne ayant bénéficié des remboursements aura à les restituer et les primes encaissées ne seront pas remboursées.

Au cas où une sanction, une interdiction ou une restriction dans le cadre de résolutions des Nations Unies, des sanctions économiques ou commerciales, des lois ou une réglementation de l'Union Européenne ou du Royaume-Uni, ou des sanctions des États-Unis d'Amérique seraient imposées et *nous* empêcheraient, directement ou indirectement, de fournir une assurance dans le cadre de cette *police d'assurance*, *nous* aurons un droit extraordinaire de résilier cette *police d'assurance* ou d'exclure des personnes concernées de la couverture de l'assurance.

2.9 Expiration de la couverture d'assurance

La *police d'assurance* et toute couverture d'une *personne assurée* expirera :

- a) lorsque la période maximale de 7 années d'assurance est atteinte. Si *vous* atteignez votre période d'assurance maximale avant une autre *personne assurée*, *vous* devenez le titulaire de la police. Une autre *personne assurée* peut agir en tant que nouveau titulaire de la police, sous réserve de notre accord;
- b) en cas de décès d'une *personne assurée* (en cas de décès du *souscripteur*, les autres *personnes assurées* peuvent devenir *souscripteurs de la police d'assurance* à condition d'en faire la demande dans les deux mois qui suivent le décès);
- c) en cas de refus de votre part de renouveler la *police d'assurance* à la fin de l'année d'assurance (cf. 2.7).
- d) à la date d'expiration de la *police d'assurance* ou si elle est frappée de nullité au titre de l'article 2.8.

Vous devez nous transmettre la preuve que toutes les *personnes assurées* ont été informées de l'expiration de la *police d'assurance*.

3. Territorialité de la garantie

3.1 Région de destination

La couverture d'assurance s'applique dans les régions de destination suivantes :

Région de destination I : monde entier y compris les Etats-Unis

Région de destination II : monde entier à l'exclusion des Etats-Unis

3.2 Couverture temporaire pour la région de destination I

Si nous avons accordé une couverture d'assurance pour la région de destination II : monde entier à l'exclusion des Etats-Unis et que vous ou la personne assurée quittez votre pays de résidence temporairement, nous garantissons une couverture d'assurance pour les urgences médicales et les suites d'un accident ou en cas de décès, également pour la région de destination I pour les voyages jusqu'à six semaines.

Si un cas d'assurance se présente pendant les six semaines et que vous avez besoin d'un traitement d'urgence aux Etats-Unis, le traitement n'est pas soumis à une limite de durée.

Si une urgence médicale admissible se présente, il est possible que nous vous transférions dans un autre pays pour le traitement si cela s'avère nécessaire d'un point de vue médical et si la situation le permet.

Les voyages dans le but de se faire soigner dans la région de destination I ne sont pas couverts. Si l'une des personnes assurées déménage dans une autre région, vous devez nous en informer dans les plus brefs délais quelle que soit la durée, car ce changement aura des conséquences sur la prime due.

4. Etendue des garanties

Le plan Globality YouGenio® World se décline en quatre formules – Essential, Classic, Plus et Top. Le type et le nombre des garanties couvertes différencient les formules les unes des autres.

Selon la formule souscrite, nous remboursons jusqu'à 100 % des frais éligibles à hauteur du *plafond annuel global* indiqué dans l'étendue des garanties ci-dessous, sauf indication contraire dans la présente étendue des garanties, notre information générale, les conditions générales d'assurance, ou dans le glossaire.

4.1 Franchises

Nous avons convenu des *franchises* suivantes pour la formule Globality YouGenio® World.

- Globality YouGenio® World Essential:
 - non applicable
- Globality YouGenio® World Classic:
 - 0
 - 250 €, 325 \$ ou 210 £
 - 500 €, 650 \$ ou 420 £
 - 1 000 €, 1 300 \$ ou 840 £
- Globality YouGenio® World Plus ou Top:
 - 0
 - 250 €, 325 \$ ou 210 £
 - 500 €, 650 \$ ou 420 £
 - 1 000 €, 1 300 \$ ou 840 £
 - 2 500 €, 3 250 \$ ou 2 100 £

Les *franchises* s'appliquent par année d'assurance et par *personne assurée*. Elles s'appliquent uniquement aux frais liés au *traitement ambulatoire* et au *traitement dentaire*. Les *franchises* ne s'appliquent pas au *traitement dentaire* suite à un *accident*.

Dans le cas où nous avons donné notre accord pour une *franchise*, nous remboursons jusqu'à 100 % des dépenses éligibles dépassant la *franchise*, à hauteur du *plafond annuel global/ prestations ambulatoires maximales*.

Les dépenses sont attribuées à l'année d'assurance pendant laquelle le *médecin* ou le *thérapeute* a été consulté et pendant laquelle les *médicaments*, *pansements* et aides et appareils thérapeutiques ont été fournis.

4.2 Prestations doubles pour la région de destination I

En cas de couverture pour la *région de destination I* (monde y compris les Etats-Unis) nous doublerons les sommes maximales et forfaitaires indiquées aux tableaux 4.3, 4.4, 4.5 and 4.6 (que le *traitement* ait lieu aux Etats-Unis ou non).

Si une prestation est limitée à un certain nombre de jours ou de séances, cette limite ne changera pas. Si une *franchise* a été convenue, elle ne changera pas.

4.3 Plafond annuel global

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Plafond annuel global	✓	✓	✓	✓
	2 000 000 €/ 2 600 000 \$/ 1 680 000 £	3 000 000 €/ 3 900 000 \$/ 2 520 000 £	5 000 000 €/ 6 500 000 \$/ 4 200 000 £	7 500 000 €/ 9 750 000 \$/ 6 300 000 £

4.4 Etendue des garanties : traitements hospitaliers

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Hébergement et repas en chambre simple ou double	✓	✓	✓	✓
Consultations et diagnostic, y compris pathologie, radiologie, TDM (tomodensitométrie), IRM (imagerie par résonance magnétique), TEP (tomographie par émission de positrons) et médecine palliative	✓	✓	✓	✓
Frais d'hôpital, y compris salles d'opération, anesthésie, soins intensifs et laboratoires	✓	✓	✓	✓
Chirurgie et anesthésie (y compris interventions chirurgicales ambulatoires remplaçant un séjour hospitalier)	✓	✓	✓	✓
Interventions chirurgicales ambulatoires remplaçant un séjour hospitalier	✓	✓	✓	✓
Médicaments et pansements	✓	✓	✓	✓
Physiothérapie, y compris les massages	✓	✓	✓	✓
Thérapies, y compris l'ergothérapie, la luminothérapie, l'hydrothérapie, l'inhalation, l'enveloppement corporel, la balnéothérapie, la cryothérapie, la thermothérapie, l'électrothérapie	✓	✓	✓	✓
Aides et appareils thérapeutiques	✓ Comme le stimulateur cardiaque, dès lors qu'il est nécessaire pour maintenir la vie du patient	✓ Comme le stimulateur cardiaque, dès lors qu'il est nécessaire pour maintenir la vie du patient	✓ Comme le stimulateur cardiaque, dès lors qu'il est nécessaire pour maintenir la vie du patient Jusqu'à 2 000 €/ 2 600 \$/ 1 680 £ pour les remboursements des aides et appareils thérapeutiques comme membres artificiels et prothèses	✓

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et services d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne à l'hôpital	×	×	✓ Jusqu'à 5 000 €// 6 500 \$/ 4 200 £ Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au mini- mum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).	✓ Jusqu'à 20 000 €// 26 000 \$/ 16 800 £ Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au mini- mum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).
Complications liées à la grossesse et l'accouchement	×	×	✓ Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au mini- mum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).	✓ Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au mini- mum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).
Soins aux nouveaux nés	×	×	✓	✓
Maladie congénitale	✓ Jusqu'à un maximum de 150 000 €// 195 000 \$/ 126 000 £ par vie	✓ Jusqu'à un maximum de 150 000 €// 195 000 \$/ 126 000 £ par vie	✓ Jusqu'à un maximum de 150 000 €// 195 000 \$/ 126 000 £ par vie	✓ Jusqu'à un maximum de 150 000 €// 195 000 \$/ 126 000 £ par vie
Traitement anti-cancéreux, médicaments et traitement oncologiques, y compris chirurgie reconstructive en cas de cancer du sein	✓	✓	✓	✓
Dialyse	×	✓ Jusqu'à un maximum de 2 000 000 €// 2 600 000 \$/ 1 680 000 £ par vie	✓ Jusqu'à un maximum de 2 000 000 €// 2 600 000 \$/ 1 680 000 £ par vie	✓ Jusqu'à un maximum de 2 000 000 €// 2 600 000 \$/ 1 680 000 £ par vie
Transplantation de moelle osseuse et d'organe (frais liés au donneur et au receveur)	✓ Jusqu'à un maximum de 100 000 €// 130 000 \$/ 84 000 £ par vie	✓ Jusqu'à un maximum de 150 000 €// 195 000 \$/ 126 000 £ par vie	✓ Jusqu'à un maximum de 200 000 €// 260 000 \$/ 168 000 £ par vie	✓
Traitement psychiatrique	×	×	✓ Jusqu'à 20 jours Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois	✓ Jusqu'à 40 jours Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Psychothérapie hospitalière	✗	✗	✔ Jusqu'à 20 séances Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois	✔ Jusqu'à 40 séances Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois
Hébergement d'un parent pendant le <i>traitement hospitalier</i> d'un enfant mineur.	✔	✔	✔	✔
Soins infirmiers à domicile et <i>aide-ménagère à domicile</i> remplaçant un séjour hospitalier	✗	✔ Jusqu'à 30 jours Si accord préalable	✔ Jusqu'à 60 jours Si accord préalable	✔ Jusqu'à 90 jours Si accord préalable
Soins infirmiers à domicile après accouchement remplaçant un séjour hospitalier	✗	✗	✔ Jusqu'à 5 jours Si accord préalable	✔ Jusqu'à 5 jours Si accord préalable
<i>Indemnités journalières supplétives pour un séjour hospitalier</i>	✔ 50 €/ 65 \$/ 42 £ par jour	✔ 75 €/ 97,50 \$/ 63 £ par jour	✔ 150 €/ 195 \$/ 126 £ par jour	✔ 200 €/ 260 \$/ 168 £ par jour
<i>Rééducation de suivi en hôpital</i>	✔ Jusqu'à 21 jours Si accord préalable	✔ Jusqu'à 21 jours Si accord préalable	✔ Jusqu'à 28 jours Si accord préalable	✔ Jusqu'à 28 jours Si accord préalable
<i>Centre de soins palliatifs</i>	✗	✔ Jusqu'à 7 semaines	✔ Jusqu'à 7 semaines	✔ Jusqu'à 7 semaines
<i>Soins de jour</i>	✔	✔	✔	✔
Transport vers l' <i>hôpital</i> adéquat le plus proche pour le <i>traitement</i> initial suite à un <i>accident</i> ou une <i>urgence</i>	✔	✔	✔	✔
Retour au <i>pays de résidence</i> après <i>rapatriement/évacuation</i>	✗	✗	✔ Jusqu'à 1 500 €/ 1 950 \$/ 1 260 £	✔ Jusqu'à 1 500 €/ 1 950 \$/ 1 260 £
<i>Traitement dentaire hospitalier</i>	✗	✗	✔	✔
<i>Urgences dentaires</i>	✗	✔	✔	✔

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

4.5 Etendue des garanties : traitements ambulatoires

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Prestations ambulatoires maximales	✗	7 500 €/ 9 750 \$/ 6 300 £	15 000 €/ 19 500 \$/ 12 600 £	✓
Consultations et diagnostic, y compris pathologie, radiologie, TDM (tomodensitométrie), IRM (imagerie par résonance magnétique), TEP (tomographie par émission de positrons) et médecine palliative	✗	✓ Un plafond maximal s'applique	✓ Un plafond maximal s'applique	✓
Maladie grave, suite à un traitement hospitalier	✓ A hauteur d'un plafond conjoint de 3 000 €/ 3 900 \$/ 2 520 £	✓ Un plafond maximal s'applique	✓ Un plafond maximal s'applique	✓
Chirurgie ambulatoire	✗	✓ Un plafond maximal s'applique	✓ Un plafond maximal s'applique	✓
Traitement anti-cancéreux	✓	✓	✓	✓
Bilans de santé	✗	✗	✓ Jusqu'à 250 €/ 325 \$* / 210 £*	✓ Jusqu'à 500 €/ 650 \$ / 420 £
Soins liés à la grossesse et à l'accouchement, intervention d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne	✗	✗	✓ Jusqu'à 3 000 €/ / 3 900 \$* / 2 520 £* Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au minimum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).	✓ Jusqu'à 5 000 €/ / 6 500 \$ / 4 200 £ Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au minimum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).
Complications liées à la grossesse et l'accouchement	✗	✗	✓ Jusqu'à 3 000 €/ / 3 900 \$* / 2 520 £* Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au minimum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).	✓ Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au minimum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).

* Un plafond maximal s'applique.

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Forfait accouchement en ambulatoire	×	×	☑ Forfait de 250 €* / 325 \$* / 210 £* pour chaque nouveau-né sans justificatif des frais, sur simple présentation de l'acte de naissance	☑ Forfait de 500 € / 650 \$ / 420£ pour chaque nouveau-né sans justificatif des frais, sur simple présentation de l'acte de naissance
Acupuncture (technique d'aiguilles), homéopathie, ostéopathie, chiropractie et médecine chinoise traditionnelle	×	☑ Jusqu'à 1 000 €* / 1 300 \$* / 840 £*	☑ Jusqu'à 2 500 €* / 3 250 \$* / 2 100 £*	☑ Jusqu'à 5 000 € / 6 500 \$ / 4 200 £
Orthophonie	×	×	☑ Si accord préalable*	☑ Si accord préalable
Traitement psychiatrique	×	☑ Jusqu'à 1 000 €* / 1 300 \$* / 840 £* Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois	☑ Jusqu'à 5 000 €* / 6 500 \$* / 4 200 £* Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois	☑ Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois
Psychothérapie ambulatoire	×	×	☑ Jusqu'à 10 séances* Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois	☑ Jusqu'à 20 séances Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois
Médicaments et pansements	×	☑ Un plafond maximal s'applique	☑ Un plafond maximal s'applique	☑
Médicaments en vente libre	×	☑ Jusqu'à 50 €* / 65 \$* / 42 £*	☑ Jusqu'à 75 €* / 97,50 \$* / 63 £*	☑ Jusqu'à 100 € / 130 \$ / 84 £
Physiothérapie, y compris les massages	×	☑ Jusqu'à 15 séances*	☑ Jusqu'à 20 séances*	☑
Thérapies, y compris l'ergothérapie, la luminothérapie, l'hydrothérapie, l'inhalation, l'enveloppement corporel, la balnéothérapie, la cryothérapie, la thermothérapie, l'électrothérapie	×	×	☑ Jusqu'à 10 séances*	☑
Aides et appareils thérapeutiques	×	☑ Jusqu'à 1 000 €* / 1 300 \$* / 840 £*	☑ Jusqu'à 2 000 €* / 2 600 \$* / 1 680 £*	☑

* Un plafond maximal s'applique.

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Les perruques et les soutiens-gorge prothétiques après un <i>traitement</i> contre le <i>cancer</i>	✗	✔ Jusqu'à 300 €/ / 390 \$* / 252 £*	✔ Jusqu'à 300 €/ / 390 \$* / 252 £**	✔ Jusqu'à 300 €/ / 390 \$* / 252 £*
Vaccinations et immunisation	✗	✗	✔ Jusqu'à 250 €/ / 325 \$* / 210 £*	✔
Consultations diététiques	✗	✗	✔ Jusqu'à 125* €/ / 162.50* \$ / 105 £*	✔ Jusqu'à 250 € / 325 \$ / 210 £
Podologie	✗	✗	✔ Jusqu'à 100 €/ / 130 \$* / 84 £*	✔ Jusqu'à 200 € / 260 \$ / 168 £
Aides à la vision, y compris test ophtalmologique	✗	✗	✔ Jusqu'à 150 €/ / 195 \$* / 126 £*	✔ Jusqu'à 250 € / 325 \$ / 210 £
Transport vers le cabinet médical ou l' <i>hôpital</i> adéquat le plus proche pour le <i>traitement</i> initial suite à un <i>accident</i> ou une <i>urgence</i>	✔	✔	✔	✔
<i>Traitement</i> de l'infertilité	✗	✗	✔ 50 %* Jusqu'à 2 000 € / 2 600 \$ / 1 680 £ par couple assuré, par vie Délai d'attente de 24 mois	✔ 50 % Jusqu'à 10 000 € / 13 000 \$ / 8 400 £ par couple assuré, par vie Délai d'attente de 24 mois

* Un plafond maximal s'applique.

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

4.6 Etendue des garanties : *traitements* dentaires

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Soins dentaires de base				
Examen détaillé pour déterminer les signes avant-coureur d'une maladie pouvant toucher les dents, la bouche et la mâchoire	×	×	✓	✓
Examen radiographique	×	×	✓	✓
Détartrage et polissage dentaire	×	×	✓	✓
<i>Traitement</i> de la muqueuse buccale et de la parodontie	×	✓ Soulagement de la douleur uniquement	✓	✓
Restauration simple d'une cavité après <i>traitement</i> d'une carie	×	✓ Soulagement de la douleur uniquement	✓	✓
Chirurgie, extractions, <i>traitement</i> du canal radiculaire	×	✓ Soulagement de la douleur uniquement	✓	✓
Intégration d'un bloc de morsure	×	×	✓	✓
<i>Soins dentaires suite à un accident</i>	×	✓	✓	✓
Soins dentaires majeurs	×	×	✓ Remboursement pour les prestations suivantes jusqu'à 2 000 €/ 2 600 \$/ 1 680 £ Délai d'attente de 10 mois	✓ Remboursement pour les prestations suivantes jusqu'à 5 000 €/ 6 500 \$/ 4 200 £ Délai d'attente de 10 mois
Prothèses dentaires (par exemple, bridges et couronnes, inlays, onlays)	×	×	✓	✓
Services d'implantologie	×	×	✓ Jusqu'à quatre implants par mâchoire y compris les dentiers à fixer à ces implants	✓ Jusqu'à quatre implants par mâchoire y compris les dentiers à fixer à ces implants
<i>Traitement</i> orthodontique	×	×	✓	✓
Travaux de laboratoire dentaire et matériaux	×	×	✓	✓
<i>Plan de traitement</i>	×	×	✓	✓

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

4.7 Etendue des garanties : assistance médicale

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Service d'assistance téléphonique et par e-mail 24 heures sur 24 par des conseillers, <i>médecins</i> et spécialistes expérimentés	✓	✓	✓	✓
Transport sanitaire et <i>rapatriement</i> médical	✓	✓	✓	✓
Information sur l'infrastructure médicale du <i>pays de résidence</i> (soins médicaux sur place et noms et adresses des <i>médecins</i> maîtrisant plusieurs langues)	✓	✓	✓	✓
Soutien et information (par nos services médicaux, <i>deuxième avis</i> médical, suivi de l'évolution de la maladie)	✓	✓	✓	✓
Garantie de paiement (en préparation à un séjour à l' <i>hôpital</i>)	✓	✓	✓	✓
<i>Rapatriement</i> de dépouille	✓ Jusqu'à 2 500 €/ 3 250 \$/ 2 100 £	✓ Jusqu'à 5 000 €/ 6 500 \$/ 4 200 £	✓ Jusqu'à 7 500 €/ 9 750 \$/ 6 300 £	✓ Jusqu'à 10 000 €/ 13 000 \$/ 8 400 £
Assistance médicale complémentaire adéquate (information sur la nature, les causes et le <i>traitement</i> possible d'une maladie)	✓	✓	✓	✓
Services en ligne	✓	✓	✓	✓

4.8 Etendue des garanties : assistance supplémentaire

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Visite de la famille	×	×	✓ Jusqu'à 1 500 €/ 1 950 \$/ 1 260 £	✓ Jusqu'à 3 000 €/ 3 900 \$/ 2 520 £
Report du voyage de retour	×	×	✓ Jusqu'à 2 000 €/ 2 600 \$/ 1 680 £	✓ Jusqu'à 2 000 €/ 2 600 \$/ 1 680 £
Approvisionnement et acheminement de médicaments vitaux	×	×	✓	✓
Transport de retour ou garde des enfants	×	×	×	✓
Soutien psychologique suite à des difficultés liées au séjour à l'étranger	×	×	✓ Soutien psychologique et thérapeutique par téléphone jusqu'à trois appels	✓ Soutien psychologique et thérapeutique par téléphone jusqu'à cinq appels
Stockage de documents (conservation en lieu sûr, aide à l'obtention de documents de substitution)	×	×	×	✓
Organisation d'une aide en cas de difficultés juridiques	×	×	×	✓
Organisation d'une formation interculturelle (information sur la culture locale, etc.)	×	×	×	✓

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

4.9 Description des prestations

Les prestations décrites au paragraphe 4.9 peuvent être différentes ou peuvent être ou non couvertes par l'assurance, selon le tarif choisi.

Prestations pour traitement hospitalier

Hébergement et repas en chambre simple ou double

En cas de *traitement* pré-hospitalier, post-hospitalier et de *soins de jour*, vous devez vous rendre à un *hôpital* agréé dans le pays où le *traitement* est dispensé. L'*hôpital* doit disposer d'une direction médicale permanente, d'équipements diagnostiques et thérapeutiques adéquats et tenir des dossiers médicaux complets. *Nous* remboursons les prestations jusqu'à hauteur du plafond annuel pour toute la période pendant laquelle le patient est sous *traitement* médical nécessitant un séjour hospitalier.

Par hébergement, *nous* entendons un hébergement en chambre simple ou double telle que décrit dans le tableau des prestations. *Nous* ne couvrons pas les chambres de luxe ni les suites.

Vous ou la *personne assurée* devez contacter le *centre de services de Globality Health* compétent figurant sur votre carte *Globality Service Card* avant ou au moment où la *personne assurée* est admise à l'*hôpital*. Sinon, *nous* pourrions refuser le paiement de la totalité de la prestation.

Consultations et diagnostic, y compris pathologie, radiologie, TDM, IRM, TEP et médecine palliative

Sont remboursables tous les frais liés au bilan médical, le diagnostic et la thérapie considérés comme médicalement nécessaires dans le cadre d'un *traitement hospitalier*. Sont remboursés également les frais de pathologie, radiologie, TDM (tomodensitométrie), IRM (imagerie par résonance magnétique), TEP (tomographie par émission de positrons) et de médecine palliative.

Frais d'hôpital y compris salles d'opération, anesthésie, soins intensifs, laboratoires

Ce sont les frais supplémentaires résultant de l'utilisation d'installations spécialisées telles que les salles d'opération, les salles de soins intensifs et les laboratoires.

Chirurgie et anesthésie (y compris interventions chirurgicales ambulatoires remplaçant un séjour hospitalier)

Nous remboursons les frais liés au recours à des services médicaux, à l'anesthésie, et à l'utilisation d'équipement spéciaux, à condition que ces services soient placés sous la direction d'un spécialiste. *Nous* couvrons également les frais d'intervention chirurgicale ambulatoire remplaçant un séjour hospitalier.

Intervention chirurgicale ambulatoire remplaçant un séjour hospitalier

Une chirurgie électorale généralement réalisée en milieu hospitalier, mais avec la possibilité d'effectuer l'opération en ambulatoire. Cette prestation n'inclut pas les chirurgies de grade 1 ou mineures (toute procédure chirurgicale invasive au cours de laquelle seule la peau ou les membranes muqueuses et tissus conjonctifs sont réséquées) ou les procédures chirurgicales invasives pour le prélèvement d'échantillons de tissus ou liquide corporels (tel que les biopsies et les colonoscopies).

Médicaments et pansements

Ils doivent avoir été prescrits par un *médecin* ou *dentiste* hospitalier pendant le *traitement hospitalier*. Les *médicaments* doivent en outre être fournis par une pharmacie, une pharmacie hospitalière ou une officine agréée.

Physiothérapie, y compris les massages

La physiothérapie et les massages doivent avoir été prescrits par un *médecin* hospitalier pendant le *traitement hospitalier*. En outre, ils doivent être réalisés par un *médecin* ou un *thérapeute* professionnel; le patient doit également être dirigé vers ce professionnel par un *médecin* pendant l'hospitalisation. L'ordonnance doit être antérieure à la date du début du *traitement* et préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances nécessaires.

Thérapies, y compris l'ergothérapie, la luminothérapie, l'hydrothérapie, l'inhalation, l'enveloppement corporel, la balnéothérapie, la cryothérapie, la thermothérapie, l'électrothérapie

Ces thérapies de médecine fonctionnelle doivent être prescrites par un *médecin* hospitalier en même temps que le *traitement* en milieu hospitalier. Elles doivent impérativement être effectuées par un *médecin* ou un *thérapeute* professionnel. Elles doivent également être prescrites par le *médecin* au mo-

ment de l'hospitalisation. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début du *traitement* et doit préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances nécessaires.

Aides et appareils thérapeutiques dans le cadre d'un traitement hospitalier

Les dépenses couvertes comprennent les frais des aides et appareils thérapeutiques conçus pour sauver la vie ou alléger les handicaps physiques, tels que les stimulateurs cardiaques, les membres artificiels et les prothèses (prothèses dentaires exclues). Ils doivent être placés pendant le séjour hospitalier et rester sur ou à l'intérieur du corps de l'assuré. *Nous* remboursons les frais de réparation des dispositifs d'aide et appareils thérapeutiques pendant la durée d'assurance dans les limites des présentes conditions.

Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et services d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne à l'hôpital

Nous remboursons les frais de grossesse, d'accouchement ou de maladie liée à la grossesse en milieu hospitalier, maternité ou autre établissement similaire, les frais de soins infirmiers ou d'*aide-ménagère à domicile* résultant d'une grossesse ou d'une maladie liée à la grossesse et l'intervention d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne. Les services d'une sage-femme pendant l'accouchement ne sont couverts qu'en cas d'accouchement par une sage-femme. Les frais de médecin ne sont pas couverts sauf s'ils sont nécessaires à la suite d'une complication pendant l'accouchement. Les soins infirmiers à domicile prescrits par un *médecin* sont également pris en charge à la suite d'un accouchement en milieu hospitalier et après une sortie de l'*hôpital* dans les 24 heures. Globality Health rembourse ces frais à hauteur de 5 jours consécutifs suivant l'accouchement. Toute césarienne non médicalement nécessaire est couverte à hauteur du coût d'un accouchement standard dans le même *hôpital*, jusqu'à concurrence du plafond fixé par le niveau de la couverture choisi.

Une période d'attente de 12 mois s'applique aux polices d'assurance comportant deux adultes assurés ou plus.

Une période d'attente de 24 mois s'applique aux polices d'assurance couvrant un seul adulte assuré.

Quel que soit le nombre d'adultes assurés ou la date d'entrée en vigueur de l'assurance, chaque assuré doit respecter le *délai d'attente* minimum de 12 mois.

Complications liées à la grossesse et l'accouchement

Nous remboursons les frais éligibles liés à une naissance prématurée, une fausse-couche, un avortement médicalement nécessaire, une mortinaissance, une grossesse extra-utérine, un môle hydatiforme, une césarienne, une hémorragie du post-partum, une rétention du placenta et à toute autre complication résultant de l'une de ces affections.

Un *délai d'attente* de 12 mois est appliqué aux polices d'assurance couvrant au minimum deux adultes. Un *délai d'attente* de 24 mois est appliqué aux polices d'assurance couvrant un seul adulte.

Soins aux nouveaux-nés

Le *traitement* d'un problème de santé courant ou aigu dont souffre un nouveau-né qui se manifeste dans les 30 jours suivant la naissance est couvert en vertu de la prestation pour nouveau-nés de la *police d'assurance* de l'enfant, et non en vertu d'une quelconque autre prestation de la *police d'assurance*. Les complications de la procréation médicalement assistée ou de l'accouchement, y compris les naissances prématurées ou multiples, sont exclues de cette prestation.

Les nouveaux-nés sont assurés dès l'accouchement, sans *délai d'attente*, dans la mesure où la mère a été assurée dans le cadre du plan Globality YouGenio® World sans interruption pendant au moins six mois avant la date de la naissance et si *nous* recevons la *demande d'assurance* dans un délai de deux mois.

Les soins lors de la grossesse de la mère ne seront pas couverts durant le *délai d'attente*. Cependant, l'assurance sera fournie au nouveau-né dans la mesure où les conditions indiquées ci-dessus sont remplies.

Si au jour de l'accouchement, la mère n'a pas été assurée dans le cadre du plan Globality YouGenio® World six mois au moins avant cette date et/ou si la *demande d'assurance nous* est envoyée plus de deux mois après la naissance, *nous* ne pouvons fournir une couverture d'assurance au nouveau-né sans sélection des risques médicaux.

Si la *demande d'assurance nous* est envoyée plus de deux mois après la naissance, la couverture d'assurance débutera – au plus tôt – à la date de réception de la demande.

Nous nous réservons le droit d'exiger un supplément de prime si la naissance est communiquée après le délai de deux mois. Ce supplément, exigé pour des raisons médicoactuarielles, ne peut excéder 100 % et s'ajoute à la prime déterminée après évaluation du risque.

La couverture d'assurance du nouveau-né ne peut être plus étendue ou plus complète que celle d'un des parents assurés. En cas d'adoption d'un enfant mineur, une souscription est réalisée. Pour des raisons médico-actuarielles, nous pouvons, après évaluation du risque, exiger un supplément de prime n'excédant pas 500 %, en plus de la prime du plan.

Maladie congénitale

Sont remboursables les frais liés à une maladie, une anomalie, une malformation *congénitale*, une naissance prématurée, une malformation apparaissant à la naissance qu'elle ait été diagnostiquée ou non.

Traitement anti-cancéreux, médicaments et traitement oncologiques, y compris la chirurgie reconstructive en cas de cancer du sein

Sont remboursables les frais de *traitement* médical, tests diagnostiques, radiothérapie, chimiothérapie, *médicaments* et frais d'hôpital liés à un *traitement hospitalier* ainsi que la chirurgie reconstructive remboursable pour le *cancer* du sein.

Dialyse

Sont remboursables les frais liés à une *dialyse* incluant la médication nécessaire ainsi que les frais liés durant toute la durée de la vie. Les frais remboursables incluent les *traitements hospitaliers* et ambulatoires journaliers.

Transplantation de moelle osseuse et d'organe dans le cadre du traitement hospitalier

Dans le cas de transplantation de moelle osseuse ou d'organe (par exemple du cœur, rein, foie et pancréas), nous remboursons les frais du donneur et du receveur. Sont remboursables les frais définis comme frais subis par le donneur liés au don d'organe, les frais du transport de l'organe pour l'amener au patient et les frais d'hébergement hospitalier si nécessaire, à l'exception des frais engagés pour trouver un organe à transplanter ou un donneur adéquat.

Traitement psychiatrique

Nous remboursons les frais de *traitement* psychiatrique hospitalier. L'accord de l'assurance doit avoir été donné avant le début du *traitement* par écrit.

Un *délai d'attente* de 10 mois s'applique.

Psychothérapie hospitalière

Nous ne remboursons les frais de psychothérapie hospitalière que si le *traitement* est réalisé par un psychiatre, un psychothérapeute, ou un spécialiste disposant des qualifications adéquates dans le domaine de la psychiatrie ou de la psycho-analyse. Notre accord est requis avant le début du *traitement*.

Un *délai d'attente* de 10 mois s'applique.

Hébergement d'un parent pendant le traitement hospitalier d'un enfant mineur

Nous remboursons les frais supplémentaires pour l'hébergement d'un parent accompagnant un enfant de moins de 18 ans.

Soins infirmiers à domicile et aide-ménagère à domicile remplaçant un séjour hospitalier

Nous remboursons les frais de soins infirmiers à domicile et d'aide-ménagère médicalement nécessaires par du personnel infirmier qualifié, remplaçant un séjour hospitalier ou visant à raccourcir la durée d'un séjour hospitalier. Les soins infirmiers à domicile s'appliquent en plus du *traitement* médical et nous les rembourserons au même titre que le *traitement* médical. De plus, ces coûts ne seront remboursés qu'avec notre accord préalable par écrit avant le début du *traitement*.

Indemnités journalières supplétives pour un séjour hospitalier

La couverture est assurée jusqu'au montant indiqué dans l'étendue des garanties pour tout *traitement hospitalier* garanti, mais pour lequel l'assuré n'a pas demandé de remboursement.

Rééducation de suivi en hôpital

Nous remboursons les frais de *rééducation de suivi* en hôpital prescrite pour poursuivre un *traitement hospitalier* nécessaire sur le plan médical (par exemple après pontage cardiaque, infarctus du myocarde, transplantation et chirur-

gie osseuse ou articulaire) sous réserve de (notre) accord préalable et écrit. La *rééducation de suivi* en *hôpital* doit dans tous les cas commencer dans un délai de deux semaines après la sortie d'*hôpital*.

Centre de soins palliatifs

Nous remboursons les frais d'hébergement et repas, les soins infirmiers et l'assistance dans les cas d'impossibilité d'apporter des soins ambulatoires à domicile ou au domicile d'un membre de la famille dès lors que le *centre de soins palliatifs*:

- travaille avec des équipes infirmière et des *médecins* ayant de l'expérience dans les soins palliatifs
- est géré sous la responsabilité d'un personnel infirmier ou tout autre personne qualifiée, ayant plusieurs années d'expérience dans les soins médicaux palliatifs ou une qualification adéquate ainsi qu'une qualification de cadre de santé et de direction. Nous remboursons les frais d'hébergement et repas, de soins infirmiers et d'assistance selon l'état de santé du patient pendant sept semaines. Nous n'accordons un remboursement pour les soins à plein temps ou temps partiel que si la *personne assurée* souffre d'une maladie :
- progressive (en d'autres termes qui s'aggrave continuellement) et a déjà atteint un stade avancé
- est incurable, et rend donc les soins palliatifs en établissement hospitalier nécessaires
- ne donne qu'une espérance de vie de quelques semaines ou mois.

Nous payons des indemnités pour les soins continus pour, entre autres, les maladies suivantes :

- Le *cancer* à un stade avancé
- Un *SIDA* infectieux totalement développé
- Les dysfonctionnements du système nerveux, avec paralysie progressive ne pouvant pas être stoppés
- Maladies chroniques rénales, hépatiques, cardiaques, digestives ou pulmonaires à un stade terminal

Soins de jour

Soins de jour se réfère au *traitement* reçu à l'*hôpital* sans avoir à passer la nuit à l'*hôpital*. La durée d'un séjour à l'*hôpital* est comprise entre 8 et 24 heures.

Transport vers l'hôpital adéquat le plus proche pour le traitement initial suite à un accident ou une urgence

Nous remboursons les *frais raisonnables et coutumiers habituels* de transport vers l'*hôpital* adéquat ou tout établissement médical le plus proche.

Retour au pays de résidence après rapatriement

Nous remboursons les frais de transport (voyage en train première classe, vol en classe économie) à concurrence du montant maximal indiqué dans l'étendue des garanties, mais uniquement à condition que vous ayez pris contact au préalable avec le *centre de services de Globality Health* compétent.

Traitement dentaire hospitalier

Nous rembourserons les coûts des procédures chirurgicales orales complexes présentant une incidence plus élevée que la moyenne de complications mettant la vie en danger, telles que les déformations *congénitales* de la mâchoire (la mâchoire fendue par exemple), les fractures de la mâchoire et les tumeurs.

Urgences dentaires

Les *urgences* dentaires en milieu hospitalier désignent un *accident* grave nécessitant une hospitalisation (par exemple, la reconstruction de la mâchoire à la suite d'une blessure accidentelle). Le *traitement* doit être reçu dans les 24 heures suivant l'*accident*. Il est à noter que la couverture de cette garantie ne s'étend pas aux *traitements* dentaires de suivi, à la chirurgie dentaire, aux prothèses ou *implants* dentaires, à l'orthodontie ou à la parodontie.

Le *médecin* traitant doit confirmer spécifiquement que le *traitement* dentaire hospitalier est la conséquence d'un *accident* grave et la survenance de l'*accident* doit être prouvée par un rapport médical ou de police.

Prestations pour traitement ambulatoire

Prestations ambulatoires maximales

Il s'agit du montant maximal que nous remboursons pour l'ensemble des prestations totales en ambulatoire, par personne, par année d'assurance pour un plan d'assurance particulier, sauf stipulation contraire dans l'étendue des garanties.

Consultations et diagnostic, y compris pathologie, radiologie, TDM, IRM, TEP et médecine palliative

Les demandes recevables incluent tous les frais consécutifs aux examens, au diagnostic et à la thérapie pendant les soins ambulatoires considérés comme médicalement nécessaires. Les frais remboursables incluent également les frais de pathologie, radiologie, TDM (tomodensitométrie), IRM (imagerie par résonance magnétique), TEP (tomographie par émission de positrons) et médecine palliative.

Chirurgie ambulatoire

Intervention chirurgicale ambulatoire pouvant être réalisée par un *médecin* ou dans un *hôpital* mais ne requérant ni de passer la nuit à l'*hôpital* ni un séjour hospitalier postopératoire.

Traitement anti-cancéreux, médicaments et traitement oncologiques

Les frais remboursables incluent toutes les mesures nécessaires à l'examen, au diagnostic et à la thérapie lors d'un *traitement ambulatoire*, la chimiothérapie et toutes autres prestations oncologiques.

Bilans de santé

Les bilans de santé de routine sont des examens ou des tests de dépistage qui sont effectués sans qu'aucun symptôme clinique ne soit présent.

Ces tests comprennent les examens suivants, effectués à l'âge adéquat pour détecter certaines maladies ou affections, comme par exemple :

- Signes vitaux (tension artérielle, pouls, respiration, température)
- Bilan lipidique
- Examen cardiovasculaire
- Examen neurologique
- Dépistage du *cancer*
- Test pédiatrique de l'enfant bien portant
- Test diabétique
- Test de dépistage HIV et du virus du *SIDA*
- Dépistage gynécologique

Soins liés à la grossesse et à l'accouchement, intervention d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne

Nous remboursons les frais de grossesse, d'accouchement ou de maladie liée à la grossesse, y compris les examens et les

analyses de routine habituels. *Nous* couvrons également tous les tests de diagnostic médicalement nécessaires, y compris l'amniocentèse et le prélèvement de villosités chorales (CVS). Le NIPT et toutes les autres formes de tests génétiques sont exclus.

Les services d'une sage-femme diplômée sont remboursables dans les pays où il est courant que les soins prénataux de routine soient effectués par une sage-femme. Le remboursement des frais d'examen et de *traitement* qui en découlent ne sont couverts que si les coûts de ces mêmes services ne sont pas également facturés par un *médecin*.

En outre, *nous* prendrons en charge par grossesse 12 visites post-natales effectuées à domicile par une sage-femme. Les services d'une Doula ainsi que les cours pré et postnataux ne sont pas couverts.

Complications liées à la grossesse et l'accouchement

Nous remboursons les frais éligibles liés à une naissance prématurée, une fausse-couche, un avortement médicalement nécessaire, une mortinaissance, une grossesse extra-utérine, un môle hydatiforme, une césarienne, une hémorragie du post-partum, une rétention du placenta et à toute autre complication résultant de l'une de ces affections.

Un *délai d'attente* de 12 mois est appliqué aux polices d'assurance couvrant au minimum deux adultes. Un *délai d'attente* de 24 mois est appliqué aux polices d'assurance couvrant un seul adulte.

Forfait accouchement en ambulatoire

Un accouchement ambulatoire se définit comme une naissance à domicile ou bien un accouchement à l'*hôpital*, la maternité ou dans un autre établissement similaire suite auquel la mère et l'enfant quittent l'institution médicale dans les 24 heures suivant la naissance. *Nous* payons un forfait naissance pour le nouveau-né sur présentation d'un acte de naissance et d'une attestation de l'établissement de soins confirmant la durée du séjour.

Acupuncture (technique d'aiguilles), homéopathie, ostéopathie, chiropraxie et médecine traditionnelle chinoise

Nous remboursons les frais uniquement si le *traitement* est assuré par des *médecins* ou autres *thérapeutes* en mesure de prouver qu'ils ont reçu une qualification adéquate et qu'ils

sont autorisés à pratiquer dans le pays dans lequel le *traitement* est prodigué. *Nous* remboursons également les frais de *médicaments* et *pansements* prescrits par ces *médecins* ou *thérapeutes* pendant le *traitement*.

Orthophonie

Nous remboursons les frais éligibles des exercices et soins prescrits par un *médecin* dont l'objectif est de traiter un dysfonctionnement de la voix et de la parole dès lors que le *traitement* est assuré par un *médecin* ou un orthophoniste. Le remboursement est soumis à notre accord écrit au préalable, avant le début du *traitement*.

Traitement psychiatrique

Nous remboursons les frais du *traitement* psychiatrique ambulatoire à condition d'avoir donné notre accord préalablement, avant le début du *traitement*.

Un *délai d'attente* de 10 mois s'applique.

Psychothérapie ambulatoire

Nous remboursons les frais de la psychothérapie ambulatoire uniquement si le *traitement* est assuré par un psychiatre, psychothérapeute ou tout autre spécialiste titulaire des qualifications requises dans le domaine de la psychiatrie, la psychothérapie ou la psycho-analyse. De plus, *nous* ne remboursons ces frais que si *nous* avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*.

Un *délai d'attente* de 10 mois s'applique.

Médicaments et pansements

Les *médicaments* et les *pansements* doivent avoir été prescrits par un *médecin* ou un *dentiste*. Les *médicaments* doivent également être dispensés par une pharmacie ou toute autre officine agréée.

Médicaments en vente libre

Les *médicaments* en vente libre peuvent être achetés sans prescription médicale. Ils sont communément utilisés pour traiter les symptômes d'une maladie banale ne nécessitant pas la consultation d'un *médecin*.

Physiothérapie, y compris les massages

Ces thérapies physiques-médicales doivent être prescrites par un *médecin* et être effectuées par un *médecin* ou un *théra-*

peute professionnel. Elles doivent être prescrites par le *médecin* lors d'un *traitement ambulatoire*. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début du *traitement* et doit préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances nécessaires.

Les thérapies, y compris l'ergothérapie, la luminothérapie, l'hydrothérapie, l'inhalation, l'enveloppement corporel, la balnéothérapie, la cryothérapie, la thermothérapie, l'électrothérapie

Ces thérapies de médecine fonctionnelle doivent être prescrites par un *médecin* et être effectuées par un *médecin* ou un *thérapeute* professionnel. Elles doivent être prescrites par le *médecin* lors d'un *traitement ambulatoire*. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début du *traitement* et doit préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances nécessaires.

Aides et appareils thérapeutiques

Les dépenses couvertes comprennent les membres et les organes artificiels. Elles comprennent aussi les aides et appareils orthopédiques et autres aides thérapeutiques destinés à prévenir, atténuer ou compenser des handicaps physiques. Les aides et appareils thérapeutiques doivent être prescrits par un *médecin* et ne doivent pas être des produits de consommation courante. Dans le cadre d'un *traitement ambulatoire*, les aides et appareils thérapeutiques comprennent : les bandages, les bandages herniaires, les semelles intérieures de chaussures, les aides à la marche, les bas de compression, les attelles correctrices, les membres artificiels et les prothèses (à l'exception des dentiers), les coquilles en plâtre pour la position couchée et assise, les appareils orthopédiques pour les bras, les jambes et le corps, ainsi que les aides à la parole (larynx électronique).

Les perruques et les soutiens-gorge prothétiques destinés aux femmes après un *traitement* contre le *cancer* sont remboursés à hauteur de 300 €. Toutes les autres aides et appareils thérapeutiques ne sont remboursables que si les prestations ont été préalablement approuvées par écrit. Les frais d'entretien raisonnable (tels que l'entretien annuel ou le remplacement des piles) et de réparation des aides et appareils thérapeutiques sont remboursés dans le cadre de ces dispositions. Les dépenses relatives aux produits sanitaires (par exemple, les coussins chauffants et les appareils de massage) ne sont pas remboursées.

Vaccinations et immunisation

Nous remboursons les frais de vaccinations et les *mesures prophylactiques* recommandées pour le *pays de résidence* où vous vous rendez, y compris les coûts des consultations lors desquelles les vaccins sont administrés, ainsi que les frais de vaccin.

Consultations diététiques

Nous remboursons les frais pour les consultations externes avec un nutritionniste dès lors que le diagnostic d'une affection permet de bénéficier de conseils nutritionnels afin de mieux gérer l'affection. Ces affections comprennent le *cancer*, les troubles alimentaires, les maladies gastro-intestinales, les maladies cardiaques, les intolérances et allergies alimentaires.

Ces services doivent être prescrits par un *médecin*. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début du *traitement* et doit préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances nécessaires.

Podologie

Nous remboursons les frais des *traitements* podologiques lorsqu'ils sont médicalement nécessaires. Ces services doivent être prescrits par un *médecin*. L'ordonnance doit nous avoir été communiquée avant le début du *traitement* et doit préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances nécessaires.

Aides à la vision, y compris test ophtalmologique

Nous payons les frais liés aux montures et verres de lunettes et aux lentilles de contact ainsi qu'un test de réfraction oculaire par année d'assurance.

Transport sanitaire vers le *médecin* ou l'*hôpital* le plus approprié aux premiers soins à la suite d'un *accident* ou d'une *urgence*

Nous remboursons les frais éligibles d'un transport vers le *médecin* ou l'*hôpital* le plus approprié aux premiers soins à la suite d'un *accident* ou d'une *urgence*.

Traitement de l'infertilité

Dans le cadre de l'étendue des prestations convenues, et à condition que nous ayons au préalable accordé par écrit les prestations, nous remboursons les coûts des tests diagnos-

tiques, les *traitements* visant à augmenter la fertilité, ainsi que les *traitements* prévenant les fausses couches, les examens permettant de mettre en évidence les risques de fausses couches ainsi que la procréation assistée et ses complications :

- Examens diagnostiques, consultations et tests, y compris les procédures invasives telles que l'hystérosalpingographie, la laparoscopie ou l'hystérocopie
- Travaux de laboratoire
- *Traitement* médicamenteux prescrit, y compris, mais sans s'y limiter, la stimulation de l'ovulation
- Fécondation in vitro (FIV)
- Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)
- Transfert intrafallopien de gamètes (GIFT)
- Transfert intrafallopien de zygote (ZIFT)
- Insémination artificielle (IA)

Par ailleurs, nous remboursons uniquement les frais si :

- la femme a moins de 40 ans et l'homme moins de 50 ans au moment du *traitement* (premier jour de stimulation de chaque cycle de *traitement* ou premier jour de cycle en cas d'insémination avec stimulation hormonale)
- la stérilité de la *personne assurée* est due à des causes organiques et ne peut être surmontée qu'avec une aide à la reproduction
- l'homme et la femme bénéficiant du *traitement* sont tous deux assurés chez nous et bénéficient du *traitement* prévu dans le cadre du plan qu'ils ont choisi.

Un *délai d'attente* de 24 mois s'applique.

Prestations pour *traitement* dentaire

Soins dentaires de base

Soins dentaires généraux :

- Examen détaillé pour déterminer les signes avant-coureur d'une maladie pouvant toucher les dents, la bouche et la mâchoire
- Examen radiographique
- Anesthésie locale en vue de prodiguer des soins dentaires mineurs

Soins de prophylaxie dentaire :

- Détartrage et polissage dentaire
- Nettoyage dentaire professionnel
- Evaluation du niveau d'hygiène dentaire actuelle
- Fluoruration locale pour un enfant de moins de 18 ans
- Scellement des fissures dentaires sans carie pour un enfant de moins de 18 ans

Soins de conservation dentaire :

- Restauration simple d'une cavité après *traitement* d'une carie
- *Traitement* du canal radiculaire après la restauration simple d'une cavité

Soins chirurgicaux :

- Extraction des dents
- Extraction d'une dent fortement endommagée
- Hémi-section ou extraction partielle d'une dent
- Extraction d'une dent non développée, ou desaxée par ostéotomie
- Réimplantation d'une dent avec fixation simple
- Excision de la muqueuse ou du tissu granuleux
- Amputation d'une racine dentaire et cystectomie

Traitement de la muqueuse buccale et de la parodontie :

- Analyse et documentation de la situation parodontale
- *Traitement* local des maladies de la muqueuse buccale
- Intervention chirurgicale parodontale à procédure fermée (en particulier ablation des concrétions sous-gingivales et le lissage des racines) si la profondeur de la poche dépasse 3 millimètres
- Chirurgie à lambeaux, curetage ouvert (incluant l'ostéoplastie) ; uniquement si la profondeur de la poche dépasse 5 millimètres et si une procédure fermée a été engagée antérieurement

Insertion de blocs de morsure et d'attelles occlusales :

- Intégration d'un bloc de morsure sans surface ajustée
- Incorporation d'un bloc de morsure à surface ajustée
- Contrôle ou restauration d'un bloc de morsure par des mesures soustractives ou additives

Analyse fonctionnelle et thérapie fonctionnelle :

- Analyse fonctionnelle clinique, comprenant également la documentation

- Enregistrement de la position centrale articulaire de la mâchoire inférieure, et enregistrement de la broche de soutien (création d'un arc de transfert, coordination d'un arc de transfert avec un articulateur)

Soins dentaires majeurs

Prothèses dentaires :

- Impression ou impression partielle d'une mâchoire pour un modèle de situation, comprenant l'évaluation du diagnostic et de la planification
- Préparation d'un plan de *traitement* écrit et d'un devis pour le *traitement* prothétique
- Préparation d'une dent détruite à l'aide d'un matériel d'accumulation en plastique, ou d'un ancrage à broche pour recevoir une couronne
- Inlay/Onlay
- Scellement adhésif (pilier en plastique, tenon, incrustation, couronne, couronne partielle)
- Restauration d'une dent avec une couronne complète ou partielle
- Insertion d'une couronne préfabriquée en dentisterie pédiatrique
- Couronnes/ponts temporaires
- *Traitement* d'une carie dentaire avec un pont ou une prothèse
- Couronne télescopique et prothèse télescopique
- *Traitement* d'une mâchoire édentée avec une prothèse totale

Services d'implantologie :

- Analyse liée aux *implants*
- Utilisation d'un modèle d'orientation/positionnement pour l'implantation
- Pose d'*implants* : jusqu'à quatre *implants* par mâchoire et la prothèse qui doit y être fixée
- Exposer un *implant*
- Insertion d'un matériel d'accumulation (os et/ou matériel de remplacement de l'os)
- Élévation du plancher sinusal

Les pré et post-traitements, comme par exemple les traitements dentaires liés à des prothèses dentaires, sont remboursés de la même manière que les frais pour lesquels ils sont prescrits ou fournis.

Traitement orthodontique

L'évaluation de couverture des *traitements* orthodontiques pour les enfants commencés avant l'âge de 18 ans, y compris les appareils orthodontiques métalliques et les appareils de rétention, se fait par nos soins sur la base d'un *plan de traitement* et d'une estimation des coûts. *Nous* évaluons la nécessité médicale d'un *traitement* orthodontique sur la base de l'Index des besoins de *traitement* orthodontique (IOTN) de la Société Britannique d'Orthodontie.

Les services supplémentaires tels que les formes spéciales de *traitement* (appareil dentaire interne, dite technologie linguale) et les attelles en plastique selon la méthode d'alignement (Invisalign) ne sont pas remboursables.

Plan de traitement

Lorsque *vous* prévoyez un *traitement* étendu incluant des prothèses dentaires, une remise en état de la dentition ou encore un *traitement* orthodontique, veuillez *nous* présenter un plan de *traitement* avec devis établi par le *médecin* ou le *dentiste* avant le début du *traitement*. *Vous* recevrez ensuite un avis indiquant le montant de notre remboursement.

Traitement dentaire suite à un accident

Les prestations seront payées intégralement jusqu'à la limite globale si *vous* avez besoin d'un *traitement* dentaire à la suite d'une blessure accidentelle aux dents, causée par un impact externe direct à la tête, par exemple une chute, ou tout autre *accident* causant des blessures par une force externe. *Nous* ne couvrons pas les blessures causées par le fait de manger ou de boire ou toute blessure causée par le fait de mordre, de mâcher, de serrer ou de grincer des dents. Le rapport du *dentiste* doit confirmer spécifiquement que le *traitement* est la conséquence d'un *accident*. L'*accident* doit être prouvé par le biais d'un rapport médical ou d'un rapport de police.

Aucune période d'attente ne s'applique.

Exclusions liées aux prestations dentaires :

- Fluoration de la surface des dents et scellement des fissures chez les adultes
- Les couronnes ou facettes antérieures partielles ne sont pas remboursables
- Blanchiment et autres services cosmétiques et esthétiques
- Sédatation/anesthésie

- Mesures de soulagement de la douleur et de l'anxiété, telles que l'*acupuncture*, l'hypnose, l'anesthésie générale, la sédation avec du gaz hilarant, l'anesthésie du sommeil crépusculaire.

Exceptions :

- Si un trouble anxieux a été diagnostiqué par un spécialiste qualifié, les frais sont remboursés par Globality Health pour les enfants allant jusqu'à 12 ans.
- Échec de l'anesthésie (locale)
- Si l'anesthésie locale semble impossible, en raison d'une déficience psychologique ou physique considérable du patient

Prestations d'assistance médicale

Selon la formule d'assurance choisie, *vous* ou la *personne assurée* pouvez faire appel aux services de notre *centre de services de Globality Health*, quelque soit le moment où un cas d'assurance ou une *urgence* se produit.

Le réseau d'assistance et de services de Globality Health regroupant des partenaires compétents et expérimentés sur le terrain permet de fournir à nos clients une assistance et un soutien personnalisés, ainsi que des consultations complètes et professionnelles en toute situation, pour *vous* assister pendant votre séjour à l'étranger (pour les garanties couvertes uniquement).

Ces services sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an. Si *vous* avez besoin d'aide, appelez le numéro indiqué sur vos documents d'assurance à toute heure du jour ou de la nuit.

Vous pouvez demander l'aide des services correspondant à la formule d'assurance choisie à chaque fois que se produira un événement couvert par l'assurance ou une *urgence*. Lorsque la couverture d'assurance Globality YouGenio® World expire, *vous* n'avez plus droit à ces services (cf. 2.7, 2.8 et 2.9).

Service d'assistance téléphonique et par e-mail 24 heures sur 24 par des conseillers, *médecins* et spécialistes expérimentés

Nous sommes à votre disposition 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an par téléphone ou e-mail. Nos équipes de coordinateurs d'assistance ou de *médecins* parlant plusieurs langues *vous* prennent alors en charge.

Transport sanitaire et rapatriement médical

Nos remboursements des frais de transport sont définis aux articles 4.7 et 4.8. *Vous* et la *personne assurée* avez droit à un transport transfrontalier dans le cas où les soins médicaux hospitaliers ne sont pas appropriés dans votre *pays de résidence*.

Dans ce cas, *nous* payons les frais de transport du patient si les conditions suivantes sont réunies :

- Le transport sanitaire ou le *rapatriement* doivent avoir été prescrits par le *médecin* traitant et doivent être médicalement nécessaires.
- Votre *centre de services de Globality Health* doit avoir approuvé le remboursement de ces frais au préalable.

Après consultation le *centre de services de Globality Health* compétent et du *médecin* traitant, l'assuré est transporté (à l'intérieur de la zone géographique de son choix) vers :

- un lieu dans un autre pays plus adapté pour le traiter
- le *pays de résidence* de la *personne assurée* si le cas d'assurance s'est produit à l'extérieur de ce pays
- le *pays de départ* ou le *pays d'origine* de la *personne assurée*.

Si, pour raisons médicales cela s'avérait nécessaire, *nous* organiserions également un accompagnement médical par un *médecin*.

Nous ne couvrons que le transport vers un lieu approprié pour un *traitement* médical.

Information sur l'infrastructure médicale

Si un cas d'assurance ou une *urgence* se produit, votre *centre de services de Globality Health* *vous* indiquera quels soins sont disponibles localement. Votre *centre de services* *vous* donnera les noms et adresses des *médecins* et services hospitaliers où sont parlés l'anglais, l'allemand, le français, l'espagnol et le néerlandais ainsi que les adresses des *hôpitaux*,

cliniques spécialisées et *vous* renseignera sur les possibilités de transfert.

Soutien et information

Vous pouvez contacter votre *centre de services de Globality Health* par téléphone dès qu'un besoin de soutien médical local se fait ressentir.

Sur demande de la *personne assurée*, votre *centre de services de Globality Health* peut informer la famille de la *personne assurée* de la survenance d'un cas d'assurance ou d'une *urgence* – dans la mesure où cela est techniquement possible. En cas de maladie potentiellement létale ou de risque d'invalidité grave et permanente, *vous* pouvez consulter un deuxième *médecin* directement ou par l'intermédiaire de votre *centre de services de Globality Health*, afin d'obtenir un *deuxième avis*. Il *vous* aidera à planifier votre arrivée ou votre départ de l'*hôpital* en cas d'hospitalisation.

En cas d'hospitalisation, l'évolution d'une maladie peut être suivie par les *médecins* de votre *centre de services de Globality Health* ou par des coordinateurs d'assistance. La même chose vaut pour les *traitements* dispensés en ambulatoire dans le but d'éviter un séjour hospitalier.

Garantie de paiement (GDP)

En cas d'*urgence* nécessitant une hospitalisation, *vous* devez contacter votre *centre de services de Globality Health* dans les plus brefs délais.

Lorsqu'une hospitalisation est prévue à l'avance, *vous* devez contacter votre *centre de services de Globality Health* au minimum sept jours avant l'admission à l'*hôpital*. Le même délai s'applique également aux cas d'interventions chirurgicales ambulatoires remplaçant un séjour hospitalier. Le respect de ce délai est indispensable à votre *centre de services* pour régler les formalités de prise en charge des frais aux *médecins* ou à l'*hôpital*. Il permet également un contrôle des factures par un *médecin* afin de s'assurer qu'elles sont raisonnables et coutumiers habituels. En outre, *nous* pourrions convenir avec l'*hôpital* de l'adresse à laquelle les factures et les conditions de paiement devront être envoyées. *Nous* veillons à ce que les factures soient payées directement au bénéficiaire. Dans ce cas, votre *centre de services Globality Health* *vous* informera de la procédure par lettre ou par courrier électronique.

Si vous, ou la personne assurée, n'informez pas votre centre de services au préalable, ou immédiatement dans les cas d'urgence, il est possible que nous ne couvrions pas la totalité des frais.

Rapatriement de dépouille

Votre centre de services de Globality Health exigera le certificat de décès ou le rapport d'accident si la loi l'y autorise. Il :

- contactera les autorités et les consulats dans le pays étranger ;
- identifiera les parents autorisés à décider du rapatriement de la dépouille ou de son incinération ; et
- s'occupera de toutes les formalités liées au rapatriement, à l'incinération ou à l'organisation des funérailles sur place en conformité avec la réglementation du pays concerné.

Nous remboursons :

- les frais directs liés au rapatriement de la dépouille vers le pays de départ ou le pays d'origine (y compris les frais de toutes les formalités) ; ou
- les frais de rapatriement de l'urne funéraire vers le pays de départ ou le pays d'origine si la dépouille a été incinérée dans le pays de résidence de la personne décédée.

Nous ne remboursons pas les frais de funérailles.

Assistance médicale complémentaire adéquate

Qu'un cas d'assurance soit survenu ou non, votre centre de services de Globality Health fournira au souscripteur de la police d'assurance et aux personnes assurées des informations aussi bien générales (sur le pays, les formalités douanières) que médicales (vaccinations, information médicale par téléphone également) pour vous aider à préparer votre voyage. Il vous aidera à constituer votre trousse personnelle de premiers secours.

En cas de survenance d'un cas d'assurance, votre centre de services de Globality Health vous fournira des informations générales sur la nature, les causes possibles et le traitement envisageable de la maladie, et vous expliquera les termes médicaux. Votre centre de services se chargera aussi de vous donner des informations sur les médicaments, leurs effets secondaires et leur interaction. Si un traitement ambulatoire est nécessaire, votre centre de services de Globality Health

coordonnera et assurera le suivi du traitement et de la maladie, via des consultations entre médecins et organisera tout soutien nécessaire.

Prestations d'assistance supplémentaire

Services en ligne

Vous avez la possibilité d'utiliser nos services online dans l'espace qui vous est réservé.

Visite de la famille

Si vous, ou la personne assurée, recevez un traitement hospitalier suite à une urgence (dans le pays de résidence ou pendant un voyage d'affaires ou d'agrément), votre centre de services de Globality Health compétent prendra les dispositions nécessaires pour qu'un membre de votre famille vous rende visite si votre séjour hospitalier dure plus de sept jours. Il prendra les dispositions nécessaires pour le voyage aller et retour d'un membre de votre famille.

Si un assuré est contraint de revenir dans son pays d'origine en raison d'une maladie grave, d'un accident ou du décès d'un membre de sa famille, Globality Health rembourse, à hauteur des montants maximums indiqués au paragraphe 4.8 des conditions générales (rubrique organisation de visites familiales) les frais de transport (respectivement les billets de train aller-retour en première classe et les billets d'avion en classe tourisme) vers le lieu de résidence ou d'hospitalisation dans le pays d'origine du membre de la famille gravement malade ou accidenté, et vers le lieu d'inhumation dans le pays d'origine, en cas de décès. Sont considérés comme maladies et accidents graves, les événements qui mettent en danger la vie des personnes touchées. Les personnes du cercle familial considérées sont : le conjoint ou le partenaire non marié, les parents et les enfants de l'assuré. Ces frais ne sont remboursés qu'à condition que le centre de services correspondant ait été préalablement contacté. Un certificat de décès est préalablement requis pour le remboursement des frais de transport vers le lieu d'inhumation.

Report du voyage de retour

Si le départ d'une *personne assurée* du *pays de résidence* est reporté à cause d'une *urgence* médicale, c'est-à-dire si votre état de santé ne vous permet pas de voyager, nous paierons les frais supplémentaires liés au changement du séjour hôtelier et à la modification de la réservation de vol jusqu'à la limite indiquée dans l'étendue des garanties.

Approvisionnement et acheminement de médicaments vitaux

Si la *personne assurée* est tributaire de l'approvisionnement de *médicaments* non disponibles dans le *pays de résidence*, elle peut demander au *centre de services de Globality Health* compétent de se les procurer – à condition qu'ils soient légalement autorisés – et de les lui envoyer, dans la mesure où cette importation n'est pas interdite par la loi.

Transport de retour ou garde des enfants

Si l'*urgence* médicale entraîne l'hospitalisation des deux parents dans le *pays de résidence*, alors nous organiserons la garde des enfants pendant la durée de l'hospitalisation. Si les deux parents sont en *traitement* médical d'*urgence* pendant un voyage d'agrément (jusqu'à six semaines) et nécessitent une hospitalisation, ils sont en droit de demander le transport de retour accompagné des enfants (âgés de moins de 18 ans) vers le *pays de résidence*.

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

Si le séjour à l'étranger est source de conflits psychologiques pour la *personne assurée*, le *centre de services de Globality Health* compétent fournira un soutien psychologique par téléphone et prendra si nécessaire les dispositions pour que soit dispensée une aide locale appropriée.

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

Vous pouvez demander au votre *centre de services de Globality Health* de conserver des copies de vos documents personnels (par exemple : passeport, carte d'identité, visa, carte de crédit, permis de conduire, certificats d'immatriculation de véhicule, carnets de vaccination, passeport allergie, documents professionnels – jusqu'à 20 feuillets de format A4) dans une enveloppe scellée avec mot de passe personnel.

En cas de perte des originaux, qu'un cas d'assurance soit survenu ou non, les copies seront envoyées à la *personne assurée* par la poste, par un service de messagerie ou par fax pour l'aider à obtenir de nouveaux documents. Nous conservons ces documents pendant cinq ans, sauf si la *personne assurée* les remplace par des documents plus actuels.

Le service de stockage n'est disponible que pendant la durée de l'assurance.

Organisation d'une aide en cas de difficultés juridiques

Votre *centre de services de Globality Health* compétent peut vous diriger vers des avocats ou des experts à travers le monde parlant anglais, allemand, français, néerlandais ou espagnol.

Si nécessaire, il prendra les dispositions pour qu'un acompte des frais d'avocat, des frais de justice ou de caution soit payé. Cependant, l'acompte n'est pas payé par votre *centre de services de Globality Health* qui ne fera que contacter les banques ou la famille et pourra aider à faciliter le transfert d'argent, le cas échéant.

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

Pour vous aider à préparer votre séjour à l'étranger, votre *centre de services de Globality Health* peut vous recommander des organismes qui offrent une formation spécialisée sur le pays ou la région concernée en tenant compte des aspects de la vie et du travail à l'étranger.

5. Exclusions

Nous ne garantissons pas les dépenses liées aux *traitements* ou états médicaux ci-après, sauf s'ils sont mentionnés dans l'étendue des garanties ou dans un avenant à la *police d'assurance*.

Agir ou voyager contre avis médical/négliger de solliciter un conseil médical

Nous ne couvrons pas le *traitement* nécessaire à la suite de la non demande ou du non respect d'un avis médical, ou à la suite d'un voyage contre avis médical.

Changement de sexe

Nous ne couvrons pas le changement des caractéristiques sexuelles biologiques réalisé par chirurgie ou par *traitement* hormonal.

Chirurgie esthétique et plastique

Les frais engagés pour la chirurgie cosmétique ou plastique et le *traitement* ne seront pas remboursés.

Complications causées par un risque exclu de la police d'assurance

Nous ne couvrons pas les dépenses causées par des complications directement causées par une maladie, une blessure ou un *traitement* dont nous avons exclu ou limité la couverture dans la formule d'assurance que vous avez choisie.

Contamination radioactive, chimique ou biologique

Nous ne couvrons pas les maladies et les *accidents* causés par l'énergie nucléaire (réactions nucléaires, radiations et contaminations), ainsi que leurs conséquences ; il en va de même pour les maladies et les *accidents* causés par les armes chimiques ou biologiques, ainsi que leurs conséquences.

Expérimentations et recherches médicales

Nous ne couvrons aucune forme de *traitement* ou de pharmacothérapie que nous considérons comme expérimentale. Tout service, technologie, assistance, procédure, *traitement*, médicament, dispositif, installation, équipement ou produit biologique est considéré comme expérimental dès lors qu'il ne répond pas à toutes les exigences suivantes :

- Existence d'une licence définitive et d'une approbation clairement indiquée d'au moins une des agences suivantes : EMA (Agence européenne des médicaments), FDA (Food

and Drug Administration – phase III positive), réseau européen d'évaluation des technologies de la santé (EU-netHTA). Une approbation provisoire n'est pas suffisante. L'approbation n'est valable que pour les indications et les conditions correspondantes. Dans le cas de procédures et d'orientations de parcours clinique approuvées, il doit être clairement indiqué comme tel sur l'une des lignes directrices suivantes : NICE (National Institute for Health and Care Excellence), AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), AHRQ National Guideline (Agency for Healthcare Research and Quality – National Guideline Clearinhouse).

- Toutes les approbations et orientations doivent être concluantes et ne peuvent pas faire état de la nécessité de recherches supplémentaires, ou d'un environnement de recherche, ou de preuves limitées, ou de preuves insuffisantes ou d'un manque d'utilité clinique.

Force majeure

Sauf accord écrit, nous ne remboursons ni les frais de *traitement* ni les évacuations sanitaires ni les *rapatriements* découlant directement ou indirectement d'un cas de force majeure où nous serions dans l'impossibilité de vous prêter assistance ou encore où les autorités locales nous retireraient tout contrôle sur la situation. Le cas de force majeure comprend, entre autres, tout événement aléatoire, imprévisible ou inévitable tel qu'un tremblement de terre, des conditions météorologiques extrêmes, un incendie, une inondation, un éboulement ou un affaissement de terrain ainsi que toute autre situation ou événement indépendant de notre volonté.

Frais de transport

Sauf accord écrit préalable de notre part, nous ne remboursons pas les frais de transport autres que les services d'ambulance d'urgence.

Frais hospitaliers non médicaux

Les accompagnateurs, tous les consommables et aliments non médicaux et toutes les dépenses liées aux médias (radio, TV, etc.).

Guerre, mouvement populaire, terrorisme

Sont exclus de l'assurance les maladies ou les *accidents* et leurs conséquences, ainsi que les décès imputables à des actes de guerre, à des troubles civils ou à des actes de terrorisme, à moins que l'assuré ne soit blessé en tant que tiers

non impliqué qui n'a pas fait abstraction du danger volontairement ou par négligence et que l'assuré ne soit pas entré délibérément dans la zone de conflit.

La couverture d'assurance n'est en aucun cas valable si l'assuré pénètre dans une zone de combat direct ou rend des services à l'un des belligérants. L'exclusion des prestations s'applique indépendamment du fait que la guerre ait été déclarée ou non.

Si l'assuré a connaissance d'actes de guerre, de troubles civils ou d'actes terroristes alors qu'il se trouve dans le pays, l'assurance ne couvre que les soins *d'urgence* et de sauvetage et seulement pendant la période où l'assuré est empêché de quitter le pays ou la région concernée; cette période est limitée à 28 jours.

Interruption de grossesse

Nous couvrons l'interruption de grossesse en cas de danger physique pour la vie de la femme enceinte ou si le fœtus est devenu non viable, et uniquement si *nous* avons donné notre accord par écrit avant l'acte médical. Les conditions ci-dessus doivent être prouvées par des rapports d'enquête médicale nécessaires et par un rapport médical du *médecin*, indiquant les raisons de l'interruption de grossesse.

La maternité de substitution

Nous ne remboursons pas les frais des *traitements* directement liés à la maternité de substitution, qu'il s'agisse des mères porteuses ou des parents d'intention.

Les enfants nés de mères porteuses sont exclus de la couverture.

Lésions causées par le service militaire

Nous ne couvrons pas les maladies, les *accidents* et leurs suites survenant pendant que la *personne assurée* remplit ses obligations militaires.

Les épidémies, pandémies et clusters d'ampleur comparable

Les frais liés aux *traitements* et/ou aux évacuations médicales et/ou aux *rapatriements* découlant directement ou indirectement d'une épidémie, d'une pandémie et d'un cluster d'ampleur comparable ne sont pas couverts dès lors qu'ils sont placés sous le contrôle des autorités de santé publique locales, sauf accord contraire écrit de notre part.

Maladies, accidents et leurs conséquences causés délibérément (blessures auto-infligées, y compris les tentatives de suicide)

Nous ne couvrons pas les maladies et les *accidents* causés délibérément, ainsi que leurs conséquences. *Nous* considérons qu'une maladie ou un *accident* est causé délibérément si la personne concernée a au moins idée des conséquences de ses actes et a accepté le fait qu'un dommage puisse être causé.

Programmes de désintoxication, y compris les thérapies

Nous ne couvrons pas les programmes de désintoxication, y compris les *traitements* pour la toxicomanie et l'alcoolisme. Sans porter préjudice à cette disposition, les prestations contractuelles seront versées pour une première désintoxication si l'assuré ne peut prétendre à aucun remboursement auprès d'un autre organisme. Dans le cas d'une désintoxication en milieu hospitalier, seuls les frais engagés pour les services hospitaliers généraux de base sont remboursés, y compris les *traitements* médicaux et les *médicaments*.

Nous ne couvrirons pas de *traitement* ultérieur découlant ou directement associé à l'usage nocif, dangereux ou addictif de toute substance, y compris l'alcool et les drogues.

Séances de gymnastique postnatale

Nous ne couvrons pas les séances de gymnastique postnatale suivies pour pallier aux effets physiques sur le corps de la grossesse et de l'accouchement.

Soins et garde de longue durée

Nous ne remboursons pas les frais d'hébergement résultant de soins ou d'une garde de longue durée.

Soins par le conjoint, le partenaire, un parent proche ou un enfant

Nous ne remboursons pas les frais si *vous* ou la *personne assurée* êtes soignés par une épouse, un époux, un partenaire, un parent ou un enfant. Cependant, *nous* remboursons les frais avérés de matériel nécessaire pour votre *traitement* conformément à ce que prévoit la formule d'assurance pour laquelle *vous* avez opté.

Sports professionnels

Nous ne couvrons pas les *traitements* ou les actes diagnostiques de blessures ou maladies résultant de la pratique professionnelle du sport.

Stations thermales et massages de relaxation

Nous ne couvrons pas les séjours ou les *traitements* dans un centre de cure, un centre de bains, une station thermale ou un centre de récupération, même s'ils sont prescrits par un *médecin*. Cela inclut également les bains thermaux, les saunas et tout type de massage de relaxation.

Stérilisation, dysfonction sexuelle et contraception

Nous ne couvrons aucun acte médical destiné à rendre une personne stérile, aucun acte médical, *traitement* ou médication destiné à prévenir la grossesse ou à soigner une dysfonction sexuelle (sauf dans le cas d'une fécondation in vitro).

Test génétique

Nous ne sommes pas tenus de rembourser des frais de tests génétiques, sauf dans le cas où des tests génétiques spécifiquement désignés sont inclus dans votre plan, ou si *nous* marquons spécifiquement notre accord par écrit.

Thérapies et traitements en sanatoriums, maisons de convalescence et de soins, mesures de rééducation spécifiques

Nous ne couvrons pas les thérapies et les *traitements* suivis en sanatoriums ou en maison de convalescence et de soins. Mais selon la formule choisie, *nous* prenons en charge une partie des frais engagés pour la *rééducation de suivi*.

Traitements par des médecins, dentistes ou autres thérapeutes spécifiques ou par des hôpitaux spécifiques

Il s'agit des *médecins*, *dentistes* et autres *thérapeutes*, ainsi que les *hôpitaux* dont *nous* avons refusé de payer les factures pour une raison importante.

Cependant, cette exemption de l'obligation de payer des prestations ne s'applique qu'aux cas d'assurance qui surviennent après que vous ayez été informé de l'exclusion des prestations. Si un cas d'assurance est déjà survenu au moment de notre notification, notre exemption de prestations ne s'appliquera qu'aux dépenses engagées plus d'un mois après réception de la notification.

Troubles du développement

L'assurance ne couvre pas les services, les thérapies, les tests de formation, ou la formation liés à des difficultés d'apprentissage ou des troubles du développement psychologique, tels que les retards de développement, les aptitudes scolaires, les troubles envahissants, le retard mental, les déficiences de perception, les lésions cérébrales non causées par une blessure accidentelle ou une maladie, le dysfonctionnement cérébral minimal, la dyslexie ou l'apraxie.

Trouble du sommeil

Nous ne couvrons pas les examens et les *traitements* liés aux troubles du sommeil, y compris l'insomnie. L'exclusion concerne aussi les appareils CPAP (pression des voies respiratoires positive continue) et les appareils BIPAP (pression positive des voies respiratoires à deux niveaux).

Vision

Nous ne couvrons pas les *traitements* et les interventions chirurgicales effectués pour corriger votre vue, tels que le *traitement* par laser, la kératotomie réfractive et la kératectomie photoréfractive.

Vitamines et minéraux

Nous ne remboursons ni les produits classés comme vitamines ou minéraux (sauf s'ils sont médicalement nécessaires pendant la grossesse ou pour le *traitement* de syndromes de carence vitaminique diagnostiqués et ayant des effets cliniques) ni les suppléments nutritionnels ou diététiques, y compris, mais sans s'y limiter, les préparations spéciales pour nourrissons et autres produits cosmétiques (même si ils sont médicalement recommandés, prescrits ou reconnus comme ayant des effets thérapeutiques).

Nous ne reconnaissons pas comme étant médicalement nécessaires les nutriments, les toniques, les eaux minérales, les cosmétiques, les produits d'hygiène et de soins corporels et les additifs pour le bain. Le coût de ces produits n'est donc pas remboursé.

Autres limites

Si le montant des prestations que *nous* avons accordé pour un *traitement* ou toute autre mesure ne correspond pas aux *frais raisonnables et coutumiers habituels* ou si le *traitement* est supérieur à ce qui est médicalement nécessaire, *nous* seront en droit de réduire son paiement/remboursement.

Vous ou la *personne assurée* serez responsable pour les frais non raisonnables et coutumiers habituels puisque *nous* ne couvrons pas ces dépassements. *Nous nous* réservons le droit de faire réévaluer tout coût ou toute estimation de coût par des *médecins* afin d'établir si ce dernier constitue un frais raisonnable et coutumier habituel. Si *vous*, ou la *personne assurée*, pouvez également prétendre aux prestations d'une assurance maladie obligatoire ou de toute autre caisse d'assurance ou organisme, *nous* ne rembourserons que les dépenses encore nécessaires malgré ces prestations.

Nous ne couvrons pas les complications résultant des maladies exclues de la *police d'assurance*.

Dans l'intérêt de toutes les parties concernées, *nous* suivrons la réglementation des sanctions internationales en vigueur. *Nous* ne sommes pas censés fournir une couverture et ne saurions être tenus responsables de payer toute demande de remboursement ou de fournir toute prestation dans le cadre de cette *police d'assurance* dans la mesure où l'apport d'une telle couverture, en payant cette demande de remboursement ou en fournissant cette prestation, *nous* exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction dans le cadre de résolutions des Nations Unies, aux sanctions économiques ou commerciales, aux lois ou à la réglementation de L'Union Européenne ou du Royaume-Uni, ou à des sanctions des États-Unis d'Amérique.

6. Procédure de remboursement

6.1 Conditions pour percevoir le remboursement

Vous pouvez choisir un *médecin* et un *dentiste* parmi tous les *médecins* et *dentistes* agréés dans le pays où *vous* avez besoin du *traitement*. La même chose s'applique pour les autres *thérapeutes*.

Nous ne remboursons que les frais de *traitements* médicaux ou dentaires requis dans le cadre d'un *traitement* médicalement nécessaire.

Nous remboursons les frais médicaux et dentaires ainsi que les interventions d'autres *thérapeutes*, à condition qu'ils soient raisonnables et coutumiers habituels et conformes aux barèmes agréés dans le pays où *vous* recevez le *traitement*. *Nous* pouvons également rembourser les frais au-delà des plafonds habituellement admis s'ils sont occasionnés par des difficultés liées à la maladie ou aux résultats d'analyses et examens médicaux, dans la mesure où ils sont raisonnables et coutumiers habituels.

Le montant de nos remboursements pour les interventions d'autres *thérapeutes* comme des masseurs, des sage-femmes ou des praticiens de médecines alternatives (pour lesquels il n'existe peut-être pas de barème agréés des prestations dans le pays où le *traitement* est effectué) sera calculé sur la base des honoraires médicaux et prix habituellement pratiqués dans le pays où est dispensé le *traitement*.

Nous couvrons les matériaux dentaires et travaux de laboratoire sur la base des prix moyens dans le pays où le *traitement* est dispensé.

Prothèses dentaires, implants, chirurgie dentaire et *traitement* orthodontique sont considérés comme des *traitements* dentaires réalisés par un *dentiste*, y compris dans le cas où ils sont dispensés par un *médecin* à l'hôpital. Ils ne sont pas inclus dans le *traitement hospitalier* ou *ambulatoire*.

Notre garantie couvre les frais liés aux méthodes d'examen et de *traitement* et les *médicaments* généralement acceptés par la médecine traditionnelle. *Nous* remboursons également les frais liés aux méthodes et *médicaments* s'étant avérés utiles en pratique ou à défaut de méthodes ou *médicaments* de médecine traditionnelle. Nos prestations sont cependant limitées aux montants que *nous* aurions eu à payer si des méthodes et *médicaments* conventionnels avaient été disponibles.

6.2 Lorsqu'un cas d'assurance se produit

Vous devez déclarer toute demande de remboursement et *nous* faire parvenir les factures dans les plus brefs délais à la fin du *traitement*.

- a) *Nous* ne sommes tenus de verser des prestations que si *nous* avons reçu les factures et documents, ces derniers devenant notre propriété. *Nous* pouvons les conserver autant de temps que *nous* le jugeons utile.
- b) Sauf accord contraire, la *personne assurée* transmettra les factures directement au *centre de services de Globality Health* compétent lorsqu'un cas d'assurance se produit. Les factures respecteront les obligations légales relatives à l'émission de factures dans le pays concerné (cf. également 6.3).

Dans le but de traiter et régler les demandes de remboursement le plus rapidement possible, *nous* acceptons aussi les factures envoyées par courriel ou télécopie dès lors que la qualité de transmission est suffisante pour traiter la demande. *Vous* ou la *personne assurée* pouvez également *nous* faire parvenir votre demande de remboursement en ligne via *Eclaims*. *Eclaims* est un outil en ligne qui *vous* permet de faire vos demandes de remboursement par internet. *Vous* accédez à *Eclaims* par le biais de www.globality-health.com en entrant votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.

Nous pouvons à tout moment *vous* demander de produire les factures originales, si *nous* avons une bonne raison de le faire. *Vous* êtes prié de les conserver. Si un autre assureur santé ou un autre organisme a remboursé une partie des coûts, il suffira de *nous* envoyer les copies des factures ou autres documents accompagnés de l'avis de remboursement des autres assureurs ou de l'autre organisme.

Nous pouvons également régler à la personne ou l'organisme qui *nous* aura envoyé ou présenté les documents requis. Avec le paiement, notre responsabilité concernant la demande s'éteint.

- c) *Vous* ou la *personne assurée* ne pouvez en aucun cas céder vos droits juridiques à des prestations d'assurance à des tiers.
- d) En cas de *traitement hospitalier*, *vous* ou la *personne assurée* devez informer votre *centre de services de Globality Health* dans les plus brefs délais, au plus tard dans les sept jours suivant le début du *traitement*.

- e) Toute *personne assurée* est tenue de *nous* transmettre les informations demandées de manière à ce que *nous*, ou votre *centre de services de Globality Health*, puissions vérifier le cas d'assurance et déterminer notre responsabilité ainsi que le montant des prestations dues. La *personne assurée* doit également *nous* permettre, ou permettre au *centre de services de Globality Health*, de réunir toutes les informations supplémentaires requises à cet égard (notamment pour ce qui concerne la levée du secret médical).
- f) *Nous* pouvons demander à ce que la *personne assurée* soit examinée par un *médecin* autorisé par *nous*. *Nous* paierons les frais liés à cet examen.
- g) La *personne assurée* doit, dans la mesure du possible, faire tous les efforts nécessaires pour réduire le sinistre et elle est tenue de ne rien entreprendre qui puisse altérer sa convalescence.
- h) Dans la mesure du possible, *vous* et les *personnes assurées* devez adopter un comportement soucieux des coûts lorsqu'un événement assuré survient et limiter les dépenses du *traitement*. L'achat de *médicaments* génériques sera par exemple privilégié à l'achat de *médicaments* de marques.

Si la *personne assurée* ne respecte pas les conditions ci-dessus, *nous* ne sommes pas tenus de payer les prestations ou bien *nous* pouvons les limiter conformément aux restrictions prévues par les réglementations juridiques en vigueur. Cette stipulation ne s'applique qu'aux cas de malveillance ou de négligence grave. Le *souscripteur de la police d'assurance* est réputé responsable des fautes et négligences d'une *personne assurée* dont il aurait connaissance.

6.3 Informations devant apparaître sur les factures

- a) Les factures doivent comporter les éléments suivants :
- Nom et prénom et date de naissance.
 - Désignation précise de la maladie (diagnostic) ou bien description des symptômes par un *médecin*.
 - Le détail des prestations médicales et des *traitements*, leurs dates et leurs prix individuels
 - En ce qui concerne les *traitements* dentaires, la facture doit également mentionner précisément quelle dent a été traitée ou remplacée et quelles prestations ont été réalisées.

b) Autres points importants

- Tous les documents ou factures doivent être rédigés de préférence en anglais, allemand, français, néerlandais ou espagnol et doivent utiliser les chiffres arabes et les caractères latins (1, 2, 3 ... a, b, c ...) et les codes CIM 9 ou 10 (classification internationale des maladies).
- Les ordonnances doivent mentionner votre nom et prénom ainsi que votre date de naissance, les *médicaments* prescrits, leur prix et un reçu de votre paiement.
- Les ordonnances doivent être envoyées avec la facture du *médecin*. *Vous* devez envoyer les factures concernant le *traitement* et les aides et appareils thérapeutiques avec l'ordonnance correspondante.
- Si *vous* demandez des *indemnités journalières supplétives pour un séjour hospitalier* au lieu de *vous* faire rembourser les frais, *vous* devez *nous* envoyer une attestation confirmant le *traitement hospitalier* qui précisera le nom et le prénom ainsi que la date de naissance de la personne ayant reçu le *traitement*, le diagnostic, la date d'admission et de sortie d'*hôpital* ainsi qu'une confirmation attestant qu'aucune autre dépense n'a été engagée.

Dans la mesure du possible, veuillez utiliser notre imprimé de demande de remboursement (« Formulaire de remboursement ») pour solliciter un remboursement. *Vous* pouvez le télécharger depuis notre site Internet ou l'obtenir auprès de votre *centre de services de Globality Health*. Si *vous* produisez ce document, signé du *médecin*, *nous* serons en mesure de traiter votre demande rapidement car *nous* ne devrions pas à avoir à demander de plus amples informations qui risqueraient de retarder votre remboursement.

6.4 En cas d'accident ou d'urgence

Vous pouvez *nous* contacter à tout moment, de jour comme de nuit. Nos adresses, numéros de téléphone et adresses e-mail sont mentionnés sur tous nos documents et sur votre carte *Globality Service Card*.

Si *vous* contactez votre *centre de services de Globality Health* suite à un cas d'assurance majeur, notamment un *accident*, une *urgence* ou un *traitement hospitalier*, *nous* *vous* proposerons de *vous* rappeler immédiatement.

6.5 Demande de remboursement

a) Prestations pour *traitements hospitaliers*

Sur demande, *nous* pouvons payer directement l'organisme ayant émis la facture pour des frais fixes comme par exemple les honoraires de soins infirmiers, les frais d'hébergement hospitalier ou les frais de transport en ambulance.

Une *personne assurée* peut également transférer son droit à paiement au *médecin, thérapeute* ou à l'*hôpital* ayant dispensé le *traitement* ou effectué les prestations en lui signant une « déclaration de cession de droits ».

Cependant, *nous* ne pouvons régler directement l'*hôpital* que si l'*hôpital* approuve cette pratique (c'est-à-dire si elle est habituelle dans le pays en question).

b) Prestations pour *traitements ambulatoires* et dentaires

Vous avez un contrat avec votre *médecin* ou *thérapeute*.

En début de *traitement*, le *médecin* ou le *thérapeute* passe un contrat de soins avec le patient sur la base duquel il peut émettre une facture. *Vous* pouvez transmettre cette facture à votre *centre de services de Globality Health* de sorte que *nous* puissions régler les prestations convenues contractuellement.

c) Toutes les prestations prévues à ce contrat sont prescrites au bout de trois ans à compter du moment où la créance sur laquelle est fondée la prétention apparaît.

6.6 Remboursement des prestations

En règle générale, *nous* réglons les prestations de santé selon le principe du remboursement. En d'autres termes, *nous* remboursons les frais occasionnés dans le cadre d'un *traitement* couvert. Exceptionnellement, *nous* pouvons payer, sur votre demande, directement l'organisme ou la personne qui a émis la facture, sous réserve qu'il soit enclin à effectuer un paiement direct et que cette opération ne soit pas régie par des considérations juridiques.

Taux de change

Nous remboursons les factures dans la devise convenue avec *vous*. *Nous* convertissons les coûts en devises étrangères au taux applicable le jour où la facture a été émise.

Ceci à moins que *vous nous* fassiez parvenir les justificatifs bancaires prouvant que *vous* avez acheté la devise nécessaire à un taux moins avantageux pour payer les factures.

6.7 Eclaims

L'outil de demande en ligne offre des services en ligne pratiques *vous* permettant de demander le remboursement des frais de santé éligibles. *Nous vous* encourageons à *nous* envoyer vos factures via *Eclaims*.

6.8 Prétentions à l'égard de tiers et compensation

Si une *personne assurée* peut faire valoir des dommages-intérêts de toute nature envers des tiers, il est tenu de *nous* subroger en ses droits, par écrit, à hauteur du plafond de remboursement prévu à la *police d'assurance*. Si la *personne assurée* renonce à un tel droit sans notre accord, *nous* serions déchargés de l'obligation à prestations dans la mesure où *nous* aurions pu, par le biais de cette subrogation de droit, obtenir une indemnisation.

Nos prétentions ne peuvent être compensées par des créances de tiers que si celles-ci sont incontestées et définitives.

6.9 Fraude

Vos droits à remboursement sont échus si votre demande est incorrecte, frauduleuse ou si des tiers tentent de déposer une demande de remboursement au titre de la présente *police d'assurance* de manière frauduleuse et sans raison juridique, sous couvert de votre autorisation. Dans un tel cas, *vous* perdriez tous vos droits à remboursement émanant de la présente *police d'assurance*. *Vous* auriez à rembourser les paiements que *nous vous* aurions versés avant de *nous* apercevoir du dol.

7. Paiement et calcul de la prime

Paiement de la prime

La prime indiquée dans la *police d'assurance* est une prime mensuelle payable par avance. Tout supplément de prime facturé pour un risque médical extraordinaire sera indiqué séparément. La première prime est exigible immédiatement après l'acceptation de votre demande de couverture par nos services qui *vous* transmettront votre *police d'assurance*. Si l'assurance ne commence pas le 1er d'un mois calendaire ou ne se termine pas le dernier jour du mois calendaire, la prime à payer sera calculée au pro rata temporis pour le premier ou le dernier mois d'assurance.

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

Si votre *pays de résidence* se situe dans l'UE/EEE, *nous* devons *vous* facturer les frais, droits ou taxes légaux liés à votre *police d'assurance*. Les taux d'imposition locaux applicables seront indiqués dans votre *police d'assurance*. *Nous* percevrons la taxe sur la prime d'assurance et les droits ou frais en même temps que la prime d'assurance.

Si votre *pays de résidence* est situé en dehors de l'UE/EEE, le preneur d'assurance est responsable de l'enregistrement et du paiement des taxes locales et autres frais qui peuvent survenir pour l'assurance.

Calcul de la prime

Le montant de la prime d'assurance se base sur l'état de santé individuel de la *personne assurée*, du barème des primes et de l'âge de la *personne assurée* au premier jour de l'année d'assurance. Les tranches d'âges se répartissent comme suit : 0-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79.

Vous pouvez consulter les tableaux des primes sur notre site Internet <http://www.globality-health.com>

Ajustement des frais et de la prime

La prime d'assurance convenue est susceptible de changer dans les cas suivants :

- si les coûts réels des sinistres ne correspondent plus à la base de calcul technique du plan d'assurance ou si la tendance des coûts observée dans le système de santé donne des raisons sérieuses de supposer que les coûts réels deviendront disproportionnés par rapport aux coûts calculés. Les coûts réels des sinistres correspondent aux coûts des sinistres réels généraux/globaux des dernières années d'activité individuelle de Globality.

- en fonction du changement de tranche d'âge. Si le début d'une nouvelle année d'assurance implique le changement de tranche d'âge mentionné ci-dessus et spécifié dans le tableau des primes, *nous* ajusterons également la prime en fonction de la nouvelle tranche d'âge ;
- en fonction des modifications relatives à la législation en vigueur.

D'autre part, *nous* sommes en droit de *vous* répercuter toutes les augmentations de charges statutaires, droits ou taxes ou paiements similaires.

Ces changements seront évalués une fois par an. Les primes pourraient donc être ajustées en conséquence si cela s'avérait nécessaire. *Nous* *vous* informerons par écrit de tout changement de prime au moins trois mois avant le début de la prochaine année d'assurance. Le changement s'appliquera alors à partir du début de l'année d'assurance suivante.

Si *vous* n'êtes pas d'accord avec le changement de prime, *vous* pouvez résilier la *police d'assurance* dans les trois mois suivant la réception de notre notification. La *police d'assurance* prendra fin à la date à laquelle le changement devrait être effectif.

Il convient de noter que, conformément à la clause 2.8., un changement de tranche d'âge ne donne toutefois pas le droit de résilier la *police d'assurance*.

Retard de paiement de la prime

Si la prime convenue n'est pas réglée dans les 10 jours suivant la date d'échéance, *nous* pouvons mettre le *souscripteur de la police d'assurance* en demeure de payer par lettre recommandée adressée à son adresse actuelle. La notification sera réputée reçue même si le *souscripteur de la police d'assurance* refusait le recommandé.

L'absence de paiement passé un délai de 30 jours à compter de la réception de la mise en demeure, mettrait fin à notre obligation de couverture d'assurance. Néanmoins, bien que *nous* ne serions plus tenus de le couvrir, le *souscripteur de la police d'assurance* resterait contraint à continuer de payer ses primes futures.

Si la prime n'est toujours pas payée 10 jours après que le délai supplémentaire de 30 jours ait expiré, *nous* pouvons

résilier la *police d'assurance* avec effet immédiat. Si la *police d'assurance* n'est pas résiliée, notre garantie reprend effet pour tous les cas d'assurance survenant par la suite, dès lors que les sommes dues ont été réglées intégralement, y compris les frais causés par le retard de paiement. La garantie d'assurance reprend à 0:00 heures du jour de l'encaissement de l'ensemble des sommes dues par nos services ou par la personne mandatée par nos soins.

L'obligation de remboursement disparaît cependant si le *souscripteur de la police d'assurance* ne s'acquitte du paiement des sommes dues que lorsque la survenance du cas d'assurance n'est plus incertaine.

Si aucune prime n'est payée pendant plus de deux ans, le contrat d'assurance est réputé résilié.

Monnaie contractuelle

L'euro (€) constitue la monnaie de base de tous nos plans. Toutefois, *vous* pouvez choisir le dollar américain (\$) ou la livre sterling (£) comme monnaie contractuelle. *Nous* révisons le taux de change de ces monnaies deux fois par an et les modifions si nécessaire. Ces ajustements peuvent entraîner des augmentations ou des diminutions de prime lorsqu'un ajustement de la monnaie contractuelle au cours de l'euro s'avère nécessaire.

8. Information générale

8.1.a Changement de *pays de résidence* et de nationalité ou de citoyenneté

Vous devez *nous* informer immédiatement (c'est-à-dire dès que *vous* avez pris connaissance) ou au plus tard à la date effective du changement, de toute nouvelle adresse, en particulier de tout changement au sein du *pays de résidence* ou de tout changement de nationalité ou de citoyenneté. Un changement peut avoir un impact sur votre prime, sur votre couverture d'assurance et votre conformité aux réglementations locales en matière d'assurance, même si *vous* déménagez dans une province ou un pays situé dans votre zone géographique de couverture. *Nous* pouvons *vous* demander de fournir un justificatif de domicile.

Si *vous* ne *nous* informez pas, *nous* ne pouvons pas garantir la couverture. *Nous* pourrions également être amenés à résilier le contrat d'assurance conformément au paragraphe 2.8 de nos conditions générales.

8.1.b Réinstallation dans le *pays d'origine*

Lorsque *vous* revenez dans votre *pays d'origine* et que *vous* mettez fin à la période d'expatriation à l'étranger, *vous* devez *nous* informer de la date exacte de votre réinstallation dans votre *pays d'origine*, au plus tard le jour même du déménagement. Si *vous* ne *nous* informez pas du déménagement, *nous* ne pouvons pas garantir la couverture. *Nous* pourrions également être amenés à résilier le contrat d'assurance conformément au paragraphe 2.8 de nos conditions générales.

8.1.c Modification des informations contractuelles

Vous devez *nous* informer immédiatement en cas de changement de coordonnées ou de changement de nom *vous* concernant et concernant toute *personne assurée*. *Nous* pouvons *vous* demander de fournir un justificatif relatif à ce changement. Si *vous* ne le faites pas, *nous* ne pouvons pas garantir la couverture. *Nous* pourrions également être amenés à résilier le contrat d'assurance conformément au paragraphe 2.8 de nos conditions générales.

8.2 Modifications des conditions générales d'assurance

Nous pouvons modifier les conditions générales d'assurance. *Nous* *vous* informerons par écrit de ces modifications au moins trois mois avant le début de l'année d'assurance.

Les modifications des conditions générales d'assurance prendront effet au premier jour de l'année d'assurance suivante.

Si *vous* êtes en désaccord avec les modifications des conditions générales d'assurance, *vous* avez la possibilité de résilier votre *police d'assurance* dans un délai de trois mois à compter de la réception de notre notification.

La *police d'assurance* expirera à la date prévue d'entrée en vigueur des modifications.

8.3 Communication entre *vous* et *nous*

Sans préjudice de l'article 8.2 ci-dessus, *vous* acceptez que toute information que *nous* *vous* devons conformément à la *police d'assurance* ou à toute disposition légale applicable, sera valablement fournie sur support papier ou par voie électronique, sur le site internet de Globality S.A, par e-mail ou tout autre moyen de communication convenu entre *vous* et *nous*.

A défaut de réaction de votre part pendant une période de soixante jours à partir de la date des informations, *vous* serez considéré comme les ayant acceptées et marquez votre accord pour être lié par celles-ci en votre nom propre, au nom des *personnes assurées*, et au nom de toute personne que *vous* représentez conformément à la loi.

Par conséquent, *vous* *vous* engagez à informer, chaque fois que cela est nécessaire, les *personnes assurées* et toute personne que *vous* représentez conformément à la loi. *Vous* acceptez que *nous* ne serons tenus responsables d'aucune perte, préjudice ou coût causé ou lié aux obligations susmentionnées d'informer les *personnes assurées* et que *vous* représentez conformément à la loi.

8.4 Réclamations

En cas de réclamation, veuillez *nous* contacter par courrier, téléphone, télécopie ou e-mail.

Globality S.A.

1A, rue Gabriel Lippmann

L-5365 Munsbach

Luxembourg

Téléphone : +352 270 444 3603

Télécopie : +352 270 444 3699

E-Mail : feedback@globality-health.com

Site internet : www.globality-health.com

Vous pouvez contacter également le médiateur des assurances ou les autorités de contrôle du secteur des assurances. Vous trouverez de plus amples informations dans votre espace personnel 'My Globality' world sur www.globality-health.com.

8.5 Tribunal compétent

Il pourra arriver que vous soyez en désaccord avec notre *traitement* de votre demande de remboursement. Dans ce cas, vous avez la possibilité de saisir la justice. Tous litiges émanant d'une *police d'assurance* relèvent de la compétence du tribunal du Grand Duché de Luxembourg ou du tribunal du lieu de résidence du *souscripteur*. Dans le cas où vous ne résideriez pas dans l'un des pays membres de l'Union européenne, les tribunaux du Grand Duché de Luxembourg seraient les seuls compétents.

8.6 Loi applicable

La *police d'assurance* est régie par le droit luxembourgeois dans la mesure où aucune réglementation nationale ne serait incompatible avec le droit luxembourgeois.

8.7 Langue

La langue officielle de la *police d'assurance* est l'anglais. Sauf accord contraire entre vous et nous, l'anglais est la langue de correspondance. La version anglaise prévaut sur toute autre version linguistique ou traduction. Vous trouverez la police dans votre espace personnel 'My Globality' world sur www.globality-health.com.

9. Définitions

Terminologie de l'assurance Globality YouGenio® World

Accident

Un *accident* est un événement soudain et inattendu, agissant de l'extérieur sur le corps et nuisant à la santé.

Acupuncture

L'*acupuncture* est une méthode qui consiste à introduire de fines aiguilles dans le corps dans le but de guérir des maladies ou d'atténuer des douleurs. La *médecine conventionnelle* la reconnaît avant tout pour le *traitement* de la douleur.

Aide-ménagère à domicile

Partie des soins infirmiers dispensés à domicile. Elle inclut l'aide aux tâches usuelles et récurrentes de la vie de tous les jours liées à la tenue d'un ménage comme les courses, la cuisine, la vaisselle, le nettoyage de la maison et du linge, le changement de linge et le chauffage de la maison.

Assisteur

L'*assisteur* est spécialisé dans l'aide et le conseil aux *personnes assurées* dans les situations d'*urgence* ou durant un séjour hospitalier. Il fournit en plus d'autres services pour faciliter votre séjour dans un pays étranger et se charge du remboursement de certains frais comme les frais de *rapatriement*. L'ensemble des services de l'*assisteur* est décrit à la rubrique étendue des garanties

Cancer

Terme générique utilisé pour désigner tout dysfonctionnement malin causé par la propagation incontrôlée de cellules mutées (néoplasies ou tumeurs). Ces cellules peuvent détruire les tissus environnants et produire des métastases (tumeurs secondaires).

Centres de services de Globality Health

Nos *centres de services de Globality Health* sur le terrain offrent un accès direct aux spécialistes locaux, des services en continu et une assistance de premier ordre. Selon la formule d'assurance choisie, *vous* pouvez faire appel à ces services quelque soit le moment où un cas d'assurance ou une *urgence* se produit. Appelez le numéro indiqué au verso de votre Globality Service Card pour joindre votre *centre de services de Globality Health* personnel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ayez toujours à portée de main les neuf chiffres de votre numéro d'assurance indiqué sur votre *service card*.

Les *centres de services de Globality Health* connaissent parfaitement les systèmes de santé locaux, les structures et les spécificités régionales, et peuvent ainsi *vous* orienter vers des professionnels de santé et des *hôpitaux*. Ils organisent eux-mêmes les rendez-vous à votre convenance ou s'assurent d'obtenir les *médicaments* nécessaires. Ils fournissent également une garantie de paiement et peuvent assurer le remboursement rapide des frais.

Centre de soins palliatifs

C'est une institution où le seul objectif est de soigner des patients dont l'espérance de vie est limitée et pour lesquels il n'existe plus de *traitement* curatif. Il vise à offrir la meilleure qualité de vie possible en utilisant les soins de la *médecine palliative*.

Chiropractie

Il s'agit d'un système de diagnostic et de *traitement* basé sur l'idée que le système nerveux coordonne toutes les fonctions corporelles et que la maladie est le résultat d'un défaut de fonctionnement du système nerveux. Un chiropracteur utilise la manipulation pour corriger des structures corporelles comme la colonne vertébrale et soulager la pression exercée par des vertèbres déplacées sur les nerfs.

CIM

La classification internationale des maladies est un système international de codification et de classification de tous les diagnostics connus.

Congénital

Présent à la naissance.

Délai d'attente

Période commençant le jour du début de l'assurance ou à la date d'entrée en vigueur de la *police d'assurance* pendant laquelle *nous* ne paierons pas certaines prestations.

Demande d'assurance

La *demande d'assurance* est faite au moyen de l'imprimé fourni par nos soins pour *vous* et les autres *personnes assurées*.

Dentiste

Un *dentiste* est un *thérapeute* qui s'occupe principalement des dysfonctionnements des dents et de la bouche.

Deuxième avis

Il s'agit du conseil médical donné par un second *médecin* indépendant qui n'est pas impliqué dans le *traitement*. Vous pouvez également consulter un deuxième *médecin* via votre *centre de services de Globality Health* pour avoir un *deuxième avis* en cas de risque létal ou de handicap grave permanent.

Dialyse

La *dialyse* est avant tout utilisée pour fournir un remplacement artificiel de la fonction du rein perdue à cause d'un dysfonctionnement rénal (thérapie de remplacement rénale). La *dialyse* peut être utilisée lors de la perte soudaine mais temporaire de la fonction rénale ou bien pour les personnes dont la fonction rénale a disparu de façon permanente (stade d'insuffisance rénale terminale).

La *dialyse* est effectuée dans des unités spécialisées au sein d'*hôpitaux* et de cliniques ou à domicile.

Eclaim

Une demande de remboursement effectuée en ligne au moyen du système *Eclaims*.

Eclaims

Outil en ligne qui offre un service en ligne permettant de vous faire rembourser tous vos frais médicaux remboursables.

Etat médical

Toute maladie, lésion ou anomalie physique, mentale ou psychologique ainsi que les grossesses.

Frais raisonnables et coutumiers habituels

Les *frais raisonnables et coutumiers habituels*, sont définis comme étant la somme ou les frais les plus usuels pour une prestation de service médical spécifique, dans une zone géographique spécifique, auprès d'un prestataire de services médicaux particulier.

Franchise

L'effet d'une *franchise* est que la *personne assurée* prend en charge une partie des coûts. La *franchise* est la part des frais à la charge de l'assuré jusqu'à un montant plafond convenu au préalable. Si une *franchise* a été convenue, elle est mentionnée à la *police d'assurance* (cf. 4.1).

Globality Service Card

Présentez votre *Globality Service Card* afin de vous identifier comme bénéficiaire d'une assurance privée internationale de première catégorie auprès des *médecins*, pharmaciens, *dentistes* ou *hôpitaux*. Cette identification permet le remboursement direct des frais.

Homéopathie

L'homéopathe part du principe qu'une maladie qui produit certains symptômes peut être traitée avec une substance qui produit des symptômes similaires chez les personnes en bonne santé.

Hôpital

Un *hôpital* est un établissement recevant des patients traités en séjour hospitalier et parfois en ambulatoire, agréé et autorisé dans le pays dans lequel il opère. *Nous* ne payons des prestations que si l'*hôpital* est placé sous la gestion continue d'un *médecin*, dispose des équipements diagnostiques et thérapeutiques adéquats et tient des dossiers médicaux.

Nous ne considérons pas les maisons de convalescence et de soins, les spas et centres de cure thermales, ainsi que les centres de soins palliatifs et les sanatoriums comme des *hôpitaux*.

Hydrothérapie

Tout *traitement* spécifique basé sur l'utilisation de l'eau.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Il s'agit d'une technique de diagnostic dans laquelle les ondes radio générées dans un champ magnétique fort sont utilisées pour fournir des images des tissus et organes du corps.

Implants

Les *implants* dentaires (métallique ou céramique) sont utilisés pour remplacer des racines de dents ou restaurer des mâchoires édentées.

Indemnités journalières supplétives pour un séjour hospitalier

Si *vous* ne demandez pas de prestations pour un *traitement hospitalier* médicalement nécessaire couvert par votre assurance, *nous* vous paierons une indemnité journalière pour hospitalisation par journée passée à l'*hôpital* pour le *traite*

ment hospitalier recommandé médicalement. Cette stipulation correspond à la formule que vous avez choisie.

Maladie congénitale

Toute maladie ou affection, anomalie, défaut de naissance, naissance prématurée, malformation apparaissant à la naissance, y compris les affections y étant liées, qu'elles aient été diagnostiquées ou non.

Maladie préexistante

Une *maladie préexistante* est un *état médical* (ou un état nécessitant un *traitement* médical), apparu avant la date de début de la couverture d'assurance santé.

Aux fins de la définition, un *état médical* est

- tout état nécessitant des soins médicaux ou dentaires et leurs conséquences, pour lesquels vous avez reçu un *traitement* médical, aviez des symptômes, avez demandé conseil, consulté un *médecin* (y compris pour un bilan de santé), ou suivi un *traitement* (*médicaments*, régime spécial ou injection) qui existait au début de l'assurance à la connaissance de la personne concernée
- grossesse, accouchement, complications du postpartum et les conséquences y étant liées.

Les états médicaux survenant entre le moment de la *demande d'assurance* et la confirmation par nos services que nous acceptons de vous assurer sont considérés comme des *maladies préexistantes*.

Maladies graves

- Infarctus du myocarde
- Sclérose en plaque
- SIDA et HIV
- Accident vasculaire cérébrale
- Hépatite A, B et C
- Tuberculose
- Maladie de Parkinson
- Choléra
- Diphthérie
- Malaria
- Tétanos
- Typhus et paratyphus

Formule Essential

Nous ne remboursons les frais des *traitements ambulatoires* pour toutes les maladies mentionnées ci-dessus uniquement

si le *traitement* est dispensé immédiatement après le *traitement hospitalier*.

Pour toutes les maladies recensées ci-dessus, un plafond combiné de couverture s'applique par année d'assurance.

Médecin

Un *médecin* est un docteur (généraliste ou spécialiste) ou une personne titulaire d'un diplôme médical agréé par l'Etat autorisant à pratiquer la médecine dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé (cf. « *traitement* »). Vous pouvez choisir tout *médecin* qui réunit ces conditions.

Médecine conventionnelle

La forme de la médecine reposant sur des méthodes scientifiques agréées, enseignée à l'université et généralement reconnue et utilisée.

Médecine palliative

Branche de la médecine s'occupant du soulagement de la douleur et autres symptômes incommodes pour améliorer la qualité de vie et influencer positivement l'évolution de la maladie. Le terme de *médecine palliative* s'applique également au *traitement* complet et aigu dispensé aux patients dont l'espérance de vie est limitée, dont la maladie est incurable et pour lesquels l'objectif thérapeutique est d'atteindre la meilleure qualité de vie possible pour le patient et ses proches.

Médicament

Agent actif administré seul ou en combinaison à d'autres substances pour traiter une maladie, un dysfonctionnement un handicap ou une pathologie. Les aliments, les produits cosmétiques et les articles de soin du corps ne sont pas reconnus comme des *médicaments*. Les *médicaments* doivent avoir été prescrits par un *médecin* et doivent être achetés en pharmacie. Médication, *médicaments* et produits pharmaceutiques sont des synonymes.

Mesures prophylactiques

Mesures préventives qui incluent les mesures individuelles et générales pour éviter une maladie (par exemple les vaccins, l'immunisation passive, la médication préventive en prévision d'un voyage à l'étranger dans une région dangereuse, la prévention des *accidents*, etc.).

Nous

Globality S.A.

Oncologie

L'*oncologie* est une branche de la médecine qui s'occupe du diagnostic et du *traitement* des tumeurs malignes et des maladies y étant liées.

Ostéopathie

Pratique faisant appel à des manipulations pour établir le diagnostic et la thérapie de dysfonctionnement de la motricité, des organes internes et du système nerveux. Elle est principalement utilisée dans le *traitement* des douleurs chroniques de la colonne vertébrale et des articulations périphériques.

Pansements

Matériaux utilisés pour couvrir des lésions.

Pays de départ

Le pays dans lequel *vous* viviez avant de partir à l'étranger.

Pays de résidence

Tout pays où *vous* êtes considéré comme résident par les autorités compétentes.

Pays d'origine

Le pays duquel la *personne assurée* est ressortissant ou le pays dans lequel la *personne assurée* possède une résidence habituelle/permanente ; ou bien le pays où sa dépouille mortuaire doit être convoyée au moment de sa mort.

Personne assurée

Les *personnes assurées* sont celles couvertes par l'assurance, par exemple *vous* et votre époux ou épouse, votre compagnon ou votre compagne, vos enfants.

Plafond annuel global

Il s'agit du montant maximal versé pour l'ensemble des prestations par *personne assurée* et par année d'assurance.

Police d'assurance

Document comportant la *demande d'assurance*, les conditions générales, les conditions particulières et tout avenant éventuel.

Prestations ambulatoires maximales

Il s'agit du montant maximal des prestations que *nous* payerons au total au titre des prestations ambulatoires, par personne, par année d'assurance dans le cadre de ce plan d'assurance spécifique, sauf stipulation contraire dans l'étendue des garanties.

Rapatriement

Si un *traitement* médicalement nécessaire pour lequel *vous* êtes couvert n'est pas disponible localement, *nous* couvrons votre retour dans votre *pays d'origine* pour *vous* faire soigner plutôt que de *vous* orienter vers le centre médical adéquat le plus proche. Cette stipulation s'applique uniquement si votre *pays d'origine* est situé au sein de la zone géographique de la couverture.

Rééducation de suivi

Traitement médical visant à rétablir l'état de santé de la *personne assurée* avant la maladie ou une intervention chirurgicale importante, par exemple suite à une opération de pontage, un infarctus du myocarde, une transplantation et une intervention chirurgicale sur les grands os et les articulations, ou suite à un *accident grave*.

Région de destination

Nous fournissons une couverture d'assurance pour les zones géographiques suivantes.

Région de destination I :

monde entier y compris les Etats-Unis

Région de destination II :

monde entier hors Etats-Unis

SIDA

Le syndrome d'immunodéficience acquise se caractérise par un dysfonctionnement grave du système immunitaire.

Soins de jour

Soins de jour se réfère au *traitement* reçu à l'hôpital sans nuit passée à l'hôpital. La longueur du séjour hospitalier est comprise entre huit et 24 heures.

Soins dentaires suite à un accident

Les *soins dentaires suite à un accident* sont les soins dispensés dans les 30 jours suivant la date de l'*accident* pour traiter une ou des dent(s) naturelle(s) endommagées par un coup accidentel.

Souscripteur de la police d'assurance

Vous êtes le souscripteur de la police d'assurance car vous avez conclu avec nous une police d'assurance.

Sport professionnel

Tous sports pour lequel *vous* percevez une rémunération lorsque *vous* le pratiquez.

Suppléments nutritionnels et alimentaires

Produits utilisés pour augmenter la teneur en nutriments de certains aliments, notamment les vitamines, les minéraux, les plantes, les compléments alimentaires, les aliments du sportif et les compléments d'alimentation naturelle.

Thérapeute

Médecin mais aussi toute personne qui a reçu une qualification approfondie dans son domaine, agréée et autorisée à prescrire un *traitement* dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé. Cette définition inclut les praticiens de médecine complémentaire, les orthophonistes et les sages-femmes et maïeuticiens ainsi que les membres de professions paramédicales agréées par l'Etat comme les masseurs et les physiothérapeutes en cabinet. *Vous* pouvez choisir tout *thérapeute* qui réunit ces conditions.

Tomodensitométrie (TDM)

La tomodensitométrie est une procédure de diagnostic utilisant un équipement spécial à rayons X pour obtenir une image en coupe transversale du corps. Le tomodensitomètre affiche ces images comme images tri-dimensionnelles d'organes, os, et autres tissus. Ce procédé est également appelé CTscan, scanographie, tomographie axiale calculée par ordinateur (TACO).

Tomographie par émission de positrons (TEP)

Processus d'imagerie au cours duquel une substance radioactive est injectée dans le corps, dont le tracé donne une image de l'intérieur du corps. La concentration de ce type de marqueur dans la tumeur peut se mesurer.

Traitement

Les mesures diagnostiques et thérapeutiques à réaliser par un *médecin* pour identifier, aider, soulager ou soigner un trouble, une maladie ou une lésion. Un *traitement* est considéré comme médicalement nécessaire, dès lors qu'il pouvait être considéré comme médicalement nécessaire au vu des résultats objectifs des analyses scientifiques et médicales au moment du *traitement*.

Traitement ambulatoire

Tout *traitement* prescrit par un *médecin* qualifié et agréé ne nécessitant pas de passer une nuit à l'*hôpital* (également séjours hospitaliers de moins de huit heures).

Traitement hospitalier

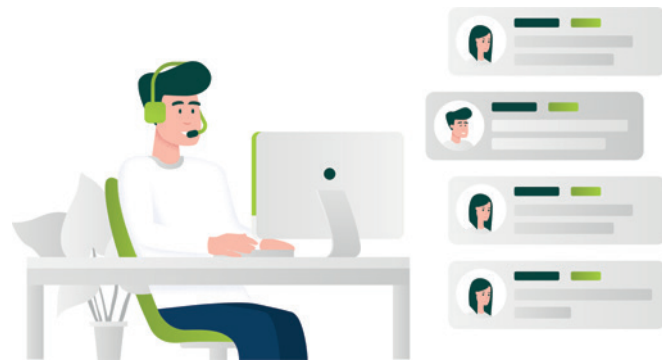
Traitement pour lequel un patient doit rester à l'*hôpital* pour des raisons médicales pendant une nuit ou plus (plus de 24 heures).

Urgence

Maladie soudaine et aiguë ou détérioration aiguë de certains aspects de la santé constituant une menace immédiate pour l'état de santé général de la *personne assurée*.

Vous

Souscripteur de la police d'assurance



Contactez-nous

N'hésitez pas à nous contacter en cas de questions concernant nos conditions générales d'assurance :

Nos lignes téléphoniques sont ouvertes du lundi au vendredi de 08:00 à 17:00 (HEC).

Téléphone : +352 270 444 36 03

Télécopie : +352 270 444 36 99

Ou écrivez-nous quand vous voulez:
service-yougenio@globality-health.com

Globality S.A.
1A, rue Gabriel Lippmann
L-5365 Munsbach
Luxembourg

www.globality-health.com
R.C.S. Luxembourg B 134.471