

CIGNA EXPATPLUS CONDITIONS GENERALES

2017



Chapitre I: Généralités	5
1. Ordre de préséance, compliance et objet de l'assurance.....	5
2. Définitions, par ordre alphabétique	6
3. Admissibilité et acceptation à l'assurance.....	10
4. La couverture d'assurance prend effet le jour suivant l'acceptation par l'Administrateur:	13
5. Délai de réflexion	13
6. Durée et résiliation de la police	13
7. Cessation de l'assurance	14
8. Prime et augmentation de prime	15
9. Retour vers le Pays d'origine	16
10. Devise	16
11. Exclusions générales	16
12. Guerre et terrorisme.....	17
13. Protection de la vie privée.....	18
14. Subrogation.....	18
15. Défense.....	18
16. Procédure de plainte	18
17. Législation applicable.....	18
Chapitre II: Prestations et conditions propres aux différents types de couvertures	19
PLAN DE BASE	19
1. Assurance santé internationale	19
2. Evacuation médicale et assistance	30
COUVERTURES OPTIONNELLES	36
3. Soins dentaires	36
4. Assurance-vie	37
5. Décès et invalidité accidentels	38
6. Incapacité temporaire.....	43
7. Invalidité permanente.....	46

INFORMATION IMPORTANTE

Les Conditions générales de la police telles que décrites au Chapitre I sont uniquement valables dans la mesure où elles n'entrent pas en contradiction ou en conflit avec les dispositions des différentes couvertures optionnelles décrites au Chapitre II. En cas de contradiction ou de conflit, ces dernières ont la préséance sur les Conditions générales. En outre, les Conditions particulières ont toujours la préséance sur les Conditions générales de Cigna expatplus.

Au cas où nous avons mis à la disposition du Preneur d'assurance une traduction de la version originale (en langue anglaise) des Conditions générales de Cigna expatplus, le Preneur d'assurance convient que la traduction ne lui est fournie qu'à titre de commodité et que la version en langue anglaise des Conditions générales régit sa relation avec Cigna.

En cas de contradiction entre la version en langue anglaise des Conditions générales et sa traduction, la version en langue anglaise fera foi.

1. Délai de réflexion

Si pour une quelconque raison, le Preneur d'assurance n'était pas satisfait des présentes dispositions, celui-ci dispose d'un délai de réflexion de quatorze (14) jours pour les retourner à l'Administrateur. Ce délai de réflexion prend effet à la date de la conclusion à distance du contrat ou à la date de réception des présentes Conditions générales si le Preneur d'assurance n'en disposait pas à la date de la conclusion à distance du contrat. L'Assureur annulera alors la police et remboursera au Preneur d'assurance l'ensemble des primes payées à condition qu'aucune demande de remboursement de Soins ou déclaration de sinistre n'ait été introduite.

2. Changement d'adresse

Le Preneur d'assurance communiquera immédiatement à l'Administrateur tout changement d'adresse, adresse e-mail incluse, de façon à ce que celui-ci puisse continuer à lui transmettre les informations importantes et assurer le règlement des demandes de remboursement.

3. Généralités

L'Assureur

Cigna Europe Insurance Company SA/NV (ci-après désignée 'Cigna')
Registered in Belgium with limited liability
Freigutstrasse 20 CH-8002 Zurich
Switzerland
RPR 0474.624.562
FSMA licence for accident and sickness

L'Assisteur

Healix Group of Companies
Healix House
Esher Green
Esher
Surrey
KT10 8AB Royaume-Uni

L'Administrateur

Cigna International Health Services BVBA
Plantin en Moretuslei 299 ou P.O Box 69 2140 Antwerpen
Belgique
RPM 0414.783.183
FSMA 13799 A-R

L'autorité de surveillance

FSMA (Autorité des services et marchés financiers)
Rue du Congrès 12-14
1000 Bruxelles, Belgique
www.fsma.be

4. Contact

Pour toute question concernant sa police d'assurance, le Preneur d'assurance contactera:

Cigna expatplus

P.O. Box 69
2140 Antwerpen, Belgique
Tél. + 32 3 217 65 29
Fax + 32 3 663 73 14
info@expatplus.com
www.expatplus.com

Pour toute demande ou réclamation concernant l'assurance santé, notre Centre de contact se tient 24h/24, 7j/7 à la disposition du Preneur d'assurance. Nos coordonnées sont les suivantes:

Cigna expatplus

P.O. Box 69
2140 Antwerpen, Belgique
Tél. + 32 3 217 69 72
Fax + 32 3 235 83 51
claims@expatplus.com

5. Médiateur - recours amiables

Il revient au Médiateur de rechercher un règlement à l'amiable en cas de désaccord entre l'Assuré et l'Assureur ou le Courtier.

Ombudsman des assurances, Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles, Belgique
Fax +32 (0)2 547 59 75
info@ombudsman.as

Chapitre I: Généralités

1. Ordre de préséance, compliance et objet de l'assurance

1.1. Ordre de préséance des dispositions

Les Conditions générales de la police telles que décrites au Chapitre I sont uniquement valables dans la mesure où elles n'entrent pas en contradiction ou en conflit avec les dispositions des différentes couvertures optionnelles décrites au Chapitre II. En cas de contradiction ou de conflit, ces dernières ont la préséance sur les Conditions générales.

En ce qui concerne l'assurance Evacuation médicale, les conditions du Chapitre II ont également la préséance sur les Conditions générales décrites au Chapitre I.

En outre, les Conditions particulières ont toujours la préséance sur les Conditions générales de Cigna expatplus.

1.2. Compliance

Il se peut que les produits et services proposés par l'Assureur ne soient pas disponibles dans toutes les juridictions; ils se voient expressément exclus de la présente police lorsque la loi en vigueur, notamment mais non exclusivement la législation anti-corruption et les programmes de sanctions économiques, en interdisent la commercialisation. Toute couverture ainsi commercialisée sera considérée comme nulle et non avenue. La police d'assurance Cigna expatplus ne se substitue aucunement à l'affiliation à un régime d'assurance-maladie public ou local ou au respect de toute autre obligation juridique d'un pays quel qu'il soit. Les assurés Cigna expatplus ne devraient pas cesser le paiement de leurs contributions sociales au régime d'assurance public à moins qu'on ne les ait informés des risques que cela comporte.

L'Assureur et le Preneur d'assurance conviennent que, hormis les dispositions des présentes Conditions générales et/ou des Conditions particulières de la présente police d'assurance, il n'a été fait aucune proposition ou offre valable, par aucune des parties ou leur(s) représentant(s).

1.3. Objet de l'assurance

Cigna expatplus se compose de différentes couvertures visant toutes à offrir une protection sociale aux personnes expatriées.

PLAN DE BASE

1. Assurance santé internationale

Le volet Assurance santé internationale prévoit le remboursement, à concurrence des limites définies aux présentes Conditions générales, des frais de Soins ambulatoires Raisonables et habituellement pratiqués ainsi que des frais d'Hospitalisation Raisonables et habituellement pratiqués, à condition que ceux-ci aient été engagés consécutivement à une Maladie, un Accident ou une maternité.

2. Evacuation médicale et assistance

La couverture de base inclut des services d'évacuation médicale et assistance.

ASSURANCES COMPLEMENTAIRES

Les personnes bénéficiant de la couverture de base peuvent souscrire les couvertures optionnelles suivantes:

3. Soins dentaires

La couverture Soins dentaires est uniquement ouverte aux personnes admises à l'Assurance santé internationale.

4. Assurance-vie

La couverture Assurance-vie peut être souscrite en complément à la couverture de base. Elle garantit le paiement d'un capital en cas de décès, quelle qu'en soit la cause.

5. Décès et invalidité accidentels

La couverture Décès et invalidité accidentels peut être souscrite en complément à la couverture de base. Elle garantit le paiement d'un capital en cas de décès accidentel ou d'Invalidité permanente consécutive à un Accident.

6. Incapacité temporaire

La couverture Incapacité temporaire peut être souscrite en complément à la couverture de base. Elle garantit le paiement d'une indemnité mensuelle en cas d'incapacité totale de l'Assuré d'exercer ses activités professionnelles à la suite d'une Maladie ou d'un Accident.

7. Invalidité permanente

La couverture Invalidité permanente peut être souscrite en complément à la couverture Incapacité temporaire. Elle garantit le paiement d'une indemnité mensuelle à l'Assuré s'il est victime, consécutivement à un Accident ou une Maladie, d'une Invalidité permanente qui l'empêche de reprendre, partiellement ou totalement, ses activités professionnelles, et entraîne ainsi une perte totale ou partielle de revenus.

2. Définitions, par ordre alphabétique

Accident

Événement soudain, inattendu, dont la cause est extérieure au corps de la victime et qui entraîne des Blessures physiques. Les événements suivants sont également considérés comme Accidents:

- tentative d'assistance à des personnes ou des biens en danger;
- inhalation de gaz ou de vapeurs et absorption de substances toxiques ou corrosives;
- luxation, distorsion, rupture et déchirure musculaire provoquées par un effort soudain;
- gelure;
- noyade.

Administrateur

Le gestionnaire de sinistres et Administrateur de la police d'assurance.

Cigna International Health Services BVBA, Plantin en Moretuslei 299, 2140 Antwerpen, Belgique ou P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgique, ci-après dénommé l'Administrateur.

Année d'assurance

Période de douze (12) mois débutant le jour où la couverture de l'Assuré prend effet.

Assisteur

Société qui assure l'évacuation médicale d'urgence et les services d'assistance.

Assuré

Personne à qui sont accordées les garanties de la police d'assurance Cigna expatplus et dont le nom figure aux Conditions particulières.

Assureur

Compagnie d'assurance garantissant les risques couverts par la police d'assurance.

Blessure

Lésion causée au corps de l'Assuré par un Accident.

Chambre individuelle

Chambre à un lit. Il s'agit du type de chambre individuelle habituellement la moins chère dans un hôpital.

Chirurgie ambulatoire

Tout acte chirurgical effectué dans une salle d'opération classique et ne nécessitant pas de nuitée en hôpital.

Conditions particulières

Document émis conjointement à la police d'assurance, stipulant:

- l'identité du Preneur d'assurance et de l'Assuré;
- la couverture choisie et la date d'expiration de la police;
- le montant des primes d'assurance;
- toute convention particulière ou toute autre dérogation aux présentes Conditions générales.

Date de reconduction de la police

Pour les polices souscrites à titre individuel uniquement: elle varie selon la durée d'assurance choisie. Pour les polices à durée trimestrielle: 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre. Pour les polices à durée semestrielle: 1^{er} avril, et 1^{er} juillet. Pour les polices à durée annuelle: 1^{er} janvier.

Pour les polices collectives: 1^{er} janvier ou Date de reconduction annuelle (voir les Conditions particulières).

Date de reconduction annuelle

Pour les polices individuelles: 1er janvier. Pour les polices de groupe: voir les Conditions particulières.

Dentiste

Personne officiellement qualifiée et autorisée à exercer la médecine dentaire dans le pays où les Soins sont administrés.

Docteur en médecine

Personne qui a obtenu un diplôme d'une école de médecine reconnue et reprise dans la liste de l'annuaire des écoles de médecine de l'OMS et qui est autorisée à pratiquer la médecine dans le pays où les Soins sont administrés.

Evacuation sanitaire d'urgence

Evacuation effectuée à la suite d'une blessure accidentelle ou de l'altération soudaine et inattendue de l'état physique ou mental de l'Assuré dont on peut raisonnablement penser, si des Soins ou une procédure médicale ne sont pas administrés immédiatement, qu'elle entraînera le décès de l'Assuré, la perte d'une fonction du corps humain ou le dysfonctionnement permanent d'un de ses organes, tel qu'attesté par l'Assisteur.

Expatrié

Personne habitant et/ou travaillant en dehors de son Pays d'origine.

Frais de Soins admissibles

Frais de Soins de santé Médicalement nécessaires engagés consécutivement à une Maladie, un Accident ou une maternité, et qui n'excèdent pas les plafonds repris au tableau des garanties.

Franchise

Première partie des frais de Soins admissibles qui n'est pas remboursée par l'Assureur et reste donc à charge de l'Assuré. Elle est déduite du montant total des frais de Soins admissibles, utilisé comme base de calcul pour le remboursement.

Généraliste

Voir 'Médecin de famille'.

Hospitalisation

Soins nécessitant, pour raison médicale, une nuitée en hôpital.

Invalidité

Incapacité de nature permanente causée par une Maladie chronique ou une Blessure.

Maladie

Altération de l'état de santé normal attestée par un médecin.

Maladie chronique

Toute Maladie ou Blessure qui présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes:

- par essence récurrente ;
- est reconnue de façon générale comme incurable;
- n'est pas censée réagir de façon positive au traitement;
- requiert des Soins palliatifs;
- requiert une supervision ou un monitoring prolongés;
- mène à une Invalidité permanente.

Maladie préexistante

Affection médicale ou affection apparentée qui s'est manifestée avant la prise d'effet de la couverture, qu'il ait été fait appel ou non à un conseil médical ou à un traitement médical. Toute affection de ce type ou affection apparentée dont l'Assuré ou les Personnes à sa charge ont ou ont eu connaissance, ou auraient raisonnablement pu avoir connaissance, sera considérée comme Maladie préexistante.

Médecin

Voir 'Docteur en médecine'.

Médecin de famille

Médecin administrant un traitement médical relevant de la médecine générale et n'exigeant pas une formation dans un domaine de spécialité médicale.

Médicalement nécessaire

Désigne un service médical possédant les caractéristiques suivantes:

- il correspond au diagnostic et au traitement médical habituellement administré dans le cadre d'une Maladie ou d'une Blessure couverte par la police d'assurance.
- il est administré conformément aux bonnes pratiques établies en médecine, et aux normes professionnelles de Soins médicaux et de garanties en matière de Soins de santé en vigueur.
- il n'est pas administré pour le simple confort de l'Assuré ou du médecin et ne peut raisonnablement être prodigué en dehors d'un établissement hospitalier (s'il s'agit d'une Hospitalisation).
- il ne peut être administré à des fins d'expérience médicale, d'essai clinique ou de recherche médicale, de prévention ou de screening.
- son coût ne peut excéder les frais raisonnables et habituellement pratiqués dans le cadre d'un tel traitement.

Médicament sur ordonnance

Médicament nécessaire au traitement d'un diagnostic médical confirmé ou d'une Maladie confirmée, et qui ne peut être délivré sans ordonnance d'un médecin (les médicaments en vente libre sont par conséquent exclus de la présente définition).

Opération chirurgicale

Toute procédure médicale figurant dans la liste suivante:

- incision, excision ou électrocautérisation de tout organe ou partie du corps, Soins dentaires exclus;
- réparation, révision ou reconstruction de tout organe ou partie du corps, effractive ou non effractive;
- réduction par manipulation d'une fracture ou d'une luxation;
- endoscopie destinée à retirer un caillou ou tout autre objet du larynx, des bronches, de la trachée, de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, de la vessie ou de l'urètre.

Pays d'accueil

Pays d'expatriation, vers lequel l'Assuré s'expatrie ou est expatrié par son employeur, tel que déclaré sur le formulaire de souscription.

Pays d'origine

Pays où l'Assuré réside ou avait normalement résidé et à partir duquel il s'est expatrié vers un autre pays (tel que déclaré sur le formulaire de souscription) et dans lequel il a l'intention de retourner s'installer à l'issue de la période d'expatriation. Si le Pays d'origine ne peut pas être défini ainsi, on désignera par Pays d'origine le pays dont l'Assuré a la nationalité et dont il possède le passeport.

Personne à charge

Le conjoint ou cohabitant légal et/ou les enfants célibataires (jusqu'au trente-et-un (31) décembre de l'année suivant leur vingt-huitième (28^{ème}) anniversaire et à condition qu'ils soient financièrement à charge de l'Expatrié).

Plafond annuel de remboursement

Montant maximal remboursé pour l'ensemble des frais de Soins engagés au cours de la période d'assurance concernée, tel que défini au tableau des garanties. Une fois le plafond annuel de remboursement atteint, aucun remboursement ne sera plus effectué au cours de la période de l'Année d'assurance restante.

Praticien de médecines parallèles

Acuponcteur, chiropracteur, homéopathe ou ostéopathe légalement qualifié et autorisé à pratiquer les médecines parallèles reconnues par les autorités du pays dans lequel les Soins sont administrés.

Preneur d'assurance

Employeur ou Expatrié à titre individuel souscrivant à l'assurance au bénéfice de l'Assuré et devant payer à l'Assureur la prime appropriée pour le compte de l'Assuré. Le nom du Preneur d'assurance est mentionné aux Conditions particulières.

Procréation médicalement assistée

Tout traitement de l'infertilité et tout examen médical nécessaires à l'établissement de la ou des causes de l'infertilité (par ex.: hystérosalpingographie, laparoscopie, hystérocopie).

Raisonnable et habituellement pratiqué

Les frais de soins seront considérés comme Raisonnables et habituellement pratiqués s'ils correspondent aux tarifs habituellement pratiqués pour un service ou une prestation similaire et s'ils n'excèdent pas les tarifs normaux dans les meilleures conditions possibles pour un tel service ou une telle prestation dans la localité où le service ou la prestation est administré(e). Si les frais habituellement pratiqués ne peuvent être déterminés en raison de la nature inhabituelle du service ou de l'équipement fourni, l'Administrateur déterminera au nom de l'Assureur dans quelle mesure les frais sont raisonnables en tenant compte:

- de la complexité impliquée;
- du degré de compétence professionnelle nécessaire;
- de tout autre facteur pertinent.

Salaire

Salaire brut versé à l'Assuré au moment de la prise d'effet de son assurance, avant déduction de l'impôt sur le revenu. Le Salaire brut exclut tout avantage en nature, tel que véhicule, logement, bonus ou heures supplémentaires. En cas de sinistre, un justificatif de revenu devra être apporté à la satisfaction des Assureurs.

Il faut entendre par Salaire d'un Assuré indépendant, le Salaire brut moyen pendant chacune des trois (3) années qui précèdent la date de l'événement donnant droit aux indemnités.

Soins ou Soins médicaux

Tout examen médical et/ou procédure médicale nécessaires à la guérison du patient et effectués ou prescrits par un Médecin.

Soins ambulatoires

Soins médicaux ne nécessitant pas une nuitée en hôpital.

Soins de jour

Soins administrés au sein d'un hôpital ou d'un centre médical de jour mais qui ne nécessitent pas de nuitée en hôpital.

Spécialiste

Médecin qui se consacre de manière exclusive à une branche particulière de la médecine pour laquelle il possède une qualification adéquate.

Unité de soins intensifs

Unité d'un hôpital ouverte 24h/24 afin d'administrer les Soins destinés à rétablir les fonctions vitales du patient et équipée de manière à prodiguer des Soins médicaux et infirmiers particuliers uniquement délivrés au sein de ladite unité.

Urgence médicale

Blessure accidentelle ou altération soudaine et inattendue de l'état physique ou mental de l'Assuré dont on peut raisonnablement penser, si des Soins ou une procédure médicale ne sont pas administrés immédiatement, qu'elle entraînera le décès de l'Assuré, la perte d'une fonction du corps humain ou le dysfonctionnement permanent d'un de ses organes, tel qu'attesté par le médecin présent sur les lieux.

3. Admissibilité et acceptation à l'assurance

3.1. Admissibilité

Cigna expatplus est ouvert aux expatriés à titre individuel (particuliers et les Personnes à leur charge¹) ainsi qu'aux employeurs souhaitant protéger les employés qu'ils envoient en mission à l'étranger en tant qu'Expatriés (et les Personnes à charge de ces derniers¹). On parle dans ce dernier cas de 'police de groupe'.

L'adresse de la police doit obligatoirement être domiciliée au sein de l'Espace économique européen.

Les partenaires et personnes à charge qui sont domiciliés à la même adresse doivent obligatoirement souscrire le même niveau de couverture (montant de franchise inclus) et ne peuvent souscrire qu'une seule et même police.

Pour les polices de groupe, l'Assureur se réserve le droit de résilier la police si le nombre d'employés affiliés passe à 1 (un).

¹ Pour la définition des Personnes à charge, voir l'article I-2. des présentes Conditions générales; l'Assurance santé internationale (y compris le volet Evacuation médicale et assistance) ainsi que la couverture optionnelle Soins dentaires est ouverte aux Personnes à charge. Les couvertures optionnelles Incapacité temporaire et Invalidité permanente ne sont pas ouvertes aux Personnes à charge. Les couvertures optionnelles Décès et invalidité accidentels et Assurance-vie peuvent, cependant, être souscrites pour le conjoint (ou le partenaire légal) et tout autre adulte à charge (à partir de l'âge de 18 ans) à condition que ces personnes soient également couvertes par la couverture de base.

3.2. Acceptation à l'assurance

3.2.1. Expatriés souscrivant à titre individuel ('police individuelle')

Chaque personne, Personnes à charge comprises, complètera un questionnaire de santé puis l'enverra au médecin-conseil de l'Administrateur au moment de la souscription par le candidat-Assuré. Le médecin-conseil peut exclure certains risques, refuser la couverture ou, à son entière discrétion, proposer une prime supplémentaire pour déroger aux exclusions.

Les informations figurant sur le questionnaire de santé ont une durée de validité de quatre (4) mois. Si la police prend effet plus de quatre (4) mois après la date de signature du questionnaire, l'Assuré devra fournir un nouveau questionnaire dûment complété et signé.

3.2.2. Expatriés assurés par leur employeur ('police collective')

En cas d'affiliation obligatoire par l'employeur d'un groupe de dix (10) employés ou plus, ceux-ci peuvent être exemptés de questionnaire de santé pour l'Assurance santé internationale, à l'entière discrétion de l'Assureur, après évaluation du profil de risque du groupe. En cas d'exemption, les employés expatriés et les Personnes à leur charge sont admis immédiatement et sans réserve à l'Assurance santé internationale (volet Evacuation d'urgence et assistance et Soins dentaires inclus). En revanche, s'agissant des couvertures Incapacité temporaire/Invalidité permanente et Assurance-vie, l'Assureur peut exclure certains risques, refuser la couverture ou, à son entière discrétion, proposer une prime supplémentaire pour déroger aux exclusions.

Si le nombre d'employés passe à moins de dix (10), un questionnaire de santé sera complété par chaque employé et Personne à charge. Il sera soumis par le candidat-Assuré au médecin-conseil de l'Administrateur. Le médecin-conseil peut exclure certains risques, refuser la couverture ou, à son entière discrétion, demander une prime supplémentaire pour déroger aux exclusions.

3.3. Extension de l'assurance à de nouvelles Personnes à charge

L'ajout d'un enfant nouveau-né ou d'un enfant adopté est possible à condition que la demande soit introduite dans les deux (2) mois suivant la date de la naissance ou d'adoption.

Si la déclaration d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté n'est pas faite dans les deux (2) mois, un questionnaire de santé devra être complété et envoyé au médecin-conseil de l'Administrateur. Le médecin-conseil peut demander une prime supplémentaire pour déroger aux exclusions.

Les primes pour les enfants sont redevables à partir du premier (1^{er}) jour d'affiliation.

3.4. Ajout/radiation d'employés couverts par l'assurance de groupe

La période d'assurance minimale pour les nouveaux employés qui adhèrent à un régime d'assurance de groupe est de 3 mois.

Les demandes d'ajout ou de radiation d'employés peuvent être traitées de façon rétroactive pour une période maximale de 60 jours à compter de la réception de la notification correspondante par l'Assureur.

3.5. Limites d'âge pour l'affiliation

- Pour les contrats individuels, l'âge minimal d'affiliation est de dix-huit (18) ans et à l'âge maximal est de soixante (60) ans.
- Pour les polices collectives, il n'y a aucune limite d'âge pour l'affiliation à la couverture de base.
- En ce qui concerne les limites d'âge d'affiliation aux couvertures optionnelles, il est fait référence aux conditions spécifiques applicables à chaque couverture.

3.6. Modification de la zone géographique, du niveau de couverture ou de la franchise

3.6.1. Pour les polices individuelles

Si l'Assuré réside dans l'un des pays suivants: Etats-Unis, Canada, Chine, Hong Kong ou Singapour (c.-à-d. si l'Assuré a pour Pays d'accueil les Etats-Unis, le Canada, la Chine, Hong Kong ou Singapour), il doit obligatoirement souscrire à la zone de couverture Monde entier.

Un changement de zone géographique (territorialité) est possible en fonction du Pays d'accueil. Cependant, il est impossible de passer en zone Monde entier dans le but de se faire soigner aux Etats-Unis, au Canada, en Chine, à Hong Kong ou à Singapour.

Si un expatrié change de pays d'accueil et se trouve affecté aux États-Unis, au Canada, en Chine, à Hong Kong ou à Singapour, l'Assureur peut modifier la zone de couverture de la police et la faire passer de la zone « Monde entier, hors États-Unis, Canada, Hong Kong et Singapour » à la zone « Monde entier ».

La demande de changement de zone géographique doit être effectuée au moins un (1) mois avant le changement effectif de Pays d'accueil.

Si l'Assuré a pour Pays d'origine l'un des pays suivants: Etats-Unis, Canada, Chine, Hong Kong ou Singapour, il est libre d'opter pour la couverture Monde entier ou Monde à l'exclusion des pays suivants: Etats-Unis, Canada, Chine, Hong Kong ou Singapour lors de son affiliation initiale à Cigna expatplus. Ce choix initial est définitif et ne peut être modifié pendant toute la durée d'affiliation.

Il est possible d'étendre ou de limiter le niveau de couverture, mais seulement à la Date de reconduction de la police.

En cas d'extension du niveau de couverture, l'Assureur peut modifier la zone de couverture de la police en fonction du pays d'accueil de l'expatrié et de la faire passer de la zone « Monde entier, hors États-Unis et Canada » ou « Monde entier, hors États-Unis, Canada, Hong Kong et Singapour » à la zone « Monde entier ».

En cas d'extension du niveau de couverture, l'Assuré complètera un nouveau questionnaire de santé (si un questionnaire de santé a été demandé à la date d'acceptation initiale).

Les délais d'attente s'appliquent au nouveau niveau de couverture à partir de la date d'entrée en vigueur de celle-ci.

En cas de changement de franchise, le nouveau montant s'appliquera aux frais de soins engagés à partir de la date d'entrée en vigueur de la nouvelle franchise, quel que soit le montant de franchise déjà payé. Le nouveau montant de franchise est donc intégralement du à partir de l'entrée en vigueur de celui-ci.

Toute demande de modification sera introduite au moins un (1) mois avant la Date de reconduction de la police.

Une communication écrite du Preneur d'assurance à l'intention de l'Administrateur envoyée par courrier, e-mail ou par fax suffit.

3.6.2. Pour les polices collectives

Si l'Assuré réside aux Etats-Unis ou au Canada (c.-à-d. si l'Assuré a pour Pays d'accueil les Etats-Unis ou le Canada) ou si l'Assuré est un ressortissant des Etats-Unis ou du Canada (c.-à-d. si l'Assuré a pour Pays d'origine les Etats-Unis ou le Canada), il doit obligatoirement souscrire à la zone de couverture Monde entier, à moins qu'il n'en soit convenu autrement entre le Preneur d'assurance et l'Assuré.

Un changement de zone géographique (territorialité) est possible en fonction du Pays d'accueil et du Pays d'origine. Cependant, il est impossible de passer en zone Monde entier dans le but de se faire soigner aux Etats-Unis/Canada.

La demande de changement de zone géographique doit être effectuée au moins un (1) mois avant le changement effectif de Pays d'accueil.

Il est possible d'étendre ou de limiter le niveau de couverture, mais seulement à la Date de reconduction de la police.

En cas d'extension du niveau de couverture, l'Assuré complètera un nouveau questionnaire de santé (si un questionnaire de santé a été demandé à la date d'acceptation initiale).

Les délais d'attente s'appliquent au nouveau niveau de couverture à partir de la date d'entrée en vigueur de celle-ci.

En cas de changement de franchise, le nouveau montant s'appliquera aux frais de soins engagés à partir de la date d'entrée en vigueur de la nouvelle franchise, quel que soit le montant de franchise déjà payé. Le nouveau montant de franchise est donc intégralement du à partir de l'entrée en vigueur de celui-ci.

Toute demande de modification sera introduite au moins un (1) mois avant la Date de reconduction de la police.

Une communication écrite du Preneur d'assurance à l'intention de l'Administrateur envoyée par courrier, e-mail ou par fax suffit.

3.7. Maintien de l'assurance à titre individuel

Les employés expatriés qui sont affiliés à Cigna expatplus dans le cadre d'une police collective depuis plus de six (6) mois et dont la couverture arrive à expiration, peuvent demander le maintien de l'Assurance santé internationale à titre individuel, à condition qu'ils conservent le statut d'expatrié et en fassent la demande avant la date d'expiration de leur affiliation à la police collective. Cependant, les Conditions générales et particulières dans le cadre du maintien de l'assurance à titre individuel peuvent différer de celles offertes dans le cadre de la police collective, garanties et primes incluses. Aucun questionnaire de santé ne leur sera toutefois demandé. Aucun délai d'attente ne leur sera imposé. Toutefois, les art. I-3.4. et I-3.5. ci-dessus restent d'application. Pour obtenir les conditions exactes, critères d'admissibilité inclus, les employés expatriés peuvent contacter l'Assureur ou l'Administrateur.

4. La couverture d'assurance prend effet le jour suivant l'acceptation par l'Administrateur:

La couverture d'assurance prend effet le jour suivant:

- l'acceptation par l'Administrateur du formulaire de souscription dûment complété; et
- l'acceptation du candidat-Assuré à l'assurance par le médecin-conseil, lorsqu'une telle acceptation médicale est nécessaire conformément aux modalités spécifiques d'admission et d'acceptation de chaque couverture telles que décrites aux différents chapitres des Conditions générales.

En ce qui concerne la déclaration de nouvelles Personnes à charge, il est fait référence à l'art. I-3.3.

Cependant, la couverture ne peut prendre effet avant que les primes initiales aient été dûment reçues par l'Administrateur (pour le compte de l'Assureur).

5. Délai de réflexion

Le Preneur d'assurance dispose d'un délai de réflexion de quatorze (14) jours afin de renoncer au contrat, et ce, sans pénalité et sans nécessité de justifier sa décision. Ce délai de réflexion prend effet à la date de la conclusion à distance du contrat ou à la date de réception des présentes Conditions générales par l'Assuré s'il n'en disposait pas à la date de la conclusion à distance du contrat. L'Assureur annulera alors la police et remboursera au Preneur d'assurance l'ensemble des primes payées à condition qu'aucune demande de remboursement de Soins ou déclaration de sinistre n'ait été introduite.

Une communication écrite du Preneur d'assurance à l'intention de l'Administrateur envoyée par courrier, e-mail ou par fax suffit.

6. Durée et résiliation de la police

6.1. Durée et reconduction de la couverture individuelle

Sauf disposition contraire convenue entre les deux parties (Preneur d'assurance et Assureur), la police d'assurance est conclue pour une durée de trois (3) mois à compter de la date de prise d'effet de la couverture telle que stipulée à l'art. I-4. ci-dessus. Au terme de la période de trois (3) mois, la police est automatiquement renouvelée par tacite reconduction pour des périodes successives de trois (3) mois.

Si la date d'entrée en vigueur de la couverture est différente du premier (1^{er}) jour du trimestre civil, la police sera renouvelée le premier (1^{er}) jour du trimestre civil suivant.

6.2. Durée et reconduction de la couverture de groupe

Sauf disposition contraire convenue entre les deux parties (Preneur d'assurance et Assureur), la police d'assurance est conclue pour une durée de 12 mois. À la Date de reconduction, les polices peuvent être reconduites sous réserve de la réception par l'Assureur d'un exemplaire signé des Conditions particulières et du paiement des primes correspondant à la nouvelle période d'assurance.

6.3. Résiliation de la police

La police peut être résiliée par le Preneur d'assurance au moyen d'une lettre recommandée qui parviendra à l'Assureur au moins un (1) mois avant la Date de reconduction de la police.

La résiliation d'une ou plusieurs couvertures optionnelles (Décès et invalidité accidentels, Incapacité temporaire, Invalidité permanente, Soins dentaires et/ou Assurance-vie) n'entraîne pas automatiquement la résiliation de la couverture de base, sauf disposition contraire convenue entre les deux parties (Preneur d'assurance et Assureur).

6.4. Aggravation du risque

A l'exception des changements de l'état de santé de l'Assuré survenus après l'acceptation à l'assurance, l'Assuré est tenu d'avertir l'Administrateur de tout changement de sa situation qui pourrait accroître le risque de Maladie ou d'Accident (par exemple, une activité professionnelle dangereuse). Dans ce cas, l'Assureur pourra proposer de nouvelles conditions d'assurance (dans un délai d'un (1) mois à compter de la date de réception de la notification de l'aggravation du risque) ou dénoncer l'assurance (dans un délai d'un (1) mois) de façon rétroactive dès le début de l'aggravation du risque.

7. Cessation de l'assurance

7.1. L'Assureur se réserve le droit de résilier la présente police dans les cas suivants:

- si la prime due n'est pas payée à la date d'échéance ou dans la période de grâce accordée;
- si l'Assuré est un enfant à charge: au trente-et-un (31) décembre de l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de vingt-huit (28) ans ou lorsqu'il/elle n'est plus considéré(e) comme Personne à charge ou à partir de la date de son mariage;
- si la Personne à charge est l'époux ou le cohabitant légal: à la date du divorce ou de la séparation légale de l'Assuré, ou à la fin de la cohabitation légale;
- s'il devient illégal pour l'Assureur de commercialiser une couverture quelle qu'elle soit proposée dans le cadre de la présente police;
- si des informations mensongères ont été fournies à l'Assureur ou si des informations lui ont été cachées alors qu'elles auraient pu affecter son évaluation des risques à assurer dans le cadre de la présente police;
- à la date du décès de l'Assuré.

7.2. Suspension de la couverture et résiliation de l'assurance pour cause de non-paiement de la prime

Au cas où le Preneur d'assurance n'aurait pas payé la prime à la date d'échéance, l'Assureur aura le droit de suspendre ou de résilier la police d'assurance.

L'Assureur notifiera d'abord le Preneur d'assurance au moyen d'une lettre recommandée, rappelant au Preneur d'assurance le montant de la prime due et l'informant des conséquences du non-paiement. Si la prime demeure impayée dans un délai de quinze (15) jours à compter de la remise ou l'envoi de la lettre recommandée, la couverture d'assurance sera suspendue automatiquement. Il sera mis fin à la suspension lorsque le Preneur d'assurance aura payé les primes dues.

L'Assureur peut résilier la police pendant la période de suspension. Dans ce cas, la résiliation prendra effet au terme de la période de quinze (15) jours, débutant le premier jour de la suspension.

Les sinistres encourus durant la période de suspension ne sont pas couverts.

8. Prime et augmentation de prime

8.1. Prime et augmentation de prime

Le montant de la prime d'assurance est mentionné aux Conditions particulières.

La prime est due d'avance chaque trimestre, semestre ou année, par le Preneur d'assurance à l'Assureur (via l'Administrateur), à moins qu'il n'en soit convenu autrement entre le Preneur d'assurance et l'Assureur.

Les taxes et les frais déterminés par la législation en vigueur seront ajoutés au montant de la prime et devront être intégralement réglés par le Preneur d'assurance.

La fréquence de paiement peut être modifiée comme suit:

- paiement trimestriel à paiement semestriel ou paiement annuel (paiements moins fréquents), à condition que la demande en soit faite au moins un (1) mois avant la Date de reconduction de la police;
- paiement annuel à paiement semestriel ou paiement trimestriel (paiements plus fréquents), à condition que la demande en soit faite au moins un (1) mois avant la Date de reconduction annuelle.

8.2. Hausse de tarifs des primes

Si l'Assureur décide d'une hausse de tarifs, il est tenu d'informer le Preneur d'assurance par écrit de ladite hausse ainsi que de la date d'entrée en vigueur des nouveaux tarifs. Cette notification écrite envoyée au Preneur d'assurance au plus tard:

- pour les polices individuelles, le quinze (15) novembre de l'année civile en cours;
- pour les polices collectives: deux (2) mois avant la Date de reconduction annuelle à moins qu'il n'en soit convenu autrement entre le Preneur d'assurance et l'Assureur.

Les nouveaux tarifs entreront en vigueur:

- pour les polices individuelles: au 1^{er} janvier de l'année civile suivante;
- pour les polices collectives: à la prochaine Date de reconduction annuelle (au plus tôt le 1^{er} janvier de l'année civile suivante).

Si le Preneur d'assurance n'est pas d'accord avec les nouvelles conditions de prime, il peut résilier la police en notifiant sa décision par lettre recommandée, e-mail ou fax à l'Assureur ou à l'Administrateur:

- pour les polices individuelles: au plus tard le quinze (15) décembre de l'année civile en cours;
- pour les polices collectives: au mois un (1) mois avant la Date de reconduction annuelle.

L'Assureur accepte également, mais à titre exceptionnel, d'étendre ou de réduire au 1^{er} janvier le niveau de couverture, la zone de couverture ou le montant de franchise des polices individuelles. L'Assuré en fera la demande au plus tard le trente (30) novembre au moyen d'une communication écrite par lettre recommandée, e-mail ou fax à l'Assureur ou à l'Administrateur.

En cas d'augmentation de la prime consécutive à l'entrée dans une nouvelle tranche d'âge: Aucune notification ne sera envoyée à l'Assuré. Les nouveaux tarifs entreront en vigueur à la prochaine Date de reconduction de la police. L'Assuré ne pourra arguer de ladite modification pour résilier la police.

9. Retour vers le Pays d'origine

Lorsque l'Assuré retourne vivre et/ou travailler dans son Pays d'origine, mettant de cette manière un terme à la période d'expatriation à l'étranger, l'Assuré ou le Preneur d'assurance doit informer par écrit l'Assureur (via l'Administrateur) de la date exacte de la réaffectation vers son Pays d'origine, et ce, au moins un (1) mois avant la Date de reconduction de la police. L'assurance reste en vigueur jusqu'à la date exacte du retour au Pays d'origine, date à partir de laquelle elle ne sera plus automatiquement renouvelée.

Le Preneur d'assurance peut, néanmoins, demander (par écrit au moins 1 (un) mois avant la Date de reconduction de la police) la prolongation de la couverture pour une période supplémentaire de trois (3) mois (sans interruption de couverture), aux conditions en vigueur le premier jour de la période supplémentaire de trois (3) mois. Durant cette période, l'Assuré (ou le Preneur d'assurance) peut s'affilier à un régime de sécurité sociale local ou chercher une autre assurance privée.

Au cas où l'Assuré négligerait d'informer l'Assureur de son retour dans son Pays d'origine, l'Assureur ne couvrira pas l'Assuré pendant la durée du retour dans son Pays d'origine.

10. Devise

L'assurance Cigna expatplus peut être souscrite en EUR, GBP, USD ou CHF.

Le choix de la devise se fait (par le Preneur d'assurance) avant que la couverture ne prenne effet. La devise ne peut ensuite être modifiée qu'à la Date de reconduction annuelle de la police. La demande de modification sera introduite au moins un (1) mois avant la Date de reconduction de la police. Une telle modification implique la remise à zéro de la franchise due par le Preneur d'assurance.

Les primes et les sinistres sont payables en EUR, GBP, USD ou CHF, conformément à la devise dans laquelle la police a été conclue. En ce qui concerne les frais médicaux encourus dans une devise différente de celle de la police, la conversion sera basée sur les taux de change journaliers de la Banque centrale européenne en application à la date à laquelle le service médical a été facturé.

L'Administrateur peut régler les factures médicales dans une autre devise (différente de la devise de la police d'assurance), c'est-à-dire la devise originale, notamment en cas de paiement direct aux hôpitaux, dans la mesure où cela est autorisé par la législation locale du pays concerné.

11. Exclusions générales

La couverture décrite dans cette police ne s'étend pas aux:

- conséquences d'un acte volontaire ou intentionnel commis par l'Assuré ou son bénéficiaire;
- conséquences de tout sport pratiqué dans un but professionnel, même dans le cadre d'une activité professionnelle complémentaire;
- conséquences d'insurrections ou d'émeutes si l'Assuré ou son bénéficiaire a enfreint les lois applicables en y participant;
- conséquences de rixes, bagarres et toutes sortes de désordres et de mesures prises pour combattre ceux-ci, sauf en cas de légitime défense;
- conséquences liées à la préparation de ou à la participation à des crimes ou infractions;
- conséquences de la consommation de stupéfiants et d'alcool;
- conséquences directes ou indirectes de tout acte communément désigné comme 'risque nucléaire'. Cette exclusion n'est pas applicable aux radiations médicales exigées par un Traitement Médical couvert;
- événements relatifs à des paris ou à des défis;
- frais résultant de toutes sortes de compétitions avec des véhicules motorisés;
- l'assurance couvre l'utilisation en tant que passager, de tous les avions, hydravions ou hélicoptères dûment autorisés pour le transport de personnes pour autant que l'Assuré ne soit pas un membre de l'équipage et n'exerce pas une activité professionnelle ou autre ayant un rapport avec l'avion ou le vol. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas aux couvertures Assurance santé internationale et Soins dentaires;

- conséquences de guerre ou d'actes de guerre et de terrorisme dans les limites mentionnées à l'article I-12. ci-après.

Important

Pour les exclusions propres à chaque couverture spécifique de Cigna expatplus, il est fait explicitement référence aux conditions propres à chaque couverture spécifique (voir Chapitre II).

12. Guerre et terrorisme

12.1. Définitions

Guerre

- Conflit armé, déclaré ou non, entre un Etat et un autre, invasion ou état de siège.
- Sont également considérés comme actes de guerre: toute action similaire, utilisation de la force militaire par une nation souveraine pour parvenir à certaines fins économiques, géographiques, nationalistes, politiques, raciales, religieuses ou autres.
- Conflit armé entre deux (2) ou plusieurs parties appartenant à un seul et même Etat dont les membres sont d'origine ethnique, religieuse ou idéologique différente.
- Sont également considérés comme actes de guerre civile: rébellion armée, révolution, sédition, insurrection, coup d'Etat, les conséquences de la loi martiale et les fermetures des frontières ordonnées par un gouvernement ou par les autorités locales.

Terrorisme

- Toute utilisation effective ou toute menace d'utilisation de la force ou de la violence en vue de causer ou causant des dégâts, des Blessures, des dommages ou des perturbations;
- Perpétration d'un acte dangereux à l'égard de la vie humaine ou de la propriété, contre tout individu, toute propriété ou tout gouvernement avec l'objectif déclaré ou non de poursuivre des intérêts économiques, ethniques, nationalistes, politiques, raciaux ou religieux, que ces intérêts soient déclarés ou non;
- Vols ou autres infractions, essentiellement commis en vue d'un bénéfice personnel et les actes trouvant principalement leur origine dans les relations personnelles existantes entre l'/les auteur(s) et la/les victime(s) ne seront pas considérés comme des actes de terrorisme.

Le terrorisme inclut tout acte avéré et reconnu par le gouvernement (compétent) comme étant un acte de terrorisme.

12.2. Description des garanties

En ce qui concerne les risques et les conséquences de guerre et de terrorisme, toutes les conséquences d'une participation active de l'Assuré (et/ou des Personnes à sa charge couvertes) à des opérations de guerre et de terrorisme sont explicitement exclues de l'ensemble des couvertures.

Au cas où l'Assuré serait victime d'actes de guerre ou de terrorisme sans la moindre implication active de sa part ou de la part de ses bénéficiaires, l'Assuré est couvert dans les limites et les plafonds de la couverture.

Les couvertures optionnelles (Assurance-vie, Décès et invalidité accidentelles, Incapacité temporaire et Invalidité permanente) ne sont pas valables si l'Assuré (ou les Personnes à charge couvertes) effectue(nt) un voyage en provenance ou à destination d'un pays ou d'une région notoirement réputé(e) être en état de guerre ou de guerre civile ou s'il(s) y réside(nt) au moment où les dommages (Blessures corporelles ou mort) causés à l'Assuré ou aux Personnes à sa charge couvertes surviennent. En cas de litige quant à savoir si un pays est réputé être en état de guerre ou de guerre civile, seule la liste établie par le Foreign and Commonwealth Office (FCO) du Royaume-Uni, reprenant les pays (ou les régions d'un pays) vers lesquels il est déconseillé de voyager (Warnings - 'We advise against all travel to: these countries/parts of these countries'), telle que publiée sur son site Internet officiel (www.fco.gov.uk), fera foi.

Au cas où l'Assuré se trouverait à l'étranger et qu'il serait surpris par le déclenchement soudain d'une nouvelle guerre ou de situations et d'actes similaires, la couverture d'assurance restera en vigueur durant quatorze (14) jours à partir du début des hostilités.

13. Protection de la vie privée

La police d'assurance est soumise au respect de la loi belge de 1992 sur la protection des données. Cette loi s'applique pour toute donnée personnelle traitée en rapport avec cette police d'assurance. L'Assureur et l'Administrateur fourniront des garanties suffisantes en ce qui concerne les mesures techniques et organisationnelles régissant le traitement des données et prendront dès lors les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour assurer la protection contre tout traitement non autorisé ou illicite de telles données et contre toute perte accidentelle, destruction ou dommage causé à ces données. Ils respecteront les obligations suivantes:

- traiter les données personnelles uniquement pour l'exécution de la présente police d'assurance et pour les objectifs pour lesquels elles ont été transférées à l'Assureur ou à l'Administrateur;
- s'assurer que l'accès aux données et les possibilités de traitement pour les personnes qui agissent sous leur autorité sont limités au strict nécessaire pour l'exécution de leurs missions et pour les exigences du service qui fait l'objet de la présente police d'assurance;
- ne divulguer des données personnelles à des tiers que dans la mesure où une telle divulgation est nécessaire pour les besoins de la prestation des services couverts par la police d'assurance.

14. Subrogation

L'Assureur bénéficie des droits complets de subrogation pour toutes les prestations payées dans le cadre de cette police d'assurance.

Dès lors, lorsque l'Assuré est tenu de confirmer ce droit à l'Assureur afin d'aider celui-ci à recouvrer de la part d'un tiers tout montant payé ou qui sera payé par l'Assureur à l'Assuré ou tous frais engagés pour le compte de l'Assuré, l'Assuré devra fournir cette confirmation à l'Assureur par écrit.

15. Défense

Toute défense inhérente à ce contrat d'assurance, dont l'Assureur pourrait arguer à l'encontre du preneur, peut également être exercée à l'encontre de l'Assuré quel qu'il soit.

16. Procédure de plainte

Si un Assuré émet une quelconque plainte concernant la qualité du service reçu sous cette police d'assurance, la procédure suivante est disponible pour rétablir la situation:

- En premier lieu, l'Assuré devrait écrire au:
Head of the expatplus® Claims Unit, Cigna expatplus, BP 69, 2140 Antwerpen, Belgique.
- S'il demeure insatisfait, l'Assuré peut écrire au Président-directeur général:
Chief Executive Officer, Cigna expatplus, BP 69, 2140 Antwerpen, Belgique.

Il revient à l'Ombudsman (médiateur) de rechercher un règlement à l'amiable en cas de désaccord entre l'Assuré et l'Assureur ou le courtier.

Ombudsman des assurances, Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles
Fax +32 (0)2 547 59 75
E-mail: info@ombudsman.as

17. Législation applicable

La présente police d'assurance est publiée dans le cadre de et régie par la législation belge.

Chapitre II: Prestations et conditions propres aux différents types de couvertures

PLAN DE BASE

1. Assurance santé internationale

Toutes les garanties s'entendent par bénéficiaire et par Année d'assurance (sauf indication contraire).

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Plafond maximum par assuré et par année d'assurance	€ 1.000.000 £ 650.000 \$ 1.250.000 CHF 1.500.000	€ 1.500.000 £ 1.000.000 \$ 1.875.000 CHF 2.250.000	€ 3.000.000 £ 2.000.000 \$ 3.750.000 CHF 4.500.000
Zone de couverture	Pour les polices individuelles: - Mondiale - Mondiale à l'exclusion des Etats-Unis, du Canada, de la Chine, de Hong Kong et de Singapour ² Pour les polices collectives: - Mondiale - Mondiale à l'exclusion des Etats-Unis et du Canada ²		
Franchise par assuré et par année d'assurance	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 100 - £ 65 - \$ 125 - CHF 150 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 100 - £ 65 - \$ 125 - CHF 150 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450 € 500 - £ 325 - \$ 625 - CHF 750 € 1,000 - £ 650 - \$ 1,250 - CHF 1,500
1. Hospitalisation (soins nécessitant une nuitée à l'hôpital et chirurgie ambulatoire)			
Frais de séjour (un accord préalable est requis)	100% d'une chambre double ou 80% d'une chambre individuelle	100% chambre individuelle	100% chambre individuelle
Honoraires des médecins (chirurgien, anesthésiste)	100%	100%	100%
Autres frais de soins (imagerie médicale, médicaments et pansements et salle d'opération)	100%	100%	100%
Séjour en unité de soins intensifs	100%	100%	100%

² En cas d'accident et d'urgence aux Etats-Unis, au Canada, en Chine, à Hong Kong ou Singapour, l'Assuré est couvert pendant max. 90 jours par année d'assurance.

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Rééducation et convalescence séjour/soin (quand l'admission suit immédiatement l'hospitalisation)	Non remboursé	Non remboursé	100% (max. 28 jours)
Frais de séjour des parents d'un enfant de moins de 16 ans	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250
2. Soins ambulatoires			
Honoraires des médecins (généraliste, spécialiste)	80%	90%	100%
Tests de diagnostic, tests en laboratoire, imagerie médicale (radiographies, IRM et CT)	80%	90%	100%
Médicaments uniquement délivrés sur ordonnance	80%	90%	100%
Physiothérapie/kinésithérapie	80% max. € 1.000 80% max. £ 650 80% max. \$ 1.250 80% max. CHF 1.500	90% max. € 2.000 90% max. £ 1.300 90% max. \$ 2.500 90% max. CHF 3.000	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Médecine préventive <ul style="list-style-type: none"> • Bilan de santé • Test oculaire de routine • Mammographie • Test de dépistage du cancer du col de l'utérus • Test de dépistage du cancer de la prostate 	100% max. € 600 100% max. £ 400 100% max. \$ 750 100% max. CHF 900	100% max. € 800 100% max. £ 535 100% max. \$ 1.000 100% max. CHF 1.200	100% max. € 1.000 100% max. £ 650 100% max. \$ 1.250 100% max. CHF 1.500
Vaccinations	100% up to € 200 100% up to £ 130 100% up to \$ 250 100% up to CHF 300	100% max. € 400 100% max. £ 270 100% max. \$ 500 100% max. CHF 600	100% max. € 600 100% max. £ 400 100% max. \$ 750 100% max. CHF 900
Médecine alternative telle que homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie	80% max. € 1.000 80% max. £ 650 80% max. \$ 1.250 80% max. CHF 1.500	90% max. € 2.000 90% max. £ 1.300 90% max. \$ 2.500 90% max. CHF 3.000	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Thérapies <ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapie • Logopédie et orthophonie • Traitement psychiatrique en consultation externe 	Non remboursé	50% max. € 1.000 50% max. £ 650 50% max. \$ 1.250 50% max. CHF 1.500	50% max. € 2.000 50% max. £ 1.300 50% max. \$ 2.500 50% max. CHF 3.000

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
3. Autres Traitements Médicaux			
Soins maternité (il se peut qu'un délai d'attente de 10 mois s'applique) ³	Remboursement selon le type de soins ambulatoires	Remboursement selon le type de soins ambulatoires	Remboursement selon le type de soins ambulatoires
<ul style="list-style-type: none"> Grossesse Procréation médicalement assistée (délai d'attente de 10 mois, plafond de remboursement valable pour la durée de vie) et stérilisation (IVF, ICSI, AI et tous traitements similaires) 	Non remboursé	Non remboursé	100% up to € 16,800 (4x € 4,200) 100% up to £ 11,200 (4x £ 2,800) 100% up to \$ 21,000 (4x \$ 5,250) 100% up to CHF 25,200 (4x CHF 6,300)
<ul style="list-style-type: none"> Accouchement (sans complications) Accouchement (avec complications) 	80% max. € 5.000 80% max. £ 3.250 80% max. \$ 6.250 80% max. CHF 7.500	100% max. € 7.500 100% max. £ 5.000 100% max. \$ 9.375 100% max. CHF 11.250	100% max. € 10.000 100% max. £ 6.500 100% max. \$ 12.500 100% max. CHF 15.000
<ul style="list-style-type: none"> Accouchement (avec complications) 	voir 1. Hospitalisation	voir 1.	voir 1. Hospitalisation
Oncologie (à l'exclusion de tous les traitements expérimentaux) <ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation et chimiothérapie ou radiothérapie Autres coûts 	100% voir 2. Soins ambulatoires	100% voir 2. Soins ambulatoires	100% voir 2. Soins ambulatoires
Maladies préexistantes et maladies chroniques ⁴	Remboursé	Remboursé	Remboursé
Traitement du SIDA / HIV <ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation Soins ambulatoires 	100% 80%	100% 90%	100% 100%
Soins infirmiers à domicile	80% max. € 160 / jour 80% max. £ 110 / jour 80% max. \$ 200 / jour 80% max. CHF 240 / jour (max. 60 jours)	90% max. € 180 / jour 90% max. £ 120 / jour 90% max. \$ 225 / jour 90% max. CHF 270 / jour (max. 60 jours)	100% max. € 200 / jour 100% max. £ 135 / jour 100% max. \$ 250 / jour 100% max. CHF 300 / jour (max. 100 jours)
Greffes d'organes (à l'exclusion des coûts du donneur – accord préalable requis)	100% max. € 100.000 100% max. £ 65.000 100% max. \$ 125.000	100% max. € 125.000 100% max. £ 83.500 100% max. \$ 156.250	100% max. € 150.000 100% max. £ 100.000 100% max. \$ 187.500

³ Pour les individus et les entreprises avec l'option 'Antécédents médicaux non pris en compte'. Pour les entreprises de plus de 10 employés, le délai d'attente peut être supprimé après accord de l'Assureur.

⁴ Il se peut que l'acceptation à l'assurance soit soumise à un questionnaire médical et à l'avis du médecin-conseil. Pour les entreprises de plus de 10 employés expatriés le questionnaire médical peut être supprimé. Les maladies chroniques et préexistantes sont prises en charge à concurrence des plafonds de remboursement applicables, à condition qu'elles aient été acceptées par le médecin-conseil lors de l'affiliation.

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
	100% max. CHF 150.000	100% max. CHF 187.500	100% max. CHF 225.000
Dialyse rénale (à l'exclusion de tous les traitements expérimentaux)	100%	100%	100%
Transport par ambulance locale (vers l'hôpital le plus proche)	100% max. € 1.500 100% max. £ 975 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 3.000 100% max. £ 1.950 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500	100% max. € 4.500 100% max. £ 3.000 100% max. \$ 5.625 100% max. CHF 6.750
Traitement dentaire nécessaire à la suite d'un accident			
• Traitement dentaire d'urgence	100% max. € 750 100% max. £ 500 100% max. \$ 950 100% max. CHF 1.125	100% max. € 1.000 100% max. £ 650 100% max. \$ 1.250 100% max. CHF 1.500	100% max. € 1.250 100% max. £ 850 100% max. \$ 1.575 100% max. CHF 1.875
• Chirurgie dentaire	100% max. € 2.000 100% max. £ 1.300 100% max. \$ 2.500 100% max. CHF 3.000	100% max. € 2.500 100% max. £ 1.625 100% max. \$ 3.125 100% max. CHF 3.750	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Soins psychiatriques			
• Hospitalisation	Non remboursé	90% max. € 10.000 90% max. £ 6.500 90% max. \$ 12.500 90% max. CHF 15.000	100% max. € 20.000 100% max. £ 13.500 100% max. \$ 25.000 100% max. CHF 30.000
• Soins ambulatoires:	voir 2. Soins ambulatoires: Thérapies	voir 2. Soins ambulatoires: Thérapies	voir 2. Soins ambulatoires: Thérapies
Frais d'optique (lunettes, montures, lentilles)	80% max. € 100 80% max. £ 65 80% max. \$ 125 80% max. CHF 150	90% max. € 200 90% max. £ 135 90% max. \$ 250 90% max. CHF 300	100% max. € 300 100% max. £ 200 100% max. \$ 375 100% max. CHF 450
Accessoires médicaux (prothèses auditives et orthopédiques)	80% max. € 1.500 80% max. £ 1.000 80% max. \$ 1.875 80% max. CHF 2.250	90% max. € 2.500 90% max. £ 1.650 90% max. \$ 3.125 90% max. CHF 3.750	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Soins palliatifs	80% max. € 40.000 80% max. £ 26.600 80% max. \$ 50.000 80% max. CHF 60.000	90% max. € 45.000 90% max. £ 30.000 90% max. \$ 56.000 90% max. CHF 67.000	100% max. € 50.000 100% max. £ 33.300 100% max. \$ 62.500 100% max. CHF 75.000

1.1. Objet

L'Assurance santé internationale prévoit le remboursement - à concurrence des limites définies aux présentes Conditions générales - des frais Raisonables et habituellement pratiqués pour les Soins ambulatoires ainsi que pour les Hospitalisations, à condition que les frais desdits Soins aient été engagés consécutivement à une Maladie, un Accident ou une maternité.

1.2. Admission et acceptation à l'assurance

En ce qui concerne l'admission et l'acceptation à l'assurance, il est fait référence aux dispositions stipulées à l'article I-3.

1.3. Niveaux de couverture médicale

Il existe trois (3) niveaux de couverture:

- Globe;
- Orbit;
- Universe.

Le niveau choisi par le Preneur d'assurance est indiqué aux Conditions particulières de la police d'assurance. Chaque niveau donne droit à un ensemble de prestations différent, dont les détails sont indiqués au tableau des garanties ci-dessus. En ce qui concerne le changement de niveau de couverture, il est fait référence à l'article I-3.5.

1.4. Cadre des interventions d'assistance

Le Preneur d'assurance peut choisir entre deux (2) zones géographiques de couverture:

Pour les polices individuelles:

- monde entier;
- monde entier à l'exception des frais engagés aux E-U, au Canada, en Chine, à Hong Kong ou Singapour.

Pour les polices collectives:

- monde entier;
- monde entier à l'exception des frais engagés aux E-U et au Canada.

Cependant, dans le cadre de voyages d'affaires ou de vacances ne dépassant pas quatre-vingt-dix (90) jours au total par Année d'assurance, les frais de Soins engagés consécutivement à un Accident ou à une Urgence médicale se produisant dans les pays exclus sont prises en charge à concurrence des limites de la police. Si la Maladie en question existait avant le voyage vers un pays exclu ou si celle-ci était la raison du voyage, les frais de Soins ne sont pas pris en charge.

Les frais liés à la grossesse (et à d'éventuels complications) et/ou à l'accouchement ne seront pas considérés comme frais d'Accident ou d'urgence et ne seront, dès lors, pas pris en charge.

1.5. Garanties

1.5.1. Définitions

Se référer à l'article I-2.

1.5.2. Description des garanties

Les frais de Soins admissibles, sujets aux exclusions, limites et plafonds définis à la présente police d'assurance, sont repris au tableau des garanties ci-dessus.

Afin qu'ils puissent être pris en considération pour le remboursement, les Soins et procédures doivent s'avérer Médicalement nécessaires et appropriés (en accord avec le diagnostic établi par un Médecin). Ils doivent être prescrits par un Médecin et exécutés par un Médecin ou par un praticien médical légalement qualifié et dûment autorisé à exercer la Médecine. Les plafonds de remboursement (c'est-à-dire le montant maximal de remboursement) pour certains types

de services médicaux s'entendent - sauf indication contraire au tableau des garanties - toujours par Assuré et par Année d'assurance. Cela signifie que chaque plafond est applicable pour une période de douze (12) mois de couverture ininterrompue démarrant à la date de prise d'effet de la couverture de l'Assuré.

1.5.2.1. Hospitalisation

Une demande d'autorisation préalable telle qu'il en est fait mention à l'article II-1.6. ci-dessous est requise dans tous les cas, sauf en cas d'urgence. Le non-respect de cette formalité conduira à une diminution du remboursement de vingt-cinq (25) %.

- **Frais de séjour hospitalier**
Remboursement des frais de séjour Raisonables et Habituels en milieu hospitalier. Le montant remboursé sera équivalent aux frais réels déclarés par l'hôpital pour la durée du séjour, mais ne saurait excéder, par journée, le tarif pratiqué pour une chambre individuelle.
- **Unité de soins intensifs**
Remboursement des frais de séjour hospitalier Raisonables et habituellement pratiqués durant la période d'alitement dans une Unité de soins intensifs à l'hôpital.

Le montant remboursé sera équivalent aux frais réels engagés par l'hôpital. Cette garantie ne peut en aucun cas être cumulée avec la garantie 'Frais de séjour hospitalier' pour la même période d'alitement.

- **Honoraires**
 - **Chirurgiens:**
Remboursement des frais Raisonables et habituellement pratiqués pour toute Opération chirurgicale par un Spécialiste, ne dépassant, toutefois, pas les plafonds repris au tableau des garanties.
 - **Anesthésistes:**
Remboursement des frais Raisonables et Habituels déclarés par le Médecin anesthésiste pour l'administration médicalement nécessaire de l'anesthésie, ne dépassant, toutefois, pas les plafonds repris au tableau des garanties.
- **Autres dépenses de Soins**
 - **Salle d'opération**
Remboursement des frais Raisonables et Habituels des salles d'opération et de réanimation utilisées dans le cadre de la procédure chirurgicale.
 - **Equipements et services**
Remboursement des frais Raisonables et Habituellement pratiqués réellement encourus pour: soins infirmiers généraux, médicaments prescrits et consommés, pansements, attelles, plâtres, imagerie médicale (radiographie, TC, IRM, etc.), auxiliaires médicaux, examens de laboratoire, électrocardiogrammes, physiothérapie, logopédie, orthophonie, thérapie occupationnelle, ergothérapie.
- **Logement des parents**
Remboursement, dans les limites des plafonds repris au tableau des garanties, des frais de séjour dans le cadre de l'accompagnement d'un Assuré mineur (seize (16) ans maximum) hospitalisé.
- **Prestation en espèces en cas d'Hospitalisation**
La prestation en espèces en cas d'Hospitalisation est une indemnité journalière versée uniquement lorsque les frais de séjour et les Soins sont dispensés gratuitement. Elle s'élève à 75 EUR/50 GBP/93,75 USD/112,50 CHF par nuit (Globe), 100 EUR/65 GBP/125 USD/150 CHF par nuit (Orbit et Universe), avec un maximum de soixante (60) nuits.
- **Convalescence et rééducation**
Les Soins de convalescence et de rééducation (dans un centre reconnu et lorsque l'admission est Médicalement nécessaire) sont pris en charge lorsque l'admission suit immédiatement (dans les cinq (5) jours) une Hospitalisation pour Maladie ou Opération chirurgicale, et ce, pour une durée maximale de vingt-huit (28) jours.

1.5.2.2. Soins ambulatoires

Remboursement des frais de Soins ambulatoires réels dans la limite des éventuels plafonds de remboursement repris au tableau des garanties.

- Honoraires
Consultation d'un Généraliste, Médecin de famille, Spécialiste légalement enregistré dans les registres professionnels, suite à une Maladie ou à une Blessure dont les Soins ne nécessitent pas d'Hospitalisation.
- Examens à des fins de diagnostic
Remboursement des frais Raisonables et habituellement pratiqués, dans la limite des plafonds repris au tableau des garanties, pour des tests (électrocardiogramme, radiographies, analyses en laboratoire, etc.) effectués dans le but d'établir un diagnostic concernant une Maladie ou une Blessure et recommandés par un professionnel de santé qualifié.
- Médicaments sur ordonnance
Seuls seront remboursés les médicaments prescrits par un Médecin et uniquement disponibles sur ordonnance. Les médicaments en vente libre, les médicaments de confort, les produits diététiques, les vitamines et les compléments alimentaires ne seront pas pris en charge. En ce qui concerne les vaccinations, voir les dispositions propres à la garantie 'Vaccinations' ci-après.
- Soins préventifs et prestations de santé
 - un (1) examen clinique par Année d'assurance pour les adultes;
 - un (1) contrôle de la vue par Année d'assurance;
 - une (1) mammographie (bilatérale) par Année d'assurance pour les Assurés de sexe féminin à partir de l'âge de trente-cinq (35) ans;
 - un (1) dépistage du cancer du col de l'utérus par Année d'assurance pour les Assurés du sexe féminin à partir de l'âge de trente-cinq (35) ans;
 - un (1) dépistage du cancer de la prostate par Année d'assurance pour les Assurés de sexe masculin à partir de l'âge de cinquante (50) ans;
 - médecine préventive des enfants en bas âge.
- Vaccinations (adultes et enfants)
 - Vaccins dans le cadre de voyages à l'étranger;
 - Vaccinations et immunisations des enfants en bas âge.
- Physiothérapie/kinésithérapie
La physiothérapie/kinésithérapie prescrite par un Médecin, incluant la physiothérapie de Mensendieck, est prise en charge à condition que la prescription médicale indique clairement la nécessité de tels Soins et à condition que le Médecin Traitant soit un physiothérapeute/kinésithérapeute certifié.
- Traitements pratiqués par des praticiens de Médecines parallèles
 - chiropraticien;
 - ostéopathe;
 - acuponcteur;
 - homéopathe.

Ces Soins doivent être prescrits par un Médecin.

1.5.2.3. Autres Soins

Les garanties ci-dessous prévoient le remboursement des frais réels engagés, dans la limite du Plafond annuel de remboursement par personne par Année d'assurance.

- Grossesse
Le montant du remboursement dépend du type de Soins ambulatoires dispensés.
- Accouchement
Le montant garanti inclut le remboursement des honoraires, des frais de séjour ainsi que de tous les autres frais de soins engagés dans le cadre du séjour à l'hôpital. Les césariennes électives sont exclues de la couverture. Toutefois, une césarienne Médicalement nécessaire est considérée, et donc remboursée, comme une Hospitalisation. Tout autre type d'accouchement comportant des complications est également considéré, et donc remboursé, comme une Hospitalisation. Il revient au Médecin-conseil de l'Assureur de déterminer si une césarienne est médicalement nécessaire ou non.

- Procréation médicalement assistée
 - Diagnostic permettant d'établir l'Infertilité
Investigations nécessaires à l'établissement de la cause de l'Infertilité.
 - Procréation médicalement assistée
Les frais relatifs aux différentes méthodes de procréation médicalement assistée sont prises en charge tant dans le cadre d'une Hospitalisation que dans le cadre de Soins ambulatoires, aux conditions suivantes:
 - il doit s'agir d'une Infertilité primaire;
 - quatre (4) tentatives maximum sont remboursées par Assuré au cours de sa vie entière;
 - le montant remboursé est soumis à un plafond de 4.200 EUR/2.800 GBP/5.250 USD/6.300 CHF par tentative;
 - l'âge de l'Assuré ne peut excéder quarante (40) ans;
 - les frais relatifs au don de sperme ou d'ovules ne sont pas couverts;
 - les frais relatifs à une mère porteuse ne sont pas couverts;
 - une autorisation préalable du médecin-conseil de l'Assureur est requise dans tous les cas.
 On entend par 'infertilité primaire' l'impossibilité pour les 2 partenaires engagés dans une relation de couple à long terme de concevoir dans les deux années alors qu'ils sont sexuellement actifs et n'ont recours à aucun moyen de contraception. Dans le cas de l'infertilité primaire, la femme n'est jamais tombée enceinte.
On entend par 'infertilité secondaire' l'impossibilité pour un couple qui a déjà conçu de concevoir à nouveau après un an de tentatives.
Aucun remboursement de frais de traitement de la stérilité n'est prévu, pour aucun des partenaires assurés, une fois que l'Assurée a dépassé l'âge de 41 ans.
 - Frais de stérilisation
Une (1) stérilisation par Assuré et par vie humaine.
 - Plafond
Aucune limitation n'est applicable en ce qui concerne le nombre de tentatives d'insémination artificielle (IA) et autres méthodes de procréation médicalement assistée.
 - Délai d'attente
Il existe un délai d'attente de dix (10) mois pour les frais de Soins en matière de grossesse, accouchement et procréation médicalement assistée, ce qui signifie que seules les frais engagés à partir du onzième (11^{ème}) mois à compter de l'acceptation à l'assurance peuvent être prises en compte pour le remboursement. Les personnes assurées dans le cadre d'une police de groupe peuvent être exemptées de délai d'attente. Une telle exemption est uniquement valable lorsqu'elle est explicitement mentionnée aux Conditions particulières de la police de groupe en question.
 - Traitement du cancer
Lorsqu'un cancer est diagnostiqué chez un Assuré, l'Assureur remboursera les frais Raisonables et habituellement pratiqués du traitement du cancer administré par un institut officiel de cancérologie, dans les limites des plafonds définis au tableau des garanties. Les Soins (par ex.: radiothérapie, chimiothérapie excluant les traitements expérimentaux, consultations, examens, médicaments) doivent être administrés par un hôpital ou un institut officiel de cancérologie, en tant que Soins ambulatoire ou dans le cadre d'une Hospitalisation, immédiatement après l'établissement du diagnostic, un séjour hospitalier ou une Opération chirurgicale. On définit le cancer comme la croissance et la prolifération incontrôlables de cellules malignes et l'invasion et la destruction des tissus normaux, pour lesquelles un traitement ou une opération majeure interventionniste (excluant les procédures endoscopiques seules) est considéré(e) comme nécessaire.

Le cancer sera confirmé par preuve histologique de malignité.
 - Greffe
Sont pris en charge les frais Raisonables et habituellement pratiqués qui sont nécessaires à la transplantation d'un organe dont l'Assuré est le receveur. Ces frais seront remboursés durant la période de validité de la police d'assurance et ne peuvent dépasser en aucun cas les plafonds repris au tableau des garanties. Le montant assuré inclut les honoraires des Médecins, la chambre d'hôpital (Chambre individuelle) et tous les autres frais de soins relatifs au séjour hospitalier. L'autorisation préalable du médecin-conseil de l'Assureur est requise dans tous les cas.

Les frais suivants sont exclus de la couverture:
 - frais relatifs à la recherche d'un donneur;

- frais relatifs à l'acquisition d'un organe (si un prix est réclamé pour l'organe);
- frais relatifs à l'extraction de l'organe du corps du donneur.
- Hémodialyse
Si l'Assuré est atteint d'une déficience rénale telle que définie ci-dessous, l'Assureur remboursera les frais Raisonables et habituellement pratiqués des hémodialyses administrées dans un hôpital ou un centre de dialyse agréé, et ce, dans la limite des plafonds repris au tableau des garanties. Les Soins tels que dialyses (consultation non incluse) et examens peuvent être administrés en ambulatoire ou dans le cadre d'une Hospitalisation. On définit la déficience rénale comme le stade final d'une insuffisance rénale chronique et irréversible des deux reins résultant en la nécessité d'une dialyse rénale. Les traitements expérimentaux sont exclus de la couverture.
- Appareillage médical
Remboursement des frais d'appareils auditifs, orthèses et bas, membres artificiels, chaises roulantes, etc.
- Transport par ambulance locale vers l'hôpital le plus proche
Remboursement des frais Raisonables et habituellement pratiqués engagés pour le transport aller-retour en ambulance locale incluant une personne accompagnatrice, jusqu'à l'hôpital le plus proche. Le remboursement est sujet aux plafonds repris au tableau des garanties. Aucun remboursement ne se fera lorsque l'Assuré n'est pas hospitalisé.
- Soins psychiatriques
Les Soins psychiatriques ambulatoires ne sont remboursés que lorsqu'ils sont prescrits et administrés par un Médecin. Le montant pris en charge inclut les honoraires des Médecins et/ou les honoraires de tout autre professionnel de santé, mais n'inclut pas les médicaments. Les médicaments sont pris en charge conformément aux dispositions applicables aux médicaments sur ordonnance. Les frais suivants sont assujettis aux mêmes plafonds que les Soins psychiatriques ambulatoires: ergothérapie, logopédie et/ou orthophonie et thérapie occupationnelle.
- Soins dentaires consécutifs à un Accident
La Chirurgie dentaire n'est prise en charge que lorsqu'elle est nécessaire à la restauration des dommages causés aux dents naturelles dans le cadre d'un Accident.
- Soins palliatifs
Par Soins palliatifs on entend des Soins prodigués dans le cadre d'une Hospitalisation ou en ambulatoire (au domicile du patient ou dans un centre antidouleur) et qui visent à apporter au patient en phase terminale et à sa famille un soutien psychologique et social aussi bien médical que paramédical. Les Soins palliatifs sont considérés comme une alternative aux Soins hospitaliers ou Soins infirmiers à domicile remboursables. Seule une organisation œuvrant auprès de patients atteints d'une Maladie incurable dont l'espérance de vie est inférieure à six (6) mois peuvent prodiguer de tels Soins.

1.6. Autorisation préalable

L'ensemble des Soins de santé administrés dans le cadre d'une Hospitalisation (à l'exception des admissions en urgence), ainsi que la Chirurgie ambulatoire et les Soins de jour sont soumis à autorisation préalable. Cela signifie qu'en cas d'Hospitalisation non urgente, de Chirurgie ambulatoire ou de Soins de jour dans le but de traiter une affection dont le diagnostic a été établi plus de cinq (5) jours avant l'admission effective à l'hôpital ou avant le début des Soins de jour ou de la Chirurgie ambulatoire, l'Administrateur sera informé par écrit au plus tard cinq (5) jours avant l'administration des Soins (en cas d'accouchement, cinq (5) jours avant l'accouchement). Les informations suivantes seront obligatoirement communiquées:

- diagnostic;
- description des Soins requis;
- nom et adresse de l'hôpital où le Traitement sera administré;
- durée prévue du séjour à l'hôpital;
- coût estimé des Soins.

En cas d'Hospitalisation d'urgence, l'Administrateur sera informé le plus rapidement possible (normalement dans les quarante-huit (48) heures) et au plus tard avant la sortie de l'hôpital. En cas de non-respect de la présente procédure d'autorisation préalable, l'Assureur réduira le remboursement de vingt-cinq (25) % c.-à-d. que le remboursement des frais

de Soins sera équivalent à soixante-quinze (75) % du montant auquel l'Assuré aurait normalement droit s'il avait respecté les dispositions imposées.

1.7. Restrictions et exclusions

Outre les exclusions mentionnées à l'article I-11, sont également exclus les Soins ou services suivants:

- Soins considérés comme expérimentaux/investigatifs selon les normes professionnelles de Soins médicaux ainsi que les Soins qui ne sont pas Médicalement nécessaires;
- Soins médicaux non prescrits;
- Soins de médecine alternative autres que ceux explicitement mentionnés au tableau des garanties;
- cures de rajeunissement et cures thermales, traitement cosmétique et repos de convalescence;
- structures d'accueil des personnes âgées, prodiguant principalement des Soins de garde, des services éducatifs et de revalidation;
- frais consécutifs à la maternité et à l'accouchement durant les dix (10) premiers mois qui suivent la date d'admission à l'assurance, à moins qu'il ne soit fait explicitement mention aux Conditions particulières de l'exemption de cette exclusion;
- médicaments non prescrits par un médecin;
- médicaments en vente libre, médicaments de confort, produits diététiques, les vitamines et compléments alimentaires, nourriture, aliments pour bébé, eaux minérales, produits tonifiants, cosmétiques, etc.;
- contraceptifs, même sur ordonnance;
- avortement sauf en cas de nécessité médicale absolue;
- Traitements cosmétiques/esthétiques à l'exception des Traitements réparateurs après un Accident;
- chirurgie corrective de l'œil (kératectomie et kératotomie, y compris les procédures LASIK et LASEK), sauf en cas de trouble de la réfraction (cornée), auquel cas, ces frais sont couverts comme tous les autres frais de chirurgie;
- cours de rattrapage scolaire;
- césarienne électorive;
- opérations et autres frais liés au changement de sexe;
- lunettes de soleil et orthoptie;
- participation à tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que tout entraînement préparatoire.

1.8. Procédure de demande de remboursement/pluralité d'assurances/règlement des sinistres

1.8.1. Procédure de demande de remboursement

Toute demande de remboursement sera soumise par écrit à l'Administrateur, au moyen des formulaires mis à disposition de l'Assuré par l'Administrateur, et ce, dans les plus brefs délais après la survenance de l'événement ayant entraîné les Soins. La demande de remboursement sera accompagnée des justificatifs originaux, y compris toutes les factures pertinentes, ainsi que des justificatifs de paiement si l'Administrateur l'exige. En cas d'Accident, l'Assuré fournira en outre les informations suivantes:

- date et description détaillée des circonstances et du lieu de l'Accident;
- identité des personnes impliquées ainsi que des témoins et des personnes éventuellement responsables;
- procès-verbal officiel délivré par les autorités locales (police ou autre).

1.8.2. Pluralité des assurances

Si l'Assuré a droit à un remboursement de la part d'un autre Assureur ou d'un régime de sécurité sociale, la couverture, selon les conditions de l'art. II-1.5., sera appliquée sur la différence entre les frais de soins éligibles et le remboursement effectué par l'autre Assureur. Toutefois, dans le cas où Cigna expatplus intervient comme assurance complémentaire, ce qui se reflète dans le montant des primes de Cigna expatplus, le montant remboursé par l'autre Assureur sera déduit du remboursement déterminé en accord avec les conditions de l'art. II-1.5. Dans tous les cas, l'Assuré joindra à sa demande de remboursement les copies des factures de Soins ainsi que les originaux des décomptes de remboursement (comportant les détails des montants remboursés) délivrés par l'autre Assureur ou par le régime de sécurité sociale

concerné. Le remboursement total n'excédera en aucun cas le montant total des frais effectivement engagés par l'Assuré.

1.8.3. Règlement des sinistres et des demandes de remboursement de Soins

L'Administrateur effectuera le remboursement des frais Raisonables et habituellement pratiqués pour des Soins couverts (jusqu'à concurrence des plafonds repris aux présentes conditions générales) après réception du formulaire de demande de remboursement et de l'ensemble des pièces justificatives écrites (originaux des factures des professionnels de santé, etc.).

Les remboursements seront versés à l'Assuré. Toutefois, si celui-ci est décédé, le paiement sera effectué à la seule discrétion de l'Assureur ou à toute personne apportant à la satisfaction de l'Assureur la preuve qu'elle a droit au paiement.

Les prestations peuvent être directement attribuées aux hôpitaux.

1.9. Dossier médical et examens médicaux

Si la souplesse du règlement des sinistres couverts par la présente police d'assurance l'exige, et conformément à la législation belge relative à la protection de la vie privée à l'égard du traitement de données à caractère personnel, l'Assuré est tenu de fournir (directement ou via son Médecin) toutes les informations médicales nécessaires dont l'Assureur fait la demande par l'intermédiaire de l'Administrateur. Les informations confidentielles peuvent être envoyées au médecin-conseil de l'Administrateur sous pli cacheté. Si un examen médical est jugé nécessaire à l'évaluation d'un sinistre, l'Administrateur est en droit de demander un examen médical de l'Assuré par un Médecin nommé par l'Assureur, et ce, aux frais de ce dernier. L'Assuré peut demander à son propre Médecin d'être présent lors de cet examen, étant entendu que les honoraires de ce Médecin seront pris en charge par l'Assuré. Au cas où l'Assuré et/ou les Personnes à sa charge ne respecteraient pas les dispositions ci-dessus les obligeant à communiquer les informations médicales demandées ou à se soumettre à un examen, l'Assureur peut refuser le paiement des garanties.

1.10. Prescription

Toute demande de remboursement sera transmise à l'Administrateur le plus tôt possible. Pour certains Soins, une autorisation préalable est requise (Art. II-1.6.). Dans tous les cas, toute demande de remboursement de soins parviendra à l'Administrateur au plus tard dans un délai de trois (3) ans après la date à laquelle les soins ont été administrés. Au-delà de ce délai de trois (3) ans, aucun remboursement ou paiement ne sera plus effectué par l'Assureur.

2. Evacuation médicale et assistance

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Evacuation médicale			
<ul style="list-style-type: none"> Organisation et prise en charge du transport vers un établissement hospitalier 	100 %		
<ul style="list-style-type: none"> Organisation et prise en charge du transport d'un conjoint assuré et/ou des enfants mineurs 	100%		
<ul style="list-style-type: none"> Remboursement des frais d'hébergement engagés par le patient assuré ou les personnes assurées l'accompagnant 	max. € 100 / £ 65 / \$ 125 / CHF 150 / jour pendant 10 jours maximum		
Hospitalisation sur place			
<ul style="list-style-type: none"> Organisation et prise en charge du transport aller-retour permettant à un membre de la famille de se rendre au chevet de l'Assuré à l'hôpital Frais d'hébergement sur place 	100% max. € 100 / £ 65 / \$ 125 / CHF 150 / jour pendant 10 jours maximum		
Frais de recherche et/ou de secours	€ 1.500 / £ 1.000 / \$ 1.875 / CHF 2.250		
Assistance en cas de retour anticipé: Organisation et prise en charge des frais de transport (aller-retour)	100%		
Assistance en cas d'interruption de la mission professionnelle de l'Assuré: prise en charge des frais de transport du collaborateur remplaçant (aller seulement)	100%		
Envoi de médicaments introuvables sur place	100%		
Assistance 'imprévu'			
<ul style="list-style-type: none"> Communication avec la famille de l'Assuré ou son entreprise Vol des papiers d'identité, cartes de crédit, titres de transport ou documents professionnels: avance de fonds à l'étranger 	100% max. € 400 / £ 260 / \$ 500 / CHF 600		
Soutien psychologique en cas de traumatisme important à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis	2 appels téléphoniques par assuré par année d'assurance		
Assistance en cas de décès d'une personne assurée			
<ul style="list-style-type: none"> Transport du corps OU Enterrement sur place 	100%		
<ul style="list-style-type: none"> Frais funéraires nécessaires au transport 	€ 3.000 / £ 2.000 / \$ 3.750 / CHF 5.500		
<ul style="list-style-type: none"> Frais supplémentaires de transport des membres assurés de la famille du défunt ou d'une personne assurée 	100%		

2.1. Généralités

2.1.1. Définition des bénéficiaires

Toutes les personnes qui souscriront un contrat auprès de Cigna ayant un statut d'expatrié via leur contrat de travail ainsi que son conjoint, ses enfants fiscalement à charge déclarés lors de la souscription du présent contrat.

La présente couverture pourra être souscrite par:

- une personne physique de moins de soixante-quinze (75) ans, en situation d'expatriation.
- une personne morale dont le collaborateur assuré (et si applicable ses bénéficiaires) a moins de soixante-quinze (75) ans.

Les services d'évacuation médicale et d'assistance cesseront de plein droit au soixante-quinzième (75ème) anniversaire de l'Assuré et de ses bénéficiaires.

2.1.2. Couverture géographique

Monde entier

2.1.3. Exclusions

Outre les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie, Cigna n'assure jamais les conséquences des circonstances et événements suivants :

- la guerre civile ou étrangère, les émeutes, les mouvements populaires, les grèves, les prises d'otage, la manipulation d'armes ;
- participation volontaire de l'Assuré à des paris, crimes ou rixes, sauf cas de légitime défense ;
- tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant ;
- vos actes intentionnels et fautes dolosives commis par l'Assuré, y compris le suicide et la tentative de suicide ;
- consommation par l'Assuré d'alcool, de médicaments et de toute substance stupéfiante non prescrite médicalement ;
- les événements dont la responsabilité pourrait incomber soit à l'organisateur de votre voyage en application de la loi locale fixant les conditions d'exercice des activités d'organisation et de vente de séjours, soit au transporteur, notamment en raison de sécurité aérienne et/ou de surréservation ;
- le refus de l'Assuré d'embarquer sur le vol initialement prévu par l'organisme habilité.

2.1.4. Engagement financier de l'Assisteur

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-dessus ne peut donner lieu à remboursement que si l'Assisteur en a été prévenue préalablement et a donné son accord expresse, notamment sur les moyens à utiliser, en communiquant par fax, courriel, télégramme ou télex, un numéro de dossier. Les frais exposés seront alors remboursés sur justificatifs, dans la limite de ceux que Cigna aurait engagés pour organiser le service.

2.1.5. Subrogation

Cigna est subrogée jusqu'à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions de l'abonné contre toute personne responsable de faits ayant motivé son intervention.

Lorsque les prestations fournies en exécution du contrat seront couvertes en tout ou partie par un régime national de Sécurité sociale ou par toute autre institution, Cigna sera subrogée dans ses droits et actions de l'Assuré contre lesdits régime ou institution.

2.1.6. Prescription

Toute action découlant de la garantie 'Cigna expatplus - Assistance' est prescrite dans un délai de deux (2) ans à compter de la date de l'événement qui lui donne naissance.

2.2. Evacuation médicale

Si l'état de santé de l'Assuré nécessite une évacuation médicale d'urgence (telle que définie au paragraphe I-2.

Définitions), l'Assisteur assiste l'Assuré de la façon suivante:

- Organisation et prise en charge de son retour ou de son transport vers un établissement hospitalier
L'Assisteur organise et prend en charge le retour à domicile, soit dans le Pays d'origine, soit dans le pays de séjour de l'Assuré, ou le transport vers l'établissement hospitalier le plus proche de celui-ci et/ou le plus apte à prodiguer les Soins exigés par son état de santé.

Dans ce dernier cas, si l'Assuré le souhaite, l'Assisteur peut organiser et prendre en charge ensuite, dès que l'état de santé de l'Assuré le permet, le retour à l'adresse du Pays d'accueil.

- Organisation et prise en charge du transport d'un conjoint assuré et des enfants mineurs
L'Assisteur organise et prend également en charge, après accord de son service médical, le voyage d'un conjoint assuré pour lui permettre de l'accompagner et/ou pour permettre le retour des enfants mineurs dans le Pays d'origine si aucun membre majeur de la famille n'est présent sur place à leur côté.
- Remboursement des frais d'hébergement engagés par le patient assuré ou les personnes assurées l'accompagnant
L'Administrateur rembourse au patient assuré, sur présentation des justificatifs et dans les limites figurant au tableau des montants de garanties ses propres frais supplémentaires d'hébergement (frais supplémentaires exclus tels que restauration, blanchisserie, accès Internet, etc.) et ceux engagés par une personne assurée l'accompagnant, depuis le jour de son immobilisation jusqu'au jour du rapatriement à son Pays d'accueil.

Tous les frais de Soins (frais d'Hospitalisation, visites médicales, paiement des garanties et remboursements) seront gérés et réglés par l'Administrateur.

L'Assisteur sera responsable de mettre en œuvre les services en relation aux urgences médicales tels que les Hospitalisations et rapatriements.

Les Hospitalisations urgentes seront notifiées auprès de l'Administrateur qui délivrera les garanties de paiement et qui sera responsable de la bonne gestion du dossier. Les Hospitalisations non urgentes ou urgentes ne nécessitant pas d'évacuation seront directement gérées par l'Administrateur. Au cas où l'Assisteur devrait être contacté suite à un cas cité précédemment, l'Assuré ou la personne appelant devra automatiquement être redirigé auprès de l'Administrateur.

Important:

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical de l'Assuré.

Les médecins de l'Assisteur se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel de l'Assuré, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé.

L'évacuation de l'Assuré est décidée et gérée par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Si l'Assuré refuse de suivre les décisions prises par le service médical de l'Assisteur, il déchargerait l'Assisteur de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perdrait tout droit à prestation et indemnisation de la part de l'Assisteur.

Par ailleurs, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

2.3. Hospitalisation sur place

Prise en charge des frais permettant à un membre de la famille de l'Assuré de se rendre à son chevet.

Si l'Assuré est hospitalisé sur place plus de cinq (5) jours (ou plus de quarante-huit (48) heures s'il est mineur ou handicapé et qu'aucun membre majeur de sa famille ne l'accompagnait pendant son séjour) ;

- l'Assisteur prend en charge le trajet aller/retour d'un membre de la famille de l'Assuré afin qu'il se rende à son chevet;
- L'Administrateur rembourse, sur présentation des justificatifs et dans la limite du montant figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, les frais d'hébergement exposés par cette personne.

Cette prestation ne peut être cumulée avec le service décrit au paragraphe 'Organisation et prise en charge du transport d'un conjoint assuré et/ou des enfants mineurs'.

2.4. Frais de recherche et/ou de secours

L'Administrateur remboursera, sur présentation d'une facture officielle, les frais de recherche en mer ou en montagne et/ou les frais de secours engagés dans la limite du plafond figurant au tableau des montants de garanties.

2.5. Assistance en cas de retour anticipé

L'Assisteur organise et prend en charge le trajet aller/retour vers le Pays d'origine des personnes assurées au titre du présent contrat.

L'Assuré peut bénéficier de cette prestation dans les cas suivants:

- en cas de Maladie ou d'Accident, entraînant une Hospitalisation d'urgence, débutant pendant la durée de son séjour et engageant le pronostic vital selon avis du service médical de l'Assisteur, de son conjoint de droit ou de fait, ou de l'un de ses descendants mineurs ou handicapés, ne vivant dans le Pays d'accueil de l'Assuré et vivant dans le Pays d'origine de l'Assuré;
- afin d'assister aux obsèques, suite au décès de son conjoint de droit ou de fait, de ses parents, beaux-parents (parents de l'époux/se ou du conjoint de droit), descendants, frères, sœurs, de son tuteur légal, de la personne placée sous sa tutelle, vivant dans le Pays d'origine de l'Assuré et âgé de moins de quatre-vingt-cinq (85) ans.

2.6. Assistance en cas d'interruption de la mission professionnelle de l'Assuré

En cas d'interruption de la mission professionnelle de l'Assuré suite à un événement garanti, l'Assisteur prend en charge les frais de transport engagés par l'entreprise de l'Assuré pour permettre à un collaborateur de remplacement de poursuivre la mission interrompue.

2.7. Envoi de médicaments sur place

Si l'Assuré séjourne à l'étranger et qu'il a besoin de médicaments introuvables sur place:

- sous réserve de l'accord de son Médecin traitant prescripteur, l'Assisteur prend en charge l'envoi de médicaments introuvables sur place, s'ils sont indispensables à un traitement curatif en cours, à condition qu'aucun médicament équivalent ne puisse lui être prescrit sur place et que les règlements sanitaires ou douaniers nationaux ou internationaux ne s'opposent pas à une telle expédition;
- l'Assisteur lui fait parvenir ces produits dans les meilleurs délais. Toutefois, l'Assisteur ne peut être tenue pour responsable des délais imputables aux organismes de transport sollicités ni d'une éventuelle indisponibilité des médicaments. L'Assuré s'engage à rembourser à l'Assisteur ces médicaments dans un délai de trois mois à compter de leur réception. Passé ce délai, l'Assisteur sera en droit d'exiger, en outre, des frais et intérêts légaux.

2.8. Assistance 'imprévu'

2.8.1. Communication avec la famille de l'Assuré ou son entreprise

Si l'Assuré ne peut plus communiquer avec sa famille ou son entreprise, dans la mesure où il réussit à joindre l'Assisteur, celui-ci leur transmettra ses messages urgents.

2.8.2. Vol des papiers d'identité, cartes de crédit, titres de transport ou documents professionnels

En cas de vol de papiers d'identité, de cartes de crédit et/ou de titres de transport de l'Assuré, celui-ci déclarera le vol dans un délai de quarante-huit (48) heures à l'ambassade de son Pays d'origine la plus proche du lieu du vol et fournira à l'Assisteur un rapport/attestation de l'ambassade ou un rapport de police au cas où aucun papier d'identité n'a été volé.

Dans une telle situation:

- l'Assisteur peut lui conseiller les démarches à effectuer;
- l'Assisteur peut intervenir pour faire les oppositions nécessaires dans la mesure où il donne à l'Assisteur procuration par fax dans ce sens;
- si l'Assuré ne dispose plus d'aucun moyen de paiement, l'Assisteur lui accorde une avance de fonds d'un montant ne pouvant excéder le plafond figurant au tableau des montants de garanties.

2.9. Soutien psychologique

L'Assisteur met à la disposition de l'Assuré son service d'écoute et d'accompagnement téléphonique, dans les limites figurant au tableau des montants de garanties, en cas de traumatisme important à la suite 'd'une Maladie ou d'un Accident' garanti.

2.10. Assistance décès

En cas de décès d'une personne assurée, l'Assisteur organise et prend en charge:

- le transport du corps du lieu de mise en bière au lieu d'inhumation dans le Pays d'origine ou l'enterrement sur place;
- les frais funéraires nécessaires au transport, dans la limite du plafond figurant au tableau des montants de garanties et des franchises;
- les frais supplémentaires de transport des membres assurés de la famille du défunt ou d'une personne assurée, l'accompagnant, dans la mesure où les moyens initialement prévus pour leur retour dans le Pays d'origine ne peuvent plus être utilisés du fait de ce décès.

2.11. TRAVEL ORACLE - Assistance complémentaire

L'Assisteur met à la disposition de l'Assuré un site Internet dédié lui permettant de consulter les informations sanitaires et géopolitiques de la zone géographique de son pays d'expatriation. Il s'agit d'informations pratiques telles que: fiches pays, alertes, santé, risques encourus dans les pays, média, veille et évaluation des risques, conseils de voyage, gestionnaire de vaccinations, outil de planification des rendez-vous, météo, horloge internationale et convertisseur de devises.

2.12. Exclusions

Outre les exclusions communes à l'ensemble des garanties, sont également exclus des garanties 'Evacuation médicale et assistance':

- les frais engagés sans l'accord préalable du service Assistance de l'Assisteur;
- les conséquences:
 - d'un traitement en cours pour lequel l'Assuré est en séjour de convalescence;
 - les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic;
 - les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic de traitement.
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitement, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à deux rapatriements précédents (par vie);
- les conséquences des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place;
- la psychiatrie;
- les conséquences:
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique;
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants;
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat;
 - de l'exposition à des agents incapacitants;
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays où l'Assuré séjourne, sauf survenance subite après son arrivée sur le lieu de contamination.
- la participation de l'Assuré à tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires;
- l'inobservation par l'Assuré d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect par lui des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive;
- les conséquences d'un Accident survenu lors de la pratique par l'Assuré d'un sport aérien (y compris, delta-plane, parapente, planeur) ou de l'un des sports suivants: bobsleigh, saut à ski, alpinisme avec passage en cordée, varappe, plongée sous-marine avec appareil autonome, spéléologie, saut à l'élastique, parachutisme;
- les frais non mentionnés expressément comme donnant lieu à remboursement, ainsi que les frais de restauration et toute dépense pour laquelle il ne pourrait produire de justificatif.

2.13. Ce que l'Assuré doit faire en cas de sinistre

2.13.1. Pour une demande d'assistance

L'Assuré doit contacter l'Assisteur ou faire contacter l'Assisteur par un tiers, dès que sa situation lui laisse supposer un retour anticipé ou des frais entrant dans le champ de la garantie de l'Assisteur.

Les services de l'Assisteur se tiennent à la disposition des Assurés 24h/24 et 7j/7, par téléphone au:

+ +32 3 217 69 78

Il sera attribué immédiatement à l'Assuré un numéro de dossier et convient de:

- communiquer à l'Assisteur son numéro de contrat (255/xxxxx) tel qu'indiqué sur sa carte d'assuré;
- indiquer à l'Assisteur son adresse et le numéro de téléphone où l'on peut le joindre, ainsi que les coordonnées des personnes qui s'occupent de lui;
- permettre aux médecins de l'Assisteur l'accès à toutes les informations médicales qui le concernent, ou qui concernent la personne qui a besoin de l'intervention de l'Assisteur.

2.13.2. Pour une demande de remboursement

Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par l'Assuré avec l'accord de l'Assisteur, celui-ci doit communiquer à l'Assisteur et à l'Administrateur tous les justificatifs permettant d'établir le bien fondé de sa demande.

Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par les services de l'Assisteur, ne donnent pas droit à remboursement ni à indemnité compensatoire.

2.13.3. Pour la prise en charge d'un transport

Lorsque l'Assisteur organise et prend en charge un transport au titre de ses garanties, celui-ci est effectué en train 1^{ère} classe et/ou en avion classe touriste ou encore en taxi, selon la décision de son service Assistance. Dans ce cas, l'Assisteur devient propriétaire des billets initiaux et l'Assuré s'engage à les restituer à l'Assisteur ou à rembourser à l'Assisteur le montant dont il a pu obtenir le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ces titres de transport.

2.14. Cadre des interventions d'assistance de l'Assisteur

L'Assisteur intervient dans le cadre des lois et règlements nationaux et internationaux et ses prestations sont subordonnées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités administratives compétentes.

Par ailleurs, l'Assisteur ne peut être tenue pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des services convenus à la suite d'un cas de force majeure ou d'événements tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, restrictions de la libre circulation, sabotage, terrorisme, guerre civile ou étrangère, conséquences des effets d'une source de radioactivité ou de tout autre cas fortuit.

COUVERTURES OPTIONNELLES

3. Soins dentaires

	Basic	Comprehensive
Plafond annuel par assuré	€ 3.000 £ 2.000 \$ 3.750 CHF 4.500	€ 5.000 £ 3.250 \$ 6.250 CHF 7.500
Soins dentaires de base (consultations périodiques de routine, traitements de base)	80% max. € 1.500 80% max. £ 1.000 80% max. \$ 1.875 80% max. CHF 2.250	100% max. € 2.500 100% max. £ 1.625 100% max. \$ 3.125 100% max. CHF 3.750
Soins dentaires majeurs (orthodontie, prothèses dentaires, bridges et implants dentaires) L'orthodontie est uniquement prise en charge si démarrée avant l'âge de 15 ans. Un délai d'attente de douze (12) mois s'applique pour tous les Soins dentaires majeurs.	60% max. € 1.500 60% max. £ 1.000 60% max. \$ 1.875 60% max. CHF 2.250	80% max. € 2.500 80% max. £ 1.625 80% max. \$ 3.125 80% max. CHF 3.750

3.1. Admissibilité

La couverture Soins dentaires est uniquement ouverte aux personnes admises à l'Assurance santé internationale. La souscription de la couverture Soins dentaires se fait obligatoirement:

- au niveau familial;
- au niveau du groupe entier cas d'affiliation obligatoire par l'employeur.

Cela signifie que l'Assuré ainsi que les personnes à sa charge admises à l'Assurance santé internationale doivent:

- souscrire la couverture Soins dentaires ou ne pas la souscrire (c'est-à-dire tous les membres de la famille/tous les employés expatriés ou aucun);
- opter pour le même niveau de couverture ('Basic' ou 'Comprehensive').

En cas de souscription, la période d'assurance sera obligatoirement d'un (1) an (à moins qu'il ne soit mis fin au contrat d'assurance).

Aucune prime n'est due pour les enfants de moins de deux (2) ans, qui ne sont pas assurés dans le cadre de la couverture Soins dentaires.

Une fois la couverture 'Soins dentaires' annulée, elle ne pourra être renouvelée.

3.2. Zone de couverture

En ce qui concerne la couverture de base et la couverture optionnelle Soins dentaires, le Preneur d'assurance est libre de choisir entre deux (2) zones géographiques de couverture:

Pour les polices individuelles:

- monde entier;
- monde entier à l'exception des frais engagés aux E-U, au Canada, en Chine, à Hong Kong ou Singapour.

Pour les polices collectives:

- monde entier;
- monde entier à l'exception des frais engagés aux E-U/Canada.

Cependant, dans le cadre de voyages d'affaires ou de vacances ne dépassant pas quatre-vingt-dix (90) jours au total par Année d'assurance, les frais de Soins engagés consécutivement à un Accident ou à une Urgence médicale se produisant dans les pays exclus sont pris en charge à concurrence des limites de la police, et ce, et pour une durée totale de quatre-vingt-dix (90) jours par Année d'assurance.

Si la Maladie concernée existait déjà avant le voyage vers un pays exclu et si celle-ci était la raison du voyage, les frais de Soins ne sont pas pris en charge.

3.3. Garanties

Seules les frais jugés Raisonables et habituellement pratiqués peuvent être pris en considération pour le remboursement et sont sujets aux limites et plafonds repris au tableau des garanties ci-dessus.

3.3.1. Soins dentaires de base - Basic

'Basic' comprend deux (2) contrôles bucco-dentaires annuels, les traitements prophylactiques, les obturations dentaires (plombages), le traitement canalaire, l'extraction, le traitement de l'environnement buccal, le traitement des parodontites, Soins des gencives, etc.

3.3.2. Soins dentaires majeurs - Comprehensive

'Comprehensive' couvre les bridges, les implants dentaires, l'orthodontie et les prothèses dentaires (prothèses amovibles, couronnes, inlays). Le montant assuré inclut les honoraires du Dentiste ou chirurgien dentaire et la chirurgie. La chirurgie dentaire est considérée comme faisant partie des soins dentaires majeurs.

3.4. Délai d'attente et limite d'âge

Un délai d'attente de douze (12) mois s'applique pour tous les Soins dentaires majeurs. Les personnes assurées dans le cadre d'un contrat de groupe peuvent être exemptées de délai d'attente. Une telle exemption est uniquement valable lorsqu'elle est explicitement mentionnée aux Conditions particulières du contrat de groupe en question.

L'orthodontie est uniquement couverte dans le cas où les Soins ont débuté avant les quinze (15) ans de l'Assuré et ont été prodigués sans interruption.

3.5. Autres dispositions

Outre les dispositions générales de la police telles que stipulées au Chapitre I des présentes Conditions générales, les dispositions des art. II-1.8, II-1.9. et II-1.10. s'appliquent également à la couverture Soins dentaires.

4. Assurance-vie

4.1. Objet et admission

La couverture Assurance-vie garantit le versement d'un capital en cas de décès, quelle qu'en soit la cause.

Sont admises à l'Assurance-vie les personnes expatriées ainsi que leur époux/épouse jusqu'à l'âge de soixante (60) ans inclus, à condition qu'elles aient été également admises à l'Assurance santé internationale.

4.2. Délai de réflexion

Si pour une quelconque raison le Preneur d'assurance n'était pas satisfait des conditions de l'Assurance-vie, il dispose d'un délai de réflexion de trente (30) jours à compter de leur réception par pour les retourner à l'Administrateur.

L'Assureur annulera alors l'a couverture et remboursera au Preneur d'assurance l'ensemble des primes payées à condition qu'aucune demande de remboursement de Soins ou sinistre n'ait été payé.

4.3. Règlement du capital

En cas de décès de l'Assuré, les bénéficiaires désignés au formulaire 'Désignation des bénéficiaires' reçoivent le capital prévu.

Si le décès de l'Assuré intervient le jour même de son soixante-cinquième (65^{ème}) anniversaire ou après, aucun capital ne sera versé. De même, si la police arrive à échéance avant le décès de l'Assuré, aucun capital ne sera versé.

4.4. Montant du capital assuré

Le montant de la garantie assurée est précisé aux Conditions particulières. Toutefois, le capital assuré se montera au minimum à 50.000 EUR/32.000 GBP/62.500 USD/75000 CHF et au maximum à 500.000 EUR/325.000 GBP/625.000 USD/750.000 CHF. Les primes comme le capital assuré sont calculés sur base du montant assuré.

4.5. Exclusions supplémentaires

Outre les exclusions communes définies à l'art. I-11 des Conditions générales, les exclusions suivantes s'appliquent à l'Assurance-vie:

- les conséquences de suicide ou tentatives de suicide;
- le décès résultant d'un état d'ivresse ou de l'usage de médicaments non prescrits;
- le décès provoqué par des radiations ionisantes autres que les radiations médicales exigées par les Soins de santé couverts.

4.6. Obligation de l'Assuré

Lors de la prise d'effet de la police, le Preneur d'assurance/Assuré fera parvenir à l'Administrateur le formulaire 'Nomination des bénéficiaires' dûment complété et signé.

En cas de décès, l'Assureur versera le capital assuré aux bénéficiaires désignés, ou aux héritiers légaux si aucun bénéficiaire n'a été désigné sur ledit formulaire, et ce, dans un délai d'un (1) mois à compter de la réception par l'Assureur des documents suivants:

- une copie de l'acte de naissance du défunt ou un extrait d'acte d'état civil;
- l'acte de décès original;
- un certificat médical, établi par un médecin, mentionnant la cause du décès;
- les Conditions particulières de la police de l'Assuré décédé.

La charge de la preuve incombe aux bénéficiaires.

5. Décès et invalidité accidentels

5.1. Objet et admission

La couverture Décès et invalidité accidentels a pour but de garantir:

- le paiement d'un capital en cas de décès consécutif à un Accident; ou
- le paiement d'un capital en cas d'Invalidité permanente de minimum vingt (20) % consécutive à un Accident.

La couverture Décès et invalidité accidentels peut être souscrite au nom de ou par la personne expatriée ainsi qu'au nom de ou par les Personnes adultes à sa charge, comme défini au Chapitre I.

5.2. Prescription pour la déclaration d'accident, l'évaluation du sinistre et le paiement des garanties

5.2.1. Prescription pour la déclaration d'accident

Tout Accident résultant ou susceptible de résulter en l'Invalidité permanente ou le décès de l'Assuré sera déclaré par écrit à l'Assureur ou à l'Administrateur dans un délai maximum de quatorze (14) jours après l'Accident.

La déclaration d'accident doit contenir des informations détaillées sur la cause de l'Accident et la nature des blessures.

5.2.2. Prescription pour l'évaluation du sinistre et le paiement des garanties

En cas de décès accidentel, survenant dans les douze (12) mois après la date de l'Accident à l'origine du décès, un capital sera versé aux bénéficiaires désignés de l'Assuré décédé, tels qu'indiqués au formulaire 'Nomination des bénéficiaires'.

En cas d'Invalidité permanente, l'Invalidité sera obligatoirement reconnue médicalement au plus tard un (1) an après la date de l'Accident. Toutefois, si l'état de santé de l'Assuré n'est pas complètement stabilisé au bout de deux (2) ans après la date de l'Accident, le degré de l'Invalidité permanente sera évalué sur base de l'état de santé de l'Assuré à la fin de cette période de deux (2) ans.

5.3. Montant du capital assuré

Le montant de la garantie assurée est précisé aux Conditions particulières. Toutefois, le capital assuré se montera au minimum à 50.000 EUR/32.500 GBP/62.500 USD/75.000 CHF et au maximum à 500.000 EUR/325.000 GBP/625.000 USD/750.000 CHF. Les primes comme le capital assuré sont calculés sur base du montant assuré.

5.4. Garanties

5.4.1. Décès consécutif à un Accident

En cas de décès de l'Assuré consécutivement à un Accident, le capital à payer par l'Assureur (aux bénéficiaires de l'Assuré) équivaudra à cent (100) % du montant assuré mentionné aux Conditions particulières. Si l'Assureur a versé un capital pour une Invalidité permanente consécutive à un Accident, le capital versé en cas de décès causé par le même Accident et survenant dans le délai mentionné à l'article II-5.2. se verra diminué du capital déjà payé pour l'Invalidité.

5.4.2. Invalidité permanente consécutive à un accident

En cas d'Invalidité permanente de l'Assuré consécutivement à un Accident, le capital à payer par l'Assureur à l'Assuré équivaudra au montant assuré (comme mentionné aux Conditions particulières), multiplié par le degré d'invalidité (exprimé en pourcentage), ce dernier étant déterminé conformément au tableau d'Invalidité ci-après. L'Invalidité permanente d'un degré inférieur à vingt (20) % n'ouvre pas droit au versement d'un quelconque capital. Si le degré de l'Invalidité permanente consécutive à un Accident s'élève à vingt (20) % ou plus conformément au tableau d'Invalidité ci-après, le capital versé équivaudra au pourcentage correspondant du montant assuré.

5.5. Evaluation du degré de l'Invalidité permanente et utilisation du tableau d'Invalidité

5.5.1. Tableau d'Invalidité

Le tableau suivant sera appliqué afin de déterminer le degré d'Invalidité.

Paralysie totale	100%
Cécité totale	100%
Maladie mentale incurable	100%
Amputation ou la perte permanente de l'utilisation: a) des deux bras ou des deux mains; b) des deux jambes ou des deux pieds; c) d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied.	100%
Perte de vue totale d'un œil avec ablation de l'œil	50%
Perte de vue d'un œil	45%
Perte d'os du crâne formant un trou dans le crâne: a) d'au moins 6 cm ² ; b) de 3 à 6 cm ² ;	40% 20%

c) de moins de 3 cm ² .	10%	
Perte auditive totale et incurable des deux oreilles	100%	
Perte auditive totale et incurable d'une oreille	50%	
Amputation de la mâchoire inférieure		
a) totale;	70%	
b) partielle (branche droite plus la totalité ou la moitié de l'os du maxillaire)	40%	
Perte des dents de la mâchoire supérieure et inférieure et de leurs alvéoles:		
a) impossibilité de fixer la prothèse dentaire	10 à 30%	
b) prothèse possible avec amélioration fonctionnelle établie	1 à 10%	
	Droite	Gauche
Perte totale de la main ou du bras	75%	60%
Paralysie totale du membre supérieur	65%	55%
Paralysie totale du nerf circonflexe	20%	15%
Paralysie totale du nerf médiane	45%	35%
Paralysie totale du nerf cubital du coude	30%	25%
Paralysie totale du nerf de la main	20%	15%
Paralysie totale du nerf radial au-dessus du triceps	40%	30%
Ankylose complète de l'épaule:		
a) avec immobilisation de l'omoplate;	65%	55%
b) avec mobilité de l'omoplate.	35%	25%
Fracture du bras supérieur: (pseudo-arthrose constituée)	30%	25%
Perte totale du mouvement du coude:		
a) en position défavorable;	40%	35%
b) en position favorable.	25%	20%
Fracture non-consolidée de l'avant-bras:(pseudo-arthrose constituée):		
a) les deux os;	25%	20%
b) un os.	10%	8%
Perte totale du mouvement du poignet		
a) en position défavorable (flexion, extension ou supination)	40%	30%
b) en position favorable (rectitude ou pronation).	20%	15%
Amputation du pouce:		
a) totale	20%	18%
b) partielle (phalangette)	10%	8%
Ankylose du pouce:		
a) totale	15%	12%
b) partielle (phalangette)	10%	8%
Amputation du deuxième doigt:		
a) totale	16%	14%
b) deux phalanges	12%	10%
c) une phalange	6%	5%
Amputation de l'index	12%	10%
Amputation du majeur	10%	8%

Amputation de l'annulaire	8%	6%
Paralysie totale d'un membre inférieur	60%	
Paralysie totale du sciatique poplité interne	30%	
Paralysie totale du sciatique poplité externe	30%	
Paralysie totale des deux sciatiques poplités	40%	
Raccourcissement d'un membre inférieur:		
a) d'au moins 5 centimètres;	30%	
b) de 3 à 5 centimètres;	20%	
c) de 1 à 3 cm.	10%	
Ankylose complète de la hanche:		
a) en position défavorable (flexion, adduction ou abduction)	60%	
b) en position droite	40%	
Amputation du fémur:		
a) moitié supérieure et la jambe	60%	
b) moitié inférieure et la jambe	50%	
Fracture non-consolidée du fémur ou des deux os des jambes (pseudo-arthrose constituée)	50%	
Ankylose complète du genou		
a) en flexion (de 130 degrés);	50%	
b) en rectitude ou presque en rectitude.	25%	
Gonarthrose chronique selon le degré d'atrophie musculaire	3 à 20%	
Rupture non-consolidée de la rotule avec gros écartement des fragments et gêne considérable des mouvements d'extension de la jambe	40%	
Amputation d'une jambe	50%	
Ankylose tibio-tarsienne	15%	
Amputation d'un pied:		
a) totale (désarticulation tibio-tarsienne);	50%	
b) sub-astragale;	40%	
c) media-tarian;	35%	
d) tarso-métatarsien.	30%	
Amputation de tous les orteils	20%	
Amputation du gros orteil	10%	
Amputation d'un orteil autre que le gros orteil	3%	
Ankylose du gros orteil	3,5%	

5.5.2. Caractère permanent de l'Invalidité

Seule une invalidité à caractère permanent peut ouvrir droit au versement d'un capital. Par Invalidité à caractère permanent on entend toute Invalidité pour laquelle il a été médicalement établi que la poursuite de Soins médicaux ne provoquera aucune amélioration significative de l'état de santé du patient, et qui a donc été déclarée définitive et irréversible.

5.5.3. Etat d'infirmité préexistant

Un état d'infirmité préexistant des membres ou d'organes ne pourra être pris en considération pour l'évaluation des blessures causées par l'Accident.

5.5.4. Degré d'Invalidité maximale

Le degré d'Invalidité maximale ne peut excéder cent (100) %. En aucun cas le capital à payer par l'Assureur ne peut excéder cent (100) % de la somme assurée.

5.5.5. Blessures multiples affectant le même membre

En cas de Blessures ou d'infirmités multiples résultant d'un même Accident ou d'Accidents successifs, chaque Blessure ou infirmité sera évaluée séparément. Néanmoins, la somme des blessures ou infirmités affectant un membre ne peut en aucun cas conduire à un degré d'Invalidité excédant le degré d'Invalidité correspondant à la perte totale du membre affecté.

5.5.6. Infirmités non mentionnées au tableau d'Invalidité

En ce qui concerne les infirmités non mentionnées au tableau d'Invalidité, le degré de l'Invalidité sera déterminé par analogie aux événements ou infirmités repris au tableau d'Invalidité. Le capital versé ne sera en aucun cas inférieur au capital à payer pour un événement ou une infirmité figurant au tableau d'Invalidité et qu'on peut raisonnablement considérer comme analogue.

5.5.7. Perte totale de fonction d'un membre

La perte fonctionnelle totale d'un membre sera considérée égale à la perte du membre lui-même.

5.5.8. Personnes gauchères

Les personnes gauchères percevront les garanties liées au membre supérieur droit en lieu et place du membre supérieur gauche, et vice versa.

5.5.9. Faits aggravants

En cas d'aggravation des conséquences d'un Accident consécutif à une infirmité, une maladie ou des circonstances sans lien de cause à effet avec l'Accident, le degré d'Invalidité ne peut être supérieur au degré qui aurait été déterminé si l'Accident avait frappé un organisme sain.

5.6. Exclusions supplémentaires

Outre les exclusions mentionnées aux articles I-11. et I-12., les exclusions suivantes s'appliquent également à l'assurance Décès et invalidité accidentels:

- les Accidents liés à des actes manifestement imprudents et/ou téméraires de l'Assuré ou les Accidents qu'il a causés ou provoqués intentionnellement;
- les conséquences de suicide ou tentatives de suicide;
- les Accidents d'un état d'ivresse ou de l'usage de médicaments non prescrits, sauf s'il est établi par l'Assuré ou par ses bénéficiaires qu'il n'y avait pas de lien de cause à effet entre un tel état et l'Accident;
- les Accidents provoqués par des radiations ionisantes autres que les radiations médicales exigées par les Soins médicaux couverts;
- l'Invalidité et/ou le décès résultant d'une Maladie.

5.7. Obligations de l'Assuré

5.7.1. Déclaration d'accident

Tout Accident qui provoque ou est susceptible de provoquer l'Invalidité ou le décès sera déclaré à l'Assureur par l'intermédiaire de l'Administrateur par écrit dans les quatorze (14) jours suivant l'Accident. La déclaration comprendra toutes les informations concernant l'Accident, notamment:

- lieu, date et description détaillée des circonstances de l'Accident;
- noms et adresse des personnes impliquées;
- noms et adresse des témoins et/ou des personnes éventuellement responsables;
- procès-verbal officiel délivré par les autorités locales (rapport de police ou autres documents pertinents).

Un certificat médical, indiquant la nature et la gravité des Blessures de l'Assuré et la durée probable de l'Invalidité, sera joint à cette déclaration.

5.7.2. Modification du degré d'Invalidité

Toute modification du degré d'Invalidité sera communiquée par l'Assuré à l'Assureur (par l'intermédiaire de l'Administrateur) dans un délai d'un (1) mois. En cas de manquement à cette obligation, l'Assuré devra rembourser à l'Assureur toutes les indemnités indûment perçues.

5.7.3. Informations médicales

L'Assuré autorise son Médecin à communiquer au médecin-conseil de l'Assureur toutes informations pertinentes sur son état de santé.

5.7.4. Force majeure

Il n'y aura pas de déchéance de couverture si l'Assuré peut prouver que les obligations, telles que stipulées par cet article, n'ont pas été remplies à la suite de circonstances totalement indépendantes de sa volonté (cas de force majeure) ou si la bonne foi de l'Assuré ne peut être mise en question.

5.8. Règlement de la garantie

Lors de la prise d'effet de la police, le Preneur d'assurance remettra à l'Administrateur le formulaire 'Nomination des bénéficiaires' dûment complété et signé. En cas de décès consécutif à un Accident, l'Assureur versera le capital aux bénéficiaires désignés (ou aux héritiers légaux si aucun bénéficiaire n'a été déclaré sur ledit formulaire) dans un délai d'un (1) mois après avoir reçu:

- les documents mentionnés à l'art. II-5.7.1;
- une copie de l'acte de naissance du défunt ou un extrait d'état civil;
- l'acte de décès original;
- un certificat médical, établi par un Médecin, mentionnant la cause du décès.

Avant que la garantie ne puisse être payée, les bénéficiaires doivent prouver qu'il y a un lien de cause à effet entre l'Accident et le décès. La charge de la preuve incombe aux bénéficiaires. En cas d'Invalidité permanente consécutive à un Accident, l'Assureur versera le capital assuré à l'Assuré. Les documents suivants seront fournis à l'Administrateur:

- les documents mentionnés à l'art. II-5.7.1;
- une copie de l'acte de naissance de l'Assuré concerné ou un certificat d'état civil;
- un certificat médical détaillé, établi par le Médecin traitant, mentionnant la cause de l'Invalidité, accompagné de tous les documents pertinents nécessaires en vue d'évaluer l'Invalidité (art. II-5.5. ci-dessus).

Le paiement du capital sera effectué dans un délai d'un (1) mois à compter de la réception par l'Administrateur de tous les documents et une fois que l'état de santé de l'Assuré concerné est suffisamment stabilisé pour permettre au médecin-conseil de l'Assureur d'évaluer le degré de l'Invalidité (suivant les dispositions mentionnées à l'art. II-5.5. 'Evaluation du degré de l'Invalidité permanente').

6. Incapacité temporaire

6.1. Objet et admission

La couverture Incapacité temporaire a pour but de garantir à l'Assuré, après le délai d'attente tel que défini ci-après, le paiement d'une indemnité mensuelle durant une période de maximum deux (2) ans, au cas où l'Assuré serait entièrement incapable d'exercer ses activités professionnelles. La couverture Incapacité temporaire peut uniquement être souscrite par le Preneur d'assurance à titre individuel ou l'employé expatrié et n'est pas ouverte aux Personnes à sa charge (conjoint ou cohabitant légal/enfants).

6.2. Acceptation médicale

Pour souscrire à l'assurance Incapacité temporaire, le candidat-Assuré devra être accepté par le médecin-conseil de l'Assureur. Si l'on souscrit la couverture Incapacité temporaire à une date ultérieure à celle de la couverture de base, un nouveau questionnaire de santé devra être dûment complété et signé.

6.3. Garantie

La couverture Incapacité temporaire prévoit le versement d'une indemnité mensuelle au cas où l'Assuré (consécutivement à un Accident ou une Maladie) serait complètement incapable d'exercer ses activités professionnelles (c'est-à-dire la profession habituelle au début de l'incapacité).

6.4. Délai d'attente

L'indemnité sera versée après un délai d'attente de quatre-vingt-dix (90) jours d'incapacité de travail totale ininterrompue, période pendant laquelle aucune indemnité n'est due. Le délai d'attente débutera au 1^{er} jour de l'incapacité, telle que déterminée par le Médecin traitant.

6.5. Evaluation de l'incapacité

L'incapacité sera étayée par des preuves médicales suffisantes et sera portée à la connaissance du médecin-conseil de l'Assureur par l'Assuré ou son Médecin. Le médecin-conseil de l'Assureur peut demander des informations complémentaires pertinentes et/ou demander à l'Assuré de se soumettre à un examen médical afin d'évaluer toute incapacité lorsqu'elle survient et, à intervalles réguliers, tant que se poursuit une telle incapacité et que l'indemnité d'incapacité (partielle) est versée. L'Assureur est en droit d'orienter l'Assuré vers un médecin externe nommé par l'Assureur afin de recevoir un rapport médical supplémentaire concernant l'Incapacité.

6.6. Montant et durée du versement de l'indemnité

Le montant de l'indemnité mensuelle en cas d'incapacité totale de l'Assuré à exercer son activité professionnelle est mentionné aux Conditions particulières. L'indemnité mensuelle minimale s'élève à 1.000 EUR/650 GBP/1.250 USD/1.500 CHF. Elle ne peut en aucun cas excéder 80% du salaire brut (mensuel) de l'Assuré avec un plafond de 10.000 EUR/6.500 GBP/12.500 USD/15.000 CHF par mois. Le Preneur d'assurance fournira à l'Administrateur une copie de la dernière fiche de Salaire officielle de l'Assuré. L'indemnité sera versée à l'expiration du délai d'attente de quatre-vingt-dix (90) jours, à condition que l'Assuré soit totalement inapte à exercer sa profession, et ce, pendant une période maximale de deux (2) ans.

6.7. Reprise partielle du travail

Les personnes qui, à l'expiration du délai d'attente de quatre-vingt-dix (90) jours) perçoivent l'indemnité mensuelle et dont l'état de santé s'est amélioré de telle sorte qu'elles sont aptes à reprendre le travail partiellement peuvent continuer à percevoir une indemnité, et ce, pendant une période maximale de deux (2) ans à compter de l'expiration du délai d'attente. Néanmoins, le montant de cette indemnité sera réduit et sera calculé en multipliant l'indemnité totale mensuelle assurée par le pourcentage de l'incapacité (restante). Si l'incapacité est inférieure à trente (30) %, l'indemnité sera suspendue.

6.8. Rechute

En cas de rechute, le paiement de l'indemnité reprendra sans application d'un nouveau délai d'attente. Il faut entendre par rechute, la survenance d'une nouvelle incapacité dans un délai de trois (3) mois suivant la fin de l'incapacité couverte par cette police d'assurance et causée par la même maladie ou le même accident. Pour toute incapacité supplémentaire résultant d'une autre cause, un nouveau délai d'attente de quatre-vingt-dix (90) jours sera d'application.

6.9. Versement de l'indemnité

L'indemnité d'incapacité sera payée à l'Assuré à la fin de chaque mois. La première indemnité d'incapacité sera versée pour la première fois à la fin du mois suivant l'expiration du délai d'attente. Si l'incapacité prend fin dans le courant du

mois, l'indemnité sera proportionnelle au nombre de jours écoulés dans ce mois. Les paiements cesseront si l'un des événements suivants survient:

- le degré d'incapacité devient inférieur à trente (30) %;
- décès de l'Assuré;
- fin de la période de deux (2) ans de paiement des indemnités;
- le soixante-cinquième (65^{ème}) anniversaire de l'Assuré, à la prochaine date de reconduction qui suit cet anniversaire;
- l'Assuré reprend complètement son travail.

6.10. Exclusions supplémentaires

Outre les exclusions générales mentionnées aux articles I-11. et I-12., les exclusions suivantes s'appliquent à l'assurance Incapacité temporaire:

6.10.1. Congé de maternité et d'accouchement

Le congé de maternité et l'incapacité temporaire consécutifs à un accouchement ne sont pas couverts. Ils ne seront pris en considération pour le calcul d'aucun délai d'attente et ne donneront lieu à aucune prestation. Au cas, toutefois, où l'Assurée percevrait des prestations pour Incapacité temporaire pour des raisons autres que l'accouchement et le congé de maternité durant la période où le congé de maternité débute, les versements seront suspendus pour reprendre uniquement à l'issue du congé de maternité et ce, uniquement au cas où l'Assurée serait toujours incapable de reprendre le travail. Si, à la date d'expiration du congé de maternité normal d'une Assurée, une Maladie empêche l'Assurée de reprendre entièrement ses activités professionnelles habituelles (incapacité de travail totale), le délai d'attente commencera à courir à partir de cette date.

6.10.2. Sports dangereux

Incapacité résultant de tout sport pratiqué dans un but professionnel, même dans le cadre d'une activité complémentaire, toute participation rémunérée aux compétitions sportives ou toute pratique non rémunérée des sports réputés être hasardeux et dangereux, tels que:

- rugby;
- Le médecin-conseil de l'Assureur a le droit de demander des informations supplémentaires importantes et/ou de soumettre l'Assuré à un examen médical pour évaluer son
- sports aériens (excepté les montgolfières);
- grand jeu de chasse (en ce compris le safari);
- spéléologie, plongée en grottes et plongée technique;
- alpinisme, hors des chemins officiels;
- course automobile et nautique à bord de véhicules à moteur (excepté la pratique récréative et non compétitive du jet-ski, ski nautique récréatif ou rallyes touristiques sans impératif de temps ou de vitesse);
- rafting, canyoning, saut à l'élastique, kitesurf et sports similaires.

6.11. Obligations de l'Assuré et/ou du Preneur d'assurance

6.11.1. Déclaration de l'incapacité

L'incapacité d'exercer la profession habituelle consécutivement à une Maladie ou à un Accident sera déclarée par écrit par le Preneur d'assurance à l'Administrateur dans les plus brefs délais et au plus tard le quatre-vingt-onzième (91^{ème}) jour de l'incapacité. Un rapport médical, établi par le Médecin traitant de la personne en incapacité et indiquant le caractère et le degré de l'incapacité de l'Assuré, ainsi que la durée probable de l'incapacité, sera simultanément envoyé à l'Administrateur, à l'attention du médecin-conseil de l'Assureur. Un justificatif de revenus sera, en outre, exigé.

6.11.2. Modification du degré d'incapacité

Toute modification du degré d'incapacité sera communiquée par l'Assuré ou son médecin traitant à l'Assureur par l'intermédiaire de l'Administrateur dans un délai d'un (1) mois. En cas de manquement à cette obligation, l'Assuré devra rembourser à l'Assureur toutes les indemnités indûment perçues.

Au cours de la période d'incapacité totale, le Médecin-conseil de l'Assureur a toute latitude pour demander la remise d'un rapport médical détaillé (rapport de suivi) par un médecin spécialiste afin d'évaluer le degré d'incapacité.

6.11.3. Informations médicales

L'Assuré autorise son Médecin à communiquer au médecin-conseil de l'Assureur toutes informations pertinentes sur son état de santé.

6.11.4. Force majeure/bonne foi

Il n'y aura pas de déchéance de couverture si l'Assuré peut prouver que les obligations, telles que stipulées par cet article, n'ont pas été remplies à la suite de circonstances totalement indépendantes de sa volonté (cas de force majeure) ou si la bonne foi de l'Assuré ne peut être mise en question.

7. Invalidité permanente

7.1. Objet et admission

Le but de la couverture Invalidité permanente est de garantir le paiement d'une indemnité mensuelle à l'Assuré (âge de soixante-cinq (65) ans au plus) atteint d'une Invalidité permanente consécutivement à une Maladie ou un Accident qui l'empêche d'exercer entièrement ou partiellement sa profession, avec pour conséquence une perte totale ou partielle de revenus.

La couverture couvre l'Invalidité permanente provoquée par une Maladie ou un Accident, d'un degré supérieur à trente-trois virgule trente-trois (33,33) %. Au cas où le degré excéderait soixante-six virgule soixante-sept (66,67) % et que l'Assuré aurait besoin de l'aide d'une tierce personne pour exécuter les activités essentielles de la vie quotidienne, l'assurance garantit le versement d'une indemnité supplémentaire, selon les dispositions décrites ci-après.

La couverture Invalidité permanente peut uniquement être souscrite en complément de la couverture Incapacité temporaire. La couverture Invalidité permanente peut uniquement être souscrite par le Preneur d'assurance à titre individuel ou l'employé expatrié et n'est pas ouverte aux Personnes à sa charge (conjoint ou cohabitant légal/enfants).

7.2. Acceptation médicale

La souscription à la couverture Invalidité permanente est soumise à l'acceptation des candidats-Assurés par le médecin-conseil de l'Assureur. Si la date d'affiliation à la couverture Invalidité permanente est postérieure à la date d'affiliation à la couverture Assurance santé internationale ou à l'assurance Incapacité temporaire, un nouveau questionnaire de santé devra être dûment complété et signé.

7.3. Définition d'Invalidité permanente (consécutif à une Maladie ou un Accident)

7.3.1. Invalidité

Un Assuré est considéré comme victime d'une invalidité suite à une Maladie ou un Accident, si:

- sa capacité au travail, c'est-à-dire la capacité à exercer sa profession (activité professionnelle pratiquée au moment où l'Incapacité se manifeste) ou toute autre activité lucrative pour laquelle il est raisonnablement qualifié de par sa formation, son éducation ou son expérience;
- et
- sa capacité à fonctionner en général a été diminuée en raison de la Maladie ou de l'Accident en question. Afin de pouvoir prétendre au versement d'une indemnité, il devra être médicalement établi que l'Incapacité de l'Assuré a un caractère permanent et que le degré combiné d'incapacité professionnelle et d'invalidité fonctionnelle excède trente-trois virgule trente-trois (33,33) % selon le tableau d'Incapacité ci-après (article II-7.5.).

7.3.2. Invalidité permanente

'Invalidité permanente' signifie que la poursuite des Soins médicaux ne mènera à aucune amélioration significative de l'état de santé de la personne; l'incapacité est donc définitive et irréversible.

7.4. Délai d'attente

La couverture Invalidité permanente est un complément à la couverture Incapacité temporaire. Le paiement de l'indemnité débute donc au plus tôt après que les versements des indemnités versées par l'Assureur dans le cadre de la couverture Incapacité temporaire sont échus.

7.5. Evaluation du degré d'invalidité

Le degré d'Invalidité permanente sera déterminé au moyen d'un examen médical. A cet effet, l'Assureur (ou l'Administrateur au nom de l'Assureur) nommera un Médecin afin de déterminer le degré d'Invalidité en accord avec le tableau d'invalidité ci-après.

Degré d'invalidité professionnelle	Degré d'invalidité fonctionnelle								
	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%						36,59	40,00	43,27	46,42
20%				36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30%			36,54	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40%			40,00	46,20	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50%		35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60%		37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70%		39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80%		41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90%		43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100%	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

7.6. Montant et durée du versement de l'indemnité

7.6.1. Calcul du montant de l'indemnité mensuelle d'Invalidité permanente

Indemnité

Le montant de l'indemnité est mentionné aux Conditions particulières. En aucun cas, le montant de l'indemnité ne pourra excéder l'indemnité mensuelle versée dans le cadre de la couverture Incapacité temporaire.

L'indemnité mensuelle minimale s'élève à 1.000 EUR/650 GBP/1.250 USD/1.500 CHF. Elle ne peut en aucun cas excéder 80% du salaire brut (mensuel) de l'Assuré avec un plafond de 10.000 EUR/ 6.500 GBP/12.500 USD/15.000 CHF par mois.

Degré d'Invalidité permanente de moins de 33,33 %

Aucune indemnité ne sera versée pour les Invalidités inférieures à trente-trois virgule trente-trois (33,33) % (=1/3).

Degré d'Invalidité permanente compris entre trente-trois virgule trente-trois (33,33) % (=1/3) et soixante-six virgule soixante-sept (66,67) % (= 2/3)

Si le degré d'Invalidité, tel que déterminé aux articles II-7.3. et II-7.5. ci-dessus, est compris entre trente-trois virgule trente-trois (33,33) % et soixante-six virgule soixante-sept (66,67) %, le montant de l'indemnité sera calculé comme suit:

$((3 \times n) - 1) \times \text{indemnité assurée}$, 'n' représentant le degré d'incapacité (%).

Degré d'Invalidité permanente supérieur à soixante-six virgule soixante-sept (66,67) % (=2/3)

Si le degré d'Invalidité, tel que déterminé aux articles II-7.3. et II-7.5. ci-dessus, excède soixante-six virgule soixante-sept (66,67) %, le montant de l'indemnité équivaldra l'indemnité assurée (100%).

7.6.2. Indemnité forfaitaire supplémentaire en cas de nécessité d'une tierce personne

Si, dès le début de l'Invalidité (c'est-à-dire dès le début du paiement de l'indemnité d'Invalidité), le degré d'Invalidité permanente excède soixante-six virgule soixante-sept (66,67) %, et que l'Assuré a, dès le début de l'Invalidité, besoin de l'aide d'une tierce personne pour pouvoir effectuer les activités quotidiennes suivantes:

- s'alimenter (manger de la nourriture préparée);
 - s'habiller;
 - se laver;
 - aller aux toilettes ou utiliser une chaise percée;
 - se déplacer (passer d'un lit à une chaise ou vice versa, se déplacer sur les surfaces situées au même niveau);
- l'Assureur versera à l'Assuré une indemnité forfaitaire supplémentaire unique de 25.000 EUR/16.250 GBP/31.250 USD/37.500 CHF.

7.6.3. Indexation annuelle de l'indemnité d'Invalidité permanente

L'indemnité mensuelle d'Invalidité sera sujette à une augmentation annuelle de deux (2) %. Cette indexation sera appliquée pour la première fois dès la fin du premier mois de la première année civile suivant le premier versement.

7.6.4. Durée du paiement

Les indemnités seront payées pour la dernière fois à la fin du mois où l'Assuré:

- atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans;
- décède;
- reprend le travail;

quel que soit l'événement qui se produise en premier lieu.

7.7. Versement de l'indemnité

L'indemnité d'Invalidité permanente est versée mensuellement à terme échu. Avant que le premier paiement ne puisse être effectué, l'Administrateur aura reçu une copie de l'acte de naissance de l'Assuré ou un extrait d'état civil.

7.8. Exclusions supplémentaires

Outre les exclusions générales mentionnées aux articles I-11. et I-12., les exclusions suivantes s'appliquent à la couverture Invalidité permanente:

Invalidité résultant de tout sport pratiqué dans un but professionnel, même dans le cadre d'une activité professionnelle complémentaire ou toute participation rémunérée aux compétitions sportives ou toute pratique non rémunérée des sports réputés être hasardeux et dangereux, tels que:

- rugby;
- compétitions de sports d'hiver et courses;
- sports aériens (excepté les montgolfières);
- grand jeu de chasse (en ce compris le safari);
- spéléologie, plongée en grottes et plongée technique;
- alpinisme, hors chemins officiels;
- course automobile et nautique à bord de véhicules à moteur (excepté la pratique récréative et non compétitive du jet-ski, ski nautique récréatif ou rallyes touristiques sans impératif de temps ou de vitesse);
- rafting, canyoning, saut à l'élastique, kitesurf et sports similaires.

7.9. Obligations de l'Assuré

7.9.1. Evaluation de l'Invalidité permanente - informations médicales

L'Invalidité permanente sera obligatoirement étayée par des preuves d'ordre médicale suffisantes que l'Assuré ou son Médecin soumettront au médecin-conseil de l'Assureur.

L'Assuré autorise son Médecin à communiquer au médecin-conseil de l'Assureur toutes informations pertinentes sur son état de santé.

Le médecin-conseil de l'Assureur peut demander des informations supplémentaires pertinentes et/ou demander à l'Assuré de se soumettre à un examen médical pour évaluer toute Invalidité lorsqu'elle survient et, à intervalles réguliers, tant que se poursuit une telle Invalidité et que l'indemnité d'invalidité est versée. Une justificatif de revenus sera, en outre, exigée.

7.9.2. Modification du degré d'Invalidité

Toute modification du degré d'Invalidité sera communiquée par l'Assuré à l'Assureur (par l'intermédiaire de l'Administrateur) dans un délai d'un (1) mois. En cas de manquement à cette obligation, l'Assuré devra rembourser à l'Assureur toutes les indemnités indûment perçues.

CONDITIONS GENERALES

Pour plus d'informations, prenez contact avec nous:

Cigna expatplus

P.O. Box 69

2140 Antwerpen

Belgique

Tél. + 32 3 217 65 29

Fax + 32 3 663 73 14

info@expatplus.com

www.expatplus.com

