



Conditions Administratives EPION - Résidents Français



Foyer Santé S.A.
12, rue Léon Laval - L-3372 Leudelange
R.C.S. Luxembourg B72153

T. 437 43 44
www.foyerglobalhealth.com

LFSAMBEP1V1F, LFSSTAEP1V1F, LFSZAHEP1V1F

I. CONDITIONS ADMINISTRATIVES RÉSIDENTS EN France Foyer Global Health EPION

Lorsque vous êtes résident en France, les présentes conditions administratives s'appliquent :

I.	CONDITIONS ADMINISTRATIVES RÉSIDENTS EN France Foyer Global Health EPION	1
1.	Bases du contrat	2
1.1	COMPOSITION DU CONTRAT	2
1.2.	ÉTENDUE DES GARANTIES ET PRESTATIONS DE FOYER SANTÉ	2
2.	Dispositions administratives.....	3
2.1.	VIE DU CONTRAT	3
2.2.	RÉSILIATION DU CONTRAT, D'UNE GARANTIE OU D'UNE PERSONNE ASSURÉE .	11
2.3.	DISPOSITIONS DIVERSES	13
3.	Dispositions spécifiques relatives à la protection des données personnelles.....	14
II.	Lexique.....	15

1. Bases du contrat

1.1 COMPOSITION DU CONTRAT

Le *contrat* est formé sur base des déclarations faites par le *preneur d'assurance* et l(es) *personne(s) assurée(s)*. Ces déclarations font partie intégrante du *contrat*.

Le *contrat* est composé des éléments suivants :

- La proposition d'assurance,
- Le(s) questionnaire(s) médical (aux),
- Les renseignements médicaux fournis à *Foyer Santé*,
- Les Conditions Générales (comprenant les présentes Conditions administratives et les Conditions spéciales)
- Les Conditions Particulières.

1.2. ÉTENDUE DES GARANTIES ET PRESTATIONS DE FOYER SANTÉ

1.2.1 Limitations



LES PRESTATIONS DE FOYER SANTÉ SONT TOUJOURS ACQUISES SOUS RÉSERVE D'EXCLUSIONS, DE LIMITES DE GARANTIES, DE FRANCHISES, DE SOMMES ASSURÉES ET DE RECOURS.

1.2.2 Principe de l'intervention préalable de l'assurance légale

La prise en charge par *Foyer Santé* se fait toujours sous la condition préalable de l'intervention de l'*assurance légale*. L'*assuré* doit ainsi remettre à l'*assurance légale* de manière préalable ses demandes de remboursements avant de les présenter à *Foyer Santé*. **À défaut, *Foyer Santé* peut refuser toute prise en charge.**

En cas de non intervention de l'*assurance légale*, et dès lors que la condition susvisée a été remplie *Foyer Santé* peut intervenir directement sous réserve des exclusions, limites et franchises détaillées dans chaque garantie.

1.2.3. Dépassement de la somme assurée

Lorsque l'*assuré* introduit une déclaration de *sinistre* auprès de *Foyer Santé* dont le montant dépasse la somme *assurée*, *Foyer Santé* n'intervient que dans la limite de la *somme assurée*, le complément restant à la charge de l'*assuré*.

2. Dispositions administratives

2.1. VIE DU CONTRAT

2.1.1. Déclarations à la souscription du contrat

2.1.1.1. Obligation de déclarer


Le *preneur d'assurance*, ainsi que chaque *personne assurée*, ont l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du *contrat*, toutes les circonstances connues d'eux constituant pour *Foyer Santé* des éléments d'appréciation des risques.

À cette fin, le *preneur d'assurance* et les *assurés* sont tenus notamment de répondre exactement aux questions posées par *Foyer Santé*, dans le formulaire de déclaration du risque par lequel *Foyer Santé* les interroge lors de la conclusion du *contrat*, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par *Foyer Santé* les risques qu'elle prend en charge.

Le *contrat* est établi en fonction de ces déclarations et les primes correspondantes sont fixées en conséquence.

2.1.1.2. Conséquences en cas de fausse déclaration

Toute fausse déclaration a des conséquences graves sur le *contrat*.



CONFORMÉMENT À L'ARTICLE L.113.8 DU CODE DES ASSURANCES, TOUTE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE ENTRAÎNERA LA NULLITÉ DU CONTRAT, DÈS LORS QU'ELLE AURA POUR CONSÉQUENCE DE MODIFIER L'OBJET DU RISQUE OU D'EN DIMINUER L'OPINION POUR FOYER SANTÉ, ALORS MÊME QUE LE RISQUE OMIS OU DÉNATURÉ PAR L'ASSURÉ AURA ÉTÉ SANS INFLUENCE SUR LE SINISTRE. LES PRIMES PAYÉES DEMEURERONT ALORS ACQUISES À FOYER SANTÉ.

Conformément à l'article L.113.9 du Code des Assurances, toute réticence ou fausse déclaration provenant de *l'assuré* dont la mauvaise foi n'est pas établie, si elle est constatée avant tout *sinistre*, permettra à *Foyer Santé* soit de maintenir le *contrat* en contrepartie d'une augmentation de la prime acceptée par *l'assuré* soit de résilier le *contrat* dix jours après notification adressée à *l'assuré* par lettre recommandée, en restituant la part de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans l'hypothèse où la constatation n'aurait lieu que postérieurement à un *sinistre*, l'indemnité sera réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

- En cas d'*assurés* multiple : procédure limitée à *l'assuré*

Lorsque la fausse déclaration ne concerne qu'un seul *assuré* et qu'il y a plusieurs *personnes assurées* dans le *contrat*, les procédures de fausse déclaration intentionnelle et de fausse déclaration non intentionnelle ne sont appliquées que pour *l'assuré* concerné.

Ainsi, la *nullité*, la proposition de modification du *contrat* et/ ou la *résiliation* par *Foyer Santé* ne concerne que *l'assuré* qui fait l'objet de la procédure.

2.1.2. Déclarations en cours de contrat

2.1.2.1. Obligation de déclaration

Le *preneur d'assurance*, ainsi que chaque *assuré*, ont l'obligation de déclarer :

(1) les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à *Foyer Santé* notamment dans le questionnaire de déclaration des risques, exception faite des modifications de l'état de santé de l'*assuré*.

L'*assuré* doit par lettre recommandée ou « par envoi recommandé électronique », déclarer ces circonstances nouvelles à *Foyer Santé* dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a connaissance.

- (2) tout changement de *domicile*.
- (3) tout changement de situation au regard de l'affiliation à l'*assurance maladie légale*.
- (4) tout départ à l'*étranger*.
- (5) toute souscription d'un contrat d'assurance, personnel ou collectif, couvrant en tout ou partie les mêmes risques que le *contrat*.

2.1.2.2 Conséquences en cas de circonstances nouvelles

En cas d'aggravation du risque en cours de *contrat*, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du *contrat*, *Foyer Santé* n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, *Foyer Santé* a la faculté soit de dénoncer le *contrat*, soit de proposer un nouveau montant de prime.

Dans le premier cas, la *résiliation* ne peut prendre effet que dix jours après notification et *Foyer Santé* doit alors rembourser à l'*assuré* la portion de prime afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Dans le second cas, si l'*assuré* ne donne pas suite à la proposition de *Foyer Santé* ou s'il refuse expressément le nouveau montant, dans le délai de trente jours à compter de la proposition, *Foyer Santé* peut résilier le *contrat* au terme de ce délai, à condition d'avoir informé l'*assuré* de cette faculté, en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre de proposition.



DANS L'HYPOTHÈSE OÙ LES CIRCONSTANCES NOUVELLES NE SONT PAS DÉCLARÉES À FOYER SANTÉ OU LE SONT DE MANIÈRE INEXACTE, LES SANCTIONS PRÉVUES À L'ARTICLE 2.1.1.2 DU CONTRAT, PEUVENT ÊTRE OPPOSÉES PAR FOYER SANTÉ A L'ASSURÉ, NOTAMMENT LA NULLITÉ DU CONTRAT EN CAS DE NON DÉCLARATION OU DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE.

Toutefois, *Foyer Santé* ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques quand, après en avoir été informé de quelque manière que ce soit, elle a manifesté son consentement au maintien de l'assurance, spécialement en continuant à recevoir les primes ou en payant, après un *sinistre*, une indemnité.

L'*assuré* a droit en cas de diminution du risque en cours de *contrat* à une diminution du montant de la prime. Si *Foyer Santé* n'y consent pas, l'*assuré* peut dénoncer le *contrat*. La *résiliation* prend alors effet trente jours après la dénonciation. *Foyer Santé* doit alors rembourser à l'*assuré* la portion de prime afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

2.1.3. Formation et prise d'effet du contrat

2.1.3.1. Formation du contrat

Le *contrat* est formé lorsqu'il a été signé par toutes les parties contractantes et que le *preneur d'assurance* a versé la première prime ou la première fraction de prime.

2.1.3.2. Prise d'effet du contrat

Les garanties d'assurance prennent effet à la date indiquée dans les Conditions Particulières, qui ne peut être antérieure à celle de conclusion du *contrat*.

Les garanties comportant un délai d'attente prennent quant à elles effet à l'expiration de celui-ci. Aucune *prestation* n'est accordée pour les *sinistres* survenus avant la prise d'effet du *contrat*.

2.1.3.3. Prise d'effet des garanties pour les nouveau-nés

En ce qui concerne les nouveau-nés, la garantie de l'assurance des frais de *maladie* commence immédiatement après leur naissance, sans délais de carence, si à la date de la naissance de l'enfant au moins un de ses parents était *assuré* en frais de *maladie* auprès de *Foyer Santé* depuis trois mois au moins et si la demande de *prestation* est intervenue au plus tard deux mois après la naissance, avec effet rétroactif au premier jour du mois pendant lequel l'enfant est né.

La garantie ne peut être ni supérieure, ni plus étendue que celle de l'un des parents *assurés*.

Les nouveau-nés ne peuvent être *assurés* que dans des tarifs prévus pour les nouveaux *contrats*.

2.1.4. Durée du contrat



LE CONTRAT EST CONCLU POUR UNE DURÉE INITIALE DE DEUX ANS ET IL EST ENSUITE PROLONGÉ PAR TACITE RECONDUCTION PAR PÉRIODES D'UN AN, SAUF EN CAS DE RÉSILIATION PAR UNE DES DEUX PARTIES.

L'ANNÉE PRISE EN COMPTE EST L'ANNÉE CONTRACTUELLE DONT LE DÉPART EST LA DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT.

2.1.5. Primes

2.1.5.1. Montant de la prime

Le montant de la prime d'assurance est indiqué aux Conditions Particulières puis ultérieurement sur chaque avis d'échéance.

La prime est établie en fonction des déclarations du *preneur d'assurance* et des *personnes assurées*, de la nature et du montant des garanties choisis. Elle inclut les frais accessoires, les impôts et taxes en vigueur sur les *contrats* d'assurance, et elle est personnalisée et évolutive.

La prime évolue automatiquement par tranches d'âge de 5 ans pour chaque assuré, et ce à la date anniversaire du *contrat*.

2.1.5.2. Modalités de paiement de la prime

Toutes les primes, frais et impôts sont payables d'avance au domicile de *Foyer Santé* ou du mandataire désigné par *Foyer Santé*, sauf convention contraire.

Lorsque le *contrat* comporte plusieurs *personnes assurées*, le montant total des primes est considéré comme constituant une prime indivisible.

Pour les nouveau-nés qui sont *assurés* sur le *contrat* à partir de leur naissance, les primes y relatives sont payables dès le jour de la naissance de l'enfant.

2.1.5.3. En cas de non-paiement de la prime

À défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour *Foyer Santé* de poursuivre l'exécution du *contrat* en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'*assuré*.

Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la *suspension* de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'*assuré*.

Foyer Santé a le droit de résilier le *contrat* dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au premier paragraphe (ou au deuxième alinéa de l'article L 113-3 du Code des assurances).

Le *contrat* non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à *Foyer Santé* ou au mandataire désigné par elle à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de *suspension* ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Aucun *sinistre* survenu pendant la période de *suspension* ne peut engager la garantie de *Foyer Santé*. La *suspension* ne porte pas atteinte aux droits de *Foyer Santé* de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que le *preneur d'assurance* ait été mis en demeure. Ce droit est toutefois limité aux primes afférentes à 2 années consécutives.

Lorsque le *preneur d'assurance* n'a pas payé une prime ou une fraction de prime malgré la procédure décrite ci-dessus, *Foyer Santé* est fondée à réclamer au *preneur d'assurance* afin que le *contrat* qui avait été suspendu reprenne ses effets :

(1) le remboursement de tous les frais de justice, y compris les frais d'huissiers de justice, engagés pour recouvrer la(les) prime(s) restée(s) impayée(s) et qui ne sont pas compris par nature dans les dépens ou autres frais reconnus par un Tribunal compétent. Les frais de recouvrement sont limités à 300 euros par prime impayée.

(2) Le paiement de frais de gestion contentieux en fonction du montant de prime impayée :

Montant de prime impayée :	Frais de gestion contentieux :
Inférieur à 250 EUR	15 EUR
Entre 251 et 500 EUR	30 EUR
Plus de 501 EUR	50 EUR

2.1.5.4. Modification des tarifs ou des conditions d'assurance

Si *Foyer Santé* entend modifier les conditions d'assurance et/ou ses tarifs, il ne pourra procéder à cette adaptation qu'en conformité avec les dispositions légales applicables.

Par principe, toute modification du *contrat* nécessite le consentement de *Foyer Santé* et du *preneur d'assurances*, et doit être formalisée par la conclusion d'un avenant au *contrat signé des parties* en application de l'article L 112-3 du Code des assurances.

2.1.5.5. Modification du domicile du preneur d'assurance

Lorsque le *preneur d'assurance* déménage son domicile à l'*étranger*, sous réserve d'un pays éligible, le régime applicable à la déclaration de bonne foi de circonstances nouvelles est applicable.

Foyer Santé pourra résilier le *contrat*, la *résiliation* prenant effet dix jours après sa notification au *preneur d'assurance* et *Foyer Santé* devant alors restituer au *preneur d'assurance* la portion de prime afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

À défaut, *Foyer Santé* fera une proposition de réévaluation de la prime au *preneur d'assurance*. Si celui-ci la refuse expressément ou n'y donne pas suite dans le délai de trente jours à compter de la proposition, *Foyer Santé* pourra résilier le *contrat* au terme de ce délai, à condition d'avoir informé le *preneur d'assurance* de cette faculté, en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre de proposition.

2.1.6. Règlement des sinistres

2.1.6.1. Déclaration de sinistre et obligations du preneur d'assurance / de l'assuré en cas de sinistre

- Délai pour déclarer un sinistre :

Le preneur d'assurance et/ou l'assuré doivent, dès que possible et en tout cas dans les deux ans de sa survenance, donner avis à *Foyer Santé* du sinistre.

À DÉFAUT, ET SI FOYER SANTÉ DÉMONTRE QUE CELA LUI A CAUSÉ UN PRÉJUDICE, LA GARANTIE SOLlicitÉE NE POURRA ÊTRE MOBILISÉE.

Foyer Santé ne pourra toutefois pas opposer de *déchéance* de garantie si la déclaration tardive du *sinistre* est due à un cas fortuit ou à un cas de force majeure. *L'assuré* s'engage néanmoins à déclarer le *sinistre* dans les meilleurs délais.

- Obligations du preneur d'assurance et/ou de l'assuré en cas de sinistre :

(1) Le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* doivent fournir sans retard à *Foyer Santé* tous renseignements utiles et répondre à toutes demandes qui leurs sont faites pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du *sinistre*.

(2) Si *Foyer Santé* demande au *preneur d'assurance* et/ou à l'*assuré* des explications supplémentaires, et/ou remplir un questionnaire médical, et/ou fournir des certificats médicaux, suite à sa déclaration de *sinistre*, ce dernier doit les fournir dans les meilleurs délais.

(3) Sur demande de *Foyer Santé*, le *preneur d'assurance* et l'*assuré* doivent fournir immédiatement tous les renseignements et apporter toutes les preuves requises pour la constatation



du *sinistre* et pour la détermination de l'intervention de *Foyer Santé* et de l'étendue de celle-ci. Les renseignements demandés sont également à fournir à un mandataire de *Foyer Santé*.


(4) Sur demande de Foyer Santé, l'assuré est tenu de se faire examiner par un médecin désigné par Foyer Santé.

(5) En matière d'assurance de frais de *maladie*, chaque traitement hospitalier doit être déclaré dans les 10 jours suivant son commencement.

(6) L'assuré doit prendre toutes les mesures qui s'imposent pour éviter un *sinistre* ou pour en atténuer les conséquences.

(7) Le *preneur d'assurance* et/ou l'assuré doivent demander une prise en charge préalable à *Foyer Santé* et dans tous les cas avant le début du traitement, pour les traitements suivants : les prothèses dentaires, l'orthodontie, la psychothérapie, traitements hospitaliers qui sont prévus et les autres méthodes de médecine non conventionnelles.

- Conséquences en cas de non-respect des obligations :



SI LE *PRENEUR D'ASSURANCE* ET/OU L'*ASSURÉ* NE REMPLISSENT PAS UNE DE CES OBLIGATIONS, *FOYER SANTÉ* EST EN DROIT DE N'ACCORDER AUCUNE *PRESTATION* TANT QU'ELLE N'AURA PAS REÇU TOUS LES RENSEIGNEMENTS UTILES, OU S'IL EN RÉSULTE UN PRÉJUDICE POUR *FOYER SANTÉ*, CELLE-CI A LE DROIT DE PRÉTENDRE À UNE RÉDUCTION DE SA *PRESTATION*, À CONCURRENCE DU PRÉJUDICE QU'ELLE A SUBI.

EN TOUT ÉTAT DE CAUSE, *FOYER SANTÉ* EST EN DROIT DE REFUSER TOUTE *PRESTATION*, SI LE *PRENEUR D'ASSURANCE* ET/OU L'*ASSURÉ* N'A / N'ONT PAS EXÉCUTÉ LEURS OBLIGATIONS DE MANIÈRE FRAUDULEUSE ET/OU DOLOSIVE, OU DANS UNE INTENTION FRAUDULEUSE, ET/OU MALVEILLANTE, ET/OU DOLOSIVE.

***FOYER SANTÉ* POURRA ÉGALEMENT REFUSER TOUTE *PRESTATION* S'IL EST ÉTABLI QUE LA DÉCLARATION DE SINISTRE *DU PRENEUR D'ASSURANCE* ET/OU DE L'*ASSURÉ* EST FAUSSE ET A ÉTÉ RÉALISÉE À DES FINS FRAUDULEUSES.**

2.1.6.2. *Prestation de Foyer Santé*

Foyer Santé n'est tenue à sa prestation :

(1) que si les preuves qu'elle a exigées ont été fournies.

Foyer Santé devient propriétaire de toute pièce justificative fournie par le *preneur d'assurance* et/ou l'assuré. L'original des pièces justificatives de frais doit être remis sur demande de *Foyer Santé*.

(2) que si le paiement préalable des frais a été effectué par le *preneur d'assurance* et/ou l'assuré (pour l'assurance des frais de *maladie*).

Foyer Santé est en droit d'exiger la preuve du paiement préalable. Des copies peuvent être remises lorsqu'une autre institution a participé au remboursement partiel (ou total) des frais, à condition que la preuve du montant remboursé par cette institution y soit rapportée.

(3) que si les factures renseignent :

- du nom de la personne traitée, et
- de la dénomination de la (des) *maladie(s)*, et
- de la date du traitement, sa durée et sa dénomination, et/ou
- de la date, durée et dénomination de la (des) *prestation(s)*.

Les ordonnances médicales sont à remettre avec les factures d'honoraires correspondantes, les factures de *médicaments* et de remèdes doivent être présentées avec les ordonnances médicales ou avec un document de substitution reconnu par l'*assurance légale* en Suisse.

(4)

Si le médecin refuse d'indiquer la dénomination de la *maladie*, *Foyer Santé* fait dépendre sa *prestation* d'un examen médical supplémentaire aux frais exclusifs de l'*assuré* respectivement du *preneur d'assurance*.

(5) que si l'*assuré* remplit et/ou fait remplir les formulaires remis par *Foyer Santé*.

Foyer Santé est en droit de demander des explications et des informations supplémentaires dans le cadre du règlement de *sinistre*.

(6) que si les documents justificatifs sont rédigés en allemand, en français ou en anglais.

Tout autre document remis à *Foyer Santé* dans une autre langue devra être muni d'une traduction officielle et légalisée. **Les frais de traduction encourus par le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* ne sont pas remboursés par *Foyer Santé*.**

2.1.6.3. Paiement de la prestation par *Foyer Santé*

De manière générale, le *preneur d'assurance* et chaque *personne assurée* autorisent *Foyer Santé* à verser ses *prestations* directement à la personne qui lui remet ou lui envoie les preuves en bonne et due forme et sur le compte bancaire indiqué par cette personne.

S'il y a un doute justifié quant à la légitimité de cette personne, ou si le *preneur d'assurance* ou un *assuré* s'y oppose de manière expresse, *Foyer Santé* versera ses *prestations* uniquement au *preneur d'assurance*.

Les frais de *maladie* engagés en devise étrangère sont convertis en Euros au cours du jour du traitement ou de la prestation médicale.

2.1.6.4. Cession ou mise en gage des prestations de *Foyer Santé*

Les droits aux *prestations* d'assurance ne peuvent être ni cédés, ni mis en gage.

2.1.6.5. Subrogation

Sauf convention expresse contraire, *Foyer Santé* est subrogée, à concurrence du montant de l'indemnité payée, dans les droits et actions de l'*assuré*.



SI PAR LE FAIT DU *PRENEUR D'ASSURANCE* ET/OU D'UN *ASSURÉ*, LA SUBROGATION NE PEUT PLUS PRODUIRE SES EFFETS EN FAVEUR DE *FOYER SANTÉ*, CELLE-CI PEUT REFUSER L'OCTROI DE SES GARANTIES, OU SI ELLE LES AVAIT DÉJÀ MOBILISÉES, RÉCLAMER LA RESTITUTION DE L'INDEMNITÉ VERSÉE, DANS LA MESURE DU PRÉJUDICE SUBI.

La subrogation ne peut nuire à l'*assuré* qui n'aurait été indemnisé qu'en partie. Dans ce cas, il peut exercer ses droits, pour ce qui lui reste dû, de préférence à *Foyer Santé*.

Sauf en cas de malveillance, *Foyer Santé* n'a aucun recours contre les descendants, les ascendants, le conjoint et les alliés en ligne directe de l'*assuré*, ni contre les personnes vivant à son foyer, ses hôtes et les membres de son personnel domestique. Toutefois *Foyer Santé* peut exercer un recours contre

ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie par un *contrat* d'assurance.

La subrogation contre un *tiers* responsable en cas d'*accident* se fait conformément à l'article L 121.12 du Code des Assurances.

2.1.7. Prescription applicable au *contrat*

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans.

Ce délai commence à courir du jour de l'événement qui donne naissance à cette action.

Toutefois ce délai ne court :

(1) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où *Foyer Santé* en a eu connaissance ;

(2) En cas de *sinistre*, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du *preneur d'assurance* et/ou *l'assuré* contre *Foyer Santé* a pour cause le recours d'un *tiers*, le délai de la prescription ne court que du jour où ce *tiers* a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est :

- Interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription constituées par :
 - toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
 - tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
 - toute reconnaissance par *Foyer Santé* du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers *Foyer Santé* ;
- Suspendue par une des causes ordinaires de *suspension* de la prescription constituées par :
 - le recours à une procédure de médiation ou de conciliation par les parties ;
 - lorsque le juge fait droit à une demande d'instruction sollicitée avant tout procès ;
 - l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure ;
- Également interrompue par :
 - la désignation d'un expert à la suite d'un *sinistre* ;
 - l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par :
 - *Foyer Santé* à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ;
 - l'assuré à *Foyer Santé* en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

2.1.8. Fin du *contrat*

Aucune *prestation* n'est due par *Foyer Santé* après la date de fin du *contrat*, même pour les *sinistres* déjà survenus et/ou déclarés.

2.2. RÉSILIATION DU CONTRAT, D'UNE GARANTIE OU D'UNE PERSONNE ASSURÉE

2.2.1. Résiliation d'office

2.2.1.1 Cas généraux de résiliation d'office

Le *contrat* est résilié d'office dans les cas suivants :

- En cas de *suspension* continue de deux ans pour défaut de paiement des primes.
- En cas de cessation d'une *condition d'assurabilité*. Dans ce cas, lorsque la cessation de la *condition d'assurabilité* ne concerne qu'une seule ou plusieurs *personne(s) assurée(s)*, alors la *résiliation* ne concerne que la(les) *personne(s) assurée(s)* concernée(s). La(les) *personne(s) assurée(s)* concernée(s) peut(peuvent) poursuivre sa(leur) couverture dans un produit comparable avec Foyer Santé, pour autant que l'affiliation soit en continuité avec le *contrat* résilié. La(les) *personne(s) assurée(s)* concernée(s) a(ont) 3 (trois) mois pour conclure le *contrat* de suite.
- En cas de décès du *preneur d'assurance*. Les *assurés* ont néanmoins le droit de continuer le *contrat* en désignant un nouveau *preneur d'assurance* à Foyer Santé dans les deux mois suivant le décès du *preneur d'assurance*.

2.2.2. Résiliation facultative

En cas de pluralité de garanties ou de *personnes assurées*, la *résiliation* peut porter :

- sur tout le *contrat*, ou
- sur une ou plusieurs garanties, et/ou
- sur une ou plusieurs *personne(s) assurée(s)*.

2.2.2.1. Résiliation par le preneur d'assurance

Le *preneur d'assurance* peut résilier dans les cas suivants :

Droit de <i>résiliation</i>	Délais de notification de la <i>résiliation</i> par le <i>preneur d'assurance</i>		Date d'effet de la <i>résiliation</i>
Chaque année	Au moins 1 mois	avant la date d'échéance de la prime annuelle, ou à défaut, à la date d'anniversaire de la prise d'effet du <i>contrat</i> .	à l'échéance
Chaque année	Dans les 20 jours	à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance par <i>Foyer Santé</i>	Au 2 ^{ème} jour ouvrable suivant la date d'envoi du courrier de <i>résiliation</i> mais au plus tôt à la date de reconduction du <i>contrat</i>
En cas de cessation de l'affiliation d'une <i>personne assurée</i> à l'assurance maladie légale ou en cas de changement de domicile (départ à l'étranger)	Dans les 3 mois	À compter de la date de l'événement	Un mois après la notification de la <i>résiliation</i>

En cas de modification des conditions d'assurances	Dans le mois	suivant la notification de la modification contractuelle par <i>Foyer Santé</i>	À 00.00 heure de la prochaine date d'échéance anniversaire des primes
En cas d'augmentation tarifaire	Dans les 60 jours	à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance par <i>Foyer Santé</i>	Au deuxième jour ouvrable suivant la date d'envoi du courrier de <i>résiliation</i> mais au plus tôt à la date de reconduction du <i>contrat</i>

2.2.2.2. Résiliation par Foyer Santé

Foyer Santé peut résilier dans les cas suivants :

Droit de <i>résiliation</i>	Délais de notification de la <i>résiliation</i> par le <i>Foyer Santé</i>		Date d'effet de la <i>résiliation</i>
En cas de changement de domicile (départ à l'étranger)	Dans les 3 mois	À compter de la date de l'événement	Un mois après la notification de la <i>résiliation</i>

2.2.2.3. Faillite du preneur d'assurance

Conformément à l'article L.622-13 du Code de commerce, aucune indivisibilité, *résiliation* ou résolution du *contrat* ne peut résulter du seul fait de l'ouverture d'une procédure de sauvegarde.

L'administrateur a seul la faculté d'exiger l'exécution du *contrat* en cours en payant le cas échéant la ou les prime(s) due(s) à *Foyer Santé*.

Le *contrat* peut être résilié de plein droit :

(1) Après une mise en demeure de prendre parti sur la poursuite du *contrat* adressée par *Foyer Santé* à l'administrateur et restée plus d'un mois sans réponse. Avant l'expiration de ce délai, le juge-commissaire peut impartir à l'administrateur un délai plus court ou lui accorder une prolongation, qui ne peut excéder deux mois, pour se prononcer ;

(2) A défaut de paiement dans les conditions définies ci-dessus et d'accord de *Foyer Santé* pour poursuivre les relations contractuelles. En ce cas, le ministère public, l'administrateur, le mandataire judiciaire ou un contrôleur peut saisir le tribunal aux fins de mettre fin à la période d'observation.

À la demande de l'administrateur, la *résiliation* est prononcée par le juge-commissaire si elle est nécessaire à la sauvegarde du débiteur et ne porte pas une atteinte excessive aux intérêts de *Foyer Santé*.

2.2.3. Formes de la *résiliation* du *contrat*

La *résiliation* du *contrat* se fait soit par lettre recommandée avec accusé de réception à la poste, par l'envoi d'un recommandé électronique avec accusé de réception, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de *résiliation* contre récépissé.

2.2.4. Remboursement des primes en cas de *résiliation*

Quelle que soit la cause de la *résiliation*, les primes payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la *résiliation*, sont remboursées dans un délai de trente jours à compter de la prise d'effet de la *résiliation*. Au-delà de ce terme, les intérêts légaux courent de plein droit.

2.2.5. Fin des garanties et de la couverture d'assurance

La garantie prend fin – également pour les *sinistres* déjà survenus – lors de la fin de la relation d'assurance.

2.3. DISPOSITIONS DIVERSES

2.3.1. Pluralité de *preneurs d'assurance*

S'il y a plusieurs *preneurs d'assurance*, ils sont tenus solidairement et indivisiblement des obligations découlant du *contrat*.

En cas de *résiliation* partielle ou de toute autre diminution des *prestations* d'assurance, l'alinéa précédent ne s'applique qu'à cette diminution et dans la mesure de celle-ci.

2.3.2. Notifications

Toute notification par *Foyer Santé* faite au *preneur d'assurance* est adressée valablement au dernier domicile connu de ce dernier. S'il y a plusieurs *preneurs d'assurance*, toute notification faite par *Foyer Santé* à l'un d'eux est considérée comme valablement faite à tous.

Les notifications destinées à *Foyer Santé* doivent être faites à son siège social.

2.3.3. Contestations

En cas de contestation au sujet du *contrat*, le *preneur d'assurance* peut adresser une réclamation écrite :

- soit à l'Antenne Qualité de *Foyer Santé* par l'intermédiaire du formulaire de contact accessible à l'adresse <http://www.foyer.lu>;
- soit à la Direction Générale de *Foyer Santé* ;
- soit au Médiateur en Assurance (La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, F-75441 Paris Cedex 09 (le.mediateur@mediation-assurance.org));
- soit à l'autorité de contrôle de *Foyer Santé* : Commissariat aux Assurances (7, Boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg).

Le *preneur d'assurance* a dans tous les cas la possibilité d'intenter une action en justice.

2.3.4. Loi applicable et juridiction compétente

Le *contrat* est régi par la loi française.

Dans toutes les instances relatives à la fixation et au règlement des indemnités dues, le défendeur est assigné devant le tribunal du domicile de l'assuré.

Toute autre contestation née à l'occasion du *contrat* d'assurance sera de la compétence des tribunaux du domicile du défendeur, sans préjudice quant à l'application des traités ou accords internationaux.

3. Dispositions spécifiques relatives à la protection des données personnelles

Conformément au règlement UE 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et à toute loi de transposition nationale applicable (ci-après la "Règlementation Applicable"), le *preneur d'assurance* ainsi que chaque *personne assurée* sont informés que *Foyer Santé* enregistre et traite les données qu'ils lui ont communiquées, ainsi que celles qu'ils lui communiqueront ultérieurement, en vue d'apprécier les risques, de préparer, d'établir, de gérer, d'exécuter le(s) *contrat(s)* d'assurance(s), de régler d'éventuels *sinistres* et de prévenir toute *fraude*.

Ces traitements ont pour bases légales, selon les cas, leur nécessité pour l'exécution des *contrats* d'assurance, le respect d'obligations légales, et les intérêts légitimes de *Foyer Santé* à lutter contre la *fraude*.

Ces données ne seront pas traitées à des fins de prospection commerciale. Le traitement des données à des fins de prospection commerciale se fera toujours avec l'accord de la personne concernée, qui conserve un droit de retrait.

Le responsable du traitement est *Foyer Santé*. Il peut communiquer ces données à des tierces personnes dans les cas et conformément aux modalités et conditions énoncées à l'article 300 de la loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances consacrant le secret professionnel en matière d'assurances. La protection des données est garantie vis-à-vis des *tiers*. Une transmission des données à des *tiers* de l'EEE ne peut intervenir que dans le cadre d'obligations légales et réglementaires. Des données peuvent également être transmises à des réassureurs, avocats ou autres prestataires dans le cadre de la gestion du *contrat* d'assurance ou des mesures précontractuelles de celui-ci.

Le *preneur d'assurance* ainsi que chaque *personne assurée* disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement concernant leurs données qu'ils pourront exercer en adressant une demande écrite à l'adresse du responsable du traitement. Le *preneur d'assurance* et les *personnes assurées* disposent également du droit de demander la limitation du traitement ou de s'opposer au traitement de leurs données, ainsi que du droit de donner des instructions quant au sort de leurs données en cas de décès.

La durée de conservation de celles-ci est limitée à la durée du *contrat* d'assurance et à la période pendant laquelle la conservation des données est nécessaire pour permettre à *Foyer Santé* de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou d'autres obligations légales.

Foyer Santé traite à des fins de gestion de services santé les catégories particulières de données à caractère personnel relevant de la santé conformément à la Règlementation Applicable. Si ces données sont traitées à d'autres fins, votre consentement préalable et explicite sera toujours demandé sauf exceptions légales telles que la préservation des intérêts vitaux ou la sauvegarde d'un intérêt légitime.

Le *preneur d'assurance* et les *personnes assurées* sont informés qu'ils peuvent introduire une réclamation auprès de l'autorité de protection des données compétentes (i.e. la CNIL pour les ressortissants français).

II. Lexique

Tous les termes en italique dans le *contrat* sont définis comme suit :

Accident (corporel)	Événement soudain, indépendant de la volonté de l' <i>assuré</i> , qui entraîne une lésion corporelle dont la cause, qui est extérieure à l'organisme de la victime, et les symptômes peuvent être objectivés et constatés par une <i>autorité médicale</i> , permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie.
Année d'assurance	L' <i>année d'assurance</i> débute à la date indiquée dans les Conditions Particulières (prise d'effet de l'assurance). Les modifications du <i>contrat</i> n'ont aucune incidence sur l' <i>année d'assurance</i> .
Assurance légale	Assurance obligatoire des soins conformément à la loi fédérale sur l'assurance maladie dite « LAMal » du 18 mars 1994 resp. à la loi fédérale sur l'assurance-accidents dite « LAA » en Suisse.
Assuré	Personne nommément désignée aux Conditions Particulières.
Autorité médicale	Toute personne habilitée par des diplômes reconnus et par une autorisation en vigueur à pratiquer l'art de guérir. Cette <i>autorité médicale</i> est capable de donner un diagnostic sur la <i>maladie</i> ou sur l' <i>accident corporel</i> .
Condition d'assurabilité	Condition indispensable à remplir par un <i>assuré</i> afin de pouvoir bénéficier des garanties du <i>contrat</i> . LA CESSATION D'UNE CONDITION D'ASSURABILITÉ ENTRAÎNE POUR LA PERSONNE ASSURÉE CONCERNÉE LA PERTE DU BÉNÉFICE DU CONTRAT AINSI QUE LE CAS ÉCHÉANT LA RÉSILIATION DE SA PARTIE DE CONTRAT.
Contrat	Le <i>contrat</i> détermine l'ensemble des droits et obligations du <i>preneur d'assurance</i> , de l' <i>assuré</i> et de <i>Foyer Santé</i> . Il est composé d'une proposition d'assurance, d'un ou plusieurs questionnaires médicaux, des Conditions Administratives, des Conditions Spéciales et des Conditions Particulières. Il se base sur toutes les déclarations faites par le <i>preneur d'assurance</i> et le(s) <i>assuré(s)</i> à la souscription et en cours de <i>contrat</i> .
Europe	Ensemble des pays de l'Union Européenne et de l'AELE (association européenne de libre échange économique), y compris la Suisse.
Déchéance	Perte du droit à la <i>prestation</i> d'assurance en raison de l'inexécution d'une obligation déterminée imposée par le <i>contrat</i> , et à la condition que le manquement soit en relation causale avec la survenance du <i>sinistre</i> .
Demande préalable	Toute <i>demande préalable</i> faite par un <i>assuré</i> à <i>Foyer Santé</i> par écrit et qui est exigée avant un traitement.

	<p>La demande doit toujours contenir les éléments justifiant le traitement.</p> <p>POUR ÊTRE REMBOURSÉE, LA PRESTATION DOIT ÊTRE VALIDÉE PAR ÉCRIT PAR FOYER SANTÉ ET PRÉALABLEMENT AUX SOINS ET TRAITEMENTS ENVISAGÉS.</p>
Dioptrie	Unité de mesure utilisée en optique et qui permet le calcul du degré de correction des verres nécessaires à corriger la myopie ou l'hypermétropie. Une différence supérieure ou égale à 2 unités entre l'œil gauche et droit est une des conditions nécessaires pour le remboursement de la chirurgie réfractive.
Domicile (de l'assuré)	Lieu de résidence habituel et d'établissement principal de l'assuré.
Établissements hospitaliers	<p>Tout établissement de soins de santé, public ou privé, qui est en permanence sous direction médicale et tient des dossiers médicaux de leurs patients, destiné aux personnes dont l'état de santé nécessite le séjour dans l'établissement ainsi qu'un traitement curatif et/ou diagnostic imposant une observation, une surveillance et une continuité ne pouvant être organisées que dans l'établissement.</p> <p>NE SONT PAS CONSIDÉRÉS COMME ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS : L'INSTITUTION MÉDICO-PÉDAGOGIQUE, LA MAISON DE REPOS, LA MAISON DE REPOS ET DE SOIN AGRÉÉE, LE CENTRE DE CURE ET LE CENTRE DE CONVALESCENCE.</p>
État de dépendance	Est dans un <i>état de dépendance</i> , toute personne subissant une perte d'autonomie totale ou partielle en raison de son état physique et/ou mental.
Étranger	Pays autre que le domicile de l'assuré ou la Suisse.
Foyer Santé	Foyer Santé S.A. – avec siège social à L-3372 Leudelange, 12, rue Léon Laval. Compagnie d'assurance agréée par le Commissariat Aux Assurances (http://www.caa.lu/).
Fraude	Se faire remettre de manière intentionnelle une <i>prestation</i> d'assurance indue.
Lieu de villégiature	Lieu de résidence temporaire différent du <i>domicile de l'assuré</i> , qui n'est pas un lieu d'établissement principal de l'assuré et qui est caractérisé par un court séjour.
Maladie	La dégradation de l'état de santé physique ou mentale dont la cause et les symptômes peuvent être objectivés et constatés par une <i>autorité médicale</i> permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie ; cette dégradation ne peut être imputable à un <i>accident corporel</i> .
Médicament	Toute substance ou composition ayant un principe actif et possédant des propriétés curatives à l'égard d'une <i>maladie</i> .
Médicament de l'homéopathie	<p>Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives à l'égard des <i>maladies</i> humaines.</p> <p>Tout <i>médicament homéopathique</i> doit avoir une autorisation préalable délivrée par le Ministre de la Santé (ou une autorité comparable).</p>

Mesure de réadaptation	Toute mesure visant au retour de l' <i>assuré</i> à un état antérieur au <i>sinistre</i> . Sont assimilées à une mesure de réadaptation, toute mesure et processus de récupération, de réhabilitation et/ou de rééducation.
Nullité	Annulation du <i>contrat</i> qui est censé n'avoir jamais existé.
Personne assurée	Chaque personne prise individuellement faisant l'objet de l'assurance et qui a la qualité d' <i>assuré</i> .
Preneur d'assurance	La personne qui souscrit le <i>contrat</i> et à laquelle incombe le paiement de la prime ou toute personne qui lui sera substituée par accord des parties, ou les ayants droit du <i>preneur d'assurance</i> en cas de décès de ce dernier.
Prestation (de Foyer Santé)	Le remboursement des frais médicaux de l' <i>assuré</i> , suite à un <i>sinistre</i> garanti par ce présent <i>contrat</i> .
Résiliation	Cessation des effets du <i>contrat</i> ou d'une garantie.
Sinistre	Le traitement médicalement nécessaire d'une <i>personne assurée</i> par suite de <i>maladie</i> , d'une grossesse ou d'un <i>accident</i> . Le <i>sinistre</i> commence lors du début du traitement et il prend fin lorsqu'après examen médical le traitement n'est plus requis. Si le traitement doit être étendu à une <i>maladie</i> ou aux suites d'un <i>accident</i> qui ne sont pas en relation directe avec le traitement en cours, il y a survenance d'un nouveau <i>sinistre</i> .
Suspension	Période pendant laquelle <i>Foyer Santé</i> cesse d'accorder sa garantie, alors que le <i>contrat</i> n'est ni résilié, ni frappé de <i>nullité</i> .
Tiers	Toute personne physique ou morale n'ayant pas la qualité d' <i>assuré</i> .