



Conditions Spéciales EPION



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

T. 437 43 4244
www.foyerglobalhealth.com

LFSZAHEPIV1F

I. CONDITIONS SPÉCIALES Foyer Global Health EPION

I.	CONDITIONS SPÉCIALES Foyer Global Health EPION	1
1.	Objet de l'assurance	2
2.	Étendue territoriale	2
2.1	TRAITEMENT CURATIF : PRINCIPE GÉNÉRAL	2
2.2	TRAITEMENT CURATIF EN CAS DE VOYAGE TEMPORAIRE À L'ÉTRANGER	2
3.	Condition d'assurabilité	3
4.	Prestations	3
4.1.	Informations générales	3
4.2	Soins médicaux stationnaires	4
4.3.	Soins médicaux ambulatoires	9
4.4.	Traitements thérapeutiques et alternatifs	12
4.5.	Soins optiques	12
4.6	Soins dentaires	13
5.	Assistance	15
5.1.	Objet des Prestations d'Assistance Médicale et des Services Complémentaires	15
5.2.	Champ d'application géographique	15
5.3.	Prestations	15
6.	Limitations et exclusions	17
6.1	LIMITATIONS GÉNÉRALES	17
6.2.	EXCLUSIONS	17
II.	CONDITIONS ADMINISTRATIVES RÉSIDENTS EN France Foyer Global Health EPION.....	20
1.	Bases du <i>contrat</i>	20
1.1	COMPOSITION DU <i>CONTRAT</i>	20
1.2.	ÉTENDUE DES GARANTIES ET <i>PRESTATIONS DE FOYER SANTÉ</i>	20
2.	Dispositions administratives	21
2.1.	VIE DU <i>CONTRAT</i>	21
2.2.	<i>RÉSILIATION DU CONTRAT, D'UNE GARANTIE OU D'UNE PERSONNE ASSURÉE</i> .	29
2.3.	DISPOSITIONS DIVERSES	31
3.	Dispositions spécifiques relatives à la protection des données personnelles	32
III.	Lexique	33

1. Objet de l'assurance

La garantie d'assurance est accordée par *Foyer Santé* en cas de *maladie*, ou d'*accident* ou d'un événement couvert spécifiquement visé dans le *contrat*, selon les conditions, limites et exclusions prévues au *contrat*.



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

En cas de *sinistre*, la *prestation* de *Foyer Santé* consiste dans un remboursement des frais exposés par l'*assuré*, en fonction de l'application d'une garantie qui doit être acquise et prévue aux Conditions Particulières.

2. Étendue territoriale

2.1 TRAITEMENT CURATIF : PRINCIPE GÉNÉRAL

En région cible 1, la garantie d'assurance s'étend en *Europe* (UE et l'AELE), y compris la Suisse, au traitement curatif ambulatoire et stationnaire.

En région cible 2, la garantie d'assurance s'étend en *Europe* (UE et l'AELE), **A L'EXCLUSION DES TRAITEMENTS STATIONNAIRES EN SUISSE.**

Foyer Santé peut accorder une dérogation pour des pays en dehors de l'*Europe* si l'*assuré* fait une *demande préalable*.

2.2 TRAITEMENT CURATIF EN CAS DE VOYAGE TEMPORAIRE À L'ÉTRANGER

La garantie d'assurance est accordée sans convention particulière durant les douze semaines consécutives d'un séjour temporaire en dehors de l'*Europe*. **La motivation de ce séjour en dehors de l'*Europe* ne doit pas être le traitement curatif en lui-même.**

Si le séjour doit être prolongé au-delà des huit semaines pour les besoins d'un traitement curatif, la garantie est accordée aussi longtemps que l'*assuré* ne peut pas retourner en *Europe* sans risques pour sa santé, mais **au maximum pendant huit semaines supplémentaires.**

3. Condition d'assurabilité

Seul le *preneur d'assurance* qui est affilié de manière valide à l'*assurance* obligatoire des soins conformément à la loi fédérale sur l'assurance maladie en Suisse et qui ne réside pas en Suisse peut bénéficier des garanties du *contrat*.



Le *preneur d'assurance* est tenu de communiquer immédiatement à *Foyer Santé* toute cessation d'affiliation. **UNE CESSATION D’AFFILIATION, QU’ELLE QU’EN SOIT LA CAUSE, EST UNE CONDITION DE RÉSILIATION DU CONTRAT POUR LA PERSONNE ASSURÉE QUI EST CONCERNÉE.**

Sont également assurables avec le *preneur d'assurance* toutes personnes ayant un lien avec lui, que ce soit au niveau du conjoint que des enfants à charge.

4. Prestations

4.1. Informations générales

4.1.1. Libre choix de l'assuré

L'*assuré* a le libre choix :

- du médecin,
- du médecin-dentiste
- de tout autre professionnel agréé et conventionné limitativement énuméré au *contrat* à la condition qu'ils soient établis et munis d'une autorisation d'exercice valable et en cours de validité.

4.1.2. Obligation d'une prescription par une *autorité médicale*

Les *médicaments*, pansements, moyens curatifs et thérapies doivent être ordonnés par une *autorité médicale* compétente.

Les *médicaments* doivent en outre être achetés dans une pharmacie autorisée. L'achat successif d'un *médicament* sur base d'une même prescription doit être prescrit par l'*autorité médicale* sur l'ordonnance.

Les *médicaments de l'homéopathie* sont uniquement considérés comme des *médicaments* à part entière lorsqu'ils sont prescrits de manière curative.

4.1.3. Traitement médicalement nécessaire dans un *établissement hospitalier*

En cas de traitement médicalement nécessaire dans un *établissement hospitalier*, l'*assuré* a le libre choix des *établissements hospitaliers*.

Par traitement dans un *établissement hospitalier* on entend tout traitement à l'occasion duquel la personne à traiter est hospitalisée pour au moins 24 heures en y étant traitée médicalement et nourrie.

En cas de traitement médicalement nécessaire dans des *établissements hospitaliers* qui pratiquent également des cures respectivement des traitements de sanatorium, ou qui hospitalisent des convalescents, les *prestations* tarifaires prévues par l'assurance des frais de *maladie* ne sont dues que si l'*assuré* a fait une *demande préalable* et si *Foyer Santé* les a accordées par écrit avant le début du traitement.

Toute cure et/ou traitement en sanatorium doit être prescrit(e) par une *autorité médicale* et être consécutif(ve) de manière immédiate et directe à une hospitalisation de l'*assuré*.

4.1.4. Prestations pour des traitements médicalement nécessaires et reconnus

Foyer Santé intervient, dans le cadre du *contrat*, uniquement pour les méthodes d'examen ou les méthodes de traitement et les *médicaments* qui sont largement reconnus par la médecine conventionnelle.

Toute *prestation* de *Foyer Santé* est subordonnée à un traitement qui doit être médicalement nécessaire.

Foyer Santé assure en plus le remboursement des méthodes thérapeutiques et des *médicaments*, dont les résultats se sont avérés tout aussi probants en pratique ou qui sont utilisés par manque d'équivalent en médecine traditionnelle. **FOYER SANTÉ EST TOUTEFOIS EN DROIT DE RÉDUIRE LE MONTANT DE SES PRESTATIONS À CONCURRENCE DE CE QU'AURAIT COÛTÉ L'USAGE DES MÉTHODES ET DES MÉDICAMENTS EXISTANT DE LA MÉDECINE CONVENTIONNELLE.**

En ce qui concerne la psychothérapie ambulatoire et dans un *établissement hospitalier*, les *prestations* ne sont accordées que dans la mesure où l'*assuré* en fait une *demande préalable* et que *Foyer Santé* les a autorisées par écrit avant le traitement sur base d'une expertise effectuée par un médecin désigné par elle.

4.2 Soins médicaux stationnaires

4.2.1 Principe général

Dans le cas d'un traitement à l'hôpital, *Foyer Santé* rembourse les frais de traitements :

- à hauteur de **100 % des frais** restant après la contribution de *l'assurance légale*, **ou**
- si *l'assurance légale* ne participe pas, à hauteur de **80% des frais**.

DANS LA RÉGION CIBLE 2, LES TRAITEMENTS STATIONNAIRES SONT EXCLUS EN SUISSE, mais sont couverts en Europe.

DES LIMITES DE PRESTATIONS ET DES TEMPS D'ATTENTE PEUVENT S'APPLIQUER DE MANIÈRE COMPLÉMENTAIRE.

4.2.2 Étendue des prestations

Prestations hospitalières générales, hébergement et traitements dans une chambre à un ou deux lits :

Pour tous soins médicaux nécessaires dans un hôpital, *l'assuré* peut choisir librement parmi les établissements hospitaliers dans le pays où le traitement aura lieu.

Un traitement dans un établissement hospitalier renvoie à tout traitement au cours duquel la personne à traiter est admise pendant au moins 24 heures dans un hôpital et au cours duquel elle y sera traitée et soignée.

Si des soins médicaux sont nécessaires dans des établissements hospitaliers effectuant également des cures et/ou des traitements dans des sanatoria et/ou admettant des personnes convalescentes, il existe alors une obligation de prestation pour les prestations prévues dans l'assurance des frais de soins, **UNIQUEMENT APRÈS DEMANDE PRÉALABLE.**

Pour la durée des soins médicaux stationnaires, *Foyer Santé* accorde les prestations sans limite de temps.

Prestations médicales (y compris la pathologie, la radiologie, la tomographie, l'imagerie par résonance magnétique, la tomographie par émissions de positons et les soins palliatifs) :

Foyer Santé rembourse les frais liés aux mesures nécessaires à l'examen, au diagnostic et à la thérapie dans le cadre de soins médicaux stationnaires nécessaires.

Frais hospitaliers, y compris la salle d'opération, les soins intensifs et les laboratoires :

Foyer Santé rembourse les frais liés à l'utilisation des installations spécialisées, comme les salles d'opération, les soins intensifs et les laboratoires.

Opérations et anesthésie :

Foyer Santé rembourse les frais des prestations nécessaires aux opérations et anesthésie (exemples : les prestations médicales, l'anesthésie et l'utilisation d'installations spécialisées, liste non exhaustive).

Les frais liés aux opérations ambulatoires sont également remboursables, dès lors qu'ils remplacent un séjour stationnaire.

Opérations effectuées en ambulatoire remplaçant les soins intensifs :

Foyer Santé rembourse les frais d'interventions ambulatoires, qui peuvent être effectuées dans un cabinet médical ou dans un hôpital, mais pour lesquelles aucun hébergement consécutif et aucun séjour stationnaire consécutif dans un hôpital n'est nécessaire.

Médicaments et bandages :

Les *médicaments*, bandages-, remèdes et ressources doivent avoir été prescrits par une *autorité médicale* compétente dans l'hôpital lors des soins médicaux stationnaires.

Les *médicaments d'homéopathie* classiques sont également considérés comme des *médicaments* à part entière.

Les produits alimentaires, les fortifiants, les eaux minérales, les produits cosmétiques, les produits d'hygiène et de soin du corps, ainsi que les additifs de bain ne sont pas considérés comme des *médicaments*.

Physiothérapie, massages inclus :

La physiothérapie et les massages doivent être prescrits par une *autorité médicale* dans le cadre de soins médicaux stationnaires.

Ces soins doivent être effectués par une *autorité médicale*. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début des soins médicaux et doit contenir le diagnostic, le type et le nombre de sessions.

Thérapies, y compris l'ergothérapie, l'héliothérapie, l'hydrothérapie, les inhalations, les cataplasmes, les bains médicaux, le traitement par le froid et par la chaleur, l'électrothérapie :

Ces *prestations* médico-physiques doivent être prescrites par une *autorité médicale* dans le cadre des soins médicaux stationnaires.

Ces soins doivent être effectués par une *autorité médicale*. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début des soins médicaux et doit contenir le diagnostic, le type et le nombre de sessions.

Aides et appareils thérapeutiques :

Foyer Santé rembourse les frais des ressources (ainsi que les frais liés à leur réparation) considérées comme des mesures de maintien en vie ou qui apaisent ou compenser les handicaps physiques, comme les stimulateurs cardiaques et les membres artificiels/ prothèses (**À L'EXCEPTION DES PROTHÈSES DENTAIRES**). Les ressources doivent être adaptées ou rester dans ou près du corps pendant le séjour stationnaire.

Prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien à l'hôpital :

Foyer Santé rembourse les frais de prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, ainsi que les frais de *prestations* d'une sage-femme ou d'un maïeuticien à l'hôpital.

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

Complications liées à la grossesse et à la naissance :

Foyer Santé prend en charge les frais médicaux ayant un lien avec les naissances prématurées, les fausses couches, les interruptions de grossesses médicalement indiquées, les enfants mort-nés, les grossesses tubaires, les môles, les accouchements par césarienne, l'hémorragie de la délivrance, la rétention du placenta et les complications résultant de ces signes cliniques.

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

Soins des nouveau-nés :

En ce qui concerne les nouveau-nés, la prestation de Foyer Santé commence immédiatement après la naissance, sans temps d'attente, sans examen du risque, **SI AU MOINS UN DES PARENTS EST ASSURE POUR LES FRAIS DE SOINS AUPRES DE FOYER SANTE DEPUIS AU MOINS TROIS MOIS A LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT ET SI LA DEMANDE D'ASSURANCE EST PARVENUE AU PLUS TARD DEUX MOIS APRES LA NAISSANCE, AVEC EFFET A LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT.** La prestation d'assurance ne peut pas être plus élevée ou plus vaste que celle de l'un des parents assurés. Les nouveau-nés ne peuvent être assurés qu'aux tarifs prévus pour les nouveaux contrats.

SI LA MERE BIOLOGIQUE EST ENCORE SOUMISE AUX DELAIS D'ATTENTE POUR LES PRESTATIONS CONCERNANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT, LES PRESTATIONS NE SERONT PAS REMBOURSEES EN CONSEQUENCE. Une assurance existe cependant pour les soins des nouveau-nés, tant que les conditions ci-dessus sont remplies.

Traitement du cancer, médicaments et soins médicaux oncologiques, y compris la chirurgie reconstructrice après un cancer du sein :

Foyer Santé prend en charge les frais en cas de traitement du cancer, les médicaments et les soins médicaux oncologiques, y compris la chirurgie reconstructrice après un cancer du sein.

Sont ainsi pris en charge dans la garantie les prestations médicales, les tests de diagnostic, la radiothérapie, la thérapie anticancéreuse, les médicaments et les frais d'hôpital.

Transplantation de moelle osseuse et/ou d'organes (frais pris en charge pour le donneur et le receveur) :

Lors d'une transplantation de moelle osseuse et/ou d'organes (exemples : le cœur, le rein, le foie, le pancréas), Foyer Santé prend en charge les frais non seulement pour le malade, mais aussi pour le donneur.

Sont ainsi pris en charge les frais liés à l'acquisition de l'organe auprès du donneur d'organes, les frais de transport de l'organe vers le malade, ainsi que les frais liés à une éventuelle admission stationnaire du donneur, **MAIS LES FRAIS DE RECHERCHE D'UN ORGANE OU D'UN DONNEUR COMPATIBLE SONT EXCLUS.**

Psychothérapie stationnaire :

Foyer Santé rembourse les frais de psychothérapie stationnaire, **uniquement si :**
(1) LE TRAITEMENT EST EFFECTUÉ PAR UN PSYCHIATRE, UN PSYCHOTHÉRAPEUTE OU UN MÉDECIN SPÉCIALISÉ SUFFISAMMENT FORMÉ DANS LES DOMAINES DE LA PSYCHIATRIE, DE LA PSYCHOTHÉRAPIE OU DE LA PSYCHANALYSE, ET,
(2) APRÈS DEMANDE PRÉALABLE.

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

Accueil d'un parent pour les traitements stationnaires des enfants de moins de 12 ans :

Foyer Santé rembourse les surplus de frais pour l'accueil d'un parent pour les traitements stationnaires des enfants de moins de 12 ans.

Soins à domicile et aide aux tâches domestiques à la place d'un séjour en hôpital :

Foyer Santé prend en charge les frais des soins à domicile prescrits et d'aide aux tâches domestiques prescrits par un médecin. Les soins à domicile s'effectuent en complément des soins médicaux et sont remboursables en sus de celui-ci.

Foyer Santé rembourse cette prestation pour **UN MAXIMUM DE 90 JOURS PAR SÉJOUR EN HÔPITAL**, et **APRÈS DEMANDE PRÉALABLE.**

Post-traitements stationnaires :

Foyer Santé rembourse les frais liés aux *post-traitements* stationnaires, servant à poursuivre des soins médicaux stationnaires en hôpital (exemples : après une opération de pontage, un infarctus cardiaque, une transplantation d'organes, ainsi que des opérations sur les grands os et les articulations... liste non exhaustive) qui sont nécessaires et uniquement **APRÈS DEMANDE PRÉALABLE.**

Les post-traitements doivent démarrer dans les 2 semaines suivant la sortie de l'établissement hospitalier. **LES CURES ET SÉJOURS DANS LES CENTRES DE CURE, DE BALNÉOTHÉRAPIE, SANATORIA ET MAISONS DE REPOS, AINSI QUE DANS LES MAISONS MÉDICALISÉES SONT COUVERTS AVEC UN MAXIMUM DE 50 EUR PAR JOUR ET UN MAXIMUM DE 21 JOURS PAR ANNEE D'ASSURANCE.**

Foyer Santé rembourse les *post-traitements* pour un **MAXIMUM DE 35 JOURS PAR SÉJOUR EN HÔPITAL.**

Transport vers l'établissement hospitalier le plus proche adapté aux premiers soins suite à un accident ou un cas d'urgence :

Foyer Santé rembourse les frais raisonnables du transport vers l'établissement hospitalier adapté le plus proche et/ou à l'établissement médical adapté le plus proche.

4.3. Soins médicaux ambulatoires

4.3.1 Principe général

Dans le cas d'un traitement médical ambulatoire, *Foyer Santé* rembourse les frais de traitements :

- à hauteur de **100 % des frais** restant après la contribution de *l'assurance légale*, **ou**
- si *l'assurance légale* ne participe pas, à hauteur de **80% des frais, AVEC UN MAXIMUM DE 1.000 EUR PAR ANNÉE D'ASSURANCE.**

DES LIMITES DE PRESTATIONS ET DES TEMPS D'ATTENTE PEUVENT S'APPLIQUER DE MANIÈRE COMPLÉMENTAIRE.

4.3.2 Étendue des prestations

Prestations médicales (y compris la pathologie, la radiologie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique, la tomographie par émissions de positons et les soins palliatifs) :

Foyer Santé rembourse :

- les frais liés aux mesures nécessaires à l'examen, au diagnostic et à la thérapie dans le cadre de soins médicaux ambulatoires.
- les dépenses liées aux pathologies, à la radiologie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique, la tomographie par émissions de positons, la chimiothérapie et aux autres prestations médicales d'oncologie (*exemple : pour les maladies cancéreuses*), ainsi que les vaccins.

Thérapie anticancéreuse, médicaments et prestations médicales d'oncologie :

Foyer Santé prend en charge les prestations ambulatoires en lien avec la chimiothérapie et les prestations médicales d'oncologie.

Prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien :

Foyer Santé prend en charge les frais résultant d'une grossesse ou d'une *maladie* liée à la grossesse, y compris les examens de routine de dépistage, l'accouchement et les prestations d'une sage-femme ou d'un maïeuticien. Ceci inclut également une amniocentèse et une mesure de la clarté nucale chez les femmes de plus de 35 ans.

LES COURS DE PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT SONT LIMITÉS À 100 EUR PAR ACCOUCHEMENT.

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

Complications liées à la grossesse et à la naissance :

Foyer Santé prend en charge les frais médicaux ayant un lien avec des complications liées à la grossesse et la naissance.

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

Orthophonie :

Foyer Santé prend en charge les frais des traitements par les exercices prescrits par un médecin qui concernent les troubles d'élocution, du langage et de la voix.

Foyer Santé rembourse les frais d'orthophonie, **uniquement si :**

- (1) **LE TRAITEMENT EST EFFECTUÉ PAR UN MÉDECIN OU UN LOGOPÈDE ET/OU UN THÉRAPEUTE DU LANGAGE, ET,**
(2) **APRÈS DEMANDE PRÉALABLE.**

Psychothérapie ambulatoire :

Foyer Santé rembourse les frais de psychothérapie ambulatoire, **uniquement si :**

- (1) **LE TRAITEMENT EST EFFECTUÉ PAR UN PSYCHIATRE, UN PSYCHOTHÉRAPEUTE OU UN MÉDECIN SPÉCIALISÉ SUFFISAMMENT FORMÉ DANS LES DOMAINES DE LA PSYCHIATRIE, DE LA PSYCHOTHÉRAPIE OU DE LA PSYCHANALYSE, ET,**
(2) **APRÈS DEMANDE PRÉALABLE.**

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

Médicaments et bandages :

Foyer Santé rembourse les *médicaments* et les bandages prescrits par un médecin, un dentiste ou un *praticien* habilité.

LES PRODUITS ALIMENTAIRES, LES FORTIFIANTS, LES EAUX MINÉRALES, LES PRODUITS COSMÉTIQUES, LES PRODUITS D'HYGIÈNE ET DE SOIN DU CORPS, AINSI QUE LES ADDITIFS DE BAIN NE SONT PAS CONSIDÉRÉS COMME DES MÉDICAMENTS.

Physiothérapie et massages :

Foyer Santé rembourse les frais de physiothérapie et de thérapie par le mouvement, ainsi que les massages.

Ces prestations doivent être prescrites et être effectuées par un médecin et/ou un thérapeute reconnu. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début des soins médicaux et doit contenir le diagnostic, le type et le nombre de sessions nécessaires.

Thérapies, y compris l'ergothérapie, l'héliothérapie, l'hydrothérapie, les inhalations, les cataplasmes, les bains médicaux, les traitements par le froid et par la chaleur, l'électrothérapie :

Foyer Santé rembourse les prestations médico-physiques suivantes :

- ergothérapie,
- héliothérapie,
- inhalations,
- cataplasmes,
- bains médicaux,
- traitement par le froid et la chaleur,
- électrothérapie, et
- thérapie par le mouvement.

Ces prestations doivent être prescrites et être effectuées par une *autorité médicale*, respectivement un médecin et/ou un thérapeute. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début des soins médicaux et doit contenir le diagnostic, le type et le nombre de sessions nécessaires.

Aides et appareils thérapeutiques :

Foyer Santé rembourse les frais dans le cadre des soins médicaux ambulatoires des prothèses, ainsi que des ressources orthopédiques et d'autres ressources servant à prévenir des handicaps corporels, à les atténuer directement ou à les compenser. Ces ressources doivent être prescrites par un médecin et ne doivent pas être considérés comme des objets de la vie quotidienne. Les frais liés à la réparation des ressources sont également pris en charge.

Sont considérés comme des ressources dans le cadre de soins médicaux ambulatoires : les bandages, les bandages herniaires, les semelles orthopédiques, les béquilles, les appareils auditifs, les bas de contention, les attelles de correction, les membres artificiels/ prothèses (**SAUF LES PROTHÈSES DENTAIRES**), les assises et matelas à forme anatomique, les appareils de soutien du tronc, du bras et de la jambe, ainsi que les appareils de phonation (larynx électronique).

LES RESSOURCES SUIVANTES NE SONT REMBOURSABLES QU'AVEC L'ACCORD ÉCRIT PRÉALABLE DE FOYER SANTÉ : VOITURETTES POUR MALADE, MONITEURS DE SURVEILLANCE CARDIAQUE ET RESPIRATOIRE, POMPES DE PERFUSION, INHALATEURS, APPAREILS À OXYGÈNE ET MONITEURS DE SURVEILLANCE POUR BÉBÉ. LES AUTRES DISPOSITIFS NE SONT PAS CONSIDÉRÉS COMME DES RESSOURCES.

LES FRAIS LIÉS AUX FOURNITURES DE SANTÉ, COMME LES OREILLERS CHAUFFANTS ET LES APPAREILS DE MASSAGE, NE SONT PAS REMBOURSABLES, AINSI QUE L'UTILISATION ET L'ENTRETIEN DES RESSOURCES.

Limites particulières : (disponible en parallèle de la limite globale de 1.000 EUR mentionnée en 4.3.1)

- **FAUTEUILS ROULANTS (AVEC UNE LIMITE DE 2.500 EUR PAR SINISTRE ET PAR ASSURÉ),**
- **CHAUSSURES ET SEMELLES ORTHOPÉDIQUES (AVEC UNE LIMITE DE 500 EUR PAR ASSURÉ ET PAR ANNÉE D'ASSURANCE).**
- **PERRUQUES (AVEC UNE LIMITE DE 300 EUR PAR ASSURÉ ET PAR ANNÉE D'ASSURANCE).**

Transport vers le médecin ou l'hôpital le plus proche adapté aux premiers soins suite à un accident ou un cas d'urgence, par des services de secours reconnus dans des moyens de transport adaptés à la situation :

Foyer Santé rembourse les frais liés à un transport d'urgence vers l'hôpital le plus proche adapté aux premiers soins suite à un *accident* ou un cas d'urgence.

4.4. Traitements thérapeutiques et alternatifs

Traitements thérapeutiques et alternatifs :

Foyer Santé rembourse les frais de traitement (y compris les *médicaments* valablement prescrits) dans les limites suivantes :

- **TRAITEMENT PAR UN NATUROPATHE : 1 250 EUR PAR ANNÉE D'ASSURANCE ET PAR ASSURÉ,**
- **TRAITEMENT PAR UN OSTÉOPATHE : 1 250 EUR PAR ANNÉE D'ASSURANCE ET PAR ASSURÉ,**
- **TRAITEMENT PAR UN CHIROPRACTEUR : 1 250 EUR PAR ANNÉE D'ASSURANCE ET PAR ASSURÉ,**
- **TRAITEMENT PAR UN MÉDECIN PRATIQUANT LA MÉDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE : 1 250 EUR PAR ANNÉE D'ASSURANCE ET PAR ASSURÉ,**
- **MÉDICAMENTS VALABLEMENT PRESCRITS DANS LE CADRE DE CES THÉRAPIES : 1 250 EUR PAR ANNÉE D'ASSURANCE ET PAR ASSURÉ.**

Le thérapeute doit être en possession des diplômes correspondants et être autorisé à exercer par les autorités compétentes.

4.5. Soins optiques

Soins optiques :

Foyer Santé rembourse les frais relatifs aux lunettes et lentilles de contact et contrôle de la vue **À HAUTEUR DE 300 EUR PAR ANNÉE D'ASSURANCE ET PAR ASSURÉ.**

Dans le cas d'une différence de l'acuité visuelle d'au moins 2 *dioptries* entre chaque œil, **FOYER SANTÉ PARTICIPE UNE SEULE FOIS SUR TOUTE LA DURÉE DU CONTRAT ET PAR PERSONNE ASSURÉE AU COÛT DE L'OPÉRATION LASER JUSQU'À UN MAXIMUM DE 1.000 EUR POUR LES DEUX YEUX. LORSQU'UNE PERSONNE ASSURÉE BÉNÉFICIE DE CETTE PRESTATION « CHIRURGIE RÉFRACTIVE », LA PRESTATION DE REMBOURSEMENT DES LUNETTES ET LENTILLES DE CONTACT EST SUSPENDUE PENDANT LES 60 MOIS QUI SUIVENT L'OPÉRATION.**

4.6 Soins dentaires

4.6.1 Principe général

Dans le cas d'un traitement médical ambulatoire, *Foyer Santé* rembourse les frais de traitements de soins dentaires :

- à hauteur de **100 % des frais** restant après la contribution de *l'assurance légale*, **ou**
- si *l'assurance légale* ne participe pas, à hauteur de **80% des frais**.

DES LIMITES DE PRESTATIONS ET DES TEMPS D'ATTENTE PEUVENT S'APPLIQUER DE MANIÈRE COMPLÉMENTAIRE.

4.6.2 Étendue des prestations

Prestations de soins dentaires ambulatoires sur base du principe général :

- Examen radiographique
- Détartrage et polissage
- Prestations pour la muqueuse orale et les *maladies* gingivales
- Plombages simples
- Prestations chirurgicales, extractions, traitements du canal radiculaire
- Orthèse
- Prestations dentaires suite à un *accident*
Si des prestations liées à des *soins dentaires* sont nécessaires suite à un *accident*, alors tous les temps d'attente sont supprimés. *Foyer Santé* doit avoir un justificatif de l'*accident* par un médecin ou un rapport de police.

Prestations de soins dentaires ambulatoires limitées :

(1) Soins préventifs :

- **DEUX EXAMENS DENTAIRES PRÉVENTIFS PAR ANNÉE D'ASSURANCE ET PAR ASSURÉ**

(2) Prothèses et réparations :

- Réparation dentaire (prothèses, attaches orthodontiques et couronnes dentaires)
- Inlays (or, porcelaine), y compris les travaux de laboratoire et matériaux pour les prothèses dentaires
- Plombages d'appui (onlays)
- Implants
- Traitement orthodontique des enfants âgés de moins de 20 ans, qui inclut les brackets métalliques et les attelles de contention, ainsi qu'un devis et le plan de traitement
- Travaux de laboratoire et matériaux pour les prothèses dentaires
- Devis et plan de traitement
- Prestations dentaires suite à un *accident*

Foyer Santé rembourse les coûts pour prothèses et réparations suivant les plafonds suivants :

- **LA PREMIÈRE ANNÉE D'ASSURANCE JUSQU'À 1 000 EUR PAR ASSURÉ**
- **LA DEUXIÈME ANNÉE D'ASSURANCE JUSQU'À 2 000 EUR PAR ASSURÉ**
- **LA TROISIÈME ANNÉE D'ASSURANCE JUSQU'À 3 000 EUR PAR ASSURÉ**
- **APRÈS LA TROISIÈME ANNÉE D'ASSURANCE JUSQU'À 4 000 EUR PAR ASSURÉ.**

Tous les frais supplémentaires et/ou annexes facturés lors d'un traitement de prothèse dentaire sont compris dans les limites de garanties mentionnées ci-dessus

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

(3) Orthodontie :

- les frais d'orthodontie **SOUS CONDITION QUE LE TRAITEMENT AIT EU LIEU AVANT LE 20^{IÈME} ANNIVERSAIRE DE L'ASSURÉ.**

LE REMBOURSEMENT EST PLAFONNÉ À 800 EUR PAR ANNÉE D'ASSURANCE AVEC UN MAXIMUM DE 3.200 EUR SUR LA DURÉE DE VIE DU CONTRAT.

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

5. Assistance

5.1. Objet des Prestations d'Assistance Médicale et des Services Complémentaires

Foyer Santé fournit les Prestations d'Assistance Médicale et les Services Complémentaires dans le cadre du traitement médical nécessaire de maladies, d'accidents, notamment dans les cas d'urgence, et autres événements.

5.2. Champ d'application géographique

Les Prestations d'Assistance Médicale et les Services Complémentaires sont valables dans le monde entier.

5.3. Prestations

Informations générales

Foyer Santé fournit les Prestations d'Assistance Médicale et les Services Complémentaires selon la nature et l'étendue correspondant au tableau récapitulatif des prestations suivant, sauf disposition contraire du présent tableau récapitulatif des prestations, des considérations générales des Conditions Générales d'Assurance ou du Glossaire.

Service d'assistance 24h/24 par téléphone et par e-mail avec des conseillers, des médecins généralistes et des spécialistes expérimentés

L'assistance médicale est joignable 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an via le numéro d'urgence.

Transport en ambulance ou rapatriement

La prestation est valable pour un transport en ambulance ou un rapatriement nécessaire pour raisons médicales dans le pays de résidence. Les frais d'escorte nécessaires pour raisons médicales sont également couverts.

- Le transport en ambulance ou le rapatriement peut également avoir lieu en raison de l'insuffisance des soins médicaux et des conditions d'hygiène dans l'hôpital qui dispense le traitement.
- Le transport en ambulance ou le rapatriement doit être prescrit par le médecin traitant compétent et Foyer Santé doit présenter un engagement de prise en charge des frais.
- Le transport en ambulance ou le rapatriement a lieu après l'accord entre le médecin traitant et Foyer Santé vers un hôpital apte à poursuivre le traitement médical.
- Après accord avec Foyer Santé, le rapatriement peut également avoir lieu au domicile actuel ou au dernier domicile de l'Assuré dans son pays d'origine ou son pays de destination, si le sinistre est survenu hors du pays de séjour.

Informations sur les infrastructures médicales/soins médicaux dans la langue souhaitée

- Propositions de médecins généralistes, de spécialistes, d'hôpitaux et de cliniques spécialisées situés dans un périmètre proche du lieu où se trouve l'Assuré, dans la langue souhaitée.
- Conseil et assistance dans le choix d'un lieu de traitement en cas de transfert/changement de praticien nécessaire sur le plan médical.

Assistance et information (second avis, observation de l'évolution de la maladie)

- Assistance et organisation d'un second avis médical (diagnostic médical) de la part d'un spécialiste du domaine concerné en cas de maladie très grave et fatale et de problèmes de santé.

- Assistance dans le choix du spécialiste, de l'hôpital et de l'organisation de l'admission et de la sortie du patient.
- Organisation et assistance dans le cadre de l'observation de l'évolution de la maladie/de la guérison par des médecins et des interlocuteurs de Foyer Santé.

Garantie de prise en charge des frais, notamment dans la préparation du séjour à l'hôpital

- Envoi d'une garantie de prise en charge des frais, notamment dans le cadre d'une hospitalisation prévue.
- Possibilité de règlement direct au médecin traitant/à l'hôpital.

Versement d'une avance

Versement d'une avance à l'Assuré si le praticien et/ou l'hôpital n'accepte(nt) que les règlements en espèces.

Assistance et informations sur le type, les origines potentielles et les possibilités de traitement médical/formes de thérapies de la maladie ainsi que sur les termes médicaux

Conseils et explication des questions médicales en cas de maladie d'un Assuré, notamment des origines et des possibilités de traitement médical/formes de thérapies d'une maladie, et explication des termes médicaux.

Assistance en vue de l'organisation d'un entretien entre médecins

En cas de maladie et de détérioration de l'état de santé, notamment dans le cadre d'une maladie chronique, Foyer Santé fournit une assistance en vue de l'organisation d'un entretien entre médecins, par exemple entre le médecin traitant du pays de destination/pays d'origine et du pays de séjour.

Assistance dans le choix du médicament prescrit, des produits comparables et informations sur leurs effets secondaires

- Informations sur les médicaments, leurs effets secondaires et les interactions avec d'autres produits ainsi que sur les effets néfastes pour la santé.
- Informations sur les produits comparables et identiques.

Assistance et conseils médicaux avant le début du voyage (vaccinations, préparation de la pharmacie de voyage)

- Informations médicales sur les conditions d'hygiène dans le pays de séjour.
- Renseignements et informations sur les vaccinations recommandées dans le pays de séjour, notamment en cas de problèmes de santé existants.
- Assistance dans la préparation d'une pharmacie de voyage, compte tenu des conditions d'hygiène et des facteurs climatiques dans le pays de séjour.
- Les informations et les renseignements sont transmis par téléphone et par e-mail par Foyer Santé.

6. Limitations et exclusions

6.1 LIMITATIONS GÉNÉRALES

DE MANIÈRE GÉNÉRALE ET POUR TOUTES LES GARANTIES :



(1) L'ASSURÉ DOIT SOLLICITER L'INTERVENTION PRÉALABLE DE L'ASSURANCE LÉGALE OU DE TOUTES AUTRES ASSURANCES LÉGALES DE MALADIE, ACCIDENT, OU VIEILLESSE ET INVALIDITÉ, ET PRÉSENTER À FOYER SANTÉ LES FRAIS RESTANT DE MANIÈRE EFFECTIVE À SA CHARGE.

(2) LES SINISTRES SURVENUS AVANT LA CONCLUSION DU CONTRAT ET QUI ONT ÉTÉ DÉCLARÉS PAR L'ASSURÉ ET NON EXPRESSÉMENT EXCLUS PAR FOYER SANTÉ, SONT EXCLUS DE TOUTE PRESTATION DE FOYER SANTÉ POUR LA PARTIE SE SITUANT DANS LA PÉRIODE PRÉCÉDANT LA PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE OU PENDANT LES DÉLAIS D'ATTENTE.

(3) EN CAS DE VISITE À DOMICILE PAR UN MÉDECIN, SI UNE INDEMNITÉ KILOMÉTRIQUE OU DES FRAIS DE DÉPLACEMENT SONT MIS EN COMPTE PAR UN MÉDECIN QUI N'EST PAS ÉTABLI DANS LA LOCALITÉ DU DOMICILE DE L'ASSURÉ, CETTE INDEMNITÉ OU LES FRAIS DE DÉPLACEMENT PEUVENT ÊTRE DIMINUÉS EN FONCTION DE LA DISTANCE QUE LE MÉDECIN COMPÉTENT POUR LE TRAITEMENT LE PLUS PROCHE AURAIT DÛ PARCOURIR.

(4) SI LE TRAITEMENT CURATIF OU D'AUTRES MESURES, POUR LESQUELS DES PRESTATIONS SONT GARANTIES, DÉPASSENT CE QUI EST MÉDICALEMENT REQUIS, FOYER SANTÉ PEUT RÉDUIRE SES PRESTATIONS À UN MONTANT APPROPRIÉ. FOYER SANTÉ EST ÉGALEMENT HABILITÉE À PROCÉDER À UNE TELLE RÉDUCTION DE SES PRESTATIONS, SI POUR UN TRAITEMENT MÉDICALEMENT REQUIS OU POUR TOUTE AUTRE MESURE, UNE RÉMUNÉRATION EXCESSIVE A ÉTÉ MISE EN COMPTE.

6.2. EXCLUSIONS



AUCUNE PRESTATION DE FOYER SANTÉ N'EST DUE :

(1) POUR DES MALADIES, Y COMPRIS LEURS CONSÉQUENCES, AINSI QUE POUR LES SUITES D'ACCIDENTS ET LES DÉCÈS RÉSULTANT D'ÉVÉNEMENTS DE GUERRE, DE SERVICE MILITAIRE, D'ÉMEUTES ET ACTES DE VIOLENCES COLLECTIVES ET QUI NE SONT PAS EXPRESSÉMENT INCLUS DANS LA GARANTIE DE L'ASSURANCE.

(2) POUR DES SINISTRES INTENTIONNELS, RESPECTIVEMENT TOUTES LES MALADIES, ACTES ET ACCIDENTS ET LEURS SUITES CAUSÉES INTENTIONNELLEMENT.

(3) POUR DES MESURES DE DÉSINTOXICATION Y COMPRIS LES CURES DE DÉSINTOXICATION.

(4) POUR LES CURES ET/OU LES TRAITEMENTS EN SANATORIUM À DES FINS DE CONFORT, DE RÉCUPÉRATION SPORTIVE, ESTHÉTIQUE ET/OU DE BIEN-ÊTRE, AINSI QUE LES MESURES DE RÉADAPTATION.

(5) POUR LES TRAITEMENTS EFFECTUÉS PAR DES ÉPOUX, CONJOINTS, DES PARENTS OU DES ENFANTS (QUEL QUE SOIT LE DEGRÉ). LES FRAIS MATÉRIELS PROUVÉS SONT REMBOURSÉS CONFORMÉMENT AUX PRÉSENTES CONDITIONS SPÉCIALES.

(6) POUR DES MESURES COSMÉTIQUES ET ESTHÉTIQUES DE TOUT GENRE ET LEURS SUITES.

(7) POUR UNE TENTATIVE DE SUICIDE.

(8) POUR DES PRODUITS DIÉTÉTIQUES, DES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES, DES PRODUITS AMAIGRISSANTS, DES CONTRACEPTIFS, DES FORTIFIANTS, DU MATÉRIEL GÉRIATRIQUE, DES COSMÉTIQUES (CRÈME, ETC...) ET DES PRODUITS DE CONFORT.

(9) POUR LES CONSULTATIONS CHEZ UN DIÉTÉTICIEN.

(10) POUR LES PRODUITS D'ENTRETIEN DES AIDES THÉRAPEUTIQUES (PAR EXEMPLE : SHAMPOING POUR PERRUQUES).

(11) POUR LES GREFFES DE CHEVEUX.

(12) POUR LES MASSAGES.

(13) POUR DES PRODUITS, APPAREILS MÉDICAUX ET ARTICLES SANITAIRES (PAR EXEMPLE, LES THERMOMÈTRES, LES APPAREILS DE MASSAGE, LES COUSSINS CHAUFFANTS, LES TENSIONNOMÈTRES) NON ÉNUMÉRÉS EXPRESSÉMENT DANS LE CONTRAT.

(14) POUR TOUT TRAITEMENT DE NATURE COSMÉTIQUE ET/OU ESTHÉTIQUE UTILISÉ À D'AUTRES FINS PAR DES MÉDECINS, MÉDECINS DENTISTES, OU AUTRES SPÉCIALISTES DE LA MÉDECINE. SONT COMPRIS SOUS CETTE EXCLUSION DES TRAITEMENTS COMME LA LIPOSUCCION, LES TRAITEMENTS ANTI-ÂGE, L'ÉPILATION, LA CRYOLIPOLYSE, LA LIPOCAVIGATION, LE DÉTATOUAGE (LISTE NON EXHAUSTIVE).

(15) POUR TOUT TRAITEMENT DE NATURE À PROCURER UN CONFORT À L'ASSURÉ SANS QUE CE TRAITEMENT AIT UNE PROPRIÉTÉ CURATIVE.

(16) POUR LES TRAITEMENTS EFFECTUÉS PAR DES MÉDECINS, PAR DES MÉDECINS DENTISTES, PAR DES PROFESSIONNELS CONVENTIONNÉS, PAR DES NATUROPATHES, PAR DES OSTÉOPATHES, PAR DES CHIROPRACTEURS, PAR UN MÉDECIN PRATIQUANT LA MÉDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE, ET DANS DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS, POUR LESQUELS FOYER SANTÉ A EXCLU LE REMBOURSEMENT DE NOTES DE FRAIS POUR UN MOTIF GRAVE, SI LE SINISTRE EST INTERVENU APRÈS LA NOTIFICATION DE L'EXCLUSION AU PRENEUR D'ASSURANCE. SI, AU MOMENT DE LA NOTIFICATION, LE SINISTRE N'EST PAS ENCORE TERMINÉ, IL N'Y A PAS D'OBLIGATION DE REMBOURSEMENT DES FRAIS INTERVENUS PLUS DE TROIS MOIS APRÈS LA NOTIFICATION EN QUESTION.

(17) POUR L'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET LA STÉRILISATION, SAUF EN CAS DE NÉCESSITÉ MÉDICALE ÉTABLIE.

(18) POUR DES EXPERTISES, DES CERTIFICATS, DES PLANS DE TRAITEMENT ET DE FRAIS DANS LA MESURE OÙ LE PRENEUR D'ASSURANCE OU L'ASSURÉ DOIT LES PRODUIRE (EXEMPLES NON LIMITATIFS : CERTIFICAT MÉDICAL DANS LE CADRE D'UN PERMIS DE CONDUIRE OU POUR L'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ SPORTIVE).

(19) POUR LES FRAIS DE TRADUCTION DE TOUS DOCUMENTS.

(20) POUR TOUS LES TRAITEMENTS, SOINS, ACTES, EFFECTUÉS AU *DOMICILE DE L'ASSURÉ* SAUF CEUX QUI SONT MÉDICALEMENT NÉCESSAIRES SUITE À UNE HOSPITALISATION DE L'ASSURÉ.

(21) POUR LE FAIT DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'ASSURÉ OU D'UN BESOIN DE GARDE DE L'ASSURÉ. LE SÉJOUR ET/OU LES SOINS NON MÉDICAUX PRESTÉS À *DOMICILE* OU DANS UNE MAISON DE REPOS, DANS UNE MAISON DE REPOS ET DE SOINS, DANS UNE MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES OU DANS UN ÉTABLISSEMENT DU MÊME TYPE NE SONT PAS REMBOURSÉS.

(22) POUR LES SOINS ET/OU ACTES RÉSULTAT DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE DE L'ASSURÉ, QUE CE SOIT EN INSTITUTION OU À *DOMICILE DE L'ASSURÉ*, AINSI QUE LES FRAIS RÉSULTANT DE CE PLACEMENT EN INSTITUTION.

(23) POUR VOYAGES À L'ÉTRANGER ENTREPRIS DANS LE BUT DE SUIVRE UN TRAITEMENT CURATIF, LE LIBRE CHOIX DES HÔPITAUX ET DES MÉDECINS EST UNIQUEMENT GARANTI DANS LES PAYS DE L'EUROPE. POUR LES PAYS EN DEHORS DE L'EUROPE AUCUNE PRESTATION N'EST GARANTIE DANS CE CAS.

(24) POUR LES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES ET FRAIS ANNEXES EXPOSÉS PAR L'ASSURÉ DANS LE CADRE DE LA GARANTIE DÉFINIE À L'ARTICLE 4.3.2 AU POINT « LUNETTES ET CONTRÔLE DE LA VUE » (EXEMPLES NON LIMITATIFS : PRODUITS D'ENTRETIEN DES LUNETTES OU DES LENTILLES, CARTE DE FIDÉLITÉ, FRAIS DE MONTAGE, FRAIS D'ENVOI, GARANTIE, EXTENSION DE GARANTIE, ETC...).

(25) POUR LES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES ET FRAIS ANNEXES EXPOSÉS PAR L'ASSURÉ DANS LE CADRE DE LA GARANTIE DÉFINIE À L'ARTICLE 4.4.2 AU POINT « ORTHODONTIE » ET QUI SONT LIÉS À L'ORTHODONTIE (EXEMPLES NON LIMITATIFS : TRAITEMENT LINGUAL, BRACKETS, CP8 ORTHO, ETC...).

(26) TOUS LES TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES DE CONFORT.

(27) POUR DES SÉANCES DE COACHING OU DES THÉRAPIES DE COUPLE, FAMILIALE.

(28) POUR DE L'HAPTONOMIE.

(29) POUR DES SEMELLES DE SPORT.

(30) POUR DES AIDES THÉRAPEUTIQUES LIÉES À UNE ACTIVITÉ SPORTIVE (EXEMPLES NON LIMITATIFS : GENOUILLÈRE, BOUCHONS D'OREILLES...).

(31) POUR DES CONSULTATIONS, PRISES DE MESURES, TRAITEMENTS EXERCÉS PAR DES PÉDICURES ET DES PODOLOGUES.

(32) POUR DES THÉRAPIES ALTERNATIVES (exemples non limitatifs : sophrologie, hypnose, relaxation, etc...) QUI NE SONT PAS DISPENSÉES PAR DES PROFESSIONNELS LIMITATIVEMENT ÉNUMÉRÉS À L'ARTICLE 4.3.2 AU POINT « TRAITEMENTS THÉRAPEUTIQUES ET ALTERNATIFS ».

(33) POUR DES FRAIS DE COMMUNICATIONS, DENRÉES ALIMENTAIRES, PRODUITS DE CONFORT LORS D'UN TRAITEMENT CURATIF HOSPITALIER.

II. CONDITIONS ADMINISTRATIVES RÉSIDENTS EN France Foyer Global Health EPION

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

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	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 changement de domicile (départ à l'étranger)			
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

Le traitement des **données personnelles** par *Foyer Santé* s'effectue dans le cadre précontractuel et contractuel conformément au règlement général 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 (Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016) et à la loi du 1er août 2018 portant organisation de la Commission nationale pour la protection des données et mise en œuvre du 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.

Le responsable du traitement est *Foyer Santé* qui collecte, enregistre et traite les données que le *preneur d'assurances* et si elles sont différentes la (les) personne(s) *assurée* (s) lui a (ont) communiquées, ainsi que celles qu'il (elles) lui communiquera(ont) ultérieurement, en vue d'apprécier les risques, de préparer, d'établir, de gérer, d'exécuter le *contrat* d'assurance, de répondre au respect des exigences réglementaires, de régler d'éventuels *sinistres* et de prévenir toute *fraude*.

Les catégories particulières de données personnelles concernant la santé sont traitées par *Foyer Santé* dans le cadre strict de la finalité de l'article 9 paragraphe (2) g) du RGPD aux fins de la poursuite d'un intérêt public.

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. Elle conserve un droit de retrait et peut s'opposer à tout moment au traitement de ses données à de telles fins non en relation avec ses produits actuels ou de marketing direct.

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.

Foyer Santé peut, en sa qualité d'assureur, communiquer certaines données personnelles à d'autres assureurs, réassureurs, courtiers d'assurance ou de réassurance et autres intermédiaires et agents, avocats, experts / conseils techniques, médecin conseils, réviseurs, fournisseurs de service IT, partenaires commerciaux, autorités gouvernementales et de médiation situés au Grand-Duché de Luxembourg ou à l'étranger.

Foyer Santé peut faire appel à des entreprises spécialisées qui seront alors amenées à traiter vos données pour son compte et selon ses instructions dans le respect du Règlement de Protection des Données. Seules les données strictement nécessaires sont alors partagées avec ces **sous-traitants** dans le respect des dispositions de l'article 300 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances.

À ce titre, le *preneur d'assurance* autorise de manière expresse *Foyer Santé* à recourir à des services de sous-traitant qui utilisent des services cloud.

Vos données peuvent ainsi être enregistrées sur des serveurs cloud gérés par un hébergeur tiers situé en UE dans le strict respect des dispositions en matière de protection des données personnelles.

Dans l'hypothèse où des données personnelles sont transférées hors de l'UE, toutes les mesures de protection prévues par le Règlement de Protection des Données seront prévues et observées conformément à ce règlement.

Le *preneur d'assurance* dispose d'un droit d'accès, de limitation, d'effacement dans les limites légales, de rectification et de portabilité concernant ses données qu'il pourra exercer en adressant une demande écrite à l'adresse du responsable du traitement.

La durée de conservation de celles-ci est limitée à la durée du *contrat* 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 a désigné un Data Protection Officer qui peut être contacté par courrier postal à l'adresse du responsable du traitement ou par voie électronique à dataprotectionofficer@foyer.lu.

Sous-traitance

Lorsque la communication de données protégées par le secret professionnel en matière d'assurance intervient dans le cadre d'une **sous-traitance**, mise en place à l'initiative de *Foyer Santé* au sens de l'article 2bis alinéa 2 de l'article 300 de la loi modifiée du 7 décembre 2015, auprès d'un prestataire de services tiers, autres que ceux visés par cet article 300, *Foyer Santé* notifiera au *preneur d'assurance* l'existence de cette sous-traitance, le type de renseignements qui seront ainsi transmis et le pays d'établissement du prestataire de services. Dans l'hypothèse où ce prestataire de service ne serait pas soumis à une obligation de secret professionnel similaire à celle de *Foyer Santé*, cette dernière s'engage à mettre en place un accord de confidentialité avec le prestataire pour lui imposer le respect d'une telle obligation dans le cadre de la sous-traitance concernée.

Si endéans les deux mois suivant la notification de la sous-traitance prévue ci-dessus, par email envoyé à la dernière adresse communiquée par le *preneur d'assurance* à *Foyer Santé*, celui-ci ne s'y est pas opposé par écrit, *Foyer Santé* considérera comme acquis son consentement. Dans le cas où l'opposition du *preneur d'assurance* serait susceptible d'avoir des conséquences sur la gestion optimale du *contrat* par *Foyer Santé* ou aurait un impact sur le niveau de service, *Foyer Santé* sera en droit de faire usage de son droit de *résiliation* annuel. Cette notification pourra également être valablement faite lors de l'envoi de l'avis d'échéance ou de tout autre document en lien avec la vie du *contrat*. L'opposition faite par le *preneur d'assurance* devra être notifiée à *Foyer Santé* soit en résiliant le contrat dans les 60 jours après envoi de l'avis d'échéance.

Dans le cadre de l'exécution du *contrat*, et dans le but de permettre une exécution optimale des prestations d'assurance selon des normes de qualité élevées, *Foyer Santé* utilise un prestataire de services situé en France et en Allemagne dans le cadre du *contrat*.

Dans ce contexte de sous-traitance, certaines informations sont mises à disposition de ces prestataires de services. Les informations transférées et/ou divulguées dans le cadre de cette sous-traitance incluent, le cas échéant, les données d'identification personnelles (exemples : civilité, nom, prénom, adresse physique, adresse email, numéro de téléphone, date de naissance ...liste non exhaustive) et des données de communication (exemples : compte-rendu d'échanges par appel ou email ou réseau social ou via portail... liste non exhaustive). Le *preneur d'assurance* consent expressément à cette sous-traitance telle que décrite ci-dessus.

Informations complémentaires

Pour toute information complémentaire, consulter la page du site <https://www.foyerglobalhealth.com/fr/vie-privee/> ou contacter notre Data Protection Officer par courrier postal ou par voie électronique à dataprotectionofficer@foyer.lu.

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. La demande doit toujours contenir les éléments justifiant le traitement. POUR ÊTRE REMBOURSÉE, LA PRESTATION DOIT ÊTRE VALIDÉE PAR ÉCRIT PAR FOYER SANTÉ ET PRÉALABLEMENT AUX SOINS ET TRAITEMENTS ENVISAGÉS.
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' <i>assuré</i> .
Établissements hospitaliers	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. 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.
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	<i>Foyer Santé</i> 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' <i>assuré</i> 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	Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives à l'égard des <i>maladies</i> humaines. Tout <i>médicament homéopathique</i> doit avoir une autorisation préalable délivrée par le Ministre de la Santé (ou une autorité comparable).
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> .