



Conditions Générales



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

www.foyerglobalhealth.com

CONDITIONS GÉNÉRALES

Table des matières

Bases contractuelles	3
1. Cadre de l'assurance	3
2. Conditions générales	3
2.1. Existence du contrat	3
2.1.1. Déclarations lors de la conclusion et pendant la durée du contrat.....	3
2.1.1.1. Lors de la conclusion du contrat.....	3
2.1.1.2. Pendant la durée du contrat.....	4
2.1.1.3. Cumul d'assurances	4
2.1.1.4. Droit de rétractation.....	4
2.1.2. Formation et prise d'effet	4
2.1.3. Durée	5
2.1.4. Primes.....	5
2.1.4.1. Modalités de paiement.....	5
2.1.4.2. Conséquences d'un retard de paiement	5
2.1.4.3. Modification des tarifs ou des conditions.....	6
2.1.5. Prestations	6
2.1.5.1. Délais d'attente.....	6
2.1.5.2. Déclaration.....	6
2.1.5.3. Obligations et formalités à respecter lors de la réalisation d'un sinistre	6
2.1.5.4. Prestations de l'assureur	7
2.1.5.5. Subrogation.....	8
2.1.5.6. Prescription	8
2.1.6. Fin du contrat.....	8
2.2. Résiliation	8
2.2.1. Résiliation automatique.....	8
2.2.2. Résiliation facultative.....	9
2.2.2.1. Résiliation par le <i>preneur d'assurance</i>	9
2.2.2.2. Résiliation par l'assureur	9
2.2.2.4. Faillite de du <i>preneur d'assurance</i>	10
2.2.3. Formes de résiliation du contrat	10
2.2.4. Remboursement des primes en cas de résiliation.....	10
2.2.5. Fin de l'assurance.....	10
2.3. Dispositions diverses.....	11
2.3.1. Pluralité de preneur d'assurances	11

2.3.2. Notifications.....	11
2.3.3. Contestations.....	11
2.3.4. Droit applicable et juridiction compétente	11
2.3.5. Législations locales	12
2.3.6. Protection des données à caractère personnel.....	12
2.3.7. Sous-traitance	13
3. Glossaire.....	14

Bases contractuelles

Les droits et devoirs mutuels des parties au contrat sont régis par

- les Conditions Générales de toutes les garanties, ainsi que les Conditions Spéciales propres à chaque garantie ;
- le Glossaire ;
- les Conditions Particulières et les annexes médicales du contrat, faisant foi pour les prestations d'assurance promises et pour lesquelles le ou les risque(s) assuré(s) sont désignés.

Les droits et devoirs mutuels des parties au contrat résultent des présentes dispositions et des avenants à ce sujet.

1. Cadre de l'assurance

Le cadre de l'assurance et la limite supérieure respective des montants remboursés résultent des conditions générales et spéciales d'assurances, des conditions particulières (la police d'assurance) et de leurs avenants, ainsi que des dispositions légales luxembourgeoises.

2. Conditions générales

2.1. Existence du contrat

2.1.1. Déclarations lors de la conclusion et pendant la durée du contrat

2.1.1.1. Lors de la conclusion du contrat

Le *preneur d'assurance* s'engage à répondre à toutes les questions posées par l'assureur de manière véridique et complète. La prime sera fixée en conséquence.

Le contrat est nul lorsqu'en raison de la violation intentionnelle de l'obligation de déclaration à la souscription du contrat, l'appréciation du risque a été modifiée de telle façon que l'*assureur*, s'il avait eu connaissance des circonstances non déclarées, n'aurait en aucun cas assuré le risque ou ne l'aurait pas assuré aux mêmes conditions. Dans ce cas, l'*assureur* conserve un droit sur les primes déjà versées. L'*assureur* dispose d'un droit récursoire sur les éventuels montants versés pour rembourser des sinistres, ainsi que d'un droit sur le paiement de toutes les primes exigibles jusqu'au moment où l'*assureur* a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Lorsque la violation de l'obligation de déclaration n'est pas intentionnelle, l'*assureur* peut, dans un délai d'un mois à compter du jour où il a pris connaissance de la déclaration, proposer un avenant au contrat, qui prendrait effet au moment de cette prise de connaissance.

Cependant, si l'*assureur* apporte la preuve qu'en cas d'une déclaration correcte du risque il n'aurait en aucun cas conclu le contrat, alors l'*assureur* peut résilier le contrat dans un délai d'un mois à compter du jour où il a pris connaissance de la violation de l'obligation de déclaration.

Si le *preneur d'assurance* refuse la proposition d'avenant ou si cette proposition n'est pas acceptée après un délai d'un mois après réception de la proposition, l'*assureur* peut résilier le contrat dans les deux semaines qui suivent.

Lorsque la violation de l'obligation de déclaration peut être reprochée au *preneur d'assurance* ou à l'assuré et qu'un *sinistre* survient avant que la résiliation du contrat soit effective, l'*assureur* est uniquement tenu de fournir sa prestation que selon le rapport entre la prime versée et la prime qui aurait dû être versée en cas de déclaration correcte du risque. Si l'*assureur* apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle s'est avérée lors du *sinistre*, la prestation liée au *sinistre* se limite alors au remboursement des primes payées et/ou des fractions des primes payées.

Si plusieurs personnes sont couvertes par la relation d'assurance et si les conditions de résiliation et/ou de nullité ne sont remplies que pour des *assurés* individuels, l'exercice des droits ci-dessus peut être limité à ces personnes.

2.1.1.2. Pendant la durée du contrat

Le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* est tenu de déclarer tout changement ayant trait au contrat d'assurance et susceptible d'engendrer une augmentation nette et durable du risque assuré.

2.1.1.3. Cumul d'assurances

Si une autre assurance maladie assortie de prestations obligatoires existe en plus du présent contrat, cette assurance maladie prévaut sur le présent contrat.

2.1.1.4. Droit de rétractation

Lorsque le contrat d'assurance est conclu à distance, le *preneur d'assurance* dispose d'un délai de 14 jours calendrier pour se rétracter, sans pénalité et sans indication de motif.

Le délai pendant lequel peut s'exercer le droit de rétractation commence à courir :

- À compter du jour où le contrat à distance est conclu,
- Ou, à compter du jour où le *preneur d'assurance* reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle visée au premier tiret.

Si le *preneur d'assurance* exerce son droit de rétractation, il le notifie avant l'expiration du délai par lettre recommandée ou par un autre support durable qui est à la disposition de l'Assureur et auquel il a accès. Le délai est réputé respecté si la notification a été envoyée avant l'expiration du délai.

2.1.2. Formation et prise d'effet

L'assurance prend effet à la date indiquée dans les Conditions Particulières, mais pas avant la conclusion du contrat d'assurance et pas avant la fin des délais d'attente. Le contrat d'assurance est considéré comme conclu dès qu'il a été signé par les deux parties au contrat et que le *preneur d'assurance* a versé la première prime ou la première fraction de prime.

Aucune prestation n'est accordée pour les *sinistres* survenus avant la prise d'effet du contrat.

En ce qui concerne les nouveau-nés, la prestation d'assurance des frais de maladie commence immédiatement après la naissance, sans délai d'attente, sans examen du risque, si les deux parents sont *assurés* pour les frais de soins auprès de l'*assureur* depuis au moins trois mois à la date de naissance de l'enfant et si la demande d'assurance est parvenue au plus tard deux mois après la

naissance, avec effet rétroactif au premier du mois de naissance de l'enfant. La prestation d'assurance ne peut pas être supérieure ou plus étendue que celle de l'un des parents *assurés*. Les nouveau-nés ne peuvent être assurés qu'aux tarifs prévus pour les nouveaux contrats.

2.1.3. Durée

Le contrat d'assurance commence à la date indiquée dans les Conditions Particulières (prise d'effet de l'assurance). Le contrat d'assurance est conclu pour une durée d'un an et se prolonge ensuite de manière tacite pour une période d'un an s'il n'est pas résilié dans les délais.

2.1.4. Primes

2.1.4.1. Modalités de paiement

Sauf convention contraire, les primes, frais et taxes légalement admis doivent être payés à l'avance au siège de l'*assureur* et/ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Le paiement incombe au *preneur d'assurance*.

Lorsque le contrat porte sur plusieurs risques assurés, le montant total des primes est considéré comme constituant une prime indivisible.

La prime est une prime annuelle. Elle est valable à compter de la prise d'effet de l'assurance et elle est exigible au début de chaque année d'assurance. Toute modification des modalités de paiement requiert l'accord de l'*assureur*.

La première prime doit être payée au plus tard lors de la remise du contrat d'assurance.

Pour les nouveau-nés assurés dès la naissance, les primes sont prélevées dès le jour de la naissance de l'enfant.

2.1.4.2. Conséquences d'un retard de paiement

En cas de non-paiement des primes ou d'un versement de prime dans les dix jours de leur échéance, pour quelque motif que ce soit, les prestations d'assurance du contrat seront suspendues après un délai minimal de 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée au *preneur d'assurance* à son dernier domicile connu. Pour garantir son obligation d'information, l'assureur envoie également le courrier à la dernière adresse e-mail connue.

La lettre recommandée contient une sommation de l'*assureur* de payer les primes échues. De plus, la lettre rappelle la date d'échéance et le montant total de ces primes, ainsi que les conséquences d'un non-paiement à l'expiration du délai précédemment cité.

Aucun *sinistre* survenu pendant la période de suspension, ne peut engager la garantie de l'*assureur*.

Celui-ci a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de 30 jours cité précédemment.

Le contrat non-résilié reprend ses effets pour l'avenir à minuit, le lendemain du jour où l'*assureur* ou le mandataire désigné par lui à cet effet reçoit le paiement des primes dues, ou en cas de fractionnement du montant total des primes annuelles, des fractions de primes ayant fait l'objet de la mise en demeure et les primes venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, le cas échéant, les frais de justice et de recouvrement.

La suspension ne porte pas atteinte aux droits de l'*assureur* de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que le *preneur d'assurance* ait été mis en demeure. Ce droit se limite cependant aux primes échues sur deux années consécutives. Le contrat suspendu en raison d'un non-paiement des primes est automatiquement résilié après une suspension ininterrompue de deux ans.

2.1.4.3. Modification des tarifs ou des conditions

Si l'*assureur* entend modifier les conditions d'assurance et/ou ses tarifs, il ne peut entreprendre cette modification qu'en conformité avec les dispositions de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance et les éventuelles modifications légales ultérieures de ladite loi.

Dans certains cas, si l'*assuré* atteint un certain âge (par exemple, lors du chevauchement de l'enfance et de l'âge adulte), la prime correspondant à la tranche d'âge la plus élevée est d'application à compter du début de l'année civile. Dans ce cas, l'*assureur* n'est pas tenu d'en informer l'*assuré* selon les dispositions de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance et les éventuelles modifications légales ultérieures de ladite loi.

2.1.5. Prestations

2.1.5.1. Délais d'attente

Des délais d'attente s'appliquent pendant la période où les garanties d'assurance n'existent qu'en cas d'accident.

En cas de grossesse (ainsi que les complications qui y sont liées), l'accouchement, les prestations psychiatriques, la psychothérapie et les prestations dentaires complètes, les délais d'attente sont de dix mois. Dans le cas du traitement de la stérilité, le temps d'attente est de 24 mois pour les deux époux ou partenaires.

En cas de modification du contrat, les délais d'attente s'appliquent également à la nouvelle partie de la garantie d'assurance.

2.1.5.2. Déclaration

Dans tous les cas, le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* doivent déclarer le *sinistre* à l'*assureur* dans les trois ans de sa survenance. Si cela est impossible suite à un cas fortuit ou un cas de force majeure, l'*assureur* doit en être avisé aussi rapidement que cela est raisonnablement possible.

2.1.5.3. Obligations et formalités à respecter lors de la réalisation d'un sinistre

L'*assuré* doit prendre sans attendre toutes les mesures qui s'imposent pour éviter un sinistre ou en limiter les conséquences.

Le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* doivent fournir sans attendre tous les renseignements utiles à l'*assureur* et répondre à toutes les demandes qui leur sont adressées pour déterminer les circonstances du *sinistre* et fixer leur étendue.

Si le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* ne remplissent pas l'une de ces obligations et qu'il en résulte un dommage pour l'*assureur*, celui-ci a le droit de prétendre à une réduction de sa prestation à

concurrence du préjudice qu'il a subi. L'*assureur* peut refuser sa garantie si le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* n'ont pas exécuté leurs obligations dans une intention frauduleuse.

En ce qui concerne l'assurance des frais de maladie, chaque traitement en hôpital doit être déclaré dans les dix jours qui suivent le début du traitement. En cas de manquement aux obligations, l'*assureur* peut réduire ses *prestations* proportionnellement au dommage qu'il a ainsi subi. En cas de violation dolosive des obligations, l'*assureur* peut refuser sa garantie.

Les renseignements demandés doivent également être délivrés à un mandataire de l'*assureur*. Sur demande de l'*assureur*, l'*assuré* est tenu de se faire examiner par un médecin désigné par l'*assureur*.

2.1.5.4. Prestations de l'assureur

S'il existe aussi un droit à prestations auprès d'une caisse maladie publique ou s'il existe un droit à prestations d'un autre organisme ou institution, l'*assuré* est tenu de nous céder l'ensemble de ses droits vis-à-vis de ces organismes..

L'*assureur* n'est tenu de payer que si les justificatifs qu'il demande lui sont apportés, ils deviennent alors la propriété de l'*assureur*.

L'*assureur* se réserve le droit de les archiver. Les preuves de paiement remises par l'assuré doivent être des documents originaux, qui doivent respecter les dispositions légales du pays d'émission de la facturation. Pour faciliter l'exécution de la prestation et pour pouvoir rembourser les frais rapidement, l'*assureur* accepte également la télétransmission des preuves de paiement par e-mail ou télécopie, tant que la qualité de transmission en permet le traitement. En cas d'un intérêt légitime, l'assureur peut demander les justificatifs originaux. Si un autre assureur et/ou une autre institution a participé au remboursement des frais, des doubles des preuves de paiement assortis de leur mention de remboursement original suffisent. L'*assureur* peut se libérer de sa prestation en cas de présentation de justificatifs originaux par un porteur ou un expéditeur.

Doivent figurer sur les factures : prénom et nom de famille, ainsi que la date de naissance de la personne assurée et co-assurée, une mention exacte de la maladie par un médecin (diagnostic) ou une description précise de l'ensemble de la maladie ou les codes CIM 9 et/ou 10 (Classification Internationale des Maladies), les prestations individuelles avec les données du traitement et les prix unitaires. Dans le cadre d'un traitement dentaire, la dénomination des dents traitées ou remplacées et les prestations y relatives doivent être indiquées.

Doivent figurer sur les ordonnances : prénom et nom de famille, ainsi que la date de naissance de la personne assurée et co-assurée, les médicaments prescrits, le prix et la mention du paiement. Les ordonnances doivent être fournies avec la note d'honoraires du médecin y relative ou la facture des médicaments et des remèdes.

Si l'*assuré* demande une indemnité journalière d'hospitalisation au lieu d'un remboursement des frais, il doit remettre une attestation de traitement stationnaire, sur laquelle doit figurer le prénom et le nom de famille, ainsi que la date de naissance de la personne traitée, la dénomination de la maladie ainsi que les jours d'admission et de sortie, ainsi que les éventuels jours de congé maladie.

L'*assureur* est en droit de demander que les justificatifs soient fournis sur ses propres formulaires. Les formulaires concernés doivent être remplis par l'*assuré* et le médecin traitant.

L'*assureur* est en droit de payer ses *prestations* à la personne qui lui transmet ou envoie les justificatifs en bonne et due forme. En cas de doutes légitimes, l'*assureur* verse le montant du remboursement au *preneur d'assurance*.

Les frais de maladies engagés en devise étrangère seront convertis en Euros au taux de change valable au jour de la remise des justificatifs à l'*assureur*.

Afin de traiter les documents justificatifs (par exemple les expertises médicales, les factures, les ordonnances) dans les meilleurs délais, l'*assureur* demande à ce qu'ils soient remis dans l'une des langues suivantes : français, allemand ou anglais. De plus, l'*assureur* recommande l'utilisation « Formulaire de déclaration de sinistre ».

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

2.1.5.5. Subrogation

Sauf convention contraire, l'*assureur* est subrogé dans les droits et actions l'*assuré* à concurrence du montant de l'indemnité payée.

Si par le fait nt de l'*assuré*, la subrogation ne peut plus produire ses effets en faveur de l'*assureur*, ce dernier peut lui réclamer le remboursement de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi. La subrogation ne peut nuire à l'*assuré* partiellement indemnisé. Dans ce cas, il peut faire exercer ses droits de préférence vis-à-vis de l'*assureur* pour ce qui lui reste dû.

Sauf s'il fait preuve de malveillance, l'*assureur* n'a aucun recours contre les descendants, les ascendants, le conjoint et les alliés en ligne directe de l'*assuré*, mais aussi envers les personnes vivant dans son foyer, ses hôtes et ses employés de maison. Cependant, l'*assureur* peut exercer un recours contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie un contrat d'assurance.

2.1.5.6. Prescription

Le délai de prescription de toute action émanant du contrat d'assurance est de trois ans. Le délai court à partir du jour de l'évènement qui donne droit à l'action. Toutefois, si la personne à qui appartient le droit d'action peut prouver qu'elle a eu connaissance de l'évènement à une date ultérieure, le délai de prescription ne commence à courir qu'à compter de cette date, sans pouvoir excéder cinq ans à compter de l'évènement, excepté en cas de dol. La prescription ne s'applique pas aux personnes incapables d'agir dans les délais prescrits en raison d'un cas de force majeure.

Si le *sinistre* a été déclaré en temps utile, la prescription est interrompue jusqu'au moment où l'*assureur* aura informé l'autre partie de sa décision par écrit. En ce qui concerne l'action du bénéficiaire, le délai court à compter du jour où celui-ci a non seulement connaissance de l'existence du contrat et de sa qualité de bénéficiaire, mais aussi de la survenance de l'évènement duquel dépend l'exigibilité des prestations d'assurance.

2.1.6. Fin du contrat

Aucun remboursement n'est fait sur les prestations après la date de fin du contrat, même pour les *sinistres* déjà survenus et/ou déclarés.

2.2. Résiliation

2.2.1. Résiliation automatique

Le contrat suspendu pour défaut de paiement des primes est résilié d'office après une suspension continue de deux ans.

En ce qui concerne les *assurés* concernés, le contrat d'assurance prend fin en cas de cessation d'une des conditions d'assurabilité prévues au tarif.

La relation d'assurance prend fin avec le décès du *preneur d'assurance*. Cependant, les *assurés* sont autorisés de continuer la relation d'assurance en nommant un nouveau *preneur d'assurance*, à condition d'en avoir fait la déclaration dans les deux mois suivant le décès du *preneur d'assurance*.

Lorsque le divorce a été prononcé, les époux ont le droit de continuer leur part du contrat en tant que relation d'assurance autonome. Ceci s'applique également aux époux séparés.

2.2.2. Résiliation facultative

En cas de pluralité de garanties ou risques assurés, la résiliation peut porter soit sur une ou plusieurs garanties d'assurance et/ou risques.

2.2.2.1. Résiliation par le *preneur d'assurance*

Le *preneur d'assurance* est autorisé à résilier la relation d'assurance dans son intégralité ou pour des *assurés* ou des tarifs pris isolément à la fin de chaque année d'assurance, en le faisant cependant au plus tôt à la fin de la période convenue contractuellement. La résiliation doit être envoyée au plus tard 30 jours avant la date d'échéance de la prime annuelle, ou à défaut 30 jours avant la date anniversaire de la prise d'effet du contrat. Le *preneur d'assurance* a également le droit de résilier son contrat pendant 30 jours à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance par l'*assureur*. La résiliation prend effet au deuxième jour ouvrable suivant l'envoi de la lettre de résiliation, mais au plus tôt à la date de renouvellement du contrat.

En cas de modification des conditions générales, le *preneur d'assurance* est autorisé à résilier la relation d'assurance pour l'*assuré* concerné dans un délai d'un mois suivant la réception de la notification de la modification, et ce à partir de la date d'effet de la modification.

En cas d'augmentation des primes, le *preneur d'assurance* est autorisé à résilier la relation d'assurance de l'*assuré* concerné dans un délai de 60 jours à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance par l'*assureur*. La résiliation prend effet au deuxième jour ouvrable suivant l'envoi de la lettre de résiliation, mais au plus tôt à la date de renouvellement du contrat.

Le *preneur d'assurance* est autorisé à résilier tous ses contrats, si l'*assureur* a résilié une ou plusieurs garanties couvertes par le contrat d'assurance ou par un autre contrat d'assurance du *preneur d'assurance*. La résiliation doit avoir lieu dans les deux semaines suivant la réception de la déclaration de l'*assureur* et elle prend effet à la fin du mois au cours duquel la déclaration lui est parvenue.

Si le *preneur d'assurance* résilie la relation d'assurance dans son ensemble ou pour des *assurés* pris isolément, les *assurés* sont autorisés à poursuivre la relation d'assurance en nommant un nouveau *preneur d'assurance*. La notification doit avoir lieu dans les deux mois suivant la résiliation. La résiliation ne prend effet que si le *preneur d'assurance* apporte la preuve que les *assurés* concernés ont pris connaissance de la déclaration de résiliation.

2.2.2.2. Résiliation par l'*assureur*

Si une seule et même garantie est assurée de manière dolosive par un ou plusieurs contrats d'assurance pour une prime trop élevée, le contrat est nul. Dans ce cas, l'*assureur* est autorisé à conserver les primes perçues.

L'*assureur* a le droit de résilier la relation d'assurance avec effet immédiat si le *preneur d'assurance* ou un *assuré* a obtenu ou a essayé d'obtenir des prestations d'assurance de manière frauduleuse. Le droit de résiliation prend fin s'il n'a pas été utilisé dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle l'*assureur* a pris connaissance des faits permettant la résiliation.

Si la relation d'assurance couvre plusieurs personnes et que les conditions de résiliation ne sont remplies que pour des *assurés* individuels, l'exercice des droits cités ci-dessus peut être limité à ceux-ci.

2.2.2.4. Faillite de du *preneur d'assurance*

En cas de faillite du *preneur d'assurance*, l'assurance subsiste au profit de la masse des créanciers, qui devient alors débiteur du montant des primes à échoir à compter de la déclaration de faillite vis-à-vis de l'*assureur*. Cependant, l'*assureur* et le curateur sont autorisés à résilier le contrat. La résiliation par l'*assureur* peut avoir lieu au plus tôt trois mois après la déclaration de faillite, et elle doit être notifiée dans un délai d'un mois après expiration de ce délai. Le curateur ne peut résilier le contrat que dans les trois mois qui suivent la déclaration de faillite.

2.2.3. Formes de résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié soit par lettre recommandée, soit par exploit d'huissier et/ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

2.2.4. Remboursement des primes en cas de résiliation

Nonobstant 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 les 30 jours à compter de la prise d'effet de la résiliation. Une fois ce délai expiré, les intérêts légaux s'appliquent de plein droit.

2.2.5. Fin de l'assurance

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

Dans l'intérêt de toutes les parties, l'Assureur respecte la réglementation internationale en vigueur. L'Assureur n'est pas tenu de donner sa garantie ou de couvrir des dommages ou de fournir d'autres prestations en vertu de ce contrat d'assurance, si l'exécution de la couverture d'assurance, le paiement de dommages-intérêts ou la fourniture d'une prestation exposerait l'Assureur à une pénalité, une interdiction ou une restriction en vertu de résolutions des Nations-Unies, à des sanctions commerciales ou économiques en raison de lois ou règlements de l'Union Européenne ou des États-Unis d'Amérique.

2.3. Dispositions diverses

2.3.1. Pluralité de preneur d'assurances

S'il y a plusieurs *preneurs d'assurances*, ceux-ci sont solidairement et indivisiblement responsables des obligations contractuelles.

En cas de résiliation partielle ou de toute autre diminution des prestations d'assurance, le paragraphe précédent ne s'applique que pour cette diminution et dans la mesure de celle-ci.

Le *preneur d'assurance*, qui agit non seulement en son nom propre, mais aussi au nom et pour le compte des autres *assurés*, autorise l'*assureur* à traiter les données médicales ou sensibles concernant non seulement sa personne, mais aussi celles des autres *assurés*, dans la mesure où ceci est nécessaire pour la poursuite des finalités du présent contrat d'assurance.

2.3.2. Notifications

Toutes notifications de l'*assureur* au *preneur d'assurance* sont valablement adressées à son dernier domicile connu. S'il y a plusieurs *preneurs d'assurances*, chaque notification de l'*assureur* à l'un d'entre eux est considérée comme valablement faite à tous. Les notifications destinées à l'*assureur* doivent être faites à son siège social.

2.3.3. Contestations

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

- **soit à la direction générale de l'*assureur*,**
- **ou au Médiateur en Assurances (c/o : Association des Compagnies d'Assurances, 12, rue Erasme, B.P. 448, L-2014 Luxembourg, ou à l'Union Luxembourgeoise des Consommateurs : 55, rue des Bruyères, L-1274 Howald),**
- **ou au Commissariat aux Assurances (7, Boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg),**

et ce, sans porter préjudice à la possibilité dont le *preneur d'assurance* dispose de d'intenter une action en justice.

2.3.4. Droit applicable et juridiction compétente

Pour les preneurs d'assurance dont la résidence temporaire d'expatriation est dans un pays hors de l'Union Européenne, le contrat d'assurance est régi exclusivement par la loi luxembourgeoise.

Pour les preneurs d'assurance dont la résidence temporaire d'expatriation est dans un pays de l'Union Européenne, le contrat d'assurance est régi par la loi luxembourgeoise, sous réserve de l'application d'une autre réglementation locale impérative qui ne contient pas de conditions incompatibles avec la loi luxembourgeoise

Pour toute contestation, résultant du contrat d'assurance, les tribunaux du Grand-duché de Luxembourg sont compétents, et ce sans préjudice quant à l'application de traités ou accords internationaux.

2.3.5. Législations locales

La couverture d'assurance peut être soumise dans certains pays à une législation locale concernant l'assurance maladie, en particulier pour les personnes qui y résident. Le Preneur d'assurance et l'Assuré doivent sous leur propre responsabilité vérifier que leur assurance maladie est conforme aux exigences légales. La couverture d'assurance fournie par Foyer Santé n'est pas un substitut à une assurance maladie obligatoire.

2.3.6. Protection des données à caractère personnel

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.

2.3.7. 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, en Allemagne et en Pays-Bas 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.

3. Glossaire

Incapacité de travail	L' <i>assuré</i> est temporairement dans l'incapacité d'exercer son activité professionnelle habituelle ou toute autre activité lucrative. L' <i>incapacité de travail</i> doit être constatée par une <i>autorité médicale</i> .
Médicament	Toute substance ou composition possédant des propriétés curatives concernant une <i>maladie</i> .
Autorité médicale	Une personne habilitée à exercer l'art de la médecine grâce à son diplôme de médecine. Elle peut établir un diagnostic relatif à la <i>maladie</i> et/ou à un <i>accident corporel</i> .
Début du traitement	Le <i>début du traitement</i> commence dès que la nécessité d'un traitement suite à une détérioration de l'état de santé ou à un accident a été constatée.
Établissement de santé	Tout établissement de soins de santé, public ou privé, dirigé en permanence par des médecins, qui suit les dossiers médicaux et qui est destiné aux personnes dont l'état de santé nécessite un séjour dans l'établissement, ainsi qu'un traitement et/ou un diagnostic rendant une observation, un suivi et une continuité nécessaires et pouvant uniquement avoir lieu dans l'établissement. Ne sont pas considérés comme des <i>établissements de santé</i> : les établissements psychiatriques fermés, les établissements médico-pédagogiques, les maisons de repos, les maisons de repos et de soins agréés, les établissements de cure et sanatoria (centres de convalescence).
Maladie	La détérioration de l'état de santé physique ou mental, dont l'origine et les symptômes ont pu être déterminés et constatés de manière objective par une <i>autorité médicale</i> , permettant ainsi un diagnostic et rendant un traitement nécessaire ; cette détérioration ne doit cependant pas être due à un <i>accident corporel</i> .
Prestation	Le remboursement des frais de maladies et/ou le paiement des indemnités journalières de l' <i>assuré</i> suite à un <i>sinistre</i> garanti par le présent contrat.
Accident corporel	Évènement soudain et indépendant de la volonté de l' <i>assuré</i> , ayant pour conséquences des dommages corporels, dont la cause, qui est extérieure à l'organisme de la victime et les symptômes peuvent être déterminés et constatés de manière objective par une <i>autorité médicale</i> , permettant ainsi un diagnostic et rendant nécessaire un traitement.
Assureur	L'expression « <i>Assureur</i> » désigne Foyer Santé S.A. 12, rue Léon Laval, L-3375 Leudelange, la compagnie d'assurance auprès de laquelle le contrat est souscrit.
Assuré	La personne nommée dans les Conditions Particulières.
Sinistre	Le traitement médical obligatoire d'une personne assurée suite à une <i>maladie</i> ou un accident. Le <i>sinistre</i> commence avec le <i>début du traitement</i> et prend fin lorsqu'un examen médical indique que le traitement n'est plus nécessaire. Si le traitement doit être étendu à une <i>maladie</i> ou aux conséquences d'un accident n'étant pas en rapport direct avec le traitement en cours, il y a survenance d'un nouveau <i>sinistre</i> . En ce qui concerne l'assurance pour les indemnités journalières, le <i>sinistre</i> doit entraîner une <i>incapacité de travail</i> permanent. Le <i>sinistre</i> prend fin lorsque l' <i>incapacité de travail</i> et le traitement ne sont plus nécessaires. Si une <i>incapacité de travail</i> a été causée à la suite de plusieurs <i>maladies</i> ou accidents simultanément, l'indemnité journalière ne sera versée qu'une seule fois.
Preneur d'assurance	La personne qui conclut le contrat d'assurance et à qui le paiement des primes incombe, et/ou toute personne la remplaçant en raison d'un accord entre les parties, et/ou les proches ayants droit du <i>preneur d'assurance</i> lors de son décès.