globalhealth
Foyer Group

CONDITIONS SPÉCIALES

Epion
Care

V20231120

CONDITIONS SPÉCIALES
Epion Care

Table des matières

I. Conditions Spéciales Epion Care

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 A 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 Epion Care

1. Bases Du Contrat 20
   1.1. Composition Du Contrat 20
   1.2. Étendue Des Garanties Et Prestations de Foyer Global Health S.A. 20
2. Dispositions Administratives 21
   2.1. Vie Du Contrat 21
   2.2. Résiliation Du Contrat, D'une Garantie Ou D'une Personne Assurée 29
   2.3. Dispositions Diverses 31
3. Dispositions Spécifiques Relatives A La Protection Des Données Personnelles 32

III. Lexique

1. Objet de l'assurance

La garantie d'assurance est accordée par Foyer Global Health S.A. (l'assureur). 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 GLOBAL HEALTH S.A. 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 l'assureur 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

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

L'assureur 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 A 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. Conditions d'assurabilité

Le contrat ne peut être utilisé que par les personnes assurées qui ont leur résidence permanente en France et qui exercent leur activité professionnelle en Suisse ; qui sont également assurées en Suisse selon la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) de l'assurance obligatoire des soins ou affiliés à la sécurité sociale en France.

Le preneur d'assurance doit informer immédiatement l'assureur de la cessation de son adhésion. LA CESSATION DE L'AFFILIATION, POUR QUELQUE RAISON QUE CE SOIT, EST UNE CONDITION PRÉALABLE À LA RÉSILIATION DU CONTRAT POUR L'ASSURÉ CONCERNÉ.

Toutes les personnes qui sont mariées ou pacsées au titulaire de la police ou qui vivent avec lui dans une relation de concubinage, ainsi que leurs enfants biologiques et adoptés.

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. Le montant du remboursement et les éventuelles franchises sont réglementés à la section 3.7

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 l'assureur 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 Traitement médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier

L'assureur 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 l'assureur est subordonnée à un traitement qui doit être médicalement nécessaire.

L'assureur 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 GLOBAL HEALTH S.A. 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 l'assureur les a autorisées par écrit avant le traitement sur base d'une expertise effectuée par un médecin désigné par elle.

4.2. Aides visuelles et chirurgie réfractive

4.2.1 Verres de lunettes et lentilles

Les dépenses restantes, après remboursement par l'assurance maladie légale et qui sont relatives aux verres de lunettes et lentilles de contact sont remboursées par l'assureur.

Au cas où le remboursement serait refusé par l'assurance maladie légale, les dépenses remboursables encourues pour l'achat de verres de lunettes et de lentilles de contact sont remboursées à concurrence de 200 EUR pour une période d'assurance non suspendue de deux ans qui court à compter du jour du sinistre. Montures de lunettes

Pour les dépenses portant sur des montures de lunettes, une prestation de 100 EUR est versée pour une période d'assurance non-suspendue de deux ans qui court à compter du jour du sinistre.

4.2.2 Chirurgie réfractive

Dans le cas d'une différence de l'acuité visuelle d'au moins 2 dioptries entre chaque œil, l'assureur 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.

4.3. Soins Dentaires, Prothèses Dentaires et Orthodontie

4.3.1 Principe général

Les dépenses restantes après remboursement par l'assurance maladie légale relatives aux soins dentaires sont remboursées à **: 100 %.**

Au cas où le remboursement serait refusé par l'assurance maladie légale, les dépenses remboursables encourues pour des soins dentaires seront remboursées à **: 50 %.**

4.3.2 Prothèses dentaires (réparations incluses), couronnes et orthodontie

Prothèses dentaires et couronnes

Sont remboursables les dépenses pour prothèses dentaires reprises dans le tableau suivant :

Traitement	Montant maximum de la prestation de Foyer Global Health S.A.
Prothèses Fixes :	
Couronne	500 EUR
Inlay, or	500 EUR
Dent à pivot, simple	350 EUR
Couronne télescopique	650 EUR

Dent à pivot avec faux moignon	650 EUR
Élément de bridge	500 EUR
Implant **(maximum 6 pendant la durée du contrat)**	600 EUR
Prothèses amovibles :	
Dentier complet de la mâchoire supérieure ou inférieure (14 dents, plaque enrésine)	1000 EUR
Dentier partiel (plaque en résine) - plaque de base - par dent - par crochet	 250 EUR 50 EUR 70 EUR
Supplément pour base en inox (par mâchoire)	250 EUR
Supplément pour système d'adhérence (Exemples : Lausap, Fixomatic,système à vide, Matic.)	250 EUR
Prothèse squelettique en alliage chrome-cobalt - base avec crochet	550 EUR

Tous les frais supplémentaires et/ou annexes facturés lors d'un traitement de prothèse dentaire (exemples non limitatifs : couronne provisoire pour convenance personnelle, métaux, etc...) sont compris dans les limites de garanties mentionnées dans le tableau ci-dessus.

Exemple illustratif pour le remboursement d'une couronne par l'assureur :

Facturation par le dentiste	791,00 EUR	791,00 EUR
Participation de l'assurance maladie légale	225,00 EUR	0 EUR
Prestation de Foyer Global Health S.A.	500,00 EUR	250,00 EUR

Orthodontie

Sont remboursables les dépenses pour prothèses dentaires reprises dans le tableau suivant :

Traitement actif :	En cas de participation de l'assurancemaladie légale		Sans participation de l'assurance maladielégale	
DT41, DT42 et DT43 (première phase du traitement actif)	**1.600 EUR maximum**	**Sur une durée maximale de 24 mois**	**800 EUR maximum**	**Sur une durée maximale de 24 mois**
DT44 et DT45 (second phase du traitement actif)	**800 EUR maximum**	**Sur une durée maximale de 12 mois**	**400 EUR maximum**	**Sur une durée maximale de 12 mois**
DT61 et DT62 (traitement decontention)	**800 EUR maximum**	**Sur une durée maximale de 12 mois**	**400 EUR maximum**	**Sur une durée maximale de 12 mois**
	Durée maximale du traitement : 48 Mois		**Durée maximale du traitement : 48 Mois**	

4.3.3 Détartrage professionnel

Les dépenses encourues suite à un détartrage professionnel, qui n'est pas prévu dans la nomenclature de remboursement de l'assurance maladie légale, sont remboursées par l'assureur jusqu'à concurrence de 50 EUR par personne assurée par année d'assurance.

4.4. Traitement médical ambulatoire

4.4.1. Règle de remboursement

La prestation de l'assureur en matière de traitement médical ambulatoire dépend de la participation de l'assurance maladie légale.

Si l'assurance maladie légale intervient, l'assureur rembourse les frais de traitement médical ambulatoire restant à charge de l'assuré à hauteur de 100%.

Si l'assurance maladie légale n'intervient pas, l'assureur rembourse les frais de traitement médical ambulatoire **à hauteur de 20%.**

4.4.2. Champ d'application de la garantie

En matière de traitement médical ambulatoire, l'assureur rembourse les frais :

- de prestations d'un médecin (Exemples non limitatifs : les consultations, les examens, les traitements, les radiographies, les traitements dans le cadre d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une fausse couche).
- de psychothérapie ambulatoire.
- de médicaments et pansements.
- de prestations d'une sage-femme, y compris les cours de préparation à l'accouchement (avec une limite de 100 EUR pour les cours par accouchement).
- de thérapie, de kinésithérapie, de physiothérapie,
- de thérapie exécutée par un psychomotricien ou un orthophoniste.
- d'aide thérapeutique :
  - appareils orthopédiques,
  - plâtre,
  - bas à varices,
  - appareils auditifs,
  - attelles de correction,
  - fauteuils roulants (avec une limite de 2.500 EUR par sinistre),
  - membres artificiels,
  - appareils orthopédiques de soutien du tronc, du bras et de la jambe,
  - chaussures et semelles orthopédiques (avec une limite de 500 EUR par assuré et par
  - année d'assurance),
  - synthétiseur vocal (larynx électronique),
  - perruques (avec une limite de 300 EUR par assuré et par année d'assurance).

- Les frais de réparation des aides thérapeutiques, exception faite des semelles et talons des chaussures

orthopédiques, sont remboursables dans le cadre des dispositions précédentes.

4.5. Thérapies alternatives

L'assureur rembourse les frais de traitement (y compris les médicaments valablement prescrits) exposés dans le cadre d'une thérapie alternative à hauteur de 80% avec une limite de 1.000 EUR par personne assurée par année d'assurance.

L'assureur ne rembourse les frais de traitement que dans le cadre de thérapies dispensées par :

- un naturopathe,
- un ostéopathe,
- un chiropracteur,
- ou un médecin pratiquant la médecine traditionnelle chinoise.

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

4.6. Assurance temporaire lors d'un voyage à l'étranger

La garantie d'assurance s'étend aux voyages temporaires d'un assuré à l'étranger pour une durée maximale de douze semaines consécutives.

- Lorsque l'assuré entreprend un voyage à l'étranger dans le but de suivre un traitement curatif, il doit faire une demande préalable auprès de l'assureur en précisant les soins envisagés et la nécessité médicale de suivre ce traitement curatif à l'étranger.

La garantie d'assurance prend fin - également pour les sinistres en cours - dès la fin du séjour à l'étranger, ou au plus tard, à la fin de la huitième semaine de séjour à l'étranger, ou lorsque le contrat arrive à son terme. Si à ce moment, le retour s'avère impossible pour des raisons médicales, le remboursement des sinistres est automatiquement prolongé sur une période maximale de 90 jours.

4.6.1. Traitements ambulatoires et traitements en établissements hospitaliers

L'assureur rembourse à 100% les frais :

- de consultations, visites et interventions médicales, y compris les opérations et les frais annexes à ces interventions chirurgicales ;
- de médicaments et pansements ;
- de kinésithérapie et physiothérapie ;
- de radiographie ;
- le logement et la pension en cas de traitement en établissement hospitalier
- le transport médicalement nécessaire vers l'établissement hospitalier le plus proche de l'endroit où se trouve l'assuré au moment de la maladie ou de l'accident ;
- les soins dentaires visant à calmer la douleur, les obturations nécessaires en élaboration simple, ainsi que les réparations de prothèses dentaires.

4.6.2. Transfert de l'assuré

L'assureur prend en charge les frais occasionnés dans le cadre d'un transfert de l'assuré qui est jugé médicalement nécessaire et ordonné par un médecin.

Ce transfert doit être justifié par le fait qu'un traitement médical de l'assuré ne peut être garanti soit sur le lieu même où l'assuré se trouve, soit à proximité et que de ce fait, une aggravation de l'état de santé de l'assuré est à craindre.

Si l'assuré est accompagné par une personne tierce, les frais d'un seul accompagnant de l'assuré seront également pris en charge par l'assureur dans le cadre du transfert répondant aux conditions ci-dessus.

Le transfert de l'assuré, et de l'accompagnant le cas échéant, doit se faire vers le lieu de villégiature de l'assuré ou vers l'établissement hospitalier le plus proche géographiquement.

Sauf contre-indication d'ordre médical, le moyen de transport le moins onéreux sera sélectionné.

4.6.3. Frais d'inhumation

En cas de décès de l'assuré à l'étranger, l'assureur prend en charge les frais exposés d'inhumation sur le lieu du décès ou de transfert de la dépouille vers le domicile de l'assuré dans la limite de 10.000 EUR par sinistre.

6.7. Prestations pour traitement curatif hospitalier

En cas de traitement curatif en établissement hospitalier les dépenses restantes après intervention de la caisse de maladie légale seront remboursables à **100 %.**

En cas de refus du remboursement par la caisse de maladie légale, les frais seront également remboursés à **100 %.**

Sont remboursables les dépenses pour :

- le traitement curatif hospitalier en chambre individuelle de type standard ainsi que les prestations accessoires de diagnostic, de thérapie et les frais de chambre (frais de mise à disposition de la TV et du téléphone).
- le supplément de frais de médecin ;
- les interventions chirurgicales ambulatoires pratiquées en milieu hospitalier ;
- le transport en ambulance médicalement nécessaire vers l'hôpital approprié le plus proche ;
- le lit d'accompagnement pour un seul parent lorsque l'assuré hospitalisé a jusqu'à 18 ans révolus.

Si aucune prestation pour le traitement curatif hospitalier en chambre individuelle de type standard n'est possible, une indemnité journalière d'hospitalisation d'un montant de :

- 10 Euros pour les assurés jusqu'à l'âge de 9 ans inclus, ou
- 20 Euros pour les assurés de plus de 10 ans,

est payée pour chaque jour d'hospitalisation médicalement nécessaire suite à une maladie, un accident ainsi que lors d'un accouchement. Le jour d'admission et de sortie sont considérés chacun comme un jour complet.

5. Assistance

6.7. Objet des prestations d'Assistance médicale et des services complémentaires

L'Assureur 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

L'Assureur 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 du séjour et au-delà des frontières. 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 l'Assureur 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 l'Assureur vers un hôpital apte à poursuivre le traitement médical.
- Après accord avec l'Assureur, 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 l'Assureur.

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, l'Assureur 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 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 l'Assureur.

6. Limitations et exclusions

6.1. Limitations générales

DE MANIERE GENERALE ET POUR TOUTES LES GARANTIES :

(1) L'ASSURE DOIT SOLLICITER L'INTERVENTION PREALABLE DE L'ASSURANCE MALADIE LEGALE OU DE TOUTES AUTRES ASSURANCES LEGALES DE MALADIE, ACCIDENT, OU VIEILLESSE ET INVALIDITE, ET PRESENTER A L'ASSUREUR LES FRAIS RESTANTS DE MANIERE EFFECTIVE A SA CHARGE.

(2) LES SINISTRES SURVENUS AVANT LA CONCLUSION DU CONTRAT ET QUI ONT ETE DECLARES PAR L'ASSURE ET NON EXPRESSEMENT EXCLUS PAR L'ASSUREUR, SONT EXCLUS DE TOUTE PRESTATION DE L'ASSUREUR POUR LA PARTIE SE SITUANT DANS LA PERIODE PRECEDANT LA PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE OU PENDANT LES DELAIS D'ATTENTE.

(3) EN CAS DE VISITE A DOMICILE PAR UN MEDECIN, SI UNE INDEMNITE KILOMETRIQUE OU DES FRAIS DE DEPLACEMENT SONT MIS EN COMPTE PAR UN MEDECIN QUI N'EST PAS ETABLI DANS LA LOCALITE DU DOMICILE DE L'ASSURE, CETTE INDEMNITE OU LES FRAIS DE DEPLACEMENT PEUVENT ETRE DIMINUES

EN FONCTION DE LA DISTANCE QUE LE MEDECIN COMPETENT POUR LE TRAITEMENT LE PLUS PROCHE AURAIT DU PARCOURIR.

(4) SI LE TRAITEMENT CURATIF OU D'AUTRES MESURES, POUR LESQUELS DES PRESTATIONS SONT GARANTIES, DEPASSENT CE QUI EST MEDICALEMENT REQUIS, L'ASSUREUR PEUT REDUIRE SES PRESTATIONS A UN MONTANT APPROPRIE. L'ASSUREUR EST EGALEMENT HABILITEE A PROCEDER A UNE TELLE REDUCTION DE SES PRESTATIONS, SI POUR UN TRAITEMENT MEDICALEMENT REQUIS OU POUR TOUTE AUTRE MESURE, UNE REMUNERATION EXCESSIVE A ETE MISE EN COMPTE.

6.2. Exclusions

AUCUNE PRESTATION DE L'ASSUREUR N'EST DUE :

(1) POUR DES MALADIES, Y COMPRIS LEURS CONSEQUENCES, AINSI QUE POUR LES SUITES D'ACCIDENTS ET LES DECES RESULTANT D'EVENEMENTS DE GUERRE, DE SERVICE MILITAIRE, D'EMEUTES ET ACTES DE VIOLENCES COLLECTIVES ET QUI NE SONT PAS EXPRESSEMENT INCLUS DANS LA GARANTIE DE L'ASSURANCE.

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

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

(4) POUR LES CURES ET/OU LES TRAITEMENTS EN SANATORIUM A DES FINS DE CONFORT, DE RECUPERATION SPORTIVE, ESTHETIQUE ET/OU DE BIEN-ETRE, AINSI QUE LES MESURES DE READAPTATION.

(5) POUR LES TRAITEMENTS EFFECTUES PAR DES EPOUX, CONJOINTS, PARTENAIRES, DES PARENTS OU DES ENFANTS (QUEL QUE SOIT LE DEGRE). LES FRAIS MATERIELS PROUVES SONT REMBOURSES CONFORMEMENT AUX PRESENTES CONDITIONS SPECIALES.

(6) POUR DES MESURES COSMETIQUES ET ESTHETIQUES DE TOUT GENRE ET LEURS SUITES.

(7) POUR UNE TENTATIVE DE SUICIDE.

(8) POUR DES PRODUITS DIETETIQUES, DES COMPLEMENTS ALIMENTAIRES, DES PRODUITS AMAIGRISSANTS, DES CONTRACEPTIFS, DES FORTIFIANTS, DU MATERIEL GERIATRIQUE, DES COSMETIQUES ET DES PRODUITS DE CONFORT (EXEMPLES NON LIMITATIFS : CREME, HUILES).

(9) POUR LES CONSULTATIONS CHEZ UN DIETETICIEN.

(10) POUR LES PRODUITS D'ENTRETIEN DES AIDES THERAPEUTIQUES (EXEMPLES NON LIMITATIFS : SHAMPOOING POUR PERRUQUES).

(11) POUR LES GREFFES DE CHEVEUX.

(12) POUR LES MASSAGES.

(13) POUR DES PRODUITS, APPAREILS MEDICAUX ET ARTICLES SANITAIRES NON ENUMERES EXPRESSEMENT DANS LE CONTRAT (EXEMPLES NON LIMITATIFS : LES THERMOMETRES, LES APPAREILS DE MASSAGE, LES COUSSINS CHAUFFANTS, LES TENSIOMETRES).

(14) POUR TOUT TRAITEMENT DE NATURE COSMETIQUE ET/OU ESTHETIQUE UTILISE A D'AUTRES FINS PAR DES MEDECINS, MEDECINS DENTISTES, OU AUTRES SPECIALISTES DE LA MEDECINE. SONT COMPRIS SOUS CETTE EXCLUSION DES TRAITEMENTS COMME LA LIPOSUCCION, LES TRAITEMENTS ANTI-AGE, L'EPILATION, LA CRYOLIPOLYSE, LA LIPOCAVICATION, LE DETATOUAGE (LISTE NON EXHAUSTIVE).

(15) POUR TOUT TRAITEMENT DE NATURE A PROCURER UN CONFORT A L'ASSURE SANS QUE CE TRAITEMENT AIT UNE PROPRIETE CURATIVE.

(16) POUR LES TRAITEMENTS EFFECTUES PAR DES MEDECINS, PAR DES MEDECINS DENTISTES, PAR DES PROFESSIONNELS CONVENTIONNES, PAR DES NATUROPATHES, PAR DES OSTEOPATHES, PAR DES CHIROPRACTEURS, PAR UN MEDECIN PRATIQUANT LA MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE, ET DANS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS, POUR LESQUELS L'ASSUREUR A EXCLU LE REMBOURSEMENT DE NOTES DE FRAIS POUR UN MOTIF GRAVE, SI LE SINISTRE EST INTERVENU APRES LA NOTIFICATION DE L'EXCLUSION AU PRENEUR D'ASSURANCE. SI, AU MOMENT DE LA NOTIFICATION, LE SINISTRE N'EST PAS ENCORE TERMINE, IL N'Y A PAS D'OBLIGATION DE REMBOURSEMENT DES FRAIS INTERVENUS PLUS DE TROIS MOIS APRES LA NOTIFICATION EN QUESTION.

(17) POUR L'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET LA STERILISATION, SAUF EN CAS DE NECESSITE MEDICALE ETABLIE.

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

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

(20) POUR TOUS LES TRAITEMENTS, SOINS, ACTES, EFFECTUES AU DOMICILE DE L'ASSURE SAUF CEUX QUI SONT MEDICALEMENT NECESSAIRES SUITE A UNE HOSPITALISATION DE L'ASSURE.

(21) POUR LE FAIT DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'ASSURE OU D'UN BESOIN DE GARDE DE L'ASSURE. LE SEJOUR ET/OU LES SOINS NON MEDICAUX PRESTES A DOMICILE OU DANS UNE MAISON DE REPOS, DANS UNE MAISON DE REPOS ET DE SOINS, DANS UNE MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES OU DANS UN ETABLISSEMENT DU MEME TYPE NE SONT PAS REMBOURSES.

(22) POUR LES SOINS ET/OU ACTES RESULTAT DE L'ETAT DE DEPENDANCE DE L'ASSURE, QUE CE SOIT EN INSTITUTION OU A DOMICILE DE L'ASSURE, AINSI QUE LES FRAIS RESULTANTS DE CE PLACEMENT EN INSTITUTION.

(23) POUR LES TRAITEMENTS, SOINS, ET ACTES PALLIATIFS DE L'ASSURE.

(24) POUR LES VOYAGES A L'ETRANGER ENTREPRIS DANS LE BUT DE SUIVRE UN TRAITEMENT CURATIF, LE LIBRE CHOIX DES HOPITAUX ET DES MEDECINS 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.

(25) POUR LE TRAITEMENT DE NEVROSES OU DE PSYCHOSES DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER ET LE TRAITEMENT HOSPITALIER PARTIEL.

(26) POUR LES FRAIS SUPPLEMENTAIRES ET FRAIS ANNEXES EXPOSES PAR L'ASSURE DANS LE CADRE DE LA GARANTIE DEFINIE A L'ARTICLE 4.2 « AIDES VISUELLES ET CHIRURGIE REFRACTIVE » (EXEMPLES NON LIMITATIFS : PRODUITS D'ENTRETIEN DES LUNETTES OU DES LENTILLES, CARTE DE FIDELITE, FRAIS DE MONTAGE, FRAIS D'ENVOI, GARANTIE, EXTENSION DE GARANTIE, ETC...)

(27) POUR LES FRAIS SUPPLEMENTAIRES ET FRAIS ANNEXES EXPOSES PAR L'ASSURE DANS LE CADRE DE LA GARANTIE DEFINIE A L'ARTICLE 4.3.2 « ORTHODONTIE » ET QUI SONT LIES A L'ORTHODONTIE (EXEMPLES NON LIMITATIFS : TRAITEMENT LINGUAL, BRACKETS, CP8 ORTHO, ETC...).

(28) TOUS LES TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES DE CONFORT.

(29) POUR DES SEANCES DE COACHING OU DES THERAPIES DE COUPLE, FAMILIALE.

(30) POUR DE L'HAPTONOMIE.

(31) POUR DES SEMELLES DE SPORT.

(32) POUR DES AIDES THERAPEUTIQUES LIEES A UNE ACTIVITE SPORTIVE (EXEMPLES NON LIMITATIFS : GENOUILLERE, BOUCHONS D'OREILLES...)

(33) POUR DES CONSULTATIONS, PRISES DE MESURES, TRAITEMENTS EXERCES PAR DES PEDICURES ET DES PODOLOGUES.

(34) POUR DES THERAPIES ALTERNATIVES QUI NE SONT PAS DISPENSEES PAR DES PROFESSIONNELS LIMITATIVEMENT ENUMERES A L'ARTICLE 4.5. (EXEMPLES NON LIMITATIFS : SOPHROLOGIE, HYPNOSE, RELAXATION, ETC...)

(35) POUR DES FRAIS DE COMMUNICATIONS, DENREES ALIMENTAIRES, PRODUITS DE CONFORT LORS D'UN TRAITEMENT CURATIF HOSPITALIER

II. CONDITIONS ADMINISTRATIVES RÉSIDENTS en France EPION Care

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 *l'assureur*,
- Les Conditions Générales (comprenant les présentes Conditions administratives et les Conditions spéciales)
- Les Conditions Particulières.

1.2. Étendue des garanties et prestations de Foyer Global Health S.A.

1.2.1 Limitations

LES *PRESTATIONS* DE *FOYER GLOBAL HEALTH S.A.* SONT TOUJOURS ACQUISES SOUS RÉSERVE D'EXCLUSIONS, DE LIMITES DE GARANTIES, DE FRANCHISES, DE SOMMES *ASSURÉE*S ET DE RECOURS.

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

La prise en charge par *l'assureur* 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 l'assureur. **À défaut, *l'assureur* 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 *l'assureur* 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 *l'assureur* dont le montant dépasse la somme *assurée*, *l'assureur* 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 *l'assureur* 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 *l'assureur*, dans le formulaire de déclaration du risque par lequel *l'assureur* les interroge lors de la conclusion du *contrat*, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par *l'assureur* 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 *L'ASSUREUR*, 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 *L'ASSUREUR*.

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 *l'assureur* 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 *l'assureur* 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 inexactes ou caduques les réponses faites à *l'assureur* 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 *l'assureur* 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*, *l'assureur* n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, *l'assureur* 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 *l'assureur* 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 *l'assureur* ou s'il refuse expressément le nouveau montant, dans le délai de trente jours à compter de la proposition, *l'assureur* 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 GLOBAL HEALTH S.A.* OU LE SONT DE MANIÈRE INEXACTE, LES SANCTIONS PRÉVUES À L'ARTICLE 2.1.1.2 DU *CONTRAT*, PEUVENT ÊTRE OPPOSÉES PAR *FOYER GLOBAL HEALTH S.A.* A *L'ASSURE*, NOTAMMENT LA *NULLITÉ* DU CONTRAT EN CAS DE NON DÉCLARATION OU DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE.

Toutefois, *l'assureur* 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 *l'assureur* n'y consent pas, l'*assuré* peut dénoncer le *contrat*. La *résiliation* prend alors effet trente jours après la dénonciation. L'assureur 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 *l'assureur* 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 *l'assureur* ou du mandataire désigné par *l'assureur*, 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 *l'assureur* 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*.

L'assureur a le droit de résilier le *contrat* dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionnés 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 *l'assureur* 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 l'assureur.
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 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, *l'assureur* 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 *l'assureur* 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 *l'assureur* 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.

L'assureur pourra résilier le *contrat*, la *résiliation* prenant effet dix jours après sa notification *au preneur d'assurance* et *l'assureur* 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, *l'assureur* 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, *l'assureur* 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 l'assureur du sinistre.

À DÉFAUT, ET SI *FOYER GLOBAL HEALTH S.A.* DÉMONTRE QUE CELA LUI A CAUSÉ UN PRÉJUDICE, LA GARANTIE SOLLICITÉE NE POURRA ÊTRE MOBILISÉE.

L'assureur 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 *l'assureur* tous renseignements utiles et répondre à toutes demandes qui leurs sont faites pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du *sinistre*.

(2) Si *l'assureur* 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 l'assureur, 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 *l'assureur* et de l'étendue de celle-ci. Les renseignements demandés sont également à fournir à un mandataire de *l'assureur*.

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

(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 *l'assureur* 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 GLOBAL HEALTH S.A.* 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 *L'ASSUREUR*, 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 GLOBAL HEALTH S.A.* 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 GLOBAL HEALTH S.A.* 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 Global Health S.A.

L'assureur n'est tenue à sa prestation :

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

(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*).

L'assureur 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*, *l'assureur* 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 *l'assureur*.
L'assureur 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 *l'assureur* 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 *l'assureur***.

2.1.6.3. Paiement de la prestation par l'assureur

De manière générale, le *preneur d'assurance* et chaque *personne assurée* autorisent *l'assureur* 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, *l'assureur* 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 l'assureur

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

2.1.6.5. Subrogation

Sauf convention expresse contraire, *l'assureur* 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 *L'ASSUREUR*, 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 *l'assureur*.

Sauf en cas de malveillance, *l'assureur* 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 *l'assureur* 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 *l'assureur* 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 *l'assureur* 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 *l'assureur* du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers *l'assureur* ;
- 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 :
    - L'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ;
    - l'assuré à *l'assureur* en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

2.1.8. Fin du *contrat*

Aucune *prestation* n'est due par *l'assureur* 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 l'assureur, 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 *l'assureur* 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 *résiliation*	Délais de notification de la *résiliation* par le *preneur d'assurance*		Date d'effet de la *résiliation*
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 *contrat*.	à l'échéance
Chaque année	Dans les 20 jours	à compter de la **date d'envoi de l'avis d'échéance** par *l'assureur*	Au 2ème jour ouvrable suivant la date d'envoi du courrier de *résiliation* mais au plus tôt à la date de reconduction du *contrat*
En cas de cessation de l'affiliation d'une *personne assurée* à l'assurance maladie légale ou en cas de changement de domicile (départ à l'étranger)	Dans les 3 mois	À compter de la date de l'événement	Un mois après la notification de la *résiliation*
En cas de modification des conditions d'assurances	Dans le mois	suivant la **notification de la modification** contractuelle par *l'assureur*	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 *l'assureur*	Au deuxième jour ouvrable suivant la date d'envoi du courrier de *résiliation* mais au plus tôt à la date de reconduction du *contrat*

2.2.2.2. Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier dans les cas suivants :

Droit de *résiliation*	Délais de notification de la *résiliation* par Foyer Global Health S.A.		Date d'effet de la *résiliation*
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 *résiliation*

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 *l'assureur*.

Le *contrat* peut être résilié de plein droit :

(1) Après une mise en demeure de prendre parti sur la poursuite du *contrat* adressée par *l'assureur* 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 *l'assureur* 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 *l'assureur*.

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 *l'assureur* 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 *l'assureur* à l'un d'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*, le *preneur d'assurance* peut adresser une réclamation écrite :

- soit à l'Antenne Qualité de *l'assureur* par l'intermédiaire du formulaire de contact accessible à l'adresse http://www.foyer.lu.
- soit à la Direction Générale de *l'assureur* ;
- 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 *l'assureur* : Commissariat aux Assurances (7, Boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg).

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

2.3.4. Loi applicable et juridiction compétente

Le *contrat* est régi par la loi française.

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

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

3. Dispositions spécifiques relatives à la protection des données personnelles

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

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

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

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

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

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

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

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

III. Lexique

Accident	Par *accident*, on entend un évènement nuisible pour la santé, extérieur, soudain, inattendu et ayant un effet sur le corps humain.
Acupuncture	L'*acupuncture* est une méthode ancestrale de la médecine traditionnelle chinoise, par laquelle de fines aiguilles enfoncées dans le corps permettait de guérir les maladies ou d'atténuer les douleurs ; jusqu'à présent reconnue en premier lieu par la médecine traditionnelle pour traiter les douleurs.
Aide aux tâches domestiques	L'*aide aux tâches domestiques* fait partie de l'aide aux soins à domicile. Elle comprend les prestations d'aide pour l'exécution des tâches habituelles, régulières et répétitives de la vie quotidienne ayant trait aux *tâches domestiques*, comme faire les courses, cuisiner, nettoyer le logement, faire la vaisselle, changer et laver le linge et les vêtements ou le chauffage.
Antécédents médicaux	Les *antécédents médicaux* sont les maladies existantes avant le début de l'assurance et leurs suites, ainsi que les suites d'accidents, dont l'assuré ou les personnes assurées ont connaissance et/ou qui sont traités. En principe, ceux-ci peuvent être inclus dans le contrat d'assurance grâce à une convention particulière passée avec le souscripteur. Les *antécédents médicaux* n'ayant pas été indiqués lors du dépôt de la demande ne sont pas assurés.
Assisteur	L'*assisteur* est spécialisé dans l'accompagnement des assurés lors des situations d'urgences et/ou lors des séjours à l'hôpital, en les aidant et en les conseillant. Notre assisteur fournit des prestations de service supplémentaires, qui devraient faciliter le séjour à l'étranger des assurés, ainsi que le remboursement de certains frais, comme les frais du transport de retour. L'assuré peut retirer l'ensemble de l'éventail des prestations du guide d'assistance joint.
Assuré	La personne nommée dans les conditions particulières.
Assureur	L'expression « Assureur » désigne Foyer Global Health S.A. 12, rue Léon Laval, L-3375 Leudelange, la compagnie d'assurance auprès de laquelle le contrat a été conclu.
Bandages	Les *bandages* sont des moyens permettant de réaliser des compresses.
Bases de calcul	Les *bases de calcul* sont les bases sur lesquelles repose le calcul des prestations médicales et dentaires. Elles peuvent différer d'un pays à l'autre.
Cancer	Le *cancer* est la dénomination générale de toutes les maladies malignes, qui se distinguent par une multiplication incontrôlée de cellules modifiées (gonflement, tumeur, carcinome). Ces cellules peuvent détruire les tissus environnants et créer d'autres gonflements (métastases).
Carte de service	Les personnes assurées reçoivent une *carte de service* personnalisée, comportant l'adresse et les numéros de téléphone importants de l'*assisteur*. La *carte de service* fait office d'attestation d'assurance personnelle vis-à-vis de tous les fournisseurs de prestations.
Cas d'urgence	Par *cas d'urgence*, l'assureur entend l'apparition soudaine et aiguë d'une maladie ou une détérioration aiguë de l'état de santé, représentant un danger direct pour la santé de la personne assurée concernée.
Certificat d'assurance	L'assureur renseigne la cotisation convenue pour les personnes assurées, ainsi que la cotisation respective à payer dans un *certificat d'assurance*.

Chiropraxie	La *chiropraxie* est également appelée thérapie manuelle. Certains gestes permettent de « remettre en place » les corps de vertèbres démis ou décalés les uns par rapport aux autres, ou les autres articulations.
Codes CIM	CIM signifie Classification Internationale des Maladies. Il s'agit d'un système international visant à codifier et à classer tous les diagnostics connus.
Cure et traitement en sanatorium	Une cure et/ou un *traitement en sanatorium* sert à consolider l'état de santé.
Demande	La *demande* de souscription d'une assurance pour le souscripteur et/ou les personnes assurées s'effectue à l'aide d'un formulaire de demande mis à disposition par l'assureur.
Dentiste	Les *praticiens*, qui s'occupent principalement des maladies des dents et de la bouche.
Deuxième avis	Un *deuxième avis* médical est un conseil médical formulé par un autre *médecin* non impliqué auparavant pour des maladies potentiellement mortelles et des problèmes de santé graves et persistants.
Franchise obligatoire	Une *franchise obligatoire* oblige l'assuré à assumer lui-même une certaine part des frais. Une *franchise obligatoire* est une participation propre du souscripteur et/ou des personnes assurées à nos prestations de remboursement. Si une *franchise obligatoire* a été convenue, alors l'assureur l'indique dans le *certificat d'assurance*.
Homéopathie	L'*homéopathie* repose sur trois piliers : la règle de similitude, le schéma thérapeutique et la dilution des substances. Un homéopathe part du principe qu'une maladie s'exprimant selon certains symptômes peut être guérie par une substance qui produit des symptômes similaires chez une personne saine.
Hospice	Une institution ayant pour unique but de soigner les patients ayant une espérance de vie de quelques mois et d'atténuer les symptômes de la maladie entraînant leur décès grâce aux *soins palliatifs*.
Hydrothérapie	L'*hydrothérapie* correspond à des *soins médicaux* ciblés en utilisant de l'eau externe.
Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)	Cette expression sous-entend une technique de diagnostic permettant de représenter les organes et tissus internes à l'aide de champs magnétiques et d'ondes radio.
Indemnité journalière d'hospitalisation	Si l'assuré ne demande pas à l'assureur de rembourser les frais d'une personne assurée et couverte subissant un traitement *médical nécessaire* et stationnaire en hôpital, l'assureur verse, en fonction de l'échelon tarifaire, une *indemnité journalière d'hospitalisation* par jour de séjour en hôpital prescrit par un médecin et effectué.

Médecin	Un *médecin* est un professionnel de santé (médecin généraliste ou spécialiste) ou un titulaire d'un diplôme de médecine reconnu par la loi et habilité à dispenser des *soins médicaux* dans le pays où le traitement a lieu (voir *soins médicaux*). Les personnes assurées peuvent librement choisir le *médecin* qui remplit ces critères.
Médecine traditionnelle	La *médecine traditionnelle* est la forme de la médecine enseignée dans les universités, reposant sur des bases scientifiques et donc généralement reconnue et appliquée (pratique médicale).
Médicaments	Les *médicaments* sont des substances actives, qui sont utilisées seules ou mélangées avec d'autres substances dans le diagnostic ou le traitement de maladies, d'affections, de préjudices corporels ou de douleurs pathologiques. Les aliments, produits cosmétiques et soins du corps ne sont pas considérés comme des *médicaments*. Les *médicaments* doivent être prescrits par le *médecin* et doivent être acquis à la pharmacie. Expressions synonymes : remèdes, produits pharmaceutiques.
Mesures de prophylaxie	Les *mesures de prophylaxie* font partie de la médecine préventive, ce sont des mesures individuelles et générales visant à prévenir les maladies imminentes (par ex. les vaccins, l'immunisation passive, prise de médicaments préventive en cas d'entrée dans des territoires dangereux, prévention des accidents, etc.).
Oncologie	L'*oncologie* est une branche de la médecine interne, qui traite l'apparition, le diagnostic et le traitement des tumeurs et des maladies tumorales.
Opérations ambulatoires remplaçant les soins intensifs	Les opérations qui peuvent être effectuées de manière ambulatoire, non seulement chez le *médecin*, mais aussi en hôpital, mais pour lesquelles aucun hébergement consécutif ni séjour stationnaire consécutif en hôpital ne sont nécessaires.
Ostéopathie	La médecine ostéopathique comporte un diagnostic et un traitement manuel complet des dysfonctionnements du système moteur, des organes internes et du système nerveux. Elle est principalement utilisée en cas de douleurs chroniques dans la colonne vertébrale et aux articulations périphériques.
Pays de séjour	Le *pays de séjour* est le pays dans lequel les personnes assurées séjourneront après le début du séjour à l'étranger
Pays d'origine	Le *pays d'origine* est le pays dans lequel les personnes assurées ont séjourné de manière durable avant le séjour à l'étranger.
Pays natal	Le *pays natal* est le pays dont la personne assurée possède la nationalité ou dans lequel elle doit être rapatriée en cas de décès.

Post-traitement	Un *post-traitement* est une mesure médicale visant à restaurer l'état du corps tel qu'il était avant une grave maladie ou une opération, par exemple après une opération de pontage, un infarctus cardiaque, une transplantation d'organes, ainsi qu'une opération des grands os ou des articulations, ou après un *accident* grave.
Praticien	Les *praticiens* peuvent être non seulement des médecins, mais aussi des personnes disposant d'une formation reconnue et approfondie de leur domaine de traitement et autorisés et/ou habilités à exercer leur formation dans le pays où le traitement a lieu : L'assureur considéra comme *praticiens* : les guérisseurs, les logopèdes/ thérapeutes du langage et sages-femmes/ maïeuticiens, ainsi que les membres du corps médical exerçant des métiers d'assistance médicale reconnus dans leur propres cabinets (par exemple, les masseurs, les maîtres-nageurs médicaux, les kinésithérapeutes ou les physiothérapeutes). Les personnes assurées peuvent librement choisir le *praticien* qui remplit ces critères.
Prestations d'analyse et de thérapie fonctionnelle	La méthode d'examen et de traitement allouée aux *soins* dentaires pour diagnostiquer les défauts et maladies de l'ensemble de l'appareil manducateur.
Prestations de conservation.	Les *prestations de conservation* sont des mesures servant à préserver l'état des dents (par ex. traitement d'obturation, traitements du canal radiculaire).
Prestations d'implantologie	Les prestations d'implantologie correspondent à l'utilisation d'implants dentaires (en métal ou en céramique) pour remplacer la racine des dents ou une mâchoire édentée.
Région cible	L'assurance s'applique dans les *régions cibles* suivantes : Région cible 1 : le monde entier Région cible 2 : le monde entier sans les États-Unis
Soins médicaux	Par soins, médicaux, l'assureur entend les mesures thérapeutiques et de diagnostic faisant partie des actes médicaux et servant à identifier, atténuer ou guérir les problèmes de santé, les maladies ou les blessures. Une mesure de traitement est *médicalement nécessaire*, lorsque des résultats médicaux objectifs et des connaissances scientifiques au moment du traitement permettent de justifier qu'elle est *médicalement nécessaire*.
Soins médicaux partiellement stationnaires	Par partiellement stationnaire, on entend un séjour dans une clinique de jour ou de nuit, ou dans un hôpital où le patient passe la journée ou la nuit ; un traitement stationnaire à plein temps (24 heures) n'est a priori pas ou plus nécessaire.

Soins palliatifs	Les soins palliatifs correspondent au traitement complet et actif des patients ayant une espérance de vie limitée, n'ayant plus accès à un traitement curatif de leur maladie et dont l'objectif du traitement est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les patients et leurs proches.
Tomographie par Émission de Positons (TEP)	La *tomographie par émission de positons* (TEP) est un procédé d'imagerie en coupe permettant de représenter de manière non-invasive la répartition d'une substance marquée avec un émetteur de positons dans le corps du patient. La concentration d'un tel « marqueur » dans une tumeur peut également être déterminée de manière quantitative. La substance est injectée en intraveineuse et le rayonnement est détecté à l'aide de détecteurs externes. Il est possible de visualiser d'importants processus biologiques dans les tumeurs à l'aide de la TEP.
Transformation	Une *transformation* correspond à la modification de l'une de nos assurances, par exemple en convenant d'une *franchise obligatoire* modifiée et/ou d'une franchise modifiée, dans le respect des droits que l'assuré et les personnes assurées avez acquis grâce à nos autres assurances auparavant ininterrompues.