globalhealth
Foyer Group

CONDITIONS SPÉCIALES

Epion
FlexCare

V20240220

CONDITIONS SPÉCIALES
Epion Flex Care

Table des matières

I. Conditions Spéciales Epion Flex Care

1. Objet De L'assurance 2
2. Etendue 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 Flex Care

1. Bases Du Contrat 20
   1.1. Composition Du Contrat 20
   1.2. Etendue 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 L'ASSUREUR 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.

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 Prestations pour des traitements médicalement nécessaires et reconnus

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. **L'ASSUREUR 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. Soins médicaux stationnaires

4.2.1 Principe général

Le taux de remboursement est déterminé suivant le régime d'hospitalisation choisi :

- Une hospitalisation en France est remboursée à 100% frais réels, que la sécurité sociale intervienne ou non
- Une hospitalisation en Suisse en régime général est remboursée à 100% frais réels, que la sécurité sociale intervienne ou non
- Une hospitalisation en Suisse en régime semi-privé est remboursée à hauteur des frais à votre charge moins une franchise de 2.500 Euro. La franchise ne s'applique pas, si au moment de la souscription, l'option « Désactivation des franchises » a été choisie
- Une hospitalisation en Suisse en régime privé est remboursée à hauteur des frais à votre charge moins une franchise de 5.000 Euro. La franchise ne s'applique pas, si au moment de la souscription, l'option « Désactivation des franchises » a été choisie

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

4.2.2 Étendue des prestations

Prestations hospitaliers générales et hébergement et nourriture dans une chambre à un ou deux lits

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

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

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

Pour la durée des soins médicaux stationnaires, l'assureur accorde les prestations sans limite de temps.

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

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

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

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

Opérations et anesthésie

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

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

Opérations effectuées en ambulatoire remplaçant les soins intensifs

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

Médicaments et bandages

Les médicaments, bandages–, remèdes et ressources doivent avoir été prescrits par une autorité médicale compétente dans l'hôpital lors de soins médicaux stationnaires. De plus, les médicaments doivent être acquis dans une pharmacie ou à un autre lieu de dépôt approuvé par les autorités.

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

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

Physiothérapie, massages inclus

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

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

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

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

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

Aides et appareils thérapeutiques

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

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

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

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

Complications liées à la grossesse et à la naissance

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

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

Soins des nouveau-nés

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

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

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

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

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

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

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

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

Psychothérapie stationnaire

L'assureur rembourse les frais de psychothérapie stationnaire, **uniquement si** :

(1) LE TRAITEMENT EST EFFECTUÉ PAR UN PSYCHIATRE, UN PSYCHOTHÉRAPEUTE OU UN MÉDECIN SPÉCIALISÉ SUFFISAMMENT FORMÉ DANS LES DOMAINES DE LA PSYCHIATRIE, DE LA PSYCHOTHÉRAPIE OU DE LA PSYCHANALYSE, ET,

(2) APRÈS DEMANDE PRÉALABLE.

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

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

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

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

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

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

Post-traitements stationnaires

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

Les post-traitements doivent démarrer dans les 2 semaines suivant la sortie de l'établissement hospitalier. **LES CURES ET SÉJOURS DANS LES CENTRES DE CURE, DE BALNÉOTHÉRAPIE, SANATORIA ET MAISONS DE REPOS, AINSI QUE DANS LES MAISONS MÉDICALISÉES SONT COUVERTS AVEC UN MAXIMUM DE 50 EUR PAR JOUR ET UN MAXIMUM DE 35 JOURS PAR ANNEE D'ASSURANCE.**

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

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

4.3. Soins médicaux ambulatoires

4.3.1 Principe général

Dans le cas d'un traitement médical ambulatoire, l'assureur rembourse les frais de traitements :

- **à hauteur de 100 %** des frais restant après la contribution de l'assurance légale, ou
- à hauteur de 100% avec une participation au coût de 20% limitée à 1000 euros par an si l'assurance légale ne participe pas.

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

4.3.2 Étendue des prestations

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

L'assureur rembourse :

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

Thérapie anticancéreuse, médicaments et prestations médicales d'oncologie

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

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

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

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

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

Complications liées à la grossesse et à la naissance

L'assureur prend en charge les frais médicaux ayant un lien avec des complications liées à la grossesse et la naissance.

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

Orthophonie

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

L'assureur rembourse les frais d'orthophonie, **uniquement si** :

(1) LE TRAITEMENT EST EFFECTUÉ PAR UN MÉDECIN OU UN LOGOPÈDE ET/OU UN THÉRAPEUTE DU LANGAGE, ET,

(2) APRÈS DEMANDE PRÉALABLE.

Psychothérapie ambulatoire

L'assureur rembourse les frais de psychothérapie ambulatoire, uniquement si :

(1) LE TRAITEMENT EST EFFECTUÉ PAR UN PSYCHIATRE, UN PSYCHOTHÉRAPEUTE OU UN MÉDECIN SPÉCIALISÉ SUFFISAMMENT FORMÉ DANS LES DOMAINES DE LA PSYCHIATRIE, DE LA PSYCHOTHÉRAPIE OU DE LA PSYCHANALYSE, ET,

(2) APRÈS DEMANDE PRÉALABLE.

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

Médicaments et bandages

L'assureur rembourse les médicaments et les bandages prescrits par un médecin, un dentiste ou un praticien habilité.

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

Physiothérapie et massages

L'assureur rembourse les frais de physiothérapie et de thérapie par le mouvement, ainsi que les massages.

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

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

L'assureur rembourse les prestations médico-physiques suivantes :

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

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

Aides et appareils thérapeutiques

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4. Traitements thérapeutiques et alternatifs

Traitements thérapeutiques et alternatifs

L'assureur rembourse les frais de traitement (y compris les médicaments valablement prescrits) dans les limites suivantes :

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

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

4.5. Soins optiques

Soins optiques

L'assureur rembourse les frais relatifs aux lunettes (verres et monture) et lentilles de contact et contrôle de la vue **À HAUTEUR DE 300 EUR PAR ANNÉE D'ASSURANCE ET PAR ASSURÉ.**

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

4.6. Soins Dentaires

4.6.1 Principe général

Dans le cas d'un traitement médical ambulatoire, l'assureur rembourse les frais de traitements de soins dentaires:

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

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

4.6.2 Étendue des prestations

Prestations de soins dentaires ambulatoires sur base du principe général

- Examen radiographique
- Détartrage et polissage
- Prestations pour la muqueuse orale et les maladies gingivales
- Plombages simples
- Prestations chirurgicales, extractions, traitements du canal radiculaire
- Orthèse
- Prestations dentaires suite à un accident

Si des prestations liées à des soins dentaires sont nécessaires suite à un accident, alors tous les temps d'attente sont supprimés. L'assureur doit avoir un justificatif de l'accident par un médecin ou un rapport de police.

Prestations de soins dentaires ambulatoires limitées

(1) Soins préventifs :

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

(2) Prothèses et réparations :

- Réparation dentaire (prothèses, attaches orthodontiques et couronnes dentaires)
- Inlays (or, porcelaine), y compris les travaux de laboratoire et matériaux pour les prothèses dentaires
- Plombages d'appui (onlays)
- Implants
- Travaux de laboratoire et matériaux pour les prothèses dentaires
- Devis et plan de traitement
- Prestations dentaires suite à un accident

L'assureur rembourse les coûts pour prothèses et réparations suivant les plafonds suivants :

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

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

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

(3) Orthodontie :

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

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

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

6. Assistance

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

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

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

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

(24) **POUR LES FRAIS SUPPLEMENTAIRES ET FRAIS ANNEXES EXPOSES PAR L'ASSURE DANS LE CADRE DE LA GARANTIE DEFINIE A L'ARTICLE 4.3.2 « 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…)**

(25) **POUR LES FRAIS SUPPLEMENTAIRES ET FRAIS ANNEXES EXPOSES PAR L'ASSURE DANS LE CADRE DE LA GARANTIE DEFINIE A L'ARTICLE 4.4.2 « ORTHODONTIE » ET QUI SONT LIES A L'ORTHODONTIE (EXEMPLES NON LIMITATIFS : TRAITEMENT LINGUAL, BRACKETS, CP8 ORTHO, ETC…).**

(26) **TOUS LES TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES DE CONFORT.**

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

(28) **POUR DE L'HAPTONOMIE.**

(29)**POUR DES SEMELLES DE SPORT.**

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

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

(32) **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…)**

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

II. CONDITIONS ADMINISTRATIVES RÉSIDENTS en France EPION Flex 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 *L'ASSUREUR* SONT TOUJOURS ACQUISES SOUS RÉSERVE D'EXCLUSIONS, DE LIMITES DE GARANTIES, DE FRANCHISES, DE SOMMES *ASSURÉES* ET DE RECOURS.

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

La prise en charge par *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 *L'ASSUREUR* OU LE SONT DE MANIÈRE INEXACTE, LES SANCTIONS PRÉVUES À L'ARTICLE 2.1.1.2 DU *CONTRAT*, PEUVENT ÊTRE OPPOSÉES PAR *L'ASSUREUR* 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 *Foyer Global Health S.A.*, 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 Foyer Global Health S.A.
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 fondé 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 *L'ASSUREUR* 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, *L'ASSUREUR* 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, *L'ASSUREUR* 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.

***L'ASSUREUR* 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

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

Assureur	Compagnie d'assurance émettrice de la police d'assurance, à savoir [Foyer Global Health S.A.], a compagnie d'assurance santé établie au Luxembourg dont le siège social est situé [12, Rue Léon Laval, L-3372 Leudelange], immatriculée sous le numéro [B134471] au Registre de Commerce et des Sociétés du Luxembourg et placée sous la surveillance du Commissariat aux Assurances (7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg; +352226911-1; caa@caa.lu).
Accident (corporel)	Événement soudain, indépendant de la volonté de l'*assuré*, qui entraîne une lésion corporelle dont la cause, qui est extérieure à l'organisme de la victime, et les symptômes peuvent être objectivés et constatés par une *autorité médicale*, permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie.
Année d'assurance	L'*année d'assurance* débute à la date indiquée dans les Conditions Particulières (prise d'effet de l'assurance). Les modifications du *contrat* n'ont aucune incidence sur l'*année d'assurance*.
Assurance légale	Assurance obligatiore des soins conformément à la loi fédérale sur l'assurance maladie dite « LAMal » du 18 mars 1994 resp. à la loi fédérale sur l'assurance-accidents dite « LAA » en Suisse.
Assuré	Personne nommément désignée aux Conditions Particulières.
Autorité médicale	Toute personne habilitée par des diplômes reconnus et par une autorisation en vigueur à pratiquer l'art de guérir. Cette *autorité médicale* est capable de donner un diagnostic sur la *maladie* ou sur l'*accident corporel*.
Condition d'assurabilité	Condition indispensable à remplir par un *assuré* afin de pouvoir bénéficier des garanties du *contrat*. **LA CESSATION D'UNE *CONDITION D'ASSURABILITÉ* ENTRAÎNE POUR LA *PERSONNE ASSURÉE* CONCERNÉE LA PERTE DU BÉNÉFICE DU *CONTRAT* AINSI QUE LE CAS ÉCHÉANT LA *RÉSILIATION* DE SA PARTIE DE *CONTRAT*.**
Contrat	Le *contrat* détermine l'ensemble des droits et obligations du *preneur d'assurance*, de l'*assuré* et de *Foyer Global Health S.A.* Il est composé d'une proposition d'assurance, d'un ou plusieurs questionnaires médicaux, des Conditions Administratives, des Conditions Spéciales et des Conditions Particulières. Il se base sur toutes les déclarations faites par le *preneur d'assurance* et le(s) *assuré*(s) à la souscription et en cours de *contrat*.
Europe	Ensemble des pays de l'Union Européenne et de l'AELE (association européenne de libre échange économique), y compris la Suisse.
Déchéance	Perte du droit à la *prestation* d'assurance en raison de l'inexécution d'une obligation déterminée imposée par le *contrat*, et à la condition que le manquement soit en relation causale avec la survenance du *sinistre*.

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

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