

CONDITIONS SPÉCIALES



Table des matières

I. Conditions Spéciales GTE Premium	3	II. CONDITIONS ADMINISTRATIVES RÉSIDENTS en France GTE Premium	14
1. Objet de l'assurance	3	1. Bases du contrat	14
2. Étendue territoriale	3	1.1. Composition du <i>contrat</i>	14
2.1. Traitement Curatif : Principe Général	3	1.2. Étendue des garanties et <i>prestations</i> de Foyer Global Health S.A.	14
2.2. Traitement Curatif En cas de voyage Temporaire à L'étranger	3	2. Dispositions administratives	15
3. Conditions d'assurabilité	3	2.1. Vie du <i>contrat</i>	15
4. Prestations	4	2.2. <i>Résiliation</i> du <i>contrat</i> , d'une garantie ou d'une <i>personne assurée</i>	21
4.1. Informations générales	4	2.3. Dispositions diverses	22
4.2. Aides visuelles et chirurgie réfractive	4		
4.3. Soins Dentaires, Prothèses Dentaires et Orthodontie	5	III. Lexique	25
4.4. Traitement médical ambulatoire	6		
4.5. Thérapies alternatives	7		
4.6. Assurance temporaire lors d'un voyage à l'étranger	7		
4.7. <i>Prestations</i> pour traitement curatif hospitalier	8		
5. Assistance	9		
5.1. Objet des <i>prestations</i> d'Assistance médicale et des services complémentaires	9		
5.2. Champ d'application géographique	9		
5.3. <i>Prestations</i> informations générales	9		
6. Limitations et exclusions	11		
6.1. Limitations générales	11		
6.2. Exclusions	11		

I. CONDITIONS SPÉCIALES GTE Premium

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 à L'étranger

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

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

3. Conditions d'assurabilité



Le *contrat* ne peut être utilisé que par les *personnes assurées* qui ont leur résidence permanente en France dans l'un de ces départements : 01, 25, 38, 39, 67, 68, 73, 74 ou 90 ; 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'as-

sureur 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.

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. **LE TEMPS D'ATTENTE POUR LES FRAIS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT, AINSI QUE LES FRAIS DES SERVICES D'UNE SAGE-FEMME OU D'UNE SAGE-FEMME HOSPITALIÈRE EST DE 10 MOIS.**

4.2. Aides visuelles et chirurgie réfractive

4.2.1. Verres de lunettes et lentilles

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

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'assu-

rance non suspendue de deux ans qui court à compter du jour du *sinistre*.

4.2.2. 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*.

4.2.3. 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 <i>prestation</i> 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 en résine)	1000 EUR
Dentier partiel (plaque en résine)	
- plaque de base	250 EUR
- par dent	50 EUR
- par crochet	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 <i>maladie</i> 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'assurance <i>maladie</i> légale		Sans participation de l'assurance <i>maladie</i> légale	
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
Seconde phase du traitement actif	800 EUR maximum	Sur une durée maximale de 12 mois	400 EUR maximum	Sur une durée maximale de 12 mois
Traitement de contention	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).

LE TEMPS D'ATTENTE EST DE 10 MOIS.

- 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 (y compris l'acupuncture).

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.

4.7. 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

5.1. 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 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 COMPLEMENTES ALIMENTAIRES, DES PRODUITS AMAIGRISANTS, 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 SPAS ET LES MASSAGES DE RELAXATION, POUR LES SÉJOURS ET LES TRAITEMENTS DANS LES SPAS, LES BAINS, LES STATIONS THERMALES OU LES CENTRES DE CONVALESCENCE, MÊME S'ILS ONT ÉTÉ PRESCRITS PAR UN MÉDECIN. CELA COMPREND ÉGALEMENT LES BAINS THERMAUX, LES SAUNAS ET TOUT TYPE DE MASSAGE RELAXANT.
- (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 TENSIONNEMENTS).
- (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'ÉPILATION, LA CRYOLIPOLYSE, LA LIPOCAVATION, 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 PALIATIFS 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.
- (36) POUR TOUTES LES DÉPENSES ENGAGÉES À LA SUITE OU EN RELATION AVEC L'INSÉMINATION ARTIFICIELLE, LE TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ OU L'INCAPACITÉ DE PROCRÉER. CELA INCLUT TOUS LES SERVICES MÉDICAUX ET DE LABORATOIRE AINSI QUE LES *MÉDICAMENTS* ET PRODUITS AUXILIAIRES CORRESPONDANTS.

II. CONDITIONS ADMINISTRATIVES RÉSIDENTS en France

GTE Premium

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,
- Le règlement général sur la protection des données.

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*.

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 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.**

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 re-

commandée, 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' qui fait l'objet de la procédure.

2.1.2. Déclarations en cours de contrat

2.1.2.1. Obligation de déclaration

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

- (1) les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à 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. À 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'assurance, 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 médicaux sont remboursés dans la devise convenue avec la personne assurée. Les frais médicaux en devises étrangères sont convertis au taux de change en vigueur le jour de l'émission de la facture, sauf si l'assuré peut présenter un justificatif bancaire prouvant qu'ils ont été réglés à un taux de change moins avantageux pour l'assuré.

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 subrogé, 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 :
 - o L'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ;
 - o 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) concer-

née(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
Après la première année du contrat	A tout moment		Un mois suivant la date de réception par l'assureur du courrier de <i>résiliation</i>
Durant la première année d'assurance	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 <i>résiliation</i> 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 suivant la date de réception par l'assureur du courrier de <i>résiliation</i>
Durant la première année d'assurance, 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
Durant la première année d'assurance, 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 <i>résiliation</i> 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
Chaque année	Dans les 2 mois	Avant la date d'échéance	À l'échéance
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 imposer 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 <https://foyerglobalhealth.com>
- 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 (11 Rue Robert Stumper, 2557, 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.

2.3.5. Pas de couverture d'assurance en cas de sanctions, d'interdictions ou de restrictions

[Alt. 1 - Industrial clients etc.]

L'*assureur* n'est pas censé fournir une couverture et n'est pas tenu de payer une *demande* de remboursement ou de fournir une *prestation* en vertu du présent *contrat* dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle *demande* ou la fourniture d'une telle *prestation* exposerait l'*assureur* à une sanction, une interdiction ou une restriction, y compris, mais sans s'y limiter, aux lois, règlements ou résolutions en matière de sanctions financières, économiques et commerciales adoptées par toute autorité compétente, y compris, mais sans s'y limiter, les Nations Unies, l'Union Européenne, les États-Unis d'Amé-

rique, le Royaume-Uni et toute autre juridiction concernée par le présent *contrat d'assurance*.

Personnes sanctionnées

L'*assureur* ne fournira pas de couverture, n'acceptera pas de paiement de prime de la part de, et ne sera pas tenu de payer toute *demande* de remboursement ou de fournir toute *prestation* à une personne sanctionnée telle que désignée par une autorité compétente.

La couverture d'une *personne assurée*, y compris les membres éligibles et les personnes à leur charge, sera immédiatement suspendue et/ou résiliée, selon le cas, si elles sont désignées comme personnes sanctionnées par une autorité compétente.

Juridictions sanctionnées

L'*assureur* ne fournira pas de couverture et ne sera pas tenu de payer toute *demande* de remboursement ou de fournir toute *prestation* liée à une couverture impliquant une juridiction sanctionnée.

Cela signifie (i) qu'aucune couverture ne peut être fournie lorsqu'un pays ou un territoire sanctionné est impliqué de quelque manière que ce soit, (ii) qu'aucun paiement de prime, paiement d'une *demande* de remboursement ou *prestation* ne peut être effectué à partir ou sur un compte bancaire ouvert dans une juridiction sanctionnée ou dans une banque contrôlée par le gouvernement d'une juridiction sanctionnée, et (iii) qu'aucune garantie de paiement ne peut être fournie par l'*assureur* à un prestataire établi dans une juridiction sanctionnée ou dont l'actionnariat est composé de ressortissants ou de résidents d'une juridiction sanctionnée ou de personnes sanctionnées, quelle que soit leur participation actionnariale.

Les ressortissants ou résidents d'une juridiction sanctionnée et les personnes ayant voyagé dans une juridiction sanctionnée dans le passé seront uniquement couverts lorsqu'ils se trouvent physiquement en dehors des juridictions sanctionnées et à condition qu'ils ne soient pas considérés comme des personnes sanctionnées.

Aucune évacuation ou rapatriement d'une *personne assurée* ne sera effectué à partir d'une juridiction sanctionnée. La liste des juridictions sanctionnées, qui évolue et est régulièrement mise à jour, comprend notamment l'Afghanistan, le Belarus, l'Iran, le Myanmar (Birmanie), la Corée du Nord, la Russie, les régions d'Ukraine occupées ou annexées par la Russie (y compris la Crimée, Donetsk, Kherson, Louhansk, Sébastopol et Zaporizhzhia), le Sud-Soudan, la Syrie et le Yémen. La dernière liste des juridictions sanctionnées est disponible dans le centre de téléchargement IDD de l'*assureur* à l'adresse suivante :

<https://foyerglobalhealth.com/general-and-special-conditions-of-our-products/>

Juridictions soumises à des restrictions

L'*assureur* ne fournira pas de garanties de paiement aux hôpitaux et n'effectuera pas de paiements sur des comptes bancaires ouverts dans une juridiction soumise à des restrictions.

Aucune évacuation ou rapatriement d'une *personne assurée* ne sera effectué à partir d'une juridiction soumise à des restrictions.

La liste la plus récente des juridictions soumises à des restrictions, qui évolue et est régulièrement mise à jour, est disponible à l'adresse suivante : dans le centre de téléchargement IDD de l'*assureur* à l'adresse suivante : <https://foyerglobalhealth.com/general-and-special-conditions-of-our-products/>

Mise à jour des Conditions générales

L'*assureur* se réserve le droit de modifier les conditions du *contrat* d'assurance et de la couverture immédiatement et sans préavis en cas de changement de la situation politique d'une juridiction visée, y compris, mais sans s'y limiter, sa désignation comme juridiction soumise à des restrictions ou sanctionnée ou l'évolution des sanctions imposées à cette juridiction.

Responsabilité de l'Assureur

L'*assureur* ne peut être tenu responsable d'aucun type de dommage, qu'il soit financier, physique ou psychologique, résultant d'un refus de couverture ou d'un non-paiement d'une *demande* de remboursement ou d'une *prestation* impliquant une personne sanctionnée ou une juridiction sanctionnée ou soumise à des restrictions.

Cas de défaillance du Souscripteur

Si le Souscripteur a fourni des informations incomplètes ou incorrectes sur une *personne assurée*, y compris, mais sans s'y limiter, des informations sur son identification et/ou sa localisation géographique, l'*assureur* peut, à son entière discrétion, soit exiger du Souscripteur qu'il prenne les mesures correctives nécessaires dans un délai déterminé, soit suspendre la couverture et/ou résilier la couverture immédiatement pour un motif valable et sans préavis, conformément aux dispositions pertinentes présentes dans le *contrat* de groupe.

[Alt. 2 - Humanitarian aid]

L'*assureur* n'est pas censé fournir une couverture et n'est pas tenu de payer une *demande* de remboursement ou de fournir une *prestation* en vertu du présent *contrat* dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle *demande* ou la fourniture d'une telle *prestation* exposerait l'*assureur* à une sanction, une interdiction ou une restriction, y compris, mais sans s'y limiter, aux lois, règlements ou résolutions en matière de sanctions financières, économiques et commerciales adoptées par toute autorité compétente, y compris, mais sans s'y limiter, les Nations Unies, l'Union Européenne, les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni et toute autre juridiction concernée par le présent *contrat* d'assurance.

Aucune évacuation ou rapatriement d'une *personne assurée* d'une juridiction sanctionnée ou soumise à des restrictions ne peut être garanti.

La liste des juridictions sanctionnées, qui évolue et est régulièrement mise à jour, comprend notamment l'Afghanistan, la Biélorussie, l'Iran, le Myanmar (Birmanie), la Corée du Nord, la Russie, les régions de l'Ukraine occupées ou annexées par la Russie (y compris la Crimée, Donetsk, Kherson, Louhansk, Sébastopol et Zaporizhzhia), le Sud-Soudan, la Syrie et le Yémen. La dernière liste des juridictions sanctionnées est disponible dans le centre de téléchargement IDD de l'*assureur* à l'adresse suivante <https://foyerglobalhealth.com/general-and-special-conditions-of-our-products/>. 30/32

La dernière liste des juridictions soumises à des restrictions, qui évolue et est régulièrement mise à jour, est disponible dans le centre de téléchargement IDD de l'*assureur* à l'adresse suivante : <https://foyerglobalhealth.com/general-and-special-conditions-of-our-products/>.

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 [<i>Foyer Global Health S.A.</i>], 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' <i>assuré</i> , qui entraîne une lésion corporelle dont la cause, qui est extérieure à l'organisme de la victime, et les symptômes peuvent être objectivés et constatés par une <i>autorité médicale</i> , permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie.
Année d'assurance	L'année d'assurance débute à la date indiquée dans les Conditions Particulières (prise d'effet de l'assurance). Les modifications du <i>contrat</i> n'ont aucune incidence sur l'année d'assurance.
Assurance légale	Assurance obligatoire des soins conformément à la loi fédérale sur l'assurance <i>maladie</i> 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 <i>maladie</i> ou sur l' <i>accident</i> corporel.
Condition d'assurabilité	Condition indispensable à remplir par un <i>assuré</i> afin de pouvoir bénéficier des garanties du <i>contrat</i> . LA CESSATION D'UNE CONDITION D'ASSURABILITÉ ENTRAÎNE POUR LA PERSONNE ASSURÉE CONCERNÉE LA PERTE DU BÉNÉFICE DU CONTRAT AINSI QUE LE CAS ÉCHÉANT LA RÉSILIATION DE SA PARTIE DE CONTRAT.
Contrat	Le <i>contrat</i> détermine l'ensemble des droits et obligations du <i>preneur d'assurance</i> , de l' <i>assuré</i> et de <i>Foyer Global Health S.A.</i> Il est composé d'une proposition d'assurance, d'un ou plusieurs questionnaires médicaux, des Conditions Administratives, des Conditions Spéciales et des Conditions Particulières. Il se base sur toutes les déclarations faites par le <i>preneur d'assurance</i> et le(s) <i>assuré(s)</i> à la souscription et en cours de <i>contrat</i> .
Europe	Ensemble des pays de l'Union Européenne et de l'AELE (association européenne de libre échange économique), y compris la Suisse.
Déchéance	Perte du droit à la <i>prestation</i> d'assurance en raison de l'inexécution d'une obligation déterminée imposée par le <i>contrat</i> , et à la condition que le manquement soit en relation causale avec la survenance du <i>sinistre</i> .
Demande préalable	Toute <i>demande préalable</i> faite par un <i>assuré</i> à l' <i>assureur</i> par écrit et qui est exigée avant un traitement. La demande doit toujours contenir les éléments justifiant le traitement. POUR ÊTRE REMBOURSÉE, LA PRESTATION DOIT ÊTRE VALIDÉE PAR ÉCRIT PAR 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' <i>assuré</i> .

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 <i>état de dépendance</i> , toute personne subissant une perte d'autonomie totale ou partielle en raison de son état physique et/ou mental.
Étranger	Pays autre que le <i>domicile de l'assuré</i> ou la Suisse.
Foyer Global Health S.A.	<i>Foyer Global Health S.A.</i> – avec siège social à L-3372 Leudelange, 12, rue Léon Laval. Compagnie d'assurance agréée par le Commissariat Aux Assurances (http://www.caa.lu/).
Fraude	Se faire remettre de manière intentionnelle une <i>prestation</i> d'assurance induue.
Lieu de villégiature	Lieu de résidence temporaire différent du <i>domicile de l'assuré</i> , qui n'est pas un lieu d'établissement principal de l'assuré et qui est caractérisé par un court séjour.
Maladie	La dégradation de l'état de santé physique ou mentale dont la cause et les symptômes peuvent être objectivés et constatés par une <i>autorité médicale</i> permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie ; cette dégradation ne peut être imputable à un <i>accident</i> corporel.
Médicament	Toute substance ou composition ayant un principe actif et possédant des propriétés curatives à l'égard d'une <i>maladie</i> .
Médicament de l'homéopathie	Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives à l'égard des <i>maladies</i> humaines. Tout 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 <i>sinistre</i> . Sont assimilées à une <i>mesure de réadaptation</i> , toute mesure et processus de récupération, de réhabilitation et/ou de rééducation.
Nullité	Annulation du <i>contrat</i> qui est censé n'avoir jamais existé.
Personne assurée	Chaque personne prise individuellement faisant l'objet de l'assurance et qui a la qualité d'assuré.
Preneur d'assurance	La personne qui souscrit le <i>contrat</i> et à laquelle incombe le paiement de la prime ou toute personne qui lui sera substituée par accord des parties, ou les ayants droit du <i>preneur d'assurance</i> en cas de décès de ce dernier.
Prestation (de Foyer Global Health S.A.)	Le remboursement des frais médicaux de l'assuré, suite à un <i>sinistre</i> garanti par ce présent <i>contrat</i> .
Résiliation	Cessation des effets du <i>contrat</i> ou d'une garantie.
Sinistre	Le traitement médicalement nécessaire d'une <i>personne assurée</i> par suite de <i>maladie</i>, d'une grossesse ou d'un <i>accident</i>. Le <i>sinistre</i> commence lors du début du traitement et il prend fin lorsqu'après examen médical le traitement n'est plus requis. Si le traitement doit être étendu à une <i>maladie</i> ou aux suites d'un <i>accident</i> qui ne sont pas en relation directe avec le traitement en cours, il y a survenance d'un nouveau <i>sinistre</i>.
Suspension	Période pendant laquelle l'assureur cesse d'accorder sa garantie, alors que le <i>contrat</i> n'est ni résilié, ni frappé de <i>nullité</i> .
Tiers	Toute personne physique ou morale n'ayant pas la qualité d'assuré.

Contactez-nous

N'hésitez pas à nous contacter en cas de questions concernant nos conditions spéciales :

Nos lignes téléphoniques sont ouvertes du
lundi au vendredi de 08:00 à 17:00 (HEC).

Téléphone : +352 437 43 42 43

Ou écrivez-nous quand vous voulez:
service@foyerglobalhealth.com

Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg

www.foyerglobalhealth.com
R.C.S. Luxembourg B 134.471