



Cigna Global Health Options

# Conditions Générales

Modalités, conditions, exclusions générales et  
définitions relatives à votre assurance

# TABLE DES MATIÈRES

Veillez lire les présentes *conditions générales* avec votre *attestation d'assurance* et votre Guide client car ils font partie intégrante du *contrat* établi entre vous et nous. Si *nécessaire*, consultez un spécialiste pour vérifier que ce *contrat* vous convient.

Les mots et expressions en *italique* s'entendent au sens qui leur est donné à la rubrique 3, «Définitions».

**Vous trouverez ici toutes les informations importantes concernant votre assurance Cigna Global Health Options.**

Informations légales et réglementaires	Page 3
Plaintes	Page 3
Nous contacter	Page 3
Rubrique 1 : Modalités et conditions générales	Page 4
1. Étendue de la couverture et droits à l'assurance.....	4
2. Début et fin de la couverture.....	5
3. Les informations que vous nous transmettez.....	5
4. Délai de rétractation.....	5
5. Primes et autres frais.....	6
6. Résiliation.....	7
7. Fraude.....	8
8. Options de couverture.....	8
9. Franchise et participation aux frais.....	9
10. Ajouter des assurés.....	10
11. Changements de pays de résidence habituelle, d'adresse et/ou de nationalité.....	10
12. Communication.....	11
13. Reconduction du contrat.....	11
14. Protection des données.....	12
15. Qui peut appliquer ce contrat ?.....	12
16. Notre droit de recouvrement auprès de tiers.....	12
17. Pluralité des assurances.....	13
18. Modifications apportées à ce contrat.....	13
19. Sanctions.....	13
20. Pandémies, épidémies et maladies infectieuses.....	13
Rubrique 2 : Exclusions générales	Page 15
Rubrique 3 : Définitions	Page 19

## INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

Aux fins du présent *contrat* :

Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited qui est contrôlé par l'Administration des Services Financiers de Dubaï agit en qualité de souscripteur pour le compte de Cigna Global Insurance Company Limited.

Cette assurance est fournie par :

**Cigna Global Insurance Company Limited**  
**PO Box 155, Mill Court,**  
**La Charroterie, St Peter Port,**  
**Guernsey GY1 4ET**  
**Channel Islands**

Cigna Global Insurance Company Limited est agréé et contrôlé à Guernesey par la Guernsey Financial Services Commission pour l'exercice d'activités d'assurance.

Ce *contrat* ne remplace aucun régime d'assurance maladie public. *Il est recommandé* de prendre conseil auprès des personnes appropriées avant de cesser vos paiements au régime d'assurance santé national auquel vous souscrivez actuellement.

## PLAINTES

Toute plainte doit d'abord *nous* être envoyée à l'adresse figurant dans la rubrique « Nous contacter » ci-dessous.

Si la plainte n'est pas résolue, elle peut être transmise au médiateur financier à :

**The Channel Islands Financial Ombudsman (CIFO)**  
**PO Box 114, Jersey, Îles Anglo-Normandes**  
**JE4 9QG**

Téléphone : **+44 (0)1534 748610**  
Fax : **+44 (0) 1534 747629**  
E-mail : **complaints@ci-fo.org**

Le service de médiateur financier (Financial Ombudsman Service) peut statuer sur la plupart des plaintes (mais pas sur toutes). Sa décision s'impose à *nous*, mais la personne ayant déposé plainte peut refuser cette décision sans que ses droits légaux en soient affectés (notamment son droit d'intenter des poursuites judiciaires).

Sauf convention contraire expresse, ce *contrat* est régi par, et sera interprété conformément au droit anglais et gallois.

Tout différend portant sur ce *contrat*, notamment les différends concernant sa validité, sa formation et sa résiliation, sera porté devant les tribunaux d'Angleterre et du Pays de Galles.

## NOUS CONTACTER

Pour annuler ce *contrat*, envoyez-nous un e-mail à : **cignaglobal\_customer.care@cigna.com**.

Pour plus d'informations, consultez l'article 6.5 des présentes *Conditions générales*. Vous devrez fournir votre numéro de contrat, votre nom complet et l'adresse e-mail indiquée dans le formulaire de *souscription*.

Vous pouvez également nous écrire à l'adresse suivante :

**Cigna Global Health Options**  
**Customer Care Team**  
**1 Knowe Road, Greenock**  
**Scotland PA15 4RJ**

Dans tous les autres cas, vous pouvez appeler notre équipe du Service clients 24 h/24, 7 j/7\* au :  
**+44 (0) 1475 788 182** ou depuis les États-Unis au **0800 835 7677**.

\* Pour certaines questions, notre service clientèle peut vous diriger vers notre équipe interne de spécialistes qui sont disponibles pendant les heures de travail (du lundi au vendredi de 8h à 20h CET).

# RUBRIQUE 1: MODALITÉS ET CONDITIONS GÉNÉRALES

## 1. Étendue de la couverture et droits à l'assurance

### 1.1

Ce *contrat* est proposé uniquement aux *assurés* qui sont des *expatriés*. Par conséquent, le *contrat* couvre uniquement les coûts des *soins médicaux* dans le *pays de nationalité* de l'*assuré* dans des situations où l'*assuré* réside temporairement dans son *pays de nationalité*. Ces séjours ne peuvent dépasser cent-quatre-vingt (180) jours cumulés par *période de couverture*, et le *pays de nationalité* doit se trouver dans la *zone de couverture sélectionnée* (voir article II pour plus d'informations).

### 1.2

Sous réserve des clauses, conditions, limites et exclusions (et exclusions spéciales détaillées dans votre *attestation d'assurance*, le cas échéant) du présent *contrat*, Cigna Healthcare prend en charge vos dépenses de santé et frais associés en lien avec des *soins médicaux médicalement nécessaires* qui sont recommandés par un *praticien*, et dispensés dans la *zone de couverture sélectionnée* pour les *blessures* et les *maladies*. Les *soins médicaux* doivent être dispensés pendant la *période de couverture* et des franchises, des participations aux frais et des limites de prise en charge peuvent s'appliquer. Dans certains cas, *nous* pourrions, à *notre* entière discrétion, accepter de supprimer une exclusion si *vous* vous acquittez d'un supplément de prime. Cet accord se fera au moment où *vous* souscrirez votre *contrat*.

### 1.3

*Vous* devez être âgé(e) de dix-huit (18) ans ou plus au moment de la *souscription* pour souscrire ce *contrat*.

### 1.4

*Vous* devez *nous* fournir tous les documents nécessaires pour justifier de l'identité d'un client ou du respect de l'obligation de connaissance du client (par exemple, une copie de votre passeport et un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois) que *nous* pourrions demander

concernant tout *assuré* afin de respecter la réglementation en vigueur en matière de lutte contre le blanchiment d'argent, notamment tous les textes réglementaires publiés par l'Autorité des services financiers de Dubaï (Dubai Financial Services Authority) et la Commission des services financiers de Guernesey (Guernsey Financial Services Commission) ou leurs successeurs :

#### 1.4.1

Tant que *nous* n'aurons pas reçu les documents demandés en lien avec la connaissance du client mentionnés au point 1.4, *nous* n'approuverons aucun *soin médical* en vertu du présent *contrat*, *nous* n'émettrons aucune *lettre de prise en charge* ni ne réglerons aucune demande de remboursement de *soins médicaux* pour un quelconque *assuré* ; et

#### 1.4.2

Si *vous* ne *nous* fournissez pas les documents requis en lien avec la connaissance du client dans les trente (30) jours suivant la *date de début*, *nous* serons en droit de résilier le présent *contrat* avec effet immédiat ou après un délai de préavis plus long fixé librement par *nous*.

### 1.5

En cas de changement intervenant entre votre *souscription* et la *date de début initiale* de votre *contrat*, et si toute information que *vous* *nous* avez fournie dans votre *souscription* change au cours de cette période, *vous* devez *nous* en informer. *Nous* *nous* réservons le droit d'annuler le *contrat* ou d'appliquer tous suppléments de prime ou exclusions supplémentaires suite à toute modification de votre état de santé dont *vous* *nous* avez informés avant la *date de début initiale* de votre *contrat*. Si *vous* ne *nous* informez pas d'un changement dans votre état de santé pendant cette période, *nous* pourrions considérer qu'il s'agit d'une déclaration inexacte, ce qui pourrait affecter la prise en charge dans le cadre de votre *contrat* ou le paiement de demandes de remboursement.

## 1.6

Ce *contrat* ne couvre pas les frais liés aux *soins médicaux* reçus avant la prise d'effet du *contrat* ou après la fin de celui-ci (même si *nous* avons approuvé ces *soins médicaux* avant la fin du *contrat*).

## 2. Début et fin de la couverture

### 2.1

Ce *contrat* est un *contrat* annuel. Cela signifie que, à moins qu'il ne soit résilié de manière anticipée, le *contrat* d'assurance prendra fin un (1) an après la *date de début*.

### 2.2

Si ce *contrat* prend fin avant la *date de fin* normale, toute prime versée en relation avec une période postérieure à la cessation de la couverture sera remboursée sur une base proportionnelle, pour autant qu'aucune demande de remboursement n'ait été faite ou ne doit l'être, et qu'aucune *lettre de prise en charge* n'ait été émise au cours de la *période de couverture*.

Si le *contrat* prend fin avant la *date de fin* normale et que *vous* avez effectué des demandes de remboursement au titre de ce *contrat*, ou si *vous* avez obtenu des *soins médicaux* qui n'ont pas encore été remboursés, *vous* serez redevable des primes restant dues au titre du *contrat*.

### 2.3

Si *vous* décédez, l'assurance prendra fin pour tous les *assurés* à moins qu'un *assuré nous* contacte dans les trente (30) jours suivant la date du décès qui apparaît sur le certificat de décès. Si l'un quelconque des *assurés* souhaite conserver la couverture en devenant le *preneur d'assurance*, et sous réserve des clauses de *notre contrat*, il doit *nous* informer dans les trente (30) jours et *nous* fournir une copie du certificat de décès. Si aucun *assuré* ne souhaite conserver la couverture en tant que *preneur d'assurance*, le *contrat* prendra fin et *nous* ne procéderons à aucun remboursement relatif à des *soins médicaux* ou des services reçus à la date ou après la date à laquelle le *contrat* prend fin.

## 3. Les informations que vous nous transmettez

Pour décider d'accepter ce *contrat* et pour définir les conditions et les primes, *nous nous* sommes fondés sur les informations que *vous nous* avez fournies. *Vous* devez faire attention aux réponses apportées aux questions que *nous vous* posons, en *vous* assurant que toutes les informations fournies sont exactes et complètes.

Si *nous* avons lieu de croire que *vous nous* avez délibérément, ou par imprudence, fourni des informations fausses ou trompeuses, cela pourrait avoir des effets préjudiciables sur ce *contrat* et toute demande de remboursement. Par exemple, *nous* pourrions :

- > traiter ce *contrat* comme s'il n'avait jamais existé, refuser de payer toute demande de remboursement et rembourser les primes payées. *Nous* n'agissons ainsi que si *nous* *vous* fournissons une couverture que *nous* n'aurions pas offerte autrement ;
- > modifier les conditions de *notre* assurance. *Nous* pourrions appliquer ces conditions modifiées comme si elles étaient déjà en place si une demande de remboursement a été affectée de manière préjudiciable par *notre* négligence ; ou
- > résilier le *contrat* conformément à l'article 6.2.

Si *nous* décidons de prendre l'une de ces mesures, *nous vous* en informerons par écrit.

Si *vous* prenez connaissance du fait que des informations que *vous nous* avez transmises sont inexactes, *vous* devez *nous* en informer dès que possible en utilisant l'une des options indiquées à la rubrique «*Nous contacter*» à la page 3 des présentes *conditions générales*.

## 4. Délai de rétractation

*Vous* avez le droit d'annuler *notre contrat* dans les quatorze (14) jours suivant la date à laquelle *vous* recevez ce *contrat*. Si *vous* souhaitez annuler ce *contrat* et que *nous* n'avons pas payé de demande de remboursement ni émis de *lettre de prise en charge*, *vous* recevrez un remboursement intégral de *notre* prime. En

revanche, si *nous* avons payé une demande de remboursement ou émis une *lettre de prise en charge*, *nous* ne rembourserons aucune prime qui a été payée. Pour annuler ce *contrat*, contactez-*nous* en utilisant l'une des options indiquées à la rubrique «Nous contacter» à la page 3 des présentes *conditions générales*.

Si *vous* n'exercez pas votre droit d'annuler ce *contrat*, il restera en vigueur et *vous* serez tenu(e) de verser toute prime qui *nous* est due.

Pour vos droits d'annulation en dehors du délai légal de rétractation de quatorze (14) jours, reportez-vous à l'article 6 de ce *contrat*.

## 5. Primes et autres frais

### 5.1

Votre *attestation d'assurance* définit la prime et les autres frais (comme les taxes) qui sont payables et indique quand et comment ils doivent être réglés.

Les paiements doivent être effectués dans la devise et de la manière précisées dans votre *attestation d'assurance*.

### 5.2

Si *vous*, ou l'un des bénéficiaires, ne demandez pas d'autorisation préalable pour l'hospitalisation d'une ou plusieurs journées requise, *nous* réduirons de vingt (20) pour cent le montant que *nous* paierons pour ce traitement.

Pour les frais médicaux spécifiques aux États-Unis, si *vous*, ou tout bénéficiaire, décidez de recevoir un traitement dans un hôpital, une clinique, chez un médecin ou dans une pharmacie qui ne fait pas partie du réseau de Cigna Healthcare aux États-Unis, *nous* réduirons de vingt (20) pour cent le montant que *nous* paierons pour ces frais médicaux. *Vous* trouverez une liste des *hôpitaux*, des *cliniques* et des *praticiens* du réseau Cigna Healthcare dans votre Espace client en ligne sécurisé.

Veillez noter que *nous* pouvons, à *notre* seule discrétion et sans *vous* en informer, apporter des modifications au réseau Cigna Healthcare à tout moment en ajoutant et/ou en retirant des *hôpitaux*, des *cliniques*, des *praticiens* et des pharmacies.

### 5.3

Dans la plupart des cas, *nous* paierons directement l'hôpital, la clinique, ou le médecin pour vos frais médicaux. Dans le cas où *vous*, ou tout bénéficiaire, devez payer l'hôpital, la clinique ou le médecin, *vous* devez *nous* soumettre votre facture et votre formulaire de demande de remboursement dès que possible après le traitement. Si une demande de remboursement accompagnée des factures pertinentes ne *nous* parvient pas dans un délai de douze (12) mois à compter de la date de l'administration du traitement, cette demande ne pourra faire l'objet d'aucun paiement ni d'aucun remboursement de *notre* part.

Toute demande de remboursement est soumise à la franchise applicable, à la participation aux coûts et aux plafonds énoncés dans les présentes Règles applicables à la police d'assurance, le Guide d'information pour les clients et votre Certificat d'assurance

### 5.4

Si *vous* ne réglez pas la prime et/ou tous les autres frais à leur date d'échéance, *nous* *vous* en informerons immédiatement par e-mail et *nous* suspendrons votre *contrat*, c'est-à-dire que la couverture de tous les *assurés* sera suspendue. Si le paiement est effectué, le *contrat* sera réactivé. *Nous* n'approuverons aucuns *soins médicaux* pendant la période de suspension du *contrat*. *Nous* ne traiterons aucune demande de remboursement tant que *vous* n'aurez pas réglé tout paiement en retard.

Si après trente (30) jours, la somme n'est toujours pas payée, *nous* *vous* écrirons pour *vous* informer que le *contrat* est résilié. La résiliation prendra effet à la date d'échéance du premier paiement en retard.

Si *vous* réglez le montant dû dans les trente (30) jours suivant la date d'échéance du premier paiement en retard, *nous* réactiverons votre *contrat*, avec effet rétroactif à cette date.

### 5.5

Sous réserve de l'article 13, *nous* *vous* informerons de la prime et des autres frais qui s'appliqueront au cours de la *période de couverture* suivante.

La prime et/ou les autres frais seront révisés à chaque nouvelle *période de couverture*.

## 6. Résiliation

### 6.1

Sous réserve de toute disposition légale ou réglementaire contraire, *nous* résilierons ce *contrat* avec effet immédiat pour tous les *assurés* si :

#### 6.1.1

toute prime ou tous autres frais (y compris toute taxe applicable) ne sont pas intégralement payés dans les trente (30) jours suivant la date d'échéance de leur paiement. *Nous* vous informerons par écrit en cas de résiliation du *contrat* pour cette raison ;

#### 6.1.2

il est devenu illégal pour *nous* de fournir toute prise en charge disponible en vertu du *contrat* ou si *nous* sommes tenus de résilier le *contrat* dans tout pays ou territoire particulier sur ordre d'une autorité compétente ;

#### 6.1.3

si un *assuré* figure sur une liste de personnes ou d'entités soumises à des sanctions financières, tenue par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union européenne, le Bureau de contrôle des avoirs étrangers des États-Unis ou toute autre autorité compétente. En outre, *nous* ne prendrons en charge aucune demande de remboursement concernant des services reçus dans des pays faisant l'objet de sanctions si cette prise en charge enfreint les exigences du Conseil de sécurité des Nations Unies, de l'Union européenne ou du Bureau de contrôle des avoirs étrangers du département du Trésor des États-Unis ; ou

#### 6.1.4

*vous* ne *nous* avez pas fourni les documents requis relatifs à la connaissance du client demandés conformément à l'article I.4 dans les trente (30) jours suivant la *date de début* (ou tout délai plus long dont *nous* vous aurions informé par écrit), la résiliation, conformément au présent article 6.1.4,

prend effet immédiatement ; *nous* vous rembourserons néanmoins toute prime que *vous* aurez payée.

### 6.2

Sous réserve de l'article 3, *nous* résilierons le présent *contrat* avec effet immédiat si *nous* estimons, à *notre* entière discrétion, et pour des motifs légitimes, que *vous* avez, lors de la *souscription* du *contrat* ou en effectuant une demande de remboursement dans le cadre de ce *contrat*, dissimulé des informations ou fourni sciemment ou imprudemment des informations que *vous* savez ou croyez être fausses ou inexactes, ou si *vous* n'avez pas fourni les informations que *nous* avons demandées, y compris des informations médicales.

### 6.3

Sous réserve de l'article II, *nous* pouvons résilier le présent *contrat* si l'un quelconque des *assurés* cesse d'être un *expatrié* du fait d'un changement du *pays de nationalité* de l'*assuré* ou de son *pays de résidence habituelle*.

### 6.4

Si *nous* ne commercialisons plus le *contrat* ou une alternative appropriée dans *votre* zone géographique, *nous* vous informerons au moins un (1) mois avant la *date de fin* que le *contrat* sera résilié (et ne pourra pas être reconduit) à la *date de fin*.

### 6.5

Si *vous* souhaitez résilier ce *contrat* et mettre fin à la couverture de tous les *assurés*, *vous* pouvez le faire à tout moment en *nous* envoyant un préavis écrit d'au moins quatorze (14) jours. La résiliation de votre *contrat* prendra effet dans un délai de quatorze (14) jours après que *vous*, le preneur d'assurance, *nous* ayez informés de cette intention par l'un des moyens précisés dans la section 'Nous contacter' en page 3 des présentes *conditions générales*.

#### 6.5.1

Si le *contrat* est résilié conformément à l'article 6.5 avant la *date de fin* et que *nous* avons payé une demande de remboursement, pris en charge un *traitement* ou émis une *lettre de prise en charge* au cours de la *période de couverture*, *vous* serez redevable des primes restant dues au titre

du *contrat* Si votre prime annuelle est versée en plusieurs fois au cours de la période du *contrat*, vous devrez effectuer ces paiements pour le reste de la *période de couverture* ou bien régler le montant de la prime restant dû.

## 6.6

Concernant la période qui suit le terme de votre assurance, à moins que votre *contrat* ne soit résilié en vertu de l'article 6.2 et/ou de l'article 7, toute prime payée en lien avec la période qui suit le terme de l'assurance sera alors remboursée dans la mesure où elle ne concerne pas une période au cours de laquelle nous fournissions une couverture, et à condition que nous n'ayons payé aucune demande de remboursement ni émis de *lettre de prise en charge* au cours de la *période de couverture*.

## 6.7

Si des *soins médicaux* ont été autorisés, nous ne prendrons en charge aucuns frais liés aux *soins médicaux* si le *contrat* prend fin ou si un *assuré* n'est plus couvert par le *contrat* avant que les *soins médicaux* ne soient dispensés.

## 7. Fraude

### 7.1

Si un *assuré* fait une demande de remboursement frauduleuse dans le cadre de ce *contrat* :

- i. nous ne serons pas tenus de payer la demande de remboursement ;
- ii. nous pourrions recouvrer auprès de l'*assuré* toutes sommes payées par nous en relation avec ladite demande de remboursement ; et
- iii. nous pourrions notifier à l'*assuré* de la résiliation du *contrat* et traiter le *contrat* comme étant résilié à compter de la date de l'acte frauduleux.

### 7.2

Si nous exerçons notre droit en vertu de l'article 7.1 (iii) ci-dessus :

- i. nous n'aurons aucune responsabilité envers l'*assuré* en cas d'évènement survenant après la date de l'acte frauduleux. Dans le cadre du présent article, un évènement s'entend de tout évènement mettant

en jeu notre responsabilité en vertu de ce *contrat* (comme la survenance d'un préjudice, la soumission d'une demande de remboursement ou la notification d'une demande de remboursement potentielle) ; et

- ii. nous ne serons pas tenus de rembourser toute prime payée.

## 7.3

Si ce *contrat* couvre tout *assuré* autre que vous et qu'une demande de remboursement frauduleuse est faite en vertu de ce *contrat* au nom d'un *assuré* autre que vous, nous pourrions exercer le droit prévu à l'article 7.1 ci-dessus comme s'il existait un *contrat* d'assurance individuel entre nous et cet *assuré*. Toutefois, l'exercice de l'un de ces droits n'affectera pas la couverture fournie par le *contrat* pour tout autre *assuré*.

Aucune stipulation de l'article 7 n'est destinée à modifier la position en vertu de la loi relative à l'assurance de 2015.

## 8. Options de couverture

### 8.1

Si un *assuré* n'est pas couvert par les options *Soins ambulatoires* à l'international, *Évacuation à l'international & Crisis Assistance Plus™*, *Santé et bien-être* à l'international ou *Optique et dentaire* à l'international, nous ne prendrons en charge aucun des *soins médicaux* inclus dans ces options.

### 8.2

Les modifications suivantes de votre *contrat* ne peuvent pas être demandées pendant la période de couverture et ne peuvent être effectuées qu'au moment du renouvellement :

- > modifier votre niveau de couverture (par exemple passer du niveau Silver au niveau Gold ou passer du niveau Platinum au niveau Gold pour la couverture de l'Assurance Médicale Internationale)
- > pour modifier votre franchise, votre participation aux frais ou votre participation maximale annuelle aux frais.

Pour ce faire, vous devez nous en informer par écrit au moins sept (7) jours avant votre date de reconduction annuel. Avant de procéder à



l'une de ces modifications, nous pouvons vous demander de remplir un nouveau questionnaire sur vos antécédents médicaux. Si nous acceptons la demande, nous pourrions appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spéciales à votre police effectives à partir de la nouvelle période de couverture. Une fois que vous aurez accepté les conditions que nous vous proposons, ces modifications entreront en vigueur à la date de votre reconduction annuel.

Les modifications suivantes de votre contrat peuvent être demandées pendant la période de couverture et seront examinées par nous:

- > ajouter un ou plusieurs des modules optionnels au même niveau de couverture que votre couverture de base de l'Assurance Médicale Internationale : Soins ambulatoires à l'internationale, Évacuation à l'international & Crisis Assistance Plus™, Santé et bien-être à l'international ou Assurance optique et dentaire internationale.
- > de modifier votre zone de couverture en y incluant la couverture aux États-Unis (c'est-à-dire en passant d'une couverture mondiale excluant les États-Unis à une couverture mondiale incluant les États-Unis).

Avant d'apporter l'une de ces modifications à votre police pendant la période de couverture en cours, nous pouvons vous demander de remplir un nouveau questionnaire sur vos antécédents médicaux. Si nous acceptons la demande, nous pourrions appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spéciales à votre police mise à jour. Ces modifications de votre police commenceront au plus tôt à la date à laquelle vous acceptez les conditions proposées et resteront en vigueur au moins jusqu'à votre date de reconduction annuel.

Toute autre modification de votre contrat concernant les options de couverture sera examinée par nous et sera soumise à une souscription médicale.

## 9. Franchise et participation aux frais

### 9.1

Si vous avez sélectionné une franchise dans la couverture Assurance médicale internationale et/ou l'option *Soins ambulatoires* à l'international (si applicable), vous devrez payer le montant

de la franchise directement à l'hôpital, à la clinique, au praticien ou à la pharmacie. Nous vous communiquerons le montant de la franchise.

Nous réduirons le montant de notre prise en charge des frais de *soins médicaux* faisant l'objet d'une demande de remboursement dans le cadre des options Assurance médicale internationale ou *Soins ambulatoires* à l'international (si applicable) du montant de la franchise jusqu'à ce que le montant de la franchise pour la période de couverture soit atteint.

### 9.2

Si vous avez choisi une participation aux frais dans le cadre de l'Assurance médicale internationale et/ou de l'option *Soins ambulatoires* à l'international (si applicable), nous réduirons le montant que nous prenons en charge pour les frais de *soins médicaux* à hauteur du pourcentage de cette participation aux frais. Vous devrez régler le montant de la participation aux frais directement à l'hôpital, à la clinique, au praticien ou à la pharmacie. Les sommes que vous payez sont soumises à la limite de la participation maximale (annuelle) aux frais applicable.

### 9.3

Seules les sommes que vous payez au titre de la participation aux frais dans le cadre de l'Assurance médicale internationale et/ou de l'option *Soins ambulatoires* à l'international sont soumises à la limite de la participation maximale (annuelle) aux frais. Ne sont pas soumis à la participation maximale (annuelle) aux frais :

- > tous les montants que vous payez au titre d'une franchise ;
- > les montants dépassant les plafonds de garantie ;
- > les *soins médicaux* non couverts par l'Assurance médicale internationale ou par l'option *Soins ambulatoires* à l'international ; ou
- > les pénalités appliquées en raison de la non-obtention d'une autorisation préalable ou du recours à des professionnels de santé hors-réseau aux États-Unis.

Tous les montants que vous payez au titre de la franchise, de la participation aux frais et de la participation maximale (annuelle) aux frais le

cas échéant, s'appliquent séparément à chaque assuré, chaque option de couverture et chaque période de couverture.

## 9.4

Aucune franchise ne s'applique aux garanties « Indemnité journalière d'hospitalisation » ou « Soins aux nouveau-nés ».

## 10. Ajouter des assurés

### 10.1

Si vous souhaitez ajouter un nouvel assuré durant la période d'assurance, vous devez nous envoyer une *souscription* dûment remplie pour la personne concernée. Nous sommes libres d'accepter ou de refuser tout nouvel assuré. Nous vous informerons de toutes les conditions ou exclusions spéciales et du supplément de prime éventuels qui s'appliqueront à la couverture proposée. La couverture de tout nouvel assuré commencera à la date à laquelle vous nous confirmerez votre accord. Nous vous enverrons une *attestation d'assurance* mise à jour confirmant que le nouvel assuré a bien été ajouté.

### 10.2

En cas d'accouchement d'une assurée, vous pouvez demander à ajouter le nouveau-né comme assuré à votre contrat d'assurance existant.

#### 10.2.1

Si au moins un (1) des parents est couvert par le contrat depuis au moins douze (12) mois consécutifs avant la naissance du nouveau-né, nous ne demanderons aucun renseignement sur sa santé, ni aucun examen médical si nous recevons la *souscription* pour l'ajout du nouveau-né au contrat dans les trente (30) jours suivant la date de naissance du nouveau-né. Cependant, si nous recevons une *souscription* plus de trente (30) jours après la date de naissance du nouveau-né, le nouveau-né fera l'objet d'une appréciation du risque médical.

#### 10.2.2

Si aucun parent n'est couvert par le contrat depuis au moins douze (12) mois consécutifs avant la naissance du nouveau-né, celui-ci fera l'objet d'une appréciation du risque

médical et vous pourrez soumettre une *souscription* pour ajouter le nouveau-né.

### 10.2.3

Vous pouvez ajouter en tant qu'assuré à votre contrat d'assurance existant un nouveau-né issu d'une maternité de substitution ou un enfant adopté afin qu'il soit pris en charge en nous faisant parvenir une *souscription*. Le nouveau-né sera soumis à une appréciation du risque médical qui pourra donner lieu à l'application par nos soins de restrictions ou d'exclusions particulières.

### 10.3

Si une appréciation du risque médical est nécessaire pour le nouveau-né, nous vous dirons alors si nous pouvons assurer le nouveau-né et, le cas échéant, quelles sont toutes les conditions ou exclusions spécifiques qui s'appliquent. L'assurance prendra effet à compter de la date à laquelle vous acceptez les conditions proposées.

Nous vous enverrons une *attestation d'assurance* mise à jour confirmant que le nouvel assuré a bien été ajouté. Pour plus d'informations, consultez la garantie « Soins aux nouveau-nés » dans votre Guide client.

## 11. Changements de pays de résidence habituelle, d'adresse et/ou de nationalité

### 11.1

Si l'un quelconque des assurés change de pays de résidence habituelle, vous devrez nous en informer dès que possible et dans tous les cas dans les trente (30) jours. Nous nous réservons le droit de vous demander des informations complémentaires sur tout changement de votre pays de résidence habituelle ou de celui de tout autre assuré, à tout moment. Notez que tout changement de votre pays de résidence habituelle ou de celui d'un autre assuré peut entraîner une augmentation de votre prime ou le paiement de taxes supplémentaires, ce qui signifie que vous pourriez être redevable d'un supplément de prime ou que vos paiements mensuels ou trimestriels pourraient augmenter. Si votre prime augmente, nous vous donnerons le droit d'annuler le contrat, conformément à

l'article 6.5, auquel cas les articles 6.5.I, 6.6 et 6.7 s'appliqueront. Notez que l'assurance pourrait être fournie par une autre société du groupe Cigna.

## II.2

Si un *assuré* retourne dans son *pays de nationalité* alors les *soins médicaux* qu'il peut obtenir seront limités à cent-quatre-vingt (180) jours cumulés au cours de l'année du *contrat*.

### II.2.1

*Nous nous* réservons le droit d'examiner toutes les demandes de remboursement transmises par les *assurés* dans leur *pays de nationalité* et dans les cas où *nous* savons ou avons lieu de croire que l'*assuré* réside ou a l'intention de résider dans son *pays de nationalité* plus de cent-quatre-vingt (180) jours cumulés par *période de couverture*. Dans ce cas, *nous* ne pourrions plus considérer l'*assuré* comme un *expatrié* puisqu'il est retourné dans son *pays de nationalité* pendant une longue période et *nous* pourrions refuser de payer toute demande de remboursement ou d'émettre une *lettre de prise en charge*.

## II.3

*Nous nous* réservons le droit de résilier ce *contrat* conformément à l'article 6.3.

## II.4

Si l'un quelconque des *assurés* cesse d'être un *expatrié* du fait d'un changement du *pays de nationalité de l'assuré* ou de son *pays de résidence habituelle*, alors *vous* pouvez soit :

### II.4.1

maintenir le *contrat* en vigueur pour le reste de la *période de couverture*. À la reconduction du *contrat*, *vous* devez *nous* informer si *vous* cessez d'être un *expatrié* et *nous* déterminerons si *nous* pouvons *vous* proposer une autre assurance santé fournie par une autre société du groupe Cigna ; ou

### II.4.2

résilier le *contrat* par notification écrite, auquel cas la couverture prendra fin pour tous les *assurés*. Toute prime qui a été payée en relation avec la période suivant la résiliation sera remboursée dans la mesure

où elle ne concerne pas une période au cours de laquelle *nous* avons fourni une couverture, à condition que *nous* n'ayons payé aucune demande de remboursement ni émis de *lettre de prise en charge* au cours de cette *période de couverture*.

## 12. Communication

*Nous* enverrons des informations et notifications en lien avec ce *contrat* par voie électronique à l'adresse e-mail que *vous* avez fournie, et *nous* mettrons les *documents de votre contrat* à disposition dans votre Espace client en ligne sécurisé.

## 13. Reconduction du contrat

### 13.1

Si *nous* décidons de reconduire le *contrat*, *nous* *vous* en informerons par écrit au moins un (1) mois calendaire avant la *date de fin* pour *vous* inviter à reconduire le *contrat* aux conditions que *nous* *vous* proposons. *Nous* *vous* informerons de toute modification du *contrat* et de la prime pour la prochaine *période de couverture*. Si la législation et/ou la réglementation locales l'imposent, *nous* pourrions *vous* proposer une autre assurance santé.

Sous réserve de l'article 7, aucune décision prise par Cigna Healthcare de ne pas reconduire le *contrat* ne sera basée sur votre historique de remboursement ni sur les antécédents médicaux d'un quelconque *assuré*.

### 13.2

Si *vous* acceptez de reconduire le *contrat*, *vous* devez lire et comprendre les *documents du contrat* pour la prochaine *période de couverture*. Votre assurance sera reconduite pour une durée de douze (12) mois supplémentaires.

### 13.3

Si *vous* ne voulez pas reconduire votre *contrat*, *vous* devez *nous* en informer par écrit au plus tard quatorze (14) jours avant la *date de fin de votre contrat*.

#### 13.3.1

Si *vous* ne reconduisez pas votre *contrat*, tous les *assurés* qui étaient couverts par le *contrat* pourront souscrire leur propre

*contrat. Nous examinerons leurs souscriptions individuellement, et les informerons de l'offre éventuelle que nous pouvons leur proposer et des modalités correspondantes.*

### 13.4

Sous réserve de l'article 8.2, si vous souhaitez apporter des modifications à votre contrat lors de son renouvellement, vous devez nous en informer par écrit au moins sept (7) jours avant votre date de reconduction annuelle. Nous pourrions appliquer de nouvelles restrictions et exclusions spéciales et/ou réviser la prime. Dans ce cas, nous vous enverrons une attestation d'assurance mise à jour.

### 13.5

Si de quelconques exclusions spéciales s'appliquent à l'un des *assurés*, nous pourrions occasionnellement les examiner à une *date de reconduction annuelle* future, afin de déterminer si nous sommes prêts à supprimer ces exclusions. Dans ce cas, nous indiquerons la date d'examen des exclusions dans l'*attestation d'assurance*. À la date indiquée, nous réviserons également le supplément de prime éventuel que nous pourrions avoir appliqué pour la prise en charge d'une maladie.

Vous devez nous contacter à la réception de la notification de reconduction et au plus tard quatorze (14) jours avant la *date de reconduction annuelle* s'il existe une exclusion qui doit être examinée à cette date.

Nous vous informerons alors des modifications éventuelles que nous avons apportées et, si cela est nécessaire, nous établirons une *attestation d'assurance* modifiée. Les modifications prendront effet à la *date de reconduction annuelle*. Nous ne pouvons pas garantir que la ou les exclusions spéciales ou que le supplément de prime seront supprimés à la reconduction.

## 14. Protection des données

### 14.1

Dans le cadre de l'évaluation de votre *souscription* et de la gestion du *contrat* et de l'assurance qui vous est fournie, nous recueillerons, traiterons et partagerons certaines informations personnelles vous concernant. Nous prenons votre confidentialité très au sérieux

et nous traiterons toujours vos informations conformément à la législation applicable en matière de protection des données, y compris le Règlement général sur la protection des données (UE 2016/679) la Loi n° 5 de 2020 du Centre financier international de Dubaï portant sur la protection des données et toute autre législation applicable et autres directives et codes de pratiques en relation avec la protection des *données personnelles* publiés à tout moment. Pour plus d'informations, veuillez consulter notre Déclaration de protection des données, que nous pourrions mettre à jour à tout moment.

### 14.2

Aux fins de la gestion de toute demande de remboursement, *Cigna Healthcare* demandera à l'*assuré* de fournir des *données de catégories particulières* concernant ses maladies, ses antécédents médicaux, son état de santé et ses traitements.

## 15. Qui peut appliquer ce contrat ?

Seuls nous et vous disposons de droits légaux relatifs à ce *contrat*. Une personne qui n'est pas partie à ce *contrat* n'a aucun droit, en vertu de la loi relative aux contrats (droits des tiers) de 1999, de faire appliquer toute clause de ce *contrat* mais cela n'affecte aucun droit ni recours d'un tiers qui est disponible ou est reconnu par ailleurs à ce tiers.

## 16. Notre droit de recouvrement auprès de tiers

Si un *assuré* a besoin de *soins médicaux* suite à un accident ou à un acte délibéré dont un tiers est responsable, nous (ou toute personne ou société que nous désignons) demanderons à cet *assuré* de faire valoir son droit de recouvrer le montant de ces *soins médicaux* auprès du tiers responsable (ou de sa compagnie d'assurances). Si nous demandons à un *assuré* de le faire, il ou elle devra prendre toutes les mesures nécessaires pour inclure le montant de l'indemnisation qui nous est demandée au titre de ce *contrat* dans toute réclamation faite à la personne responsable (ou à sa compagnie d'assurances).

L'*assuré* devra signer et fournir tous les documents ou papiers, et prendre toutes les mesures que nous exigeons pour protéger

nos droits. L'assuré ne doit prendre aucune mesure risquant d'affecter ou de porter atteinte auxdits droits. Nous pouvons prendre en charge et contester ou régler toute réclamation, ou engager des poursuites pour toute réclamation, au nom d'un assuré dans notre propre intérêt. Nous déciderons de la façon de procéder à des poursuites et des règlements.

## 17. Pluralité des assurances

Si vous possédez également un contrat avec un autre assureur, nous négocierons avec lui afin de déterminer qui paie, et dans quelles proportions, une demande de remboursement. Si un assuré est couvert par une autre assurance, nous pourrions ne payer qu'une partie des frais des soins médicaux. Si une autre personne ou un autre organisme ou programme public est redevable des frais des soins médicaux, nous pourrions exiger le remboursement des frais que nous avons payés.

## 18. Modifications apportées à ce contrat

### 18.1

Personne hormis un cadre responsable de Cigna Healthcare n'a le pouvoir de modifier ce contrat ou de renoncer à l'application de l'une de ses clauses en notre nom, par exemple, les commerciaux, les courtiers et les autres intermédiaires ne peuvent pas changer ou étendre les conditions du contrat.

### 18.2

Nous nous réservons le droit d'apporter de quelconques modifications à ce contrat nécessaires pour nous conformer à tout changement dans les lois et règlements applicables. Si tel est le cas, nous vous écrirons pour vous informer du changement.

## 19. Sanctions

Partout dans le monde, Cigna Healthcare a pour politique de respecter les règles relatives aux sanctions économiques visant des personnes, entités et pays applicables à ses opérations commerciales internationales, y compris, notamment, les règles relatives aux sanctions imposées par les Nations Unies, la Commission européenne, les États-Unis et le Canada. Par conséquent, Cigna Healthcare ne proposera

pas de prise en charge et ne versera pas de prestation à tout assuré ou pour le compte de tout assuré si cela constitue une infraction au regard des règles relatives aux sanctions. Si Cigna Healthcare apprend qu'une personne ou entité faisant l'objet de sanctions est assurée par le contrat d'assurance, ou qu'un assuré devient concerné par des sanctions, Cigna Healthcare prendra les mesures appropriées, qui peuvent inclure le blocage, le signalement et la résiliation de la prise en charge. Cigna Healthcare n'est pas tenue d'informer l'assuré de ces mesures à l'avance ni d'obtenir des licences auprès d'un quelconque gouvernement pour autoriser l'élargissement de la couverture conformément aux lois relatives aux sanctions.

En outre, des restrictions s'appliqueront aux demandes de remboursement engagées dans des pays faisant l'objet de sanctions pour lesquels il n'existe pas de licence pertinente et approuvée émise par le Bureau de contrôle des avoirs étrangers des États-Unis (Office of Foreign Assets Control). Dans le cadre des restrictions applicables, Cigna Healthcare ne prendra pas en charge : (1) les traitements électifs ou prévus dans des pays faisant l'objet de sanctions ; ou (2) les assurés considérés comme « résidant habituellement » dans un pays faisant l'objet de sanctions. Les assurés sont considérés comme résidant habituellement dans un pays faisant l'objet de sanctions s'ils s'y rendent pendant une période de plus de 6 semaines au cours de toute période de 12 mois.

## 20. Pandémies, épidémies et maladies infectieuses

### 20.1

Nous couvrirons les soins médicaux médicalement nécessaires pour une maladie ou une affection résultant d'une pandémie, d'une épidémie ou de la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les soins médicaux médicalement nécessaires et les affections médicales associées seront pris en charge sur la base d'une hospitalisation, de soins de jour et de soins ambulatoires (si l'option Soins ambulatoires à l'international a été sélectionnée), conformément aux garanties du régime sélectionné et aux conditions de la police. Lorsque l'assuré ne peut pas obtenir

les médicaments prescrits où il se trouve à la suite d'une pandémie, d'une épidémie ou de la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, nous prendrons en charge le coût de l'expédition en plus du coût des médicaments prescrits selon les termes des médicaments prescrits et des prestations de *soins ambulatoires* pour les pansements.

## 20.2

Nous prendrons en charge les tests *médicalement nécessaires* concernant la pandémie, l'épidémie ou la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, sur une base de *soins ambulatoires*, conformément à la couverture de la police pour les diagnostics d'autres maladies, et conformément aux directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

## 20.3

Lorsqu'un vaccin approuvé devient disponible dans un lieu par le biais des programmes de sécurité sociale locaux ou de l'agence gouvernementale, nous recommandons que les conseils du gouvernement local soient suivis et que le système de santé local ou le programme gouvernemental soit consulté, s'il est possible d'accéder à celui-ci.

Si le vaccin doit être administré dans un cadre privé autorisé, et que votre régime sélectionné comprend une couverture pour les vaccins cliniquement appropriés, le vaccin sera couvert sur une base de *soins ambulatoires* conformément aux termes de la *police*, et dans la mesure où les autorités réglementaires locales appropriées estiment que le vaccin est sûr et efficace dans le pays où il sera administré.

Nous ne pouvons garantir la disponibilité d'un vaccin dans aucun lieu et *Cigna Healthcare* ne peut pas contrôler comment ou quand un vaccin est distribué.

# RUBRIQUE 2: EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Nous ne prenons pas en charge de frais ni ne payons de demandes de remboursement lorsque cela est illégal pour nous de le faire en vertu des lois en vigueur. Cela comprend notamment les contrôles de change, les réglementations locales relatives à la délivrance de licences et les embargos commerciaux.

Conformément à la clause I9, nous ne couvrons aucun assuré ni ne payons de demandes de remboursement dans des pays où faire cela enfreindrait les restrictions commerciales applicables, notamment les restrictions imposées par le Bureau de contrôle des actifs étrangers du département du Trésor des États-Unis, la Commission européenne ou les Comités de sanctions du Conseil de sécurité des Nations Unies.

Nous ne saurions être tenus responsables des pertes, dommages, maladies et/ou blessures qui pourraient survenir suite à des soins médicaux dispensés à l'hôpital ou par un praticien, même si nous avons accepté la prise en charge des soins médicaux.

Les exclusions suivantes s'appliquent à l'assurance médicale internationale et à toutes les options de garanties supplémentaires. Veuillez également consulter la liste des garanties dans votre Guide client, notamment la rubrique des notes pour connaître toutes les restrictions et exclusions supplémentaires applicables, outre les exclusions générales. Veuillez également consulter votre attestation d'assurance pour connaître toutes les exclusions spéciales qui peuvent s'appliquer.

## 1. Soins médicaux dispensés par :

- a) un praticien qui n'est pas reconnu par les autorités compétentes dans le pays où les soins médicaux sont reçus comme possédant les connaissances de spécialiste, ou l'expertise, dans le traitement de la maladie ou de la blessure qui doivent être soignées ;

- b) un praticien, un thérapeute, un hôpital, une clinique ou un établissement que nous avons avisés par écrit du fait que nous ne les reconnaissons plus comme fournisseur de soins médicaux. Vous pouvez obtenir les coordonnées des personnes, institutions et organismes à qui nous avons adressé cette notification en appelant notre équipe du Service clients ; ou
- c) un praticien, un thérapeute, un hôpital, une clinique ou un établissement dont nous pensons raisonnablement qu'ils ne sont pas correctement qualifiés ou autorisés à dispenser des soins médicaux, ou qu'ils ne sont pas compétents pour dispenser lesdits soins médicaux.

## 2. Soins médicaux pour :

- a) une affection préexistante ; ou
- b) des troubles ou des symptômes qui découlent de, ou sont liés à une affection préexistante.

Nous ne prenons pas en charge les soins médicaux dispensés pour une affection préexistante dont le preneur d'assurance avait (ou aurait raisonnablement dû avoir) connaissance à la date du début de la couverture, et que nous n'avons pas expressément accepté de couvrir.

3. Soins médicaux préventifs, notamment les dépistages, les bilans de santé de routine et les vaccins (sauf si ces soins médicaux sont inclus dans l'Assurance médicale internationale ou l'une des options par laquelle l'assuré est couvert).

Dans le cadre de l'assurance médicale internationale, les limites de prise en charge pour la chirurgie de prévention concernant des affections congénitales, autres que le cancer, s'appliquent.

4. Soins médicaux dispensés par quelqu'un qui vit à la même adresse que l'assuré ou qui est un membre de la famille de l'assuré.

**5. Soins médicaux** rendus nécessaires par un conflit ou une catastrophe, notamment :

- a) contamination nucléaire ou chimique ;
- b) guerre, invasion, actes de terrorisme, rébellion (que la guerre soit déclarée ou non), guerre civile, insurrection, coup d'état militaire ou autre usurpation de pouvoir, loi martiale, émeute ou acte de la part d'une autorité instituée illégalement ;
- c) tout autre conflit ou catastrophe ;

lorsque *l'assuré* :

- i) s'est mis en danger en pénétrant dans une zone de conflit (telle qu'identifiée par le gouvernement de *votre pays de nationalité*, par exemple, le Foreign and Commonwealth Office britannique) ;
- ii) a participé activement au conflit ; ou
- iii) a fait preuve d'un mépris évident pour sa propre sécurité.

**6.** Tous les *soins médicaux* reçus en dehors de *votre zone de couverture sélectionnée*, sauf s'ils peuvent être pris en charge dans le cadre de la « Garantie hospitalisation d'urgence hors zone de couverture ».

**7.** Frais de déplacement relatifs aux *soins médicaux* incluant tous les frais de taxi et de bus, sauf mention contraire, et les frais de carburant ou de stationnement.

**8.** Frais relatifs aux évacuations navire-terre.

**9.** *Soins médicaux* dispensés dans des *cliniques* de médecine douce, des spas, des maisons de repos ou d'autres établissements qui ne sont pas des *hôpitaux* ou des professionnels de santé reconnus. En particulier, nous ne prenons pas en charge les frais de soins (tels que l'hébergement, les repas et les frais de subsistance) ou toute autre forme de traitement administré au sein d'un établissement résidentiel ou d'un centre de soins aux personnes âgées, même s'il s'agit d'un traitement médicalement nécessaire et/ou administré par un médecin reconnu.

**10.** Frais de séjours résidentiels à *l'hôpital* qui sont organisés entièrement ou partiellement pour des raisons domestiques ou lorsque les *soins médicaux* ne sont pas nécessaires ou lorsque

*l'hôpital* est effectivement devenu le domicile ou la demeure permanente.

**11.** Frais d'*hospitalisation* dans une chambre de luxe, exécutive ou VIP.

**12.** Toute *prothèse* ou tout dispositif, y compris les lunettes (sauf si le module Assurance optique et dentaire internationale a été choisi) qui ne sont pas *médicalement nécessaires* et/ou ne correspondent pas à *notre* définition des *prothèses*.

**13.** Frais divers comprenant les journaux, les appels téléphoniques, les repas et les séjours à l'hôtel des invités.

**14.** Frais et honoraires de remplissage du formulaire de demande de remboursement ou autres frais administratifs.

**15.** Admissions ou séjours non médicaux dans un *hôpital*, notamment :

- a) *les soins médicaux* qui pourraient être dispensés sous forme de *soins de jour* ou de *soins ambulatoires* ;
- b) la convalescence ;
- c) les admissions et les séjours pour des raisons sociales ou domestiques, par exemple, toilette, habillage et bain.

**16.** Les *soins médicaux* de maintien des fonctions vitales (comme la ventilation artificielle), sauf si de tels *soins* présentent une perspective raisonnable de rétablissement de *l'assuré*, ou de retour de *l'assuré* à son état de santé précédent.

**17.** *Chirurgie* foetale, c'est-à-dire les *soins médicaux* ou la *chirurgie* réalisés dans l'utérus avant la naissance, sauf s'ils résultent de complications survenues pendant la grossesse et soumis aux limites détaillées dans la rubrique « Complications liées à la grossesse » de l'Assurance médicale internationale.

**18.** *Soins médicaux* pour, ou en relation avec, l'arrêt de la cigarette.

**19.** Traitement consécutif ou d'une quelconque manière liée à une tentative de suicide ou à toute blessure ou maladie que le bénéficiaire s'auto-inflige. Nous prenons en charge les



soins de santé mentale et les services de santé comportementale médicalement nécessaires, en ce compris, sans toutefois s'y limiter, les séances de conseils et les thérapies administrées par des spécialistes.

**20.** Problèmes de développement, *soins médicaux* pour les troubles de la personnalité et/ou du comportement, notamment :

- a) difficultés d'apprentissage, comme la dyslexie ;
- b) problèmes de développement physique comme une petite taille ;
- c) trouble de la personnalité dépendante ;
- d) trouble de la personnalité schizoïde ; ou
- e) trouble de la personnalité histrionique.

**21.** Troubles de l'articulation temporomandibulaire.

**22.** *Soins médicaux* pour une affection résultant d'états et de troubles de l'addiction.

**23.** *Soins médicaux* pour une affection associée résultant de la consommation ou de l'abus de toute sorte de substance ou d'alcool.

**24.** *Soins médicaux* rendus nécessaires par des moyens de contraception féminine ou masculine, notamment :

- a) contraception chirurgicale, à savoir :
  - > vasectomie, stérilisation ou implants ;
- b) contraception non chirurgicale, à savoir :
  - > pilules ou préservatifs ;
- c) planning familial, à savoir :
  - > consultation d'un *médecin* pour discuter de procréation ou de contraception.

**25.** *Soins médicaux* liés à l'interruption volontaire de grossesse, sauf si la grossesse met en danger la vie ou l'équilibre mental d'une *assurée*

**26.** *Soins médicaux* liés aux troubles des fonctions sexuelles (comme l'impuissance) ou autres problèmes sexuels quelle qu'en soit la cause sous-jacente.

**27.** *Soins médicaux* destinés à changer la réfraction de l'un ou des deux yeux, notamment les *traitements* au laser, la kératotomie réfractive et la kératotomie photoréfractive. Notez que

*nous* prenons en charge les *soins médicaux* destinés à corriger ou rétablir la vue si cela est rendu *nécessaire* suite à une maladie ou une *blessure* (comme la cataracte ou un décollement de la rétine).

**28.** *Opération chirurgicale* de conversion sexuelle, y compris les procédures facultatives et tout conseil médical ou psychologique en préparation ou suite à de telles *opérations chirurgicales*, à moins que l'État ou la loi fédérale n'exige leur couverture. *Nous* couvrirons les services de santé comportementale *médicalement nécessaires*, y compris, notamment, les conseils pour les troubles de l'identité sexuelle, les affections psychiatriques connexes (telles que l'anxiété et la dépression) et l'hormonothérapie *médicalement nécessaire*.

**29.** *Soins médicaux* nécessaires suite, ou liés de quelque sorte que ce soit, à une *blessure* ou une *maladie* dont un *assuré* souffre après :

- a) avoir participé à une activité sportive à un niveau professionnel ;
- b) la participation à des activités sportives ou à des loisirs dangereux, en ce compris, sans toutefois s'y limiter, les sports d'hiver hors-piste (y compris ski, ski de randonnée, snowboard, ski hors piste hélicoptéré ou snowboard hors piste hélicoptéré), le base jump ou le saut à l'élastique, le parachutisme, le saut depuis une falaise, l'alpinisme ou l'escalade de parois rocheuses, l'escalade libre (sans harnais ni cordage), la spéléologie, le trail ou la course en montagne, les sports motorisés, les sports équestres (par exemple, la course hippique, le saut d'obstacles ou le polo), la chasse, la monte de taureaux ou la corrida, le parkour, l'haltérophilie, le surf ou le kitesurf, le rafting en eaux vives;
- c) une sortie de plongée sous-marine en solo ; ou
- d) une sortie de plongée sous-marine à une profondeur de plus de trente (30) mètres sauf si l'*assuré* a les qualifications requises (à savoir titulaire d'une certification PADI ou équivalente) pour plonger à cette profondeur.

**Remarque:** Les sports d'hiver pratiqués sur des pistes balisées (sur piste) ne sont pas considérés comme des activités sportives dangereuses. Les

traitements médicalement nécessaires ne sont pas exclus à la suite d'une blessure, à condition que les activités de sports d'hiver sur les pistes ne soient pas pratiquées à un niveau professionnel ou de compétition.

**30.** *Soins médicaux* qui (selon notre avis raisonnable) sont expérimentaux ou dont l'efficacité n'a pas été démontrée. Cela comprend, sans s'y limiter :

- a) les *soins médicaux* dispensés dans le cadre d'un essai clinique ;
- b) les *soins médicaux* qui n'ont pas été autorisés par l'autorité sanitaire compétente dans le pays où ils sont reçus ; ou
- c) toute substance ou tout médicament prescrit(e) pour un objectif pour lequel il ou elle n'a pas été autorisé(e) ou approuvé(e) dans le pays où il ou elle est prescrit(e).

**31.** Toute forme de *soins cosmétiques* ou de reconstruction, ainsi que toute éventuelle complication qui en découle, dont l'objectif est de modifier ou d'améliorer l'apparence, même pour des raisons psychologiques, sauf si les *soins médicaux* sont *médicalement nécessaires* et s'ils découlent directement d'une maladie ou d'une blessure subies par l'assuré ou d'une opération chirurgicale.

**32.** *Soins médicaux* qui ont été causés ou sont rendus nécessaires par un acte illégal commis par un assuré.

**33.** Les frais éventuels liés aux:

- a) médicaments amaigrissants et aux aides à l'amaigrissement ne sont pas couverts même s'ils sont prescrits pour le contrôle du poids par un médecin ou reconnus comme ayant des effets thérapeutiques.
- b) aux compléments alimentaires (tels que les préparations pour nourrissons et les produits cosmétiques) ou aux substances disponibles à l'état naturel, telles que les vitamines, les minéraux et les substances organiques, en vente libre ou sur ordonnance.

Nous couvrons toutefois certains compléments alimentaires et vitamines en cas de nécessité médicale pour traiter des syndromes de carence

en vitamines diagnostiqués, tels que la carence en fer, l'anémie ou l'acide folique pendant la grossesse.

# RUBRIQUE 3: DÉFINITIONS

Les mots et expressions ci-dessous s'entendent au sens qui leur est donné. Quand ces mots et ces expressions sont utilisés dans ce sens, ils apparaissent en italiques dans les présentes *Conditions générales*, ainsi que dans le Guide client, y compris dans la liste des garanties.

Sauf mention contraire, la forme au singulier comprend la forme plurielle et la forme masculine comprend la version féminine et vice-versa.

**Affection(s) congénitale(s)** : anomalie, difformité, maladie ou *blessure* présentes à la naissance, qu'elles aient été diagnostiquées ou non.

**Affection préexistante** : maladie ou *blessure*, ou symptômes liés à cette maladie ou *blessure*, présents avant la *date de début initiale*, pour lesquels :

- > une consultation médicale ou des *soins médicaux* ont été sollicités ou reçus ; ou
- > l'*assuré* n'a pas consulté ni suivi de *traitement* alors qu'il en avait connaissance.

**Assurés, assuré** : toute personne figurant dans votre *attestation d'assurance* comme étant couverte par le présent *contrat*, y compris les nouveau-nés.

**Attestation d'assurance** : l'attestation délivrée au *preneur d'assurance*. Elle indique le *numéro de contrat*, la prime annuelle, la *date de début*, le montant de la *franchise (le cas échéant)*, la participation aux frais (le cas échéant), la participation maximale (annuelle) aux frais (si applicable), l'identité des personnes couvertes, toutes les exclusions spéciales ou celles qui ont été supprimées moyennant un supplément de prime et la couverture ainsi que les options choisies (le cas échéant) qui s'appliquent.

**Autorisation préalable/accord préalable** - désigne le processus formel de contact avec nous pour obtenir la confirmation que le traitement médical sera pris en charge et que l'établissement de santé envisagé est un professionnel de santé agréé par Cigna Healthcare qui répond aux normes de qualité de Cigna Healthcare. Notre accord sera basé sur notre processus d'examen du caractère médicalement nécessaire des traitements effectué par notre équipe médicale et nous pouvons émettre une lettre de prise en charge, si nécessaire, dans le cadre de cet examen. Les traitements médicaux

nécessitant un accord préalable sont clairement indiqués dans la liste des prestations de votre Guide d'information pour les clients. Le défaut d'obtention de l'accord préalable requis de notre part entraînera une réduction du montant que nous verserons pour ce traitement.

**Blessure** : une blessure physique.

**Chirurgie (ou opération/intervention chirurgicale)** : branche de la médecine qui traite les maladies, les blessures et les difformités au moyen d'interventions qui nécessitent une incision dans le corps.

**Cigna Healthcare, nous, notre, nos, l'assureur** : voir page 3 de ces *Conditions générales* pour connaître les coordonnées de l'*assureur* Cigna Healthcare gérant votre *contrat*.

**Clinique(s)** : établissement de soins de santé enregistré ou autorisé dans le pays où il est implanté, principalement pour dispenser des *soins ambulatoires* et dans lequel les soins ou la supervision sont *assurés* par un *praticien*.

**Conditions générales** : les *conditions générales*, exclusions générales et articles régissant ce *contrat*.

**Conjoint** : époux ou épouse d'un *assuré*, ou partenaire d'union civile non marié(e), que *nous* avons accepté de couvrir dans le cadre du présent *contrat*.

**Contrat** : le *contrat* d'assurance comprenant les présentes *conditions générales*, le *Guide client* (qui contient la liste des garanties et des informations sur les demandes de remboursement) et votre *attestation d'assurance*.

**Cosmétique** : services, procédures ou articles fournis principalement à des fins esthétiques et qui ne sont

pas nécessaires au maintien d'un état de santé acceptable.

**Date de début** : date à laquelle la couverture de ce *contrat* commence, telle qu'indiquée dans l'*attestation d'assurance*.

**Date de début initiale** : premier jour de la couverture de l'*assuré* dans le cadre de l'Assurance médicale internationale.

**Date de fin** : date à laquelle la couverture dans le cadre de ce *contrat* prend fin, telle qu'indiquée sur l'*attestation d'assurance*.

**Date de reconduction annuelle** : la date anniversaire de la *date de début*.

**Dentiste** : chirurgien-dentiste ou *praticien* dentaire qui est enregistré ou autorisé en tant que tel conformément aux lois du pays, de l'état ou d'une autre zone réglementée dans lequel ou laquelle les *soins médicaux* sont dispensés.

**Documents du contrat (d'assurance)** : la documentation relative au *contrat*, comprenant les présentes *conditions générales*, le *Guide client*, votre *attestation d'assurance* et votre *carte d'assuré Cigna Healthcare*.

**Données de catégorie particulière** : *données personnelles* qui révèlent l'appartenance raciale ou l'origine ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale d'une personne physique, ainsi que les données génétiques, les données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique.

**Données personnelles** : toute information relative à une personne physique identifiée ou identifiable.

**États-Unis** : les États-Unis d'Amérique et les territoires des États-Unis.

**Expatrié** : désigne un *assuré* résidant en dehors de son *pays de nationalité*.

**Hospitalisation** : admission dans un *hôpital* avec occupation d'un lit pendant une nuit ou plus, pour raisons médicales.

**Hôpital** : organisme ou institution qui est enregistré(e) ou habilité(e) comme hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il est situé et dans lequel ou laquelle l'*assuré* reçoit des soins quotidiens ou est sous la supervision d'un *praticien* ou d'un *infirmier qualifié*.

**Infirmier qualifié** : infirmier qui est enregistré ou habilité en tant que tel conformément aux lois du pays, de l'état ou d'une autre zone réglementée dans lequel ou laquelle les *soins médicaux* sont dispensés.

**Intervalles d'âge appropriés** : table d'âges des enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 17 ans établie par l'**American Academy of Pediatrics (AAP)**.

**Lettre de prise en charge** : un engagement pris par *nous* de payer à un professionnel de santé les frais acceptés associés à des *soins médicaux* particuliers, que *nous* pouvons remettre à un *assuré* ou à un *hôpital*, une *clinique* ou un *praticien*.

**Liste des médicaments du formulaire** : liste des médicaments sous ordonnance applicable à toutes les demandes adressées aux pharmacies situées aux *États-Unis*. Cette liste est élaborée par *Cigna Healthcare* avec l'aide de *notre* Comité pharmaceutique et thérapeutique et est mise à jour deux fois par an. Tous les médicaments compris dans *notre* liste des médicaments du formulaire sont approuvés par l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (FDA). Les médicaments en vente libre (qui ne nécessitent pas d'ordonnance), à l'exception de l'insuline, ne font pas partie de *notre* liste des médicaments du formulaire, à moins que l'État ou la loi fédérale n'exige leur couverture. *Nous* vous informerons de tout changement ayant une incidence sur la couverture d'un médicament que *vous* prenez au moment d'une mise à jour.

**Médecin** : professionnel de santé qui est enregistré et habilité selon les lois du pays, de l'état ou de la zone réglementée à pratiquer la

médecine dans le pays où les *soins médicaux* sont dispensés.

**Monde entier hors États-Unis** : monde entier, à l'exception des *États-Unis*.

**Monde entier États-Unis compris** : tous les pays du monde, à l'exclusion des pays avec lesquels, à la *date de début des soins médicaux*, le gouvernement fédéral des *États-Unis* a interdit les échanges commerciaux dans la mesure où les paiements sont interdits par le droit applicable.

**Nécessité médicale/Médicalement nécessaire** - services et fournitures médicalement nécessaires pris en charge qui sont déterminés par l'équipe médicale, conformément aux Directives cliniques internationales, comme étant :

- > nécessaires pour diagnostiquer ou traiter une maladie, une *blessure* ou leurs symptômes ;
- > orthodoxes et conformes aux standards de pratique médicale généralement acceptés ;
- > cliniquement appropriés en matière de type, fréquence, étendue, site et durée ;
- > non destinés principalement à la commodité de l'*assuré*, du *médecin*, de l'*hôpital*, de la *clinique* ou d'un *praticien* ; et
- > dispensés dans les posologies les moins intenses appropriées pour la délivrance des services et des fournitures.

Quand cela est applicable, l'équipe médicale pourra comparer le rapport coût-efficacité d'autres services, posologies ou fournitures pour déterminer le meilleur.

**Pays de nationalité** : pays dont un *assuré* est un ressortissant, un citoyen ou un sujet, comme indiqué dans *vosre souscription*.

**Pays de résidence habituelle** : pays dans lequel un *assuré* réside habituellement, comme indiqué dans *vosre souscription*.

**Praticien** : *médecin* ou spécialiste qui est enregistré ou habilité à pratiquer la médecine conformément aux lois du pays, de l'état ou d'une autre zone réglementée dans lesquels le *traitement* est dispensé, et qui n'est pas couvert par le présent *contrat* ou un membre de la famille de quelqu'un couvert par le présent *contrat*.

**Preneur d'assurance** : une personne âgée de 18 ans ou plus qui a fait une demande de *souscription* auprès de *nous* ayant été acceptée par écrit par *nous* et qui paie la prime du *contrat*.

**Prothèse(s)** : un membre artificiel ou outil nécessaire aux fins de, ou en lien avec une *intervention chirurgicale*, ou dans le cadre du *traitement* suivant immédiatement une *intervention chirurgicale* aussi longtemps que cela est *médicalement nécessaire*, ou qui est *médicalement nécessaire* et fait partie du processus de récupération à court terme.

**Période de couverture** : période de douze (12) mois consécutifs durant laquelle les *assurés* sont couverts par le présent *contrat*, soit la période entre la *date de début* et la *date de fin* indiquées dans l'*attestation d'assurance* ou avant en cas de résiliation conformément aux *conditions générales*.

**Rééducation** : ergothérapie, orthophonie ou kinésithérapie visant à rétablir l'état de santé de l'*assuré* tel qu'il était avant un événement.

**Service d'assistance médicale** : un service qui fournit des conseils médicaux et une assistance et organise une évacuation ou un rapatriement sanitaire conformément aux Directives cliniques internationales. Ce service peut être multilingue et l'assistance est disponible vingt-quatre (24) heures sur 24.

**Soins ambulatoires** : soins dispensés dans un *hôpital*, une *salle de consultation* ou une *clinique de soins ambulatoires*, sans admission pour des *soins de jour* ou une *hospitalisation*.

**Soins de jour** : admission dans un *hôpital* ou dans une unité de *soins de jour* ou un autre établissement médical pour des *soins médicaux* ou une convalescence sous surveillance médicale, mais sans occupation d'un lit la nuit. Cela comprend également les *interventions chirurgicales* réalisées au cabinet d'un *médecin*.

**Soins médicaux/Traitement** : soins médicaux ou chirurgicaux contrôlés par un *praticien* et qui sont *médicalement nécessaires* pour diagnostiquer, soigner ou soulager de manière significative la maladie ou la *blessure*.

**Soins médicaux d'urgence** : *soins médicaux* qui sont *médicalement nécessaires* pour prévenir les effets immédiats et notables des maladies, *blessures* ou affections qui, si elles n'étaient pas traitées, pourraient entraîner une détérioration importante de l'état de santé. Seuls les *soins médicaux* dispensés par un *médecin*, un *praticien* et l'*hospitalisation* commençant dans les vingt-quatre (24) heures suivant l'urgence sont pris en charge.

**Soins médicaux fondés sur des preuves**: *soins médicaux* ayant fait l'objet de recherches, de revues et reconnus par :

- > l'Institut national de la santé et de l'excellence clinique ; ou
- > les directives cliniques internationales.

**Souscription** : la *souscription* du *preneur d'assurance* (qu'il nous ait envoyé un formulaire directement ou par l'intermédiaire d'un courtier ou en ligne ou via nos téléconseillers) et toute déclaration qu'il a faite lors de son inscription le concernant lui et tous les *assurés* figurant sur la *souscription*.

**Thérapeute** : orthophoniste, diététicien ou orthoptiste qui est convenablement qualifié et titulaire de la licence correspondante pour pratiquer dans le pays où les *soins médicaux* sont reçus.

**Vous, votre, vos** : le *preneur d'assurance*.

**Zone de couverture sélectionnée** : désigne soit :

- > *monde entier, États-Unis compris* ; ou
- > *monde entier hors États-Unis*.



« Cigna Healthcare » et le logo « Tree of Life » sont des marques de service déposées de Cigna Intellectual Property, Inc. que The Cigna Group et ses filiales d'exploitation sont autorisées à utiliser aux termes d'une licence. Tous les produits et services sont fournis par ou via ces filiales d'exploitation et non par The Cigna Group. Ces filiales d'exploitation comprennent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A. -N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare. Tous droits réservés.