

Société: Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.

Produit: Cigna Global Gold

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., est une société privée à responsabilité limitée réglementée en Belgique par la Banque nationale de Belgique, et immatriculée à la Banque-Carrefour des entreprises de Bruxelles (sous le numéro 0421.437.284), sise Plantin en Moretuslei 309, 2140 Antwerpen, Belgium.

Ceci est une synthèse de la couverture d'assurance. Avant votre achat, vous trouverez des informations supplémentaires dans votre devis et les documents de la police. L'ensemble des modalités et conditions de la police sont contenues dans les Conditions générales, le Guide client et l'Attestation d'assurance que vous recevrez après votre achat. Il est important que vous lisiez tous ces documents attentivement.

À quelle catégorie appartient cette assurance ?

L'Assurance médicale internationale pour les ressortissants locaux de Chypre, du Danemark, de la Grèce, de Malte et de la Roumanie, qui vise à couvrir les frais des soins de santé médicaux privés indispensables dans votre zone de couverture choisie, vous permet un accès rapide et facile aux établissements et aux professionnels de santé au sein de notre important réseau.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Assurance médicale internationale

Limite de couverture annuelle : 2 000 000 \$ / 1 600 000 € / 1 300 000 £ par assuré et par an

- ✓ Garantie hospitalisation d'urgence hors zone de couverture (hospitalisation et soins de jour): 250 000 \$ / 200 000 € / 162 500 £
- ✓ Soins infirmiers et hospitaliers pour une chambre particulière
- ✓ Traitement d'une maladie résultant d'une pandémie, d'une épidémie ou d'une épidémie de maladie infectieuse
- ✓ Soins intensifs
- ✓ Honoraires de chirurgiens et d'anesthésistes
- ✓ Honoraires de consultation de spécialistes (hospitalisation et soins de jour uniquement)
- ✓ Soins au service des urgences : 1 000 \$ / 740 € / 665 £
- ✓ Services de transplantation
- ✓ Pathologie, radiologie et tests de diagnostic
- ✓ Imagerie médicale avancée (IRM, tomodensitométries et caméra à positons): 30 000 \$ / 22 200 € / 19 200 £
- ✓ Acupuncture et médecine chinoise : 2 500 \$ / 1 850 € / 1 650 £
- ✓ Soins à domicile : 5 000 \$ / 3 700 € / 3 325 £
- ✓ Rééducation : 10 000 \$ / 7 400 € / 6 650 £
- ✓ Soins palliatifs : 60 000 \$ / 44 400 € / 38 400 £
- ✓ Services d'ambulance locaux et aériens
- ✓ Soins dentaires d'urgence dans le cadre d'une hospitalisation
- ✓ Santé mentale et comportementale : 10 000 \$ / 7 400 € / 6 650 £
- ✓ Traitement complet du cancer
- ✓ Dispositifs liés au cancer: 250 \$ / 185 € / 165 £ par dispositif
- ✓ Chirurgie préventive du cancer : 18 000 \$ / 13 300 € / 12 000 £
- ✓ Maladies congénitales : 20 000 \$ / 14 800 € / 13 300 £
- ✓ Global Telehealth avec Teladoc : Nombre de consultations illimité
- ✓ Soins de maternité courants : 7 000 \$ / 5 500 € / 4 500 £
- ✓ Complications de la maternité : 14 000 \$ / 11 000 € / 9 000 £
- ✓ Accouchements à domicile : 500 \$ / 370 € / 335 £
- ✓ Soins des nouveaux-nés : 75 000 \$ / 55 500 € / 48 000 £

D'autres prestations s'appliquent. Veuillez vous reporter au Guide client pour obtenir la liste complète.

Les informations suivantes relatives à la couverture présentent nos modules facultatifs, que vous pouvez choisir d'ajouter à votre régime :

Soins ambulatoires à l'international (MODULE OPTIONNEL)

Plafond annuel de: 35000\$/25900€/23275£ par bénéficiaire et par an

- Consultations avec des médecins et spécialistes : 7.500 \$ / 6.000 € / 4.825 £
- Soins des maladies préexistantes 60+ : 1.500 \$ / 1.100 € / 1.000 £
- Soins pré- et postnatals : 3 500 \$ / 2 750 € / 2 250 £
- Hormonothérapie : 1.000 \$ / 740 € / 665 £
- Pathologie, radiologie et tests de diagnostic : 5 000 \$ / 3 700 € / 3 325 £
- Rééducation ambulatoire : 15.000 \$ / 12.000 € / 9.650 £
- Acupuncture et médecine chinoise : 5 000 \$ / 3 700 € / 3 325 £
- Médicaments et pansements prescrits : 4 500 \$ / 3 300 € / 3 000 £
- Tests génétiques : 2 000 \$ / 1 480 € / 1 330 £
- Appareils de correction auditive : 5 000 \$ / 3 700 € / 3 325 £
- Vaccinations pour adultes
- Accidents dentaires
- Pédiatrie

Évacuation médicale internationale (MODULE OPTIONNEL)

- Évacuation médicale et Rapatriement médical
- Rapatriement de la dépouille mortelle
- Frais de voyage d'un accompagnateur



Qu'est-ce qui est assuré ?(suite)

- Visites de compassion – frais de voyage : 1 200 \$ / 1 000 € / 800 £
- Visite de compassion – indemnités frais courants : 155 \$ / 125 € / 100 £

Santé et bien-être à l'international (MODULE OPTIONNEL)

- Examens physiques de routine pour adulte : 650 \$ / 500 € / 440 £
- Soins des pieds administrés par un podologue: 650 \$ / 500 € / 440 £
- Dépistages du cancer et du diabète: 650 \$ / 500 € / 440 £
- Consultations diététiques: 650 \$ / 500 € / 440 £
- Programme d'assistance Gestion de vie, Programme de soutien dédié à la santé mentale, Coaching bien-être

Assurance optique et dentaire internationale (MODULE OPTIONNEL)

- Examen oculaire : 200 \$ / 150 € / 130 £
- Montures de lunettes et lentilles : 200 \$ / 150 € / 130 £

Limite globale pour les soins dentaires : 2 500 \$ / 1 850 € / 1 650 £

Les taux de remboursement vont jusqu'à la limite globale

- Soins dentaires préventifs
- Soins dentaires ordinaires : 90 % des frais remboursés par période de couverture
- Soins dentaire reconstructeur majeur : 80 % des frais remboursés par période de couverture
- Soins d'orthodontie : 50 % des frais remboursés par période de couverture.

D'autres prestations s'appliquent. Veuillez vous reporter au Guide client pour obtenir la liste complète.



Qu'est-ce qui n'est pas couvert ?

- ✗ Chirurgie foetale - sauf s'ils résultent de complications survenues pendant la grossesse
- ✗ Arrêt du tabac
- ✗ Soins suite à un conflit ou à une catastrophe si vous êtes un participant actif ou si vous vous êtes mis en danger
- ✗ Problèmes de développement
- ✗ Médicaments et compléments alimentaires pour la perte de poids ou l'amaigrissement
- ✗ Traitement dans tout établissement autre qu'un établissement de soins médicaux reconnu
- ✗ Traitement par un médecin qui n'est pas reconnu par les autorités compétentes
- ✗ Soins médicaux découlant de, ou liés de quelque façon que ce soit à une tentative de suicide ou à une blessure ou une maladie qu'un assuré s'est infligée à lui-même.
- ✗ Procréation médicalement assistée
- ✗ Gestation pour autrui
- ✗ Trouble de la personnalité et/ou du caractère
- ✗ Soins médicaux pour une affection associée résultant de la consommation ou de l'abus de toute sorte de substance ou d'alcool
- ✗ Troubles sexuels
- ✗ Traitement expérimental
- ✗ Chirurgie esthétique ou reconstructive (sauf en cas de nécessité médicale)
- ✗ Traitement sans urgence en dehors de votre zone de couverture sélectionnée

D'autres exclusions s'appliquent. Veuillez lire le Guide client et les Conditions générales pour avoir des informations complètes sur les exclusions, limitations et modalités et conditions.



Y a-t-il des restrictions à la couverture ?

! **La couverture est toujours soumise à des critères d'admissibilité**

! **Limites par personne et par an, sauf indication contraire :**

- 60 jours : Soins à domicile
- 60 jours : Rééducation (60 jours pour une hospitalisation et des soins de jour uniquement)
- 60 jours : Santé mentale et comportementale (60 jours pour une hospitalisation et des soins de jour uniquement)
- 15 visites : Acupuncture et médecine chinoise (en ambulatoire uniquement)
- 4 visites : Consultations diététiques

! **Délais d'attente (durée entre le premier achat de la prestation et la demande de remboursement)**

- 24 premiers mois : Traitement de l'obésité
- 12 premiers mois : Chirurgie préventive du cancer
- 12 premiers mois : Tests génétiques
- 12 premiers mois : Soins de maternité courants*
- 12 premiers mois : Complications de la maternité*
- 12 premiers mois : Accouchements à domicile*
- 3 premiers mois : Soins dentaires préventifs et ordinaires
- 12 premiers mois : Soin dentaire reconstructeur majeur
- 18 premiers mois : Soins d'orthodontie

! Nous pouvons accepter d'inclure certaines maladies préexistantes moyennant un coût supplémentaire, dans certains cas

! Pour la facturation directe, si vous avez sélectionné une franchise et/ou une participation aux frais dans le cadre de votre assurance santé internationale ou de votre option internationale Soins ambulatoires, nous réglerons d'abord la facture avec le prestataire avant que vous ne payiez quoi que ce soit de votre poche. Nous vous indiquerons ensuite le reste à charge dû au professionnel de santé.

! Si vous optez pour une participation aux frais de 10 %/ 20 %/ 30 %, nous réduisons le montant que nous prenons en charge pour les frais de soins médicaux du pourcentage de participation aux frais

! Nous couvrirons uniquement les soins qui sont nécessaires d'un point de vue médical et qui sont adéquats d'un point de vue clinique

! Si vous, ou l'un des bénéficiaires, ne demandez pas l'autorisation préalable pour le traitement hospitalier ou ambulatoire requis, nous réduisons de vingt (20) pour cent le montant que nous verserons pour ce traitement.

! Si vous recevez un traitement aux États-Unis en dehors du réseau Cigna Healthcare, nous réduisons de 20 % le montant que nous prendrons en charge. Veuillez noter que nous pouvons, à notre seule discrétion et sans vous en informer, apporter des modifications au réseau Cigna à tout moment en ajoutant et/ou en retirant des hôpitaux, des cliniques, des praticiens et des pharmacies. Vous pouvez obtenir des informations afférentes aux professionnels de santé au sein du réseau en suivant l'hyperlien disponible dans votre Espace client sécurisé en ligne ou en contactant notre équipe d'Assistance clients.

! La Garantie hospitalisation d'urgence hors zone la couverture est limitée à une durée maximale de 21 jours de traitement par voyage et un total de 60 jours de traitement maximum par période de couverture, tous voyages confondus

! Pour la garantie de soins aux nouveau-nés, le nouveau-né sera soumis à une souscription médicale si la demande d'enregistrement est reçue plus de 30 jours après la naissance du nouveau-né ou si aucun des deux parents n'est couvert par la police depuis une période ininterrompue de 12 mois* ou plus avant la naissance du nouveau-né

! Concernant la garantie des médicaments et les pansements prescrits dans le cadre du module facultatif Soins ambulatoires à l'international, les médicaments prescrits par un praticien et/ou délivrés par une pharmacie aux États-Unis sont soumis à la liste des médicaments de notre formulaire.

D'autres restrictions s'appliquent. Veuillez lire la totalité des modalités et conditions dans les Conditions générales et le Guide client.

* 24 premiers mois pour les soins de maternité dispensés à Hong Kong ou à Singapour.



Où suis-je couvert ?

✓ Ce forfait vous couvre, vous et toute personne supplémentaire incluse dans votre police partout dans le monde (en incluant ou non les États-Unis, selon votre choix).



Quelles sont mes obligations ?

- Vous devez payer votre prime
- Vous êtes responsable du solde de toute prime impayée si nous avons payé une demande de remboursement ou transmis une garantie de paiement pendant la période de couverture
- Si vous avez choisi une franchise ou une participation aux frais pour votre assurance santé internationale ou votre option internationale Soins ambulatoires, vous devrez payer les montants de la franchise et/ou de la participation aux frais au professionnel de santé une fois que nous vous aurons donné les instructions nécessaires (voir la rubrique « Existe-t-il des restrictions de couverture ? »)
- Vous devez fournir des antécédents médicaux complets si nécessaire
- Vous devez obtenir un accord préalable avant les soins
- Vous devez nous informer si vous ou quiconque dans votre police changez d'adresse, de pays de résidence ou de pays de nationalité.
- Vous devez nous informer de toute modification des informations de santé que vous avez fournies dans votre souscription, qui survient avant la date de début initiale de votre contrat.



Quand et comment dois-je payer ?

- Vous pouvez opter pour un règlement mensuel, trimestriel ou annuel de vos primes par carte de crédit. Autrement, vous pouvez payer chaque année par virement bancaire.



Quelle est la date de début et de fin de la couverture ?

- La présente police d'assurance est un contrat annuel reconductible portant sur une période de couverture minimale de trois (3) mois. En d'autres termes, sauf résiliation avant la date de fin ou reconduction tacite, la période de couverture prendra fin un (1) an après la date de prise d'effet. Votre date de début apparaîtra sur votre première attestation d'assurance.
- Sauf dans les cas de fraude, si la présente police prend fin avant la date de fin, toute prime qui a été payée en relation avec la période après que la couverture ait pris fin sera remboursée dans la mesure où elle ne fait pas référence à une période dans laquelle nous avons fourni une prise en charge, à condition que nous n'ayons pas payé toute demande de remboursement, ou transmis une garantie de paiement au cours de ladite période de couverture.
- Votre police sera renouvelée automatiquement et les paiements seront effectués à moins que vous, ou nous dans certains cas, choisissions de ne pas renouveler.



Comment annuler le contrat ?

- Vous disposez d'un droit légal de résilier votre police d'assurance dans un délai de quatorze (14) jours à compter de la date d'effet de votre police. Après cette période de quatorze (14) jours, vous serez tenu(e) de nous verser les primes qui nous sont dues pour la période minimale de trois (3) mois. Si vous souhaitez résilier la présente police, vous devez nous en informer au moyen d'un préavis d'au moins quatorze (14) jours formulé par écrit.
- Si vous résiliez votre police après la période initiale de trois (3) mois avant la date de fin annuelle et que nous avons versé un remboursement, pris en charge un traitement ou émis une lettre de prise en charge pendant la période de couverture, vous serez tenu de payer la prime annuelle restante pour la totalité des douze (12) mois et aucun remboursement de prime ne sera émis.