



Globality YouGenio[®] World

Conditions générales

Conditions d'assurance, prestations et exclusions



Globality YouGenio® World means... worldwide private health insurance for individuals

**Bien structurée. Compréhensible.
Complète.**

Un partenaire, une multitude de possibilités. Où que vous alliez, Globality Health est votre compagnon de voyage pour tous les aspects relatifs à votre santé, avec des prestations incomparables.

Les conditions générales d'assurance sont les règles qui régissent votre contrat d'assurance dans lequel sont stipulées vos droits et obligations. Elles donnent des explications importantes sur le fonctionnement de vos garanties. Nous nous réjouissons d'une relation harmonieuse avec vous pendant toute la durée du contrat d'assurance.

Vous avez d'autres questions ?

Si, lecture faite du présent document, des questions subsistaient, nous y répondrons volontiers. Les termes en italiques sont définis dans le glossaire se trouvant à la fin du document.

Nous sommes à votre disposition dans le monde entier :

Globality S.A.
13, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg
Telephone: +352/ 270 444 3603
Fax: +352/ 270 444 3699
E-Mail: service-yougenio@globality-health.com
Internet: www.globality-health.com
Registre de commerce et des sociétés:
B 134.471

Globality S.A. est soumise au contrôle du:
Commissariat aux Assurances
7, Boulevard Joseph II
L-1840 Luxembourg.

YG WRD 14.01

Contenu

Globality YouGenio® World

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE

1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 1.1** Eligibilité
- 1.2** Maladie préexistante
- 1.3** Clause moratoire
- 1.4** Comment souscrire
- 1.5** Droit de rétractation

2 VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCE

- 2.1** Garanties
- 2.2** Cas d'assurance
- 2.3** Nécessité médicale
- 2.4** Prise d'effet de la couverture d'assurance
- 2.5** Délais d'attente
- 2.6** Durée de la police d'assurance
- 2.7** Renouvellement de la police d'assurance
- 2.8** Résiliation de la police d'assurance
- 2.9** Expiration de la couverture d'assurance

3 TERRITORIALITÉ DE LA GARANTIE

- 3.1** Région de destination
- 3.2** Couverture temporaire pour la région de destination I

4 ETENDUE DES GARANTIES

- 4.1** Franchises
- 4.2** Prestations doubles pour la région de destination I
- 4.3** Plafond annuel global
- 4.4** Etendue des garanties : traitements hospitaliers
- 4.5** Etendue des garanties : traitements ambulatoires
- 4.6** Etendue des garanties : traitements dentaires
- 4.7** Etendue des garanties : assistance médicale
- 4.8** Etendue des garanties : assistance supplémentaire
- 4.9** Description des prestations

5 EXCLUSIONS

6 PROCÉDURE DE REMBOURSEMENT

- 6.1** Conditions pour percevoir le remboursement
- 6.2** Lorsqu'un cas d'assurance se produit
- 6.3** Informations devant apparaître sur les factures
- 6.4** En cas d'accident ou d'urgence
- 6.5** Demande de remboursement
- 6.6** Remboursement des prestations
- 6.7** Eclairs
- 6.8** Prétentions à l'égard de tiers et compensation
- 6.9** Fraude

7 PAIEMENT ET CALCUL DE LA PRIME

8 INFORMATION GÉNÉRALE

- 8.1** Modification des données contractuelles
- 8.2** Modification des conditions générales d'assurance
- 8.3** Réclamations
- 8.4** Tribunal compétent
- 8.5** Loi applicable
- 8.6** Langue

9 DÉFINITIONS

Dispositions générales

1.1 Eligibilité

Cette *police d'assurance* est conçue pour les expatriés. Toute personne installée à l'étranger pour une période de trois mois minimum peut y souscrire, sauf accord contraire de notre part. Si *vous* regagnez votre *pays de départ* pour en faire votre *pays de résidence*, *vous* pouvez conserver votre *police d'assurance*, sous réserve de notre accord, dans la mesure où ceci est compatible avec la législation locale.

Nous ne pouvons pas assurer les personnes qui résident aux USA de manière permanente.

Dans le cas où une *personne assurée* devienne résident permanent aux Etats-Unis, *nous* devons résilier la *police d'assurance*. Pour tout autre changement de *pays de résidence*, *nous* devons vérifier la compatibilité de notre contrat d'assurance avec la loi locale afin de pouvoir décider de la continuité, du changement ou de la résiliation de la *police d'assurance*.

Même si *nous* nous efforçons de prendre toutes les mesures appropriées afin de garantir la conformité de la couverture de l'assurance à l'étranger, *nous* ne pouvons contrôler la conformité de la couverture à d'autres exigences éventuelles. C'est par conséquent au *souscripteur de la police d'assurance* que revient l'obligation de faire en sorte d'être en conformité avec les provisions de la sécurité sociale et la réglementation locales pour tous les assurés couverts par la *police d'assurance*.

Nous pouvons résilier le contrat d'assurance individuel dans le cas où des changements légaux d'un pays résulteraient en la contravention de notre police avec le droit positif national tel que modifié.

1.2 Maladies préexistantes

Nous ne couvrons pas les *maladies préexistantes* qui sont régies par la clause moratoire (cf. 1.3). Cependant, *vous* pouvez choisir d'inclure les *maladies préexistantes* lors de la souscription.

Vous aurez à répondre soigneusement et en toute bonne foi au questionnaire de santé figurant dans la *demande d'assurance* qui *nous* permettra de vérifier si *nous* pouvons couvrir la *maladie préexistante* à la date de prise d'effet de la *police d'assurance*. Tout candidat à l'assurance dans cette situation devra subir une évaluation médicale qui pourra entraîner des conditions supplémentaires à la *police d'assurance*, un surcoût de prime, des exclusions supplémentaires ou le rejet de la *demande d'assurance* voire le refus de couvrir une personne. *Nous* traiterons

également les états de santé survenant entre le moment où *vous* remplissez l'imprimé de *demande d'assurance* et notre confirmation de couverture de la *maladie préexistante*.

1.3 Clause moratoire

Les personnes âgées de 55 ans ou moins peuvent opter pour un moratoire au lieu de demander une souscription médicale.

Dans ce cas, toute *maladie préexistante* dont a souffert un assuré au cours des cinq dernières années sera couverte après un délai de deux ans sans *traitement* médical, sans symptômes, sans conseil ou *traitement* liés à la *maladie préexistante*. Si l'assuré reçoit un *traitement*, un conseil ou une médication pour soigner la *maladie préexistante* dans les deux premières années de l'assurance, le *délai d'attente* de deux ans (sans *traitement*, conseil ni médication) pourra recommencer à courir pour la *maladie préexistante*. Les nouvelles maladies ou états sans lien avec la *maladie préexistante* seront immédiatement pris en charge.

1.4 Comment souscrire

Vous pouvez souscrire en remplissant l'imprimé de *demande d'assurance* qui *vous* sera fourni par votre intermédiaire d'assurance, directement par nos services ou que *vous* téléchargerez de notre site Internet. *Vous* devez répondre exhaustivement et correctement à toutes les questions de l'imprimé pour que *nous* soyons en mesure de vérifier votre *demande d'assurance*. Si *vous* demandez une couverture pour une autre personne, cette dernière partagera la responsabilité de l'exhaustivité et de l'exactitude des renseignements fournis dans la demande. *Vous* pouvez *nous* transmettre votre *demande d'assurance* par la poste, par courriel ou par télécopie.

La *demande d'assurance* n'oblige aucune des parties à conclure le contrat. Toutefois, *nous* *vous* ferons parvenir dans les 30 jours suivant la réception de la *demande d'assurance* une nouvelle offre dans le cas où une sélection des risques médicaux est nécessaire ou de notre décision de refuser l'assurance.

Nous avons le droit de demander des données supplémentaires en cas de besoin pour des raisons légales.

Nous *vous* fournirons une couverture d'assurance en supposant que *vous* avez répondu avec exactitude et exhaustivité aux différentes questions posées avant la prise d'effet de la *police d'assurance* (obligation précontractuelle de déclaration des risques).

1.5 Droit de rétractation

Vous pouvez vous rétracter de la police d'assurance sans motif dans un délai de quatorze jours et sans pénalité. Ce délai commence à courir dès la réception de la police d'assurance et des conditions générales. Vous pouvez nous faire part de votre rétractation par courrier, par courriel ou par télécopie avant l'expiration du délai de deux semaines. Si vous utilisez le droit de rétractation dans un délai de deux semaines, nous vous rembourserons toutes les primes éventuellement déjà réglées.

En l'absence d'une rétractation de votre part sous deux semaines, la *police d'assurance* prend définitivement effet.

2.1 Garanties

Nous proposons des couvertures d'assurance pour la maladie, l'accident et pour d'autres événements mentionnés dans les conditions générales d'assurance (cf. 4.3 à 4.8). Lorsqu'un cas d'assurance survient, nous remboursons les frais liés aux traitements médicalement nécessaires et à toutes les autres prestations convenues au contrat.

L'étendue de la couverture d'assurance ressort de la *police d'assurance*, des accords écrits ultérieurs, des conditions générales d'assurance et des dispositions légales.

2.2 Cas d'assurance

Un cas d'assurance est défini comme étant un *traitement* médicalement nécessaire (cf. 6.1) dont *vous* avez besoin suite à une maladie ou un *accident* ou à tout autre événement mentionné dans les conditions générales d'assurance (cf. 4.3 à 4.8).

Le cas d'assurance commence avec le *traitement* et se termine lorsque le bilan médical indique que *vous* n'avez plus besoin de *traitement*.

Si *vous* avez besoin d'un *traitement* suite à une maladie, un *accident* ou un autre événement mentionné dans les conditions générales d'assurance (cf. 4.3 à 4.8) sans lien avec le premier cas d'assurance, cet événement sera traité comme un nouveau cas d'assurance.

2.3 Nécessité médicale

Par *nécessité médicale*, nous entendons toutes mesures médicales les mieux appropriées pour *vous* traiter, soigner ou soulager votre état, votre maladie ou vos blessures.

2.4 Prise d'effet de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance prend effet à la date indiquée dans la *police d'assurance* (prise d'effet de garantie), mais pas avant le paiement de la première prime et pas avant la fin du *délai d'attente* (cf. également 1.3 et 2.5).

Nous ne couvrons pas les cas d'assurance se produisant avant la prise d'effet de garantie.

En cas de modification de la *police d'assurance*, ce paragraphe s'appliquera aux ajouts et modifications de la couverture d'assurance.

2.5 Délais d'attente

Les *délais d'attente* ne s'appliquent que dans le cas d'une grossesse (y compris les complications), d'un accouchement, d'un traitement psychiatrique, d'une

psychothérapie, d'un *traitement* contre l'infertilité et des soins dentaires majeurs.

Le *délai d'attente* est de 10 mois à partir de la date du début de l'assurance pour les soins psychiatriques, les psychothérapies et les soins dentaires importants, quel que soit le nombre d'assurés. Pour une *police d'assurance* couvrant au minimum deux adultes assurés sur la même *police d'assurance*, un délai d'attente de 12 mois sera appliqué aux soins liés à la grossesse et à l'accouchement. Pour une *police d'assurance* avec uniquement un adulte assuré sur le contrat, un *délai d'attente* de 24 mois sera appliqué aux soins liés à la grossesse et à l'accouchement. Dans tous les cas, sauf pour le cas d'un *traitement* contre l'infertilité pour lequel le *délai d'attente* est de 24 mois quel que soit le nombre d'assurés. Si la *police d'assurance* est modifiée, le *délai d'attente* s'appliquera à toute couverture d'assurance nouvelle, selon le plan choisi.

2.6 Durée de la *police d'assurance*

La *police d'assurance* est initialement souscrite pour une durée d'un an à compter de la date (de la prise d'effet de garantie) indiquée dans la *police d'assurance* (cf. également 2.7 et 2.9) et se termine 12 mois plus tard (à la date à laquelle l'assurance prend fin).

2.7 Renouvellement de la *police d'assurance*

La *police d'assurance* est renouvelée pour 12 mois par tacite reconduction à la fin de chaque année d'assurance. *Nous nous* autorisons toute modification aux conditions générales de votre *police d'assurance* pour la nouvelle année, commençant après la fin de la police en cours (cf. 8.2).

Si *vous* ne souhaitez pas renouveler la *police d'assurance* à la fin de l'année d'assurance, *vous* pouvez résilier votre assurance par écrit avec un préavis de trois mois à la fin de chaque année d'assurance.

Les modifications de couverture d'assurance ne sont possibles qu'au début d'une nouvelle année d'assurance (monnaie, *franchise*, plan).

2.8 Résiliation de la *police d'assurance*

Outre d'autres raisons juridiques qui mettraient fin au contrat d'assurance, ou d'autres raisons émanant des conditions générales d'assurance, *nous* avons et *vous* avez la possibilité de mettre fin à la *police d'assurance* dans les cas suivants :

- *Vous* pouvez résilier votre *police d'assurance* en cas de modification de nos conditions générales d'assurance (cf. 8.2) ou en cas d'augmentation de nos frais et primes (cf. 7). *Vous* disposez d'un délai de trois mois à compter de la réception de la notification de l'augmentation de la prime pour *nous* faire parvenir votre résiliation qui prendra effet à la date à partir de laquelle les nouvelles dispositions s'appliquent. Il ne *vous* est toutefois pas possible de résilier la *police d'assurance* dans le cas d'une augmentation qui résulte du passage d'une tranche d'âge à une autre. La *police d'assurance* expire à minuit, le jour de l'échéance de la prime annuelle suivante.
- *Vous* pouvez résilier votre *police d'assurance* lorsque votre *pays d'origine* redevient votre *pays de résidence* avant la date d'échéance de la *police d'assurance* (cf. également 2.6). La *police d'assurance* expire uniquement si *nous* avons reçu votre préavis de résiliation.
- *Nous* sommes en droit de mettre fin à la *police d'assurance* si *vous* omettez de *nous* fournir des informations demandées. Dans ce cas, *nous* pouvons résilier la *police d'assurance* dans un délai d'un mois à partir du moment où *nous nous* sommes rendus compte que *vous* avez failli à votre obligation d'information. Sauf indication contraire de notre part, la *police d'assurance* ne prendra fin qu'à la date mentionnée dans la lettre de résiliation.
- Afin de garantir la conformité aux lois applicables, *nous nous* réservons le droit de résilier la *police d'assurance* ou d'exclure des individus de la couverture de l'assurance si la *police d'assurance* est ou devient non conforme à la réglementation ou aux lois nationales applicables dans le *pays d'origine* ou dans le *pays de résidence* du souscripteur ou des assurés.

A l'instar d'autres motifs de nullité de la *police d'assurance* (sans effet juridique) recensés dans les conditions générales d'assurance, la *police d'assurance* est frappée de nullité si *vous* omettez délibérément de fournir des informations susceptibles d'influencer notre décision quant à l'acceptation de votre *demande d'assurance* ou qui auraient entraîné l'ajout de conditions supplémentaires. Dans ce cas, toute personne ayant bénéficié des remboursements aura à les restituer et les primes encaissées ne seront pas remboursées.

Au cas où une sanction, une interdiction ou une restriction



Territorialité de la garantie

dans le cadre de résolutions des Nations Unies, des sanctions économiques ou commerciales, des lois ou une réglementation de l'Union Européenne ou du Royaume-Uni, ou des sanctions des États-Unis d'Amérique seraient imposées et nous empêcheraient, directement ou indirectement, de fournir une assurance dans le cadre de cette *police d'assurance*, nous aurons un droit extraordinaire de résilier cette *police d'assurance* ou d'exclure des personnes concernées de la couverture de l'assurance.

2.9 Expiration de la couverture d'assurance

La *police d'assurance* et toute couverture d'une *personne assurée* expirera :

- a) en cas de décès d'une *personne assurée* (en cas de décès du souscripteur, les autres *personnes assurées* peuvent devenir souscripteurs de la *police d'assurance* à condition d'en faire la demande dans les deux mois qui suivent le décès);
- b) en cas de refus de votre part de renouveler la *police d'assurance* à la fin de l'année d'assurance (cf. 2.7).
- c) à la date d'expiration de la *police d'assurance* ou si elle est frappée de nullité au titre de l'article 2.8.

Vous devez nous transmettre la preuve que toutes les *personnes assurées* ont été informées de l'expiration de la *police d'assurance*.

3.1 Région de destination

La couverture d'assurance s'applique dans les *régions de destination* suivantes :

Région de destination I: monde entier y compris les États-Unis

Région de destination II: monde entier à l'exclusion des États-Unis

3.2 Couverture temporaire pour la région de destination I

Si *nous* avons accordé une couverture d'assurance pour la *région de destination II* : monde entier à l'exclusion des États-Unis et que *vous* ou la *personne assurée* quittez votre *pays de résidence* temporairement, *nous* garantissons une couverture d'assurance pour les *urgences* médicales et les suites d'un *accident* ou en cas de décès, également pour la *région de destination I* pour les voyages jusqu'à six semaines.

Si un cas d'assurance se présente pendant les six semaines et que *vous* avez besoin d'un *traitement d'urgence* aux États-Unis, le *traitement* n'est pas soumis à une limite de durée.

Les voyages dans le but de se faire soigner dans la *région de destination I* ne sont pas couverts. Si l'une des *personnes assurées* déménage dans une autre région, *vous* devez *nous* en informer dans les plus brefs délais quelle que soit la durée, car ce changement aura des conséquences sur la prime due.

4 Etendue des garanties

Le plan Globality YouGenio® World se décline en quatre formules – Essential, Classic, Plus et Top. Le type et le nombre des garanties couvertes différencient les formules les unes des autres.

Selon la formule souscrite, nous remboursons jusqu'à 100% des frais éligibles à hauteur du *plafond annuel global* indiqué dans l'étendue des garanties ci-dessous, sauf indication contraire dans la présente étendue des garanties, notre information générale, les conditions générales d'assurance, ou dans le glossaire.

4.1 Franchises

Nous avons convenu des *franchises* suivantes pour la formule Globality YouGenio® World.

- Globality YouGenio® World Essential:
 - non applicable
- Globality YouGenio® World Classic:
 - 0
 - € 250, \$ 325 ou £ 210
 - € 500, \$ 650 ou £ 420
 - € 1 000, \$ 1 300 ou £ 840
- Globality YouGenio® World Plus or Top:
 - 0
 - € 250, \$ 325 ou £ 210
 - € 500, \$ 650 ou £ 420
 - € 1 000, \$ 1 300 ou £ 840
 - € 2 500, \$ 3 250 ou £ 2 100

Les *franchises* s'appliquent par année d'assurance et par *personne assurée*. Elles s'appliquent uniquement aux frais liés au *traitement ambulatoire* et au *traitement dentaire*. Les *franchises* ne s'appliquent pas au *traitement dentaire* suite à un *accident*.

Dans le cas où nous avons donné notre accord pour une *franchise*, nous remboursons jusqu'à 100% des dépenses éligibles dépassant la *franchise*, à hauteur du *plafond annuel global/prestations ambulatoires maximales*.

Les dépenses sont attribuées à l'année d'assurance pendant laquelle le *médecin* ou le *thérapeute* a été consulté et pendant laquelle les *médicaments*, *pansements* et aides et appareils thérapeutiques ont été fournis.

4.2 Prestations doubles pour la région de destination I

En cas de couverture pour la *région de destination I* (monde y compris les Etats-Unis) nous doublerons les sommes maximales et forfaitaires indiquées aux tableaux 4.3, 4.4, 4.5 and 4.6 (que le *traitement* ait lieu aux Etats-Unis ou non).

Si une prestation est limitée à un certain nombre de jours ou de séances, cette limite ne changera pas. Si une *franchise* a été convenue, elle ne changera pas.

4.3

Plafond annuel global

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

— Non couvert ● Totalemment remboursé

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Plafond annuel global	●	●	●	●
	2 000 000 €	3 000 000 €	5 000 000 €	7 500 000 €
	2 600 000 \$	3 900 000 \$	6 500 000 \$	9 750 000 \$
	1 680 000 £	2 520 000 £	4 200 000 £	6 300 000 £

4.4

Etendue des garanties : traitements hospitaliers

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

— Non couvert ● Totalemment remboursé

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Hébergement et repas en chambre simple ou double	●	●	●	●
Consultations et diagnostic, y compris pathologie, radiologie, TDM (tomodensitométrie), IRM (imagerie par résonance magnétique), TEP (tomographie par émission de positrons) et médecine palliative	●	●	●	●
Frais d'hôpital, y compris salles d'opération, anesthésie, soins intensifs et laboratoires	●	●	●	●
Chirurgie et anesthésie (y compris interventions chirurgicales ambulatoires remplaçant un séjour hospitalier)	●	●	●	●
Interventions chirurgicales ambulatoires remplaçant un séjour hospitalier	●	●	●	●
Médicaments et pansements	●	●	●	●
Physiothérapie, y compris massages	●	●	●	●

— Non couvert ● Totalemment remboursé

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Thérapies, y compris l'ergothérapie, luminothérapie, hydrothérapie, inhalation, pélothérapie, balnéothérapie, cryothérapie, thermothérapie, électrothérapie	●	●	●	●
Aides et appareils thérapeutiques	●	●	●	●
	Comme le stimulateur cardiaque, dès lors qu'il est nécessaire pour maintenir la vie du patient	Comme le stimulateur cardiaque, dès lors qu'il est nécessaire pour maintenir la vie du patient	Comme le stimulateur cardiaque, dès lors qu'il est nécessaire pour maintenir la vie du patient Jusqu' à 2 000 € / 2 600 \$ / 1 680 £ pour les remboursement des aides et appareils thérapeutiques comme membres artificiels et prothèses	
Soins lors de la grossesse et accouchement, intervention d'une sage-femme ou d'un maïeuticien à l'hôpital	—	—	●	●
			Jusqu'à 5 000 € / 6 500 \$ / 4 200 £ Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au minimum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).	Jusqu'à 20 000 € / 26 000 \$ / 16 800 £ Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au minimum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).
Complications liées à la grossesse et l'accouchement	—	—	●	●
			Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au minimum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).	Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au minimum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).
Soins aux nouveaux nés	—	—	●	●

— Non couvert ● Totalemment remboursé

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Maladie congénitale	● Jusqu'à un maximum de 150 000 € / 195 000 \$ / 126 000 £ par vie	● Jusqu'à un maximum de 150 000 € / 195 000 \$ / 126 000 £ par vie	● Jusqu'à un maximum de 150 000 € / 195 000 \$ / 126 000 £ par vie	● Jusqu'à un maximum de 150 000 € / 195 000 \$ / 126 000 £ par vie
Traitement anti-cancéreux, médicaments et traitement oncologiques, y compris chirurgie reconstructive en cas de cancer du sein	●	●	●	●
Dialyse	—	● Jusqu'à un maximum de 2 000 000 € / 2 600 000 \$ / 1 680 000 £ par vie	● Jusqu'à un maximum de 2 000 000 € / 2 600 000 \$ / 1 680 000 £ par vie	● Jusqu'à un maximum de 2 000 000 € / 2 600 000 \$ / 1 680 000 £ par vie
Transplantation de moelle osseuse et d'organe (frais liés au donneur et au receveur)	● Jusqu'à un maximum de 100 000 € / 130 000 \$ / 84 000 £ par vie	● Jusqu'à un maximum de 150 000 € / 195 000 \$ / 126 000 £ par vie	● Jusqu'à un maximum de 200 000 € / 260 000 \$ / 168 000 £ par vie	●
Traitement psychiatrique	—	—	● Jusqu'à 20 jours Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois	● Jusqu'à 40 jours Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois
Psychothérapie hospitalière	—	—	● Jusqu'à 20 séances Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois	● Jusqu'à 40 séances Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois

— Non couvert ● Totalemment remboursé

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Hébergement d'un parent pendant le <i>traitement hospitalier</i> d'un enfant mineur.	●	●	●	●
Soins infirmiers à domicile et <i>aide-ménagère à domicile</i> remplaçant un séjour hospitalier	—	● Jusqu'à 30 jours Si accord préalable	● Jusqu'à 60 jours Si accord préalable	● Jusqu'à 90 jours Si accord préalable
<i>Indemnités journalières supplétives pour un séjour hospitalier</i>	● 50 € / 65 \$ / 42 £ par jour	● 75 € / 97,50 \$ / 63 £ par jour	● 150 € / 195 \$ / 126 £ par jour	● 200 € / 260 \$ / 168 £ par jour
<i>Rééducation de suivi en hôpital</i>	● Jusqu'à 21 jours Si accord préalable	● Jusqu'à 21 jours Si accord préalable	● Jusqu'à 28 jours Si accord préalable	● Jusqu'à 28 jours Si accord préalable
<i>Centre de soins palliatifs</i>	—	● Jusqu'à 7 semaines	● Jusqu'à 7 semaines	● Jusqu'à 7 semaines
<i>Soins de jour</i>	●	●	●	●
<i>Transport vers l'hôpital adéquat le plus proche pour le traitement initial suite à un accident ou une urgence</i>	●	●	●	●
Retour au pays de résidence après <i>rapatriement</i> / évacuation	—	—	● Jusqu'à 1 500 € / 1 950 \$ / 1 260 £	● Jusqu'à 1 500 € / 1 950 \$ / 1 260 £

4.5

Etendue des garanties : traitements ambulatoires

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

— Non couvert ● Totalemment remboursé

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Prestations ambulatoires maximales	—	7 500 € / 9 750 \$ / 6 300 £	15 000 € / 19 500 \$ / 12 600 £	●
Consultations et diagnostic, y compris pathologie, radiologie, TDM (tomodensitométrie), IRM (imagerie par résonance magnétique), TEP (tomographie par émission de positrons) et médecine palliative	—	● Un plafond maximal s'applique	● Un plafond maximal s'applique	●
Maladie grave, suite à un traitement hospitalier	A hauteur d'un plafond conjoint de 3 000 € / 3 900 \$ / 2 520 £	● Un plafond maximal s'applique	● Un plafond maximal s'applique	●
Traitement anti-cancéreux	●	●	●	●
Bilan de santé	—	—	● Jusqu'à 250 € / 325 \$ / 210 £*	● Jusqu'à 500 € / 650 \$ / 420 £
Soins lors de la grossesse et l'accouchement, intervention sage-femme ou maïeuticien	—	—	● Jusqu'à 3 000 € / 3 900 \$ / 2 520 £* Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au minimum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).	● Jusqu'à 5,000 € / 6,500 \$ / 4,200 £ Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au minimum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).
Complications liées à la grossesse et l'accouchement	—	—	● Jusqu'à 3 000 € / 3 900 \$ / 2 520 £* Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au minimum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).	● Un délai d'attente de 12 mois (pour deux adultes assurés au minimum). Un délai d'attente de 24 mois (pour un adulte assuré).

* Un plafond maximal s'applique.

— Non couvert ● Totalemment remboursé

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Forfait accouchement en ambulatoire	—	—	● Forfait de 250 € / 325 \$ / 210 £* pour chaque nouveau-né sans justificatif des frais, sur simple présentation de l'acte de naissance	● Forfait de 500 € / 650 \$ / 420 £ pour chaque nouveau-né sans justificatif des frais, sur simple présentation de l'acte de naissance
Acupuncture (technique d'aiguilles), homéopathie, ostéopathie, chiropractie et médecine chinoise traditionnelle	—	● Jusqu'à 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £*	● Jusqu'à 2 500 € / 3 250 \$ / 2 100 £*	● Jusqu'à 5 000 € / 6 500 \$ / 4 200 £
Orthophonie	—	—	● Si accord préalable*	● Si accord préalable
Traitement psychiatrique	—	● Jusqu'à 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £* Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois	● Jusqu'à 5 000 € / 6 500 \$ / 4 200 £* Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois	● Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois
Psychothérapie ambulatoire	—	—	● Jusqu'à 10 séances* Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois	● Jusqu'à 20 séances Si accord préalable Délai d'attente de 10 mois
Médicaments et pansements	—	● Un plafond maximal s'applique	● Un plafond maximal s'applique	●

* Un plafond maximal s'applique.

— Non couvert ● Totalemment remboursé

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Médicaments en vente libre	—	● Jusqu'à 50 € / 65 \$ / 42 £*	● Jusqu'à 75 € / 97,50 \$ / 63 £*	● Jusqu'à 100 € / 130 \$ / 84 £
Physiothérapie, y compris massages	—	● Jusqu'à 15 séances*	● Jusqu'à 20 séances*	●
Thérapies, y compris ergothérapie, lumbinothérapie, hydrothérapie, inhalation, pélothérapie, balnéothérapie, cryothérapie, thermothérapie, électrothérapie	—	—	● Jusqu'à 10 séances*	●
Aides et appareils thérapeutiques	—	● Jusqu'à 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £*	● Jusqu'à 2 000 € / 2 600 \$ / 1 680 £*	●
Vaccinations et immunisation	—	—	● Jusqu'à 250 € / 325 \$ / 210 £*	●
Aides à la vision, y compris test ophtalmologique	—	—	● Jusqu'à 150 € / 195 \$ / 126 £*	● Jusqu'à 250 € / 325 \$ / 210 £
Transport vers le cabinet médical ou l'hôpital adéquat le plus proche pour le traitement initial suite à un accident ou une urgence	●	●	●	●
Traitement contre l'infertilité	—	—	● 50%* Jusqu'à 2 000 € / 2 600 \$ / 1 680 £ par couple assuré, par vie Délai d'attente de 24 mois	● 50% Jusqu'à 10 000 € / 13 000 \$ / 8 400 £ par couple assuré, par vie Délai d'attente de 24 mois

* Un plafond maximal s'applique.

4.6

Etendue des garanties : traitements dentaires

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

— Non couvert ● Totalemment remboursé

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Soins dentaires de base				
Deux visites ou examens préventifs par année d'assurance	—	—	●	●
Radio	—	—	●	●
Détartrage et nettoyage dentaire	—	—	●	●
<i>Traitement</i> de la muqueuse buccale et de la parodontie	—	● Soulagement de la douleur uniquement	●	●
Plombages simples	—	● Soulagement de la douleur uniquement	●	●
Chirurgie, extractions, <i>traitement</i> du canal radiculaire	—	● Soulagement de la douleur uniquement	●	●
Gouttière de nuit	—	—	●	●
<i>Soins dentaires suite à un accident</i>	—	●	●	●
Soins dentaires majeurs	—	—	●	●
			Remboursement pour les prestations suivantes jusqu'à 2 000 € / 2 600 \$ / 1 680 £ Délai d'attente de 10 mois	Remboursement pour les prestations suivantes jusqu'à 5 000 € / 6 500 \$ / 4 200 £ Délai d'attente de 10 mois
Prothèses dentaires (par exemple, bridges et couronnes, inlays)	—	—	●	●

— Non couvert ● Totalemment remboursé

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
<i>Implants</i>	—	—	● Jusqu'à quatre implants par mâchoire y compris les dentiers à fixer à ces implants	● Jusqu'à quatre implants par mâchoire y compris les dentiers à fixer à ces implants
<i>Traitement d'orthodontie</i>	—	—	●	●
<i>Travaux de laboratoire dentaire et matériaux</i>	—	—	●	●
<i>Plan de traitement</i>	—	—	●	●

4.7

Etendue des garanties : assistance médicale

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

— Non couvert ● Totalemment remboursé

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Service d'assistance téléphonique et par e-mail 24 heures sur 24 par des conseillers, <i>médecins</i> et spécialistes expérimentés	●	●	●	●
Transport sanitaire et <i>rapatriement</i> médical	●	●	●	●
Information sur l'infrastructure médicale du <i>pays de résidence</i> (soins médicaux sur place et noms et adresses des médecins maîtrisant plusieurs langues)	●	●	●	●
Soutien et information (par nos services médicaux, <i>deuxième avis</i> médical, suivi de l'évolution de la maladie)	●	●	●	●
Garantie de paiement (en préparation à un séjour à l' <i>hôpital</i>)	●	●	●	●
<i>Rapatriement</i> de dépouille	●	●	●	●
	Jusqu'à 2 500 € / 3 250 \$ / 2 100 £	Jusqu'à 5 000 € / 6 500 \$ / 4 200 £	Jusqu'à 7 500 € / 9 750 \$ / 6 300 £	Jusqu'à 10 000 € / 13 000 \$ / 8 400 £
Assistance médicale complémentaire adéquate (information sur la nature, les causes et le <i>traitement</i> possible d'une maladie)	●	●	●	●
Services en ligne	●	●	●	●

4.8

Etendue des garanties : assistance supplémentaire

Tous les montants sont valables par personne, par assuré et par année d'assurance sauf déclaration contraire de notre part.

— Non couvert ● Totalemment remboursé

Prestations	Essential	Classic	Plus	Top
Visite de la famille	—	—	● Jusqu'à 1 500 € / 1 950 \$ / 1 260 £	● Jusqu'à 3 000 € / 3 900 \$ / 2 520 £
Report du voyage de retour	—	—	● Jusqu'à 2 000 € / 2 600 \$ / 1 680 £	● Jusqu'à 2 000 € / 2 600 \$ / 1 680 £
Approvisionnement et acheminement de <i>médicaments</i> vitaux	—	—	●	●
Transport de retour ou garde des enfants	—	—	—	●
Soutien psychologique suite à des difficultés liées au séjour à l'étranger	—	—	● Soutien psychologique et thérapeutique par téléphone jusqu'à trois appels	● Soutien psychologique et thérapeutique par téléphone jusqu'à cinq appels
Stockage de documents (conservation en lieu sûr, aide à l'obtention de documents de substitution)	—	—	—	●
Organisation d'une aide en cas de difficultés juridiques	—	—	—	●
Organisation d'une formation interculturelle (information sur la culture locale, etc.)	—	—	—	●



Description des prestations

Les prestations décrites au paragraphe 4.9 peuvent être différentes ou peuvent être ou non couvertes par l'assurance, selon le tarif choisi.

Prestations pour *traitement hospitalier*

Hébergement et repas en chambre simple ou double

En cas de *traitement pré-hospitalier*, *post-hospitalier* et de *soins de jour*, vous devez vous rendre à un *hôpital* agréé dans le pays où le *traitement* est dispensé. L'*hôpital* doit disposer d'une direction médicale permanente, d'équipements diagnostiques et thérapeutiques adéquats et tenir des dossiers médicaux complets. *Nous* remboursons les prestations jusqu'à hauteur du plafond annuel pour toute la période pendant laquelle le patient est sous *traitement* médical nécessitant un *séjour hospitalier*.

Par hébergement, *nous* entendons un hébergement en chambre simple ou double telle que décrit dans le tableau des prestations. *Nous* ne couvrons pas les chambres de luxe ni les suites.

Vous ou la *personne assurée* devez contacter l'interlocuteur *Globalite* compétent figurant sur votre carte *Globalites® Service Card* avant ou au moment où la *personne assurée* est admise à l'*hôpital*. Sinon, *nous* pourrions refuser le paiement de la totalité de la prestation.

Consultations et diagnostic, y compris pathologie, radiologie, TDM, IRM, TEP et médecine palliative

Sont remboursables tous les frais liés au bilan médical, le diagnostic et la thérapie considérés comme médicalement nécessaires dans le cadre d'un *traitement hospitalier*. Sont remboursés également les frais de pathologie, radiologie, TDM (tomodensitométrie), IRM (imagerie par résonance magnétique), TEP (tomographie par émission de positrons) et de médecine palliative.

Frais d'hôpital y compris salles d'opération, anesthésie, soins intensifs, laboratoires

Ce sont les frais supplémentaires résultant de l'utilisation d'installations spécialisées telles que les salles d'opération, les salles de soins intensifs et les laboratoires.

Chirurgie et anesthésie (y compris interventions chirurgicales ambulatoires remplaçant un séjour hospitalier)

Nous remboursons les frais liés au recours à des services médicaux, à l'anesthésie, et à l'utilisation d'équipement spéciaux, à condition que ces services soient placés sous la direction d'un spécialiste. *Nous* couvrons également les

frais d'intervention chirurgicale ambulatoire remplaçant un séjour hospitalier.

Intervention chirurgicale ambulatoire remplaçant un séjour hospitalier

Intervention chirurgicale *ambulatoire* pouvant être réalisée par un *médecin* ou dans un *hôpital* mais ne requérant ni de passer la nuit à l'*hôpital* ni un *séjour hospitalier* postopératoire.

Médicaments et pansements

Ils doivent avoir été prescrits par un *médecin* ou *dentiste* hospitalier pendant le *traitement hospitalier*. Les *médicaments* doivent en outre être fournis par une pharmacie, une pharmacie hospitalière ou une officine agréée.

Physiothérapie, y compris massages

La physiothérapie et les massages doivent avoir été prescrits par un *médecin hospitalier* pendant le *traitement hospitalier*. En outre, ils doivent être réalisés par un *médecin* ou un *thérapeute* professionnel; le patient doit également être dirigé vers ce professionnel par un *médecin* pendant l'*hospitalisation*. L'ordonnance doit être antérieure à la date du début du *traitement* et préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances nécessaires.

Thérapies, y compris ergothérapie, luminothérapie, hydrothérapie, inhalation, pélothérapie, balnéothérapie, cryothérapie, thermothérapie, électrothérapie

Ces services de médecine fonctionnelle doivent être prescrits par un *médecin hospitalier* pendant le *traitement hospitalier*. En outre, ils doivent être réalisés par un *médecin* ou un *thérapeute* professionnel. Le patient doit également être dirigé vers ce professionnel par un *médecin* pendant l'*hospitalisation*. L'ordonnance doit être antérieure à la date du début du *traitement* et préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances nécessaires.

Aides et appareils thérapeutiques dans le cadre d'un traitement hospitalier

Les dépenses couvertes comprennent les frais des aides et appareils thérapeutiques conçus pour sauver la vie ou alléger les handicaps physiques, tels que les stimulateurs cardiaques, les membres artificiels et les prothèses (prothèses dentaires exclues). Ils doivent être placés pendant le séjour *hospitalier* et rester sur ou à l'intérieur du corps de l'assuré. *Nous* remboursons les frais de réparation des dispositifs d'aide et appareils thérapeutiques pendant la durée d'assurance dans les limites des présentes conditions.

Soins lors de la grossesse et l'accouchement, intervention d'une sage-femme ou d'un maïeuticien à l'hôpital

Nous remboursons les frais en cas d'accouchement en *hôpital*, maternité ou autre établissement similaire, les frais de soins infirmiers à domicile ou d'*aide-ménagère à domicile* résultant d'une grossesse ou une maladie liée à la grossesse, les frais imputables aux services d'une sage-femme ou d'un maïeuticien.

Un *délai d'attente* de 12 mois est appliqué aux *polices d'assurance* couvrant au minimum deux adultes. Un *délai d'attente* de 24 mois est appliqué aux *polices d'assurance* couvrant un seul adulte.

Complications liées à la grossesse et l'accouchement

Nous remboursons les frais en cas de naissance prématurée, de fausse couche, d'avortement médicalement nécessaire, de mortinaissance, de grossesse extra-utérine, de môle hydatiforme, de césarienne, d'hémorragie du post-partum, de rétention du placenta et de toute autre complication en résultant.

Un *délai d'attente* de 12 mois est appliqué aux *polices d'assurance* couvrant au minimum deux adultes. Un *délai d'attente* de 24 mois est appliqué aux *polices d'assurance* couvrant un seul adulte.

Soins aux nouveaux-nés

Les nouveaux-nés sont assurés dès l'accouchement, sans *délai d'attente*, dans la mesure où la mère a été assurée dans le cadre du plan Globality YouGenio® World sans interruption pendant au moins six mois avant la date de la naissance et si nous recevons la *demande d'assurance* dans un délai de deux mois.

Les soins lors de la grossesse de la mère ne seront pas couverts durant le *délai d'attente*. Cependant, l'assurance sera fournie au nouveau-né dans la mesure où les conditions indiquées ci-dessus sont remplies.

Si au jour de l'accouchement, la mère n'a pas été assurée dans le cadre du plan Globality YouGenio® World six mois au moins avant cette date et/ou si la *demande d'assurance* nous est envoyée plus de deux mois après la naissance, nous ne pourrions fournir une couverture d'assurance au nouveau-né sans sélection des risques médicaux.

Si la *demande d'assurance* nous est envoyée plus de deux mois après la naissance, la couverture d'assurance débutera – au plus tôt – à la date de réception de la demande.

Nous nous réservons le droit d'exiger un supplément de prime si la naissance est communiquée après le délai de deux mois. Ce supplément, exigé pour des raisons médico-actuarielles, ne peut excéder 100 % et s'ajoute à la prime déterminée après évaluation du risque.

La couverture d'assurance du nouveau-né ne peut être plus étendue ou plus complète que celle d'un des parents assurés. En cas d'adoption d'un enfant mineur, une souscription est réalisée. Pour des raisons médico-actuarielles, nous pouvons, après évaluation du risque, exiger un supplément de prime n'excédant pas 500 %, en plus de la prime du plan.

Maladie congénitale

Sont remboursables les frais liés à une maladie, une anomalie, une malformation *congénitale*, une naissance prématurée, une malformation apparaissant à la naissance qu'elle ait été diagnostiquée ou non.

Traitement anti-cancéreux, médicaments et traitement oncologiques, y compris la chirurgie reconstructive en cas de cancer du sein

Sont remboursables les frais de *traitement* médical, tests diagnostiques, radiothérapie, chimiothérapie, *médicaments* et frais d'*hôpital* liés à un *traitement hospitalier* ainsi que la chirurgie reconstructive remboursable pour le *cancer* du sein.

Dialyse

Sont remboursables les frais liés à une dialyse incluant la médication nécessaire ainsi que les frais liés durant toute la durée de la vie. Les frais remboursables incluent les *traitements* hospitaliers et ambulatoires journaliers.

Transplantation de moelle osseuse et d'organe dans le cadre du traitement hospitalier

Dans le cas de transplantation de moelle osseuse ou d'organe (par exemple du cœur, rein, foie et pancréas), nous remboursons les frais du donneur et du receveur. Sont remboursables les frais définis comme frais subis par le donneur liés au don d'organe, les frais du transport de l'organe pour l'amener au patient et les frais d'hébergement *hospitalier* si nécessaire, à l'exception des frais engagés pour trouver un organe à transplanter ou un donneur adéquat.

Traitement psychiatrique

Nous remboursons les frais de *traitement* psychiatrique *hospitalier*. L'accord de l'assurance doit avoir été donné avant le début du *traitement* par écrit.

Un *délai d'attente* de 10 mois s'applique.

Psychothérapie hospitalière

Nous ne remboursons les frais de psychothérapie hospitalière que si le *traitement* est réalisé par un psychiatre, un psychothérapeute, ou un spécialiste disposant des qualifications adéquates dans le domaine de la psychiatrie ou de la psycho-analyse. Notre accord est requis avant le début du *traitement*.

Un *délai d'attente* de 10 mois s'applique.

Hébergement d'un parent pendant le traitement hospitalier d'un enfant mineur

Nous remboursons les frais supplémentaires pour l'hébergement d'un parent accompagnant un enfant de moins de 18 ans.

Soins infirmiers à domicile et aide-ménagère à domicile remplaçant un séjour hospitalier

Nous remboursons les frais de soins infirmiers à domicile et d'aide-ménagère médicalement nécessaires par du personnel infirmier qualifié, remplaçant un séjour hospitalier ou visant à raccourcir la durée d'un séjour hospitalier. Les soins infirmiers à domicile s'appliquent en plus du *traitement* médical et nous les rembourserons au même titre que le *traitement* médical. De plus, ces coûts ne seront remboursés qu'avec notre accord préalable par écrit avant le début du *traitement*.

Indemnités journalières supplétives pour un séjour hospitalier

La couverture est assurée jusqu'au montant indiqué dans l'étendue des garanties pour tout *traitement hospitalier* garanti, mais pour lequel l'assuré n'a pas demandé de remboursement.

Rééducation de suivi en hôpital

Nous remboursons les frais de *rééducation de suivi* en hôpital prescrite pour poursuivre un *traitement hospitalier* nécessaire sur le plan médical (par exemple après pontage cardiaque, infarctus du myocarde, transplantation et chirurgie osseuse ou articulaire) sous réserve de (notre) accord préalable et écrit.

La *rééducation de suivi* en hôpital doit dans tous les cas commencer dans un délai de deux semaines après la sortie d'hôpital.

Centre de soins palliatifs

Nous remboursons les frais d'hébergement et repas, les soins infirmiers et l'assistance dans les cas d'impossibilité d'apporter des soins ambulatoires à domicile ou au domicile d'un membre de la famille dès lors que le *centre de soins palliatifs*:

- travaille avec des équipes infirmière et des *médecins* ayant de l'expérience dans les soins palliatifs
- est géré sous la responsabilité d'un personnel infirmier ou tout autre personne qualifiée, ayant plusieurs années d'expérience dans les soins médicaux palliatifs ou une qualification adéquate ainsi qu'une qualification de cadre de santé et de direction. Nous remboursons les frais d'hébergement et repas, de soins infirmiers et d'assistance selon l'état de santé du patient pendant sept semaines. Nous n'accordons un remboursement pour les soins à plein temps ou temps partiel que si la *personne assurée* souffre d'une maladie :
- progressive (en d'autres termes qui s'aggrave continuellement) et a déjà atteint un stade avancé
- est incurable, et rend donc les soins palliatifs en établissement hospitalier nécessaires
- ne donne qu'une espérance de vie de quelques semaines ou mois.

Nous payons des indemnités pour les soins continus pour, entre autres, les maladies suivantes :

- Le *cancer* à un stade avancé
- Un *SIDA* infectieux totalement développé
- Les dysfonctionnements du système nerveux, avec paralysie progressive ne pouvant pas être stoppés
- Maladies chroniques rénales, hépatiques, cardiaques, digestives ou pulmonaires à un stade terminal

Soins de jour

Soins de jour se réfère au *traitement* reçu à l'hôpital sans avoir à passer la nuit à l'hôpital. La durée d'un séjour à l'hôpital est comprise entre 8 et 24 heures.

Transport vers l'hôpital adéquat le plus proche pour le traitement initial suite à un accident ou une urgence

Nous remboursons les frais raisonnables et coutumiers habituels de transport vers l'hôpital adéquat ou tout établissement médical le plus proche.

Retour au pays de résidence après rapatriement

Nous remboursons les frais de transport (voyage en train première classe, vol en classe économie) à concurrence du montant maximal indiqué dans l'étendue des garanties, mais uniquement à condition que vous ayez pris contact au préalable avec l'interlocuteur *Globalite* compétent.

Prestations pour traitement ambulatoire

Prestations ambulatoires maximales

Il s'agit du montant maximal que nous remboursons pour l'ensemble des prestations totales en ambulatoire, par personne, par année d'assurance pour un plan d'assurance particulier, sauf stipulation contraire dans l'étendue des garanties.

Consultations et diagnostic, y compris pathologie, radiologie, TDM, IRM, TEP et médecine palliative

Les demandes recevables incluent tous les frais consécutifs aux examens, au diagnostic et à la thérapie pendant les soins ambulatoires considérés comme médicalement nécessaires. Les frais remboursables incluent également les frais de pathologie, radiologie, TDM (tomodensitométrie), IRM (imagerie par résonance magnétique), TEP (tomographie par émission de positrons) et médecine palliative.

Traitement anti-cancéreux, médicaments et traitement oncologiques

Les frais remboursables incluent toutes les mesures nécessaires à l'examen, au diagnostic et à la thérapie lors d'un traitement ambulatoire, la chimiothérapie et toutes autres prestations oncologiques.

Bilan de santé

Les bilans de routine sont des examens ou des tests de dépistage effectués sans symptôme clinique.

Ces tests incluent les examens suivants effectués à l'âge adéquat pour dépister certaines maladies.

- Signes vitaux (pression sanguine, cholestérol, pouls, respiration, etc.)
- Examen cardiovasculaire
- Examen neurologique
- Dépistage du cancer
- Test pédiatrique de l'enfant bien portant
- Test diabétique
- Test de dépistage HIV et du virus du SIDA
- Dépistage gynécologique

Soins lors de la grossesse et l'accouchement, intervention d'une sage-femme ou d'un maïeuticien

Nous remboursons les frais éligibles liés à la grossesse ou à une maladie consécutive à la grossesse, y compris les dépistages de prévention et examens de routine, les services liés à l'accouchement, de sage-femme et de maïeuticien. Cette prestation inclut également l'amniocentèse et la clarté nucale pour les femmes de plus de 35 ans.

Un délai d'attente de 12 mois est appliqué aux polices d'assurance couvrant au minimum deux adultes. Un délai d'attente de 24 mois est appliqué aux polices d'assurance couvrant un seul adulte.

Complications liées à la grossesse et l'accouchement

Nous remboursons les frais éligibles liés à une naissance prématurée, une fausse-couche, un avortement médicalement nécessaire, une mortinaissance, une grossesse extra-utérine, un môle hydatiforme, une césarienne, une hémorragie du post-partum, une rétention du placenta et à toute autre complication résultant de l'une de ces affections.

Un délai d'attente de 12 mois est appliqué aux polices d'assurance couvrant au minimum deux adultes. Un délai d'attente de 24 mois est appliqué aux polices d'assurance couvrant un seul adulte.

Forfait accouchement en ambulatoire

Un accouchement ambulatoire se définit comme une naissance à domicile ou bien un accouchement à l'hôpital, la maternité ou dans un autre établissement similaire suite auquel la mère et l'enfant quittent l'institution médicale dans les 24 heures suivant la naissance. Nous payons un forfait naissance pour le nouveau-né sur présentation d'un acte de naissance et d'une attestation de l'établissement de soins confirmant la durée du séjour.

Acupuncture (technique d'aiguilles), homéopathie, ostéopathie, chiropractie et médecine traditionnelle chinoise

Nous remboursons les frais uniquement si le traitement est assuré par des médecins ou autres thérapeutes en mesure de prouver qu'ils ont reçu une qualification adéquate et qu'ils sont autorisés à pratiquer dans le pays dans lequel le traitement est prodigué. Nous remboursons également les frais de médicaments et pansements prescrits par ces médecins ou thérapeutes pendant le traitement.

Orthophonie

Nous remboursons les frais éligibles des exercices et soins prescrits par un médecin dont l'objectif est de traiter un dysfonctionnement de la voix et de la parole dès lors que le traitement est assuré par un médecin ou un orthophoniste. Le remboursement est soumis à notre accord écrit au préalable, avant le début du traitement.

Traitement psychiatrique

Nous remboursons les frais du traitement psychiatrique ambulatoire à condition d'avoir donné notre accord

préalablement, avant le début du *traitement*. Un *délai d'attente* de 10 mois s'applique.

Psychothérapie ambulatoire

Nous remboursons les frais de la psychothérapie ambulatoire uniquement si le *traitement* est assuré par un psychiatre, psychothérapeute ou tout autre spécialiste titulaire des qualifications requises dans le domaine de la psychiatrie, la psychothérapie ou la psycho-analyse. De plus, *nous* ne remboursons ces frais que si *nous* avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*.

Un *délai d'attente* de 10 mois s'applique.

Médicaments et pansements

Les *médicaments* et les *pansements* doivent avoir été prescrits par un *médecin* ou un *dentiste*. Les *médicaments* doivent également être dispensés par une pharmacie ou toute autre officine agréée.

Médicaments en vente libre

Les *médicaments* en vente libre peuvent être achetés sans prescription médicale. Ils sont communément utilisés pour traiter les symptômes d'une maladie banale ne nécessitant pas la consultation d'un *médecin*.

Physiothérapie, y compris massages

Ces soins doivent avoir été prescrits par un *médecin*. Ils doivent être réalisés par un *médecin* ou un *thérapeute* professionnel. Le patient doit être dirigé vers ce professionnel par un *médecin* pendant le *traitement ambulatoire*. L'ordonnance doit être antérieure à la date du début du *traitement* et préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances.

Thérapies, y compris ergothérapie, luminothérapie, hydrothérapie, inhalation, pélothérapie, balnéothérapie, cryothérapie, thermothérapie, électrothérapie

Ces services de médecine fonctionnelle doivent être prescrits par un *médecin*. En outre, ils doivent être réalisés par un *médecin* ou un *thérapeute* professionnel. Le patient doit être dirigé vers ce professionnel par un *médecin* pendant le *traitement ambulatoire*. L'ordonnance doit être antérieure au début du *traitement* et préciser le diagnostic, la nature et le nombre de séances nécessaires.

Aides et appareils thérapeutiques

Les aides et appareils thérapeutiques doivent être prescrits par un *médecin*. Les frais remboursables comprennent les membres artificiels et les organes ainsi que les aides

orthopédiques et autres aides et appareils thérapeutiques conçus pour prévenir ou aider à soulager des handicaps physiques.

Les aides et appareils thérapeutiques dans le cadre d'un *traitement ambulatoire* sont :

Bandages, bandages herniaires, semelles orthopédiques, aides à la marche, aides auditives, bas de contention, gouttière et attelles, membres artificiels et prothèses (à l'exclusion des prothèses dentaires), coque pour position allongée ou assise, orthèse orthopédiques pour bras et jambes et pour l'ensemble du corps.

Nous ne paierons les frais liés aux aides et appareils thérapeutiques suivants qu'à condition d'avoir donné notre accord au préalable :

chaises roulantes, appareils de surveillance cardiaque et respiratoire, pompes à perfusion, appareils d'inhalation, appareil et moniteur de distribution d'oxygène pour les nouveaux nés ainsi que les auxiliaires de phonation (larynx électronique).

Tous autres appareils ne sont pas considérés comme aides et appareils thérapeutiques.

Vaccinations et immunisation

Nous remboursons les frais de vaccinations et les mesures prophylactiques recommandées pour le *pays de résidence* où *vous vous rendez*, y compris les coûts des consultations lors desquelles les vaccins sont administrés, ainsi que les frais de vaccin.

Aides à la vision, y compris test ophtalmologique

Nous payons les frais liés aux montures et verres de lunettes et aux lentilles de contact ainsi qu'un test de réfraction oculaire par année d'assurance.

Transport sanitaire vers le médecin ou l'hôpital le plus approprié aux premiers soins à la suite d'un accident ou d'une urgence

Nous remboursons les frais éligibles d'un transport vers le *médecin* ou *l'hôpital* le plus approprié aux premiers soins à la suite d'un *accident* ou d'une *urgence*.

Traitement contre l'infertilité

Nous rembourserons les frais des *traitements* agréés suivants dans le cadre des garanties convenues.

- Fécondation in vitro (FIV)
- Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)
- (la fertilisation in vitro et l'ICSI ne peuvent être pratiqués qu'en alternance)
- Transfert intra-tubaire de gamètes (GIFT)

- Transfert intra-tubaire de zygotes (ZIFT)
- Insémination artificielle (IA)
- *Traitement* médicamenteux prescrit et prestations de laboratoire

En outre, nous ne rembourserons les frais que si :

- la femme est âgée de moins de 40 ans et l'homme de moins de 50 ans au moment du *traitement* (premier jour de stimulation dans chaque cycle de *traitement* ou premier jour du cycle dans le cas de l'insémination sans stimulation hormonale)
- la stérilité de la *personne assurée* est due à des causes organiques et ne peut être surmontée qu'avec une aide à la reproduction
- l'homme et la femme bénéficiant du *traitement* sont assurés tous les deux auprès de nous.

Un *délai d'attente* de 24 mois s'applique.

Prestations pour traitement dentaire

Soins dentaires de base

- Deux visites ou examens préventifs par année d'assurance
- Radio
- Détartrage et nettoyage dentaire
- *Traitement* de la muqueuse buccale et de la parodontie
- Tous les plombages simples – soit amalgame (argent) ou composite (blanc)
- *Traitement* du canal radiculaire
- Frais d'anesthésie
- Chirurgie
- Extractions
- Gouttière de nuit
- *Soins dentaires suite à un accident*

Soins dentaires majeurs

Les soins dentaires majeurs incluent les types de procédures et de *traitements* plus complexes.

- Prothèses (appareils, bridges et couronnes)
- Inlays (or, porcelaine), y compris les travaux de laboratoire dentaire et matériaux
- Onlays
- *Implants*
- *Traitement* orthodontique pour les enfants en dessous de 18 ans, y compris les appareils métalliques et les fils de rétention ainsi qu'un *plan de traitement*
- Travaux de laboratoire et matériaux
- *Plan de traitement*

Un *délai d'attente* de 10 mois s'applique pour les soins dentaires majeurs.

Traitement dentaire suite à un accident

Les prestations ne sont pas limitées si vous avez besoin d'un *traitement* suite à un *accident*. L'assuré devra fournir la preuve de l'*accident* en présentant un rapport médical ou d'un rapport de police.

Aucun *délai d'attente* ne s'applique.

Prestations d'assistance médicale

Selon la formule d'assurance choisie, vous ou la *personne assurée* pouvez faire appel aux services de notre réseau mondial *Globalites*[®], quelque soit le moment où un cas d'assurance ou une *urgence* se produit.

Le réseau *Globalites*[®] fournit une large gamme de services, parmi lesquels la couverture d'assurance santé, pour vous assister pendant votre séjour à l'étranger (pour les garanties couvertes uniquement).

Ces services sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an. Si vous avez besoin d'aide, appelez le numéro indiqué sur vos documents d'assurance à toute heure du jour ou de la nuit.

Vous pouvez demander l'aide des services correspondant à la formule d'assurance choisie à chaque fois que se produira un événement couvert par l'assurance ou une *urgence*. Lorsque la couverture d'assurance *Globality YouGenio*[®] *World* expire, vous n'avez plus droit à ces services (cf. 2.7, 2.8 et 2.9).

Service d'assistance téléphonique et par e-mail 24 heures sur 24 par des conseillers, médecins et spécialistes expérimentés

Nous sommes à votre disposition 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an par téléphone ou e-mail. Nos équipes de coordinateurs d'assistance ou de *médecins* parlant plusieurs langues vous prennent alors en charge.

Transport sanitaire et rapatriement médical

Nos remboursements des frais de transport sont définis aux articles 4.7 et 4.8. Vous et la *personne assurée* avez droit à un transport transfrontalier dans le cas où les soins médicaux hospitaliers ne sont pas appropriés dans votre *pays de résidence*.

Dans ce cas, nous payons les frais de transport du patient si les conditions suivantes sont réunies :

- Le transport sanitaire ou le *rapatriement* doivent avoir été prescrits par le *médecin* traitant et doivent être médicalement nécessaires.
- Votre interlocuteur *Globalite* doit avoir approuvé le remboursement de ces frais au préalable.

Après consultation de l'interlocuteur *Globalite* compétent et du *médecin* traitant, l'assuré est transporté (à l'intérieur de la zone géographique de son choix) vers :

- un lieu dans un autre pays plus adapté pour le traiter
- le *pays de résidence* de la *personne assurée* si le cas d'assurance s'est produit à l'extérieur de ce pays
- le *pays de départ* ou le *pays d'origine* de la *personne assurée*.

Si, pour raisons médicales cela s'avérait nécessaire, *nous* organiserions également un accompagnement médical par un *médecin*.

Nous ne couvrons que le transport vers un lieu approprié pour un *traitement* médical.

Information sur l'infrastructure médicale

Si un cas d'assurance ou une *urgence* se produit, votre interlocuteur *Globalite* vous indiquera quels soins sont disponibles localement. Votre interlocuteur *Globalite* vous donnera les noms et adresses des *médecins* et services hospitaliers où sont parlés l'anglais, l'allemand, le français, l'espagnol et le néerlandais ainsi que les adresses des *hôpitaux*, cliniques spécialisées et vous renseignera sur les possibilités de transfert.

Soutien et information

Vous pouvez contacter votre réseau *Globalites*® par téléphone dès qu'un besoin de soutien médical local se fait ressentir.

Sur demande de la *personne assurée*, votre interlocuteur *Globalite* peut informer la famille de la *personne assurée* de la survenance d'un cas d'assurance ou d'une *urgence* – dans la mesure où cela est techniquement possible.

En cas de maladie potentiellement létale ou de risque d'invalidité grave et permanente, *vous* pouvez consulter un deuxième *médecin* directement ou par l'intermédiaire de votre interlocuteur *Globalite*, afin d'obtenir un *deuxième avis*. *Globalites*® vous aidera à planifier votre arrivée ou votre départ de l'*hôpital* en cas d'*hospitalisation*.

En cas d'*hospitalisation*, l'évolution d'une maladie peut être suivie par les *médecins* de votre interlocuteur *Globalite* ou par des coordinateurs d'assistance. La même chose vaut pour les *traitements* dispensés en ambulatoire dans le but d'éviter un séjour hospitalier.

Garantie de paiement (GDP)

En cas d'*urgence* nécessitant une *hospitalisation*, *vous* devez contacter votre interlocuteur *Globalite* dans les plus brefs délais.

Lorsqu'une *hospitalisation* est prévue à l'avance, *vous* devez contacter votre interlocuteur *Globalite* au minimum sept jours avant l'admission à l'*hôpital*. Le même délai s'applique également aux cas d'interventions chirurgicales ambulatoires remplaçant un séjour hospitalier. Le respect de ce délai est indispensable à votre interlocuteur *Globalite* pour régler les formalités de prise en charge des frais ou du règlement d'un acompte aux *médecins* ou à l'*hôpital*. Il permet également un contrôle des factures par un *médecin* afin de s'assurer qu'elles sont raisonnables et *coutumiers habituels*.

En outre, *nous* pourrions convenir avec l'*hôpital* de l'adresse à laquelle les factures et les conditions de paiement devront être envoyées. *Nous* veillons à ce que les factures soient payées directement au bénéficiaire. Dans ce cas, votre interlocuteur *Globalite* vous informera de la procédure par lettre ou par courrier électronique.

Si *vous*, ou la *personne assurée*, n'informez pas votre interlocuteur *Globalite* au préalable, ou immédiatement dans les cas d'*urgence*, il est possible que *nous* ne couvrions pas la totalité des frais.

Rapatriement de dépouille

Votre interlocuteur *Globalite* exigera le certificat de décès ou le rapport d'*accident* si la loi l'y autorise. Il :

- contactera les autorités et les consulats dans le pays étranger ;
- identifiera les parents autorisés à décider du *rapatriement* de la dépouille ou de son incinération ; et
- s'occupera de toutes les formalités liées au *rapatriement*, à l'incinération ou à l'organisation des funérailles sur place en conformité avec la réglementation du pays concerné.

Nous remboursons :

- les frais directs liés au *rapatriement* de la dépouille vers le *pays de départ* ou le *pays d'origine* (y compris les frais de toutes les formalités) ; ou
- les frais de *rapatriement* de l'urne funéraire vers le *pays de départ* ou le *pays d'origine* si la dépouille a été incinérée dans le *pays de résidence* de la personne décédée.

Nous ne remboursons pas les frais de funérailles.

Assistance médicale complémentaire adéquate

Qu'un cas d'assurance soit survenu ou non, votre interlocuteur *Globalite* fournira au *souscripteur de la police d'assurance* et aux *personnes assurées* des informations aussi bien générales (sur le pays, les formalités douanières) que médicales (vaccinations, information médicale par téléphone également) pour *vous* aider à préparer votre voyage. Il *vous* aidera à constituer votre trousse personnelle de premiers secours.

En cas de survenance d'un cas d'assurance, votre interlocuteur *Globalite* *vous* fournira des informations générales sur la nature, les causes possibles et le *traitement* envisageable de la maladie, et *vous* expliquera les termes médicaux. Votre interlocuteur *Globalite* se chargera aussi de *vous* donner des informations sur les *médicaments*, leurs effets secondaires et leur interaction. Si un *traitement ambulatoire* est nécessaire, votre interlocuteur *Globalite* coordonnera et assurera le suivi du *traitement* et de la maladie, via des consultations entre *médecins* et organisera tout soutien nécessaire.

Prestations d'assistance supplémentaire

Services en ligne

Vous avez la possibilité d'utiliser nos services online dans l'espace qui *vous* est réservé.

Visite de la famille

Si *vous*, ou la *personne assurée*, recevez un *traitement hospitalier* suite à une *urgence* (dans le *pays de résidence* ou pendant un voyage d'affaires ou d'agrément), votre interlocuteur *Globalite* compétent prendra les dispositions nécessaires pour qu'un membre de votre famille *vous* rende visite si votre séjour hospitalier dure plus de sept jours. Il prendra les dispositions nécessaires pour le voyage aller et retour d'un membre de votre famille.

Nous paierons les frais de transport (première classe en train, classe économique en avion) et les frais d'hôtel (pour jusqu'à sept jours) dans la limite indiquée dans l'étendue des garanties, et uniquement si *vous* avez pris contact avec votre interlocuteur *Globalite* au préalable.

Report du voyage de retour

Si le départ d'une *personne assurée* du *pays de résidence* est reporté à cause d'une *urgence* médicale, c'est-à-dire si votre état de santé ne *vous* permet pas de voyager, *nous* paierons les frais supplémentaires liés au changement du séjour hôtelier et à la modification de la réservation de vol jusqu'à la limite indiquée dans l'étendue des garanties.

Approvisionnement et acheminement de médicaments vitaux

Si la *personne assurée* est tributaire de l'approvisionnement de *médicaments* non disponibles dans le *pays de résidence*, elle peut demander à l'interlocuteur *Globalite* compétent de se les procurer – à condition qu'ils soient légalement autorisés – et de les lui envoyer, dans la mesure où cette importation n'est pas interdite par la loi.

Transport de retour ou garde des enfants

Si l'*urgence* médicale entraîne l'hospitalisation des deux parents dans le *pays de résidence*, alors nous organiserons la garde des enfants pendant la durée de l'*hospitalisation*. Si les deux parents sont en *traitement* médical d'*urgence* pendant un voyage d'agrément (jusqu'à six semaines) et nécessitent une hospitalisation, ils sont en droit de demander le transport de retour accompagné des enfants (âgés de moins de 18 ans) vers le *pays de résidence*.

Soutien psychologique suite à des difficultés liées au séjour à l'étranger

Si le séjour à l'étranger est source de conflits psychologiques pour la *personne assurée*, l'interlocuteur *Globalite* compétent fournira un soutien psychologique par téléphone et prendra si nécessaire les dispositions pour que soit dispensée une aide locale appropriée.

Stockage de documents (conservation en lieu sûr, aide à l'obtention de documents de substitution)

Vous pouvez demander à votre *Globalite* de conserver des copies de vos documents personnels (par exemple : passeport, carte d'identité, visa, carte de crédit, permis de conduire, certificats d'immatriculation de véhicule, carnets de vaccination, passeport allergie, documents professionnels – jusqu'à 20 feuillets de format A4) dans une enveloppe scellée avec mot de passe personnel.

En cas de perte des originaux, qu'un cas d'assurance soit survenu ou non, les copies seront envoyées à la *personne assurée* par la poste, par un service de messagerie ou par fax pour l'aider à obtenir de nouveaux documents. *Nous* conservons ces documents pendant cinq ans, sauf si la *personne assurée* les remplace par des documents plus actuels.

Le service de stockage n'est disponible que pendant la durée de l'assurance.

Organisation d'une aide en cas de difficultés juridiques

Votre interlocuteur *Globalite* compétent peut *vous* diriger vers des avocats ou des experts à travers le monde parlant anglais, allemand, français, néerlandais ou espagnol.

Si nécessaire, il prendra les dispositions pour qu'un acompte des frais d'avocat, des frais de justice ou de caution soit payé. Cependant, l'acompte n'est pas payé par votre interlocuteur *Globalite* qui ne fera que contacter les banques ou la famille et pourra aider à faciliter le transfert d'argent, le cas échéant.

Organisation d'une formation interculturelle (information sur la culture locale, etc.)

Pour *vous* aider à préparer votre séjour à l'étranger, votre interlocuteur *Globalite* peut *vous* recommander des organismes qui offrent une formation spécialisée sur le pays ou la région concernée en tenant compte des aspects de la vie et du travail à l'étranger.

Nous ne garantissons pas les dépenses liées aux *traitements* ou états médicaux ci-après (y compris les conséquences en résultant), sauf s'ils sont mentionnés dans l'étendue des garanties ou dans un avenant à la *police d'assurance*.

Changement de sexe

Nous ne couvrons pas le changement des caractéristiques sexuelles biologiques réalisé par chirurgie ou par *traitement* hormonal.

Chirurgie esthétique et plastique

Nous ne remboursons les frais de chirurgie esthétique et plastique que s'ils sont liés à des *traitements* médicalement nécessaires, sauf indication contraire dans l'étendue des garanties.

Complications causées par un risque exclu de la police d'assurance

Nous ne couvrons pas les dépenses causées par des complications directement causées par une maladie, une blessure ou un *traitement* dont *nous* avons exclu ou limité la couverture dans la formule d'assurance que *vous* avez choisie.

Contamination radioactive, chimique ou biologique

Nous ne couvrons pas les maladies et les *accidents* causés par l'énergie nucléaire (réactions nucléaires, radiations et contaminations), ainsi que leurs conséquences ; il en va de même pour les maladies et les accidents causés par les armes chimiques ou biologiques, ainsi que leurs conséquences.

Frais de transport

Sauf indication contraire dans les conditions générales d'assurance, *nous* ne remboursons pas les frais de transport autre que ceux des services ambulanciers *d'urgence*.

Frais hospitaliers non médicaux

Les accompagnateurs, tous les consommables et aliments non médicaux et toutes les dépenses liées aux médias (radio, TV, etc.).

Guerre et terrorisme

La *police d'assurance* ne couvre pas les maladies et leurs suites, les conséquences d'*accidents* et les décès causés par des actes de guerre prévisibles, des troubles civils ou des actes criminels, à moins que la *personne assurée* ne subisse des blessures en tant que tiers non impliqué, sans s'être exposée au danger par négligence ou de façon délibérée.

Nous ne couvrons aucune prestation dans les cas où la personne assurée se rend sur un territoire où se déroulent des combats directs ou bien rend des services à l'une des parties impliquées dans ce conflit.

L'exclusion des prestations ne dépend pas du fait qu'une guerre ait été déclarée ou pas. Si la *personne assurée* se rend compte qu'il y a la guerre, des troubles civils ou des actes terroristes pendant son séjour et si son séjour n'est pas justifié par des raisons professionnelles, seules les *urgences* médicales (telles que les mesures visant à sauver la vie) seront couvertes uniquement tant que la *personne assurée* se trouve dans l'incapacité de quitter le pays ou la région pour des raisons indépendantes de sa volonté, et pendant au maximum 28 jours.

Interruption de grossesse

Sauf indication contraire dans les conditions générales d'assurance, *nous ne couvrons pas les interruptions de grossesse, hormis si la vie de la femme enceinte est en danger.*

Lésions causées par le service militaire

Nous ne couvrons pas les maladies, les accidents et leurs suites survenant pendant que la personne assurée remplit ses obligations militaires.

Maladies, accidents causés délibérément (auto-infligés) et leurs conséquences

Nous ne couvrons pas les maladies et les accidents causés délibérément, ainsi que leurs conséquences. Nous considérons qu'une maladie ou un accident est causé délibérément si la personne concernée a au moins idée des conséquences de ses actes et a accepté le fait qu'un dommage puisse être causé.

Maternité de substitution

Nous ne remboursons pas les frais de traitement directement liés à une maternité de substitution, que vous soyez mère porteuse ou parent d'intention.

Programmes de désintoxication, y compris les thérapies

Nous ne couvrons pas les programmes de désintoxication, y compris les traitements pour soigner la dépendance aux stupéfiants ou l'alcoolisme. Sans préjudice de cette stipulation, nous remboursons les prestations de la première désintoxication si vous ne pouvez prétendre à aucun remboursement auprès d'un autre organisme, à condition de l'avoir convenu par écrit avant le début du

traitement. Nous pourrions accepter la prise en charge après avoir pris connaissance de l'évaluation des chances de succès réalisée par un médecin agréé par nos soins. En cas de désintoxication dans un hôpital, nous remboursons uniquement les frais encourus pour les services hospitaliers de base, y compris le traitement médical et les médicaments.

Séances de gymnastique postnatale

Nous ne couvrons pas les séances de gymnastique postnatale suivies pour pallier aux effets physiques sur le corps de la grossesse et de l'accouchement.

Soins et garde de longue durée

Nous ne remboursons pas les frais d'hébergement résultant de soins ou d'une garde de longue durée.

Soins par le conjoint, le partenaire, un parent proche ou un enfant

Nous ne remboursons pas les frais si vous ou la personne assurée êtes soignés par une épouse, un époux, un partenaire, un parent ou un enfant. Cependant, nous remboursons les frais avérés de matériel nécessaire pour votre traitement conformément à ce que prévoit la formule d'assurance pour laquelle vous avez opté.

Sports professionnels

Nous ne couvrons pas les traitements ou les actes diagnostiques de blessures ou maladies résultant de la pratique professionnelle du sport.

Stations thermales et massages de relaxation

Nous ne couvrons pas les séjours dans les centres de cure, les stations thermales, les établissements de repos ou de convalescence, même s'ils sont médicalement prescrits. Sont concernés par cette exclusion les bains thermaux, les saunas et toute sorte de massage de relaxation.

Stérilisation, dysfonction sexuelle et contraception

Nous ne couvrons aucun acte médical destiné à rendre une personne stérile, aucun acte médical, traitement ou médication destiné à prévenir la grossesse ou à soigner une dysfonction sexuelle (sauf dans le cas d'une fécondation in vitro).

Thérapies et traitements en sanatoriums, maisons de convalescence et de soins, mesures de rééducation spécifiques

Nous ne couvrons pas les thérapies et les traitements suivis en sanatoriums ou en maison de convalescence et

de soins. Mais selon la formule choisie, *nous* prenons en charge une partie des frais engagés pour la *rééducation de suivi*.

Traitements expérimentaux

Nous ne couvrons aucune forme de *traitement* ou de pharmacothérapie considérés, selon notre avis raisonnable, comme expérimentaux ou non avérés d'après les pratiques médicales généralement acceptées.

Traitements par des médecins, dentistes ou autres thérapeutes spécifiques ou par des hôpitaux spécifiques

Il s'agit des *médecins*, *dentistes* et autres *thérapeutes*, ainsi que les *hôpitaux* dont *nous* avons refusé de payer les factures pour une raison importante.

Cependant, cette exemption de l'obligation de payer des prestations ne s'applique qu'aux cas d'assurance qui surviennent après que *vous* ayez été informé de l'exclusion des prestations. Si un cas d'assurance est déjà survenu au moment de notre notification, notre exemption de prestations ne s'appliquera qu'aux dépenses engagées plus d'un mois après réception de la notification.

Trouble du sommeil

Nous ne couvrons pas les examens et les *traitements* liés aux troubles du sommeil, y compris l'insomnie. L'exclusion concerne aussi les appareils CPAP (pression des voies respiratoires positive continue) et les appareils BIPAP (pression positive des voies respiratoires à deux niveaux).

Vision

Nous ne couvrons pas les *traitements* et les interventions chirurgicales effectués pour corriger votre vue, tels que le *traitement* par laser, la kératotomie réfractive et la kératectomie photoréfractive. *Nous* payons pour le *traitement* choisi s'il est nécessaire en raison d'une maladie ou d'une blessure telle que les cataractes ou le décollement de rétine.

Vitamines et minéraux

Nous ne remboursons ni les frais liés à l'achat de produits classés comme vitamines ou minéraux (excepté pendant la grossesse ou pour le *traitement* de syndromes de carence vitaminique diagnostiqués et ayant des effets cliniques), ni les consultations d'un nutritionniste ou d'un diététicien, ni les suppléments, entre autre les formules spéciales pour nourrissons, ni les produits cosmétiques, même s'ils sont recommandés par un *médecin*, prescrits ou reconnus comme ayant des effets thérapeutiques.

Nous ne reconnaissons pas les nutriments, les fortifiants, l'eau minérale, les cosmétiques, les produits d'hygiène et de soins corporels ou les additifs de bain comme médicalement nécessaires. Par conséquent, *nous* ne remboursons pas ces produits.

Autres limites

Si le montant des prestations que *nous* avons accordé pour un *traitement* ou toute autre mesure ne correspond pas aux *frais raisonnables et coutumiers habituels* ou si le traitement est supérieur à ce qui est médicalement nécessaire, *nous* seront en droit de réduire son paiement/remboursement. *Vous* ou la *personne assurée* serez responsable pour les frais non *raisonnables et coutumiers habituels* puisque *nous* ne couvrons pas ces dépassements. *Nous* nous réservons le droit de faire réévaluer tout coût ou toute estimation de coût par des *médecins* afin d'établir si ce dernier constitue un frais raisonnable et coutumier habituel. Si *vous*, ou la *personne assurée*, pouvez également prétendre aux prestations d'une assurance maladie obligatoire ou de toute autre caisse d'assurance ou organisme, *nous* ne rembourserons que les dépenses encore nécessaires malgré ces prestations. *Nous* ne couvrons pas les complications résultant des maladies exclues de la *police d'assurance*.

Dans l'intérêt de toutes les parties concernées, *nous* suivrons la réglementation des sanctions internationales en vigueur. *Nous* ne sommes pas censés fournir une couverture et ne saurions être tenus responsables de payer toute demande de remboursement ou de fournir toute prestation dans le cadre de cette *police d'assurance* dans la mesure où l'apport d'une telle couverture, en payant cette demande de remboursement ou en fournissant cette prestation, nous exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction dans le cadre de résolutions des Nations Unies, aux sanctions économiques ou commerciales, aux lois ou à la réglementation de L'Union Européenne ou du Royaume-Uni, ou à des sanctions des États-Unis d'Amérique.



Procédure de remboursement

6.1 Conditions pour percevoir le remboursement

Vous pouvez choisir un *médecin* et un *dentiste* parmi tous les *médecins* et *dentistes* agréés dans le pays où *vous* avez besoin du *traitement*. La même chose s'applique pour les autres *thérapeutes*.

Nous ne remboursons que les frais de *traitements* médicaux ou dentaires requis dans le cadre d'un *traitement* médicalement nécessaire.

Nous remboursons les frais médicaux et dentaires ainsi que les interventions d'autres *thérapeutes*, à condition qu'ils soient raisonnables et coutumiers habituels et conformes aux *barèmes agréés* dans le pays où *vous* recevez le *traitement*.

Nous pouvons également rembourser les frais au-delà des plafonds habituellement admis s'ils sont occasionnés par des difficultés liées à la maladie ou aux résultats d'analyses et examens médicaux, dans la mesure où ils sont raisonnables et coutumiers habituels.

Le montant de nos remboursements pour les interventions d'autres *thérapeutes* comme des masseurs, des sage-femmes ou des praticiens de médecines alternatives (pour lesquels il n'existe peut-être pas de *barème agréés des prestations* dans le pays où le *traitement* est effectué) sera calculé sur la base des honoraires médicaux et prix habituellement pratiqués dans le pays où est dispensé le *traitement*.

Nous couvrons les matériaux dentaires et travaux de laboratoire sur la base des prix moyens dans le pays où le *traitement* est dispensé.

Prothèses dentaires, *implants*, chirurgie dentaire et *traitement* orthodontique sont considérés comme des *traitements* dentaires réalisés par un *dentiste*, y compris dans le cas où ils sont dispensés par un *médecin* à l'*hôpital*. Ils ne sont pas inclus dans le *traitement hospitalier ou ambulatoire*.

Notre garantie couvre les frais liés aux méthodes d'examen et de *traitement* et les *médicaments* généralement acceptés par la médecine traditionnelle. *Nous* remboursons également les frais liés aux méthodes et *médicaments* s'étant avérés utiles en pratique ou à défaut de méthodes ou *médicaments* de médecine traditionnelle. Nos prestations sont cependant limitées aux montants que *nous* aurions eu à payer si des méthodes et *médicaments* conventionnels avaient été disponibles.

6.2 Lorsqu'un cas d'assurance se produit

Vous devez déclarer toute demande de remboursement et *nous* faire parvenir les factures dans les plus brefs délais à la fin du *traitement*.

- a) *Nous* ne sommes tenus de verser des prestations que si *nous* avons reçu les factures et documents, ces derniers devenant notre propriété. *Nous* pouvons les conserver autant de temps que *nous* le jugeons utile.
- b) Sauf accord contraire, la *personne assurée* transmettra les factures directement à l'interlocuteur *Globalite* compétent lorsqu'un cas d'assurance se produit. Les factures respecteront les obligations légales relatives à l'émission de factures dans le pays concerné (cf. également 6.3).

Dans le but de traiter et régler les demandes de remboursement le plus rapidement possible, *nous* acceptons aussi les factures envoyées par courriel ou télécopie dès lors que la qualité de transmission est suffisante pour traiter la demande.

Vous ou la *personne assurée* pouvez également *nous* faire parvenir votre demande de remboursement en ligne via *Eclaims*.

Eclaims est un outil en ligne qui *vous* permet de faire vos demandes de remboursement par internet. *Vous* accédez à *Eclaims* par le biais de www.globality-health.com en entrant votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.

Nous pouvons à tout moment *vous* demander de produire les factures originales, si *nous* avons une bonne raison de le faire. *Vous* êtes prié de les conserver.

Si un autre assureur santé ou un autre organisme a remboursé une partie des coûts, il suffira de *nous* envoyer les copies des factures ou autres documents accompagnés de l'avis de remboursement des autres assureurs ou de l'autre organisme.

Nous pouvons également régler à la personne ou l'organisme qui *nous* aura envoyé ou présenté les documents requis. Avec le paiement, notre responsabilité concernant la demande s'éteint.

- c) *Vous* ou la *personne assurée* ne pouvez en aucun cas céder vos droits juridiques à des prestations d'assurance à des tiers.

- d) En cas de *traitement hospitalier*, vous ou la personne assurée devez informer votre interlocuteur *Globalite* dans les plus brefs délais, au plus tard dans les sept jours suivant le début du *traitement*.
- e) Toute *personne assurée* est tenue de nous transmettre les informations demandées de manière à ce que nous, ou votre interlocuteur *Globalite*, puissions vérifier le cas d'assurance et déterminer notre responsabilité ainsi que le montant des prestations dues. La *personne assurée* doit également nous permettre, ou permettre à *Globalite*, de réunir toutes les informations supplémentaires requises à cet égard (notamment pour ce qui concerne la levée du secret médical).
- f) Nous pouvons demander à ce que la *personne assurée* soit examinée par un *médecin* autorisé par nous. Nous paierons les frais liés à cet examen.
- g) La *personne assurée* doit, dans la mesure du possible, faire tous les efforts nécessaires pour réduire le sinistre et elle est tenue de ne rien entreprendre qui puisse altérer sa convalescence.

Si la *personne assurée* ne respecte pas les conditions ci-dessus, nous ne sommes pas tenus de payer les prestations ou bien nous pouvons les limiter conformément aux restrictions prévues par les réglementations juridiques en vigueur. Cette stipulation ne s'applique qu'aux cas de malveillance ou de négligence grave. Le *souscripteur de la police d'assurance* est réputé responsable des fautes et négligences d'une *personne assurée* dont il aurait connaissance.

6.3 Informations devant apparaître sur les factures

a) Les factures doivent comporter les éléments suivants :

- Nom et prénom et date de naissance.
- Désignation précise de la maladie (diagnostic) ou bien description des symptômes par un *médecin*.
- Le détail des prestations médicales et des *traitements*, leurs dates et leurs prix individuels
- En ce qui concerne les *traitements* dentaires, la facture doit également mentionner précisément quelle dent a été traitée ou remplacée et quelles prestations ont été réalisées.

b) Autres points importants

- Tous les documents ou factures doivent être rédigés de préférence en anglais, allemand, français, néerlandais ou espagnol et doivent utiliser les chiffres arabes et les caractères latins (1, 2, 3 ... a, b, c ...) et les codes *CIM 9* ou *10* (classification internationale des maladies).

- Les ordonnances doivent mentionner votre nom et prénom ainsi que votre date de naissance, les *médicaments* prescrits, leur prix et un reçu de votre paiement.
- Les ordonnances doivent être envoyées avec la facture du *médecin*. Vous devez envoyer les factures concernant le *traitement* et les aides et appareils thérapeutiques avec l'ordonnance correspondante.
- Si vous demandez des *indemnités journalières supplémentaires pour un séjour hospitalier* au lieu de vous faire rembourser les frais, vous devez nous envoyer une attestation confirmant le *traitement hospitalier* qui précisera le nom et le prénom ainsi que la date de naissance de la personne ayant reçu le *traitement*, le diagnostic, la date d'admission et de sortie d'hôpital ainsi qu'une confirmation attestant qu'aucune autre dépense n'a été engagée.

Dans la mesure du possible, veuillez utiliser notre imprimé de demande de remboursement (« Formulaire de remboursement ») pour solliciter un remboursement. Vous pouvez le télécharger depuis notre site Internet ou l'obtenir auprès de votre interlocuteur *Globalite*. Si vous produisez ce document, signé du *médecin*, nous serons en mesure de traiter votre demande rapidement car nous ne devrions pas à avoir à demander de plus amples informations qui risqueraient de retarder votre remboursement.

6.4 En cas d'accident ou d'urgence

Vous pouvez nous contacter à tout moment, de jour comme de nuit. Nos adresses, numéros de téléphone et adresses e-mail sont mentionnés sur tous nos documents et sur votre carte *Globalites® Service Card*.

Si vous contactez votre interlocuteur *Globalite* suite à un cas d'assurance majeur, notamment un *accident*, une *urgence* ou un *traitement hospitalier*, nous vous proposerons de vous rappeler immédiatement.

6.5 Demande de remboursement

a) Prestations pour *traitements hospitaliers*

Sur demande, nous pouvons payer directement l'organisme ayant émis la facture pour des frais fixes comme par exemple les honoraires de soins infirmiers, les frais d'hébergement hospitalier ou les frais de transport en ambulance.

Une *personne assurée* peut également transférer son droit à paiement au *médecin*, *thérapeute* ou à l'*hôpital* ayant dispensé le *traitement* ou effectué les prestations en lui signant une « déclaration de cession de droits ».

Cependant, *nous* ne pouvons régler directement l'hôpital que si l'hôpital approuve cette pratique (c'est-à-dire si elle est habituelle dans le pays en question).

- b) Prestations pour *traitements ambulatoires* et dentaires. Vous avez un contrat avec votre *médecin* ou *thérapeute*. En début de *traitement*, le *médecin* ou le *thérapeute* passe un contrat de soins avec le patient sur la base duquel il peut émettre une facture. Vous pouvez transmettre cette facture à votre interlocuteur *Globalite* de sorte que *nous* puissions régler les prestations convenues contractuellement.
- c) Toutes les prestations prévues à ce contrat sont prescrites au bout de trois ans à compter du moment où la créance sur laquelle est fondée la prétention apparaît.

6.6 Remboursement des prestations

En règle générale, *nous* réglons les prestations de santé selon le principe du remboursement. En d'autres termes, *nous* remboursons les frais occasionnés dans le cadre d'un *traitement* couvert. Exceptionnellement, *nous* pouvons payer, sur votre demande, directement l'organisme ou la personne qui a émis la facture, par exemple lorsque des sommes importantes sont en jeu (supérieures à €2 000, \$2 600 ou £1 680).

Taux de change

Nous réglons les factures dans la monnaie convenue avec *vous*. *Nous* convertissons les frais en monnaie étrangère dans la monnaie contractuelle (€, \$ ou £) au taux applicable le jour où *nous* recevons les documents. Le taux en vigueur est le taux de change officiel de la Réserve fédérale américaine (Fed) pour la monnaie convenue au contrat. Les monnaies qui ne sont pas négociées et pour lesquelles il n'existe pas de taux de référence, sont également traitées au taux actuel de la Réserve fédérale américaine (Fed), sauf si *vous* êtes en mesure d'envoyer un justificatif de la banque prouvant que *vous* avez acheté la monnaie nécessaire à un taux moins avantageux pour payer les factures.

6.7 Eclaims

L'outil de demande en ligne offre des services en ligne pratiques *vous* permettant de demander le remboursement des frais de santé éligibles. *Nous* *vous* encourageons à *nous* envoyer vos factures via *Eclaims*.

6.8 Prétentions à l'égard de tiers et compensation

Si une *personne assurée* peut faire valoir des dommages-intérêts de toute nature envers des tiers, il est tenu de *nous* subroger en ses droits, par écrit, à hauteur du plafond de remboursement prévu à la *police d'assurance*. Si la *personne assurée* renonce à un tel droit sans notre accord, *nous* serions dégagés de l'obligation à prestations dans la mesure où *nous* aurions pu, par le biais de cette subrogation de droit, obtenir une indemnisation.

Nos prétentions ne peuvent être compensées par des créances de tiers que si celles-ci sont incontestées et définitives.

6.9 Fraude

Vos droits à remboursement sont échus si votre demande est incorrecte, frauduleuse ou si des tiers tentent de déposer une demande de remboursement au titre de la présente *police d'assurance* de manière frauduleuse et sans raison juridique, sous couvert de votre autorisation. Dans un tel cas, *vous* perdriez tous vos droits à remboursement émanant de la présente *police d'assurance*. *Vous* auriez à rembourser les paiements que *nous* *vous* aurions versés avant de *nous* apercevoir du dol.



Païement et calcul de la prime

Païement de la prime

La prime indiquée dans la *police d'assurance* est une prime mensuelle payable par avance. Tout supplément de prime facturé pour un risque médical extraordinaire sera indiqué séparément. La première prime est exigible immédiatement après l'acceptation de votre demande de couverture par nos services qui *vous* transmettront votre *police d'assurance*.

Si l'assurance ne commence pas le 1er d'un mois calendaire ou ne se termine pas le dernier jour du mois calendaire, la prime à payer sera calculée au pro rata temporis pour le premier ou le dernier mois d'assurance.

Païement des autres redevances et taxes sur les assurances

Toutes redevances, taxes ou impôts légaux en relation avec la *police d'assurance* du *souscripteur de la police d'assurance* seront facturés en plus de la prime d'assurance. Ces taxes sont indiquées dans la *police d'assurance*. Sous réserve de dispositions contraire, la taxe sur les primes d'assurance et tous autres impôts ou redevances seront prélevés avec la prime.

Calcul de la prime

Le montant de la prime d'assurance se base sur l'état de santé individuel de la *personne assurée*, du barème des primes et de l'âge de la *personne assurée* au premier jour de l'année d'assurance. Les tranches d'âges se répartissent comme suit : 0-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55- 59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79. Si en début d'année d'assurance l'assuré passe dans une tranche d'âge supérieure, *nous* modifierons la prime en conséquence.

Ajustement des frais et de la prime

Nous sommes en droit de répercuter sur *vous* l'augmentation des redevances, taxes et impôts prévus par la loi.

Nous sommes également habilités à réviser nos tarifs. Ces ajustements *vous* seront notifiés au moins trois mois avant le début de l'année d'assurance.

L'ajustement prend effet au premier jour de l'année d'assurance suivante.

Si *vous* êtes en désaccord avec l'ajustement de prime, *vous* avez la possibilité de résilier votre *police d'assurance* dans un délai de trois mois à compter de la réception de notre notification. La *police d'assurance* expirera à la date prévue d'entrée en vigueur de l'ajustement.

Retard de paiement de la prime

Si la prime convenue n'est pas réglée dans les 10 jours suivant la date d'échéance, *nous* pouvons mettre le *souscripteur de la police d'assurance* en demeure de payer par lettre recommandée adressée à son adresse actuelle. La notification sera réputée reçue même si le *souscripteur de la police d'assurance* refusait le recommandé.

L'absence de paiement passé un délai de 30 jours à compter de la réception de la mise en demeure, mettrait fin à notre obligation de couverture d'assurance. Néanmoins, bien que *nous* ne serions plus tenus de le couvrir, le *souscripteur de la police d'assurance* resterait contraint à continuer de payer ses primes futures.

Si la prime n'est toujours pas payée 10 jours après que le délai supplémentaire de 30 jours ait expiré, *nous* pouvons résilier la *police d'assurance* avec effet immédiat. Si la *police d'assurance* n'est pas résiliée, notre garantie reprend effet pour tous les cas d'assurance survenant par la suite, dès lors que les sommes dues ont été réglées intégralement, y compris les frais causés par le retard de paiement. La garantie d'assurance reprend à 0:00 heures du jour de l'encaissement de l'ensemble des sommes dues par nos services ou par la personne mandatée par nos soins.

L'obligation de remboursement disparaît cependant si le *souscripteur de la police d'assurance* ne s'acquitte du paiement des sommes dues que lorsque la survenance du cas d'assurance n'est plus incertaine.

Si aucune prime n'est payée pendant plus de deux ans, le contrat d'assurance est réputé résilié.

Monnaie contractuelle

L'euro (€) constitue la monnaie de base de tous nos plans. Toutefois, *vous* pouvez choisir le dollar américain (\$) ou la livre sterling (£) comme monnaie contractuelle. *Nous* révisons le taux de change de ces monnaies deux fois par an et les modifions si nécessaire. Ces ajustements peuvent entraîner des augmentations ou des diminutions de prime lorsqu'un ajustement de la monnaie contractuelle au cours de l'euro s'avère nécessaire.

8 Information générale

8.1 Modification des données contractuelles

Vous êtes tenu de *nous* informer de tout changement relatif à votre adresse (en particulier si *vous* changez de *pays de résidence*), à votre nationalité ou citoyenneté, votre nom ou le nom de l'une des personnes assurées. *Nous* pouvons *vous* demander de produire un justificatif de domicile. Si *vous* manquez à cette obligation, *nous* ne pouvons garantir aucune couverture.

8.2 Modifications des conditions générales d'assurance

Nous pouvons modifier les conditions générales d'assurance. *Nous vous* informerons par écrit de ces modifications au moins trois mois avant le début de l'année d'assurance.

Les modifications des conditions générales d'assurance prendront effet au premier jour de l'année d'assurance suivante.

Si *vous* êtes en désaccord avec les modifications des conditions générales d'assurance, *vous* avez la possibilité de résilier votre *police d'assurance* dans un délai de trois mois à compter de la réception de notre notification. La *police d'assurance* expirera à la date prévue d'entrée en vigueur des modifications.

8.3 Réclamations

En cas de réclamation, veuillez *nous* contacter par courrier, téléphone, télécopie ou e-mail.

Globality S.A.
13, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg
Télécopie : +352/ 270 444 3603
Télécopie : +352/ 270 444 3699
E-Mail : service-yougenio@globality-health.com
Site internet : www.globality-health.com

Vous pouvez contacter également le médiateur des assurances ou les autorités de contrôle du secteur des assurances. *Vous* trouverez de plus amples informations dans votre espace personnel 'My Globalite' world sur www.globality-health.com.

8.4 Tribunal compétent

Il pourra arriver que *vous* soyez en désaccord avec notre *traitement* de votre demande de remboursement. Dans ce cas, *vous* avez la possibilité de saisir la justice. Tous litiges émanant d'une *police d'assurance* relèvent de la compétence du tribunal du Grand Duché de Luxembourg ou du tribunal du lieu de résidence du souscripteur. Dans le

cas où *vous* ne résideriez pas dans l'un des pays membres de l'Union européenne, les tribunaux du Grand Duché de Luxembourg seraient les seuls compétents.

8.5 Loi applicable

La *police d'assurance* est régie par le droit luxembourgeois dans la mesure où aucune réglementation nationale ne serait incompatible avec le droit luxembourgeois.

8.6 Langue

La langue officielle de la *police d'assurance* est l'anglais. Sauf accord contraire entre *vous* et *nous*, l'anglais est la langue de correspondance. La version anglaise prévaut sur toute autre version linguistique ou traduction. *Vous* trouverez la police dans votre espace personnel 'My Globalite' world sur www.globality-health.com.

9 Définitions

Terminologie de l'assurance Globality YouGenio® World

A

Accident

Un accident est un événement soudain et inattendu, agissant de l'extérieur sur le corps et nuisant à la santé.

Acupuncture

L'acupuncture est une méthode qui consiste à introduire de fines aiguilles dans le corps dans le but de guérir des maladies ou d'atténuer des douleurs. La *médecine conventionnelle* la reconnaît avant tout pour le *traitement* de la douleur.

Aide-ménagère à domicile

Partie des soins infirmiers dispensés à domicile. Elle inclut l'aide aux tâches usuelles et récurrentes de la vie de tous les jours liées à la tenue d'un ménage comme les courses, la cuisine, la vaisselle, le nettoyage de la maison et du linge, le changement de linge et le chauffage de la maison.

Assisteur

L'assisteur est spécialisé dans l'aide et le conseil aux personnes assurées dans les situations d'*urgence* ou durant un séjour hospitalier. Il fournit en plus d'autres services pour faciliter votre séjour dans un pays étranger et se charge du remboursement de certains frais comme les frais de *rapatriement*. L'ensemble des services de l'assisteur est décrit à la rubrique étendue des garanties.

B

Barème agréé des prestations

Le barème agréé des prestations est le barème sur lequel repose la facturation des prestations. Il peut varier d'un pays à l'autre.

C

Cancer

Terme générique utilisé pour désigner tout dysfonctionnement malin causé par la propagation incontrôlée de cellules mutées (néoplasies ou tumeurs). Ces cellules peuvent détruire les tissus environnants et produire des métastases (tumeurs secondaires).

Centre de soins palliatifs

C'est une institution où le seul objectif est de soigner des patients dont l'espérance de vie est limitée et pour lesquels il n'existe plus de *traitement* curatif. Il vise à offrir la meilleure qualité de vie possible en utilisant les soins de la *médecine palliative*.

Chiropractie

Il s'agit d'un système de diagnostic et de *traitement* basé sur l'idée que le système nerveux coordonne toutes les fonctions corporelles et que la maladie est le résultat d'un défaut de fonctionnement du système nerveux. Un chiropracteur utilise la manipulation pour corriger des structures corporelles comme la colonne

vertébrale et soulager la pression exercée par des vertèbres déplacées sur les nerfs.

CIM

La classification internationale des maladies est un système international de codification et de classification de tous les diagnostics connus.

Congénital

Présent à la naissance.

D

Délai d'attente

Période commençant le jour du début de l'assurance ou à la date d'entrée en vigueur de la *police d'assurance* pendant laquelle *nous* ne paierons pas certaines prestations.

Demande d'assurance

La demande d'assurance est faite au moyen de l'imprimé fourni par nos soins pour *vous* et les autres personnes assurées.

Dentiste

Un dentiste est un *thérapeute* qui s'occupe principalement des dysfonctionnements des dents et de la bouche.

Deuxième avis

Il s'agit du conseil médical donné par un second *médecin* indépendant qui n'est pas impliqué dans le *traitement*. *Vous* pouvez également consulter

un deuxième *médecin* via votre interlocuteur *Globalite* pour avoir un deuxième avis en cas de risque létal ou de handicap grave permanent.

Dialyse

La dialyse est avant tout utilisée pour fournir un remplacement artificiel de la fonction du rein perdue à cause d'un dysfonctionnement rénal (thérapie de remplacement rénale). La dialyse peut être utilisée lors de la perte soudaine mais temporaire de la fonction rénale ou bien pour les personnes dont la fonction rénale a disparu de façon permanente (stade d'insuffisance rénale terminale).

La dialyse est effectuée dans des unités spécialisées au sein d'hôpitaux et de cliniques ou à domicile.



Eclair

Une demande de remboursement effectuée en ligne au moyen du système Eclaims.

Eclaims

Outil en ligne qui offre un service en ligne permettant de *vous* faire rembourser tous vos frais médicaux remboursables.

Etat médical

Toute maladie, lésion ou anomalie physique, mentale ou psychologique ainsi que les grossesses.



Frais raisonnables et coutumières habituels

Les frais raisonnables et *coutumiers* habituels, sont définis comme étant la somme ou les frais les plus usuels pour une prestation de service médical spécifique, dans une zone géographique spécifique, auprès d'un prestataire de services médicaux particulier.

Franchise

L'effet d'une franchise est que la *personne assurée* prend en charge une partie des coûts. La franchise est la part des frais à la charge de l'assuré jusqu'à un montant plafond convenu au préalable. Si une franchise a été convenue, elle est mentionnée à la *police d'assurance* (cf. 4.1).



Globalite

Globalite est notre partenaire chargé de traiter les demandes de remboursement et autres services pour *nous*.

Globalites®

Globalites® - Le réseau de service regroupé sous la marque « Healthcare Service Satellites » est une coalition internationale de partenaires spécialisés dans les services de santé.

Selon la formule d'assurance choisie, *vous* pouvez faire appel à ces services quelque soit le moment où un cas d'assurance ou une *urgence* se produit.

Quand l'assurance Globality YouGenio® World prend fin, *vous* n'êtes plus autorisé à utiliser ces services (cf. également 2.7, 2.8 et 2.9)

Appelez le numéro indiqué au verso de votre Globalites® Service Card pour joindre votre Globalite personnel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ayez toujours à portée de main les neuf chiffres de votre numéro d'assurance indiqué sur votre service card.

Le réseau Globalites® est familier avec le système de santé et les structures locales de votre nouveau *pays de résidence*. Il *vous* recommandera *médecins* et hôpitaux, prendra vos rendez-vous ou *vous* procurera la médication. Votre Globalite peut *vous* fournir une garantie de paiement ou assurer un remboursement rapide et direct des frais.

Globalites® Service Card

Présentez votre Globalites® Service Card afin de *vous* identifier comme bénéficiaire d'une assurance privée internationale de première catégorie auprès des *médecins*, pharmaciens, *dentistes* ou hôpitaux. Cette identification permet le remboursement direct des frais.



Homéopathie

L'homéopathe part du principe qu'une maladie qui produit certains symptômes peut être traitée avec une substance qui produit des symptômes similaires chez les personnes en bonne santé.

Hôpital

Un hôpital est un établissement recevant des patients traités en séjour hospitalier et parfois en ambulatoire, agréé et autorisé dans le pays dans lequel il opère. *Nous* ne payons des prestations que si l'hôpital est placé sous la gestion continue d'un *médecin*, dispose des équipements diagnostiques et thérapeutiques adéquats et tient des dossiers médicaux.

Nous ne considérons pas les maisons de convalescence et de soins, les spas et centres de cure thermales, ainsi que les centres de soins palliatifs et les sanatoriums comme des hôpitaux.

Hydrothérapie

Tout *traitement* spécifique basé sur l'utilisation de l'eau.



Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Il s'agit d'une technique de diagnostic dans laquelle les ondes radio générées dans un champ magnétique fort sont utilisées pour fournir des images des tissus et organes du corps.

Implants

Les implants dentaires (métallique ou céramique) sont utilisés pour remplacer des racines de dents ou restaurer des mâchoires édentées.

Indemnités journalières supplétives pour un séjour hospitalier

Si *vous* ne demandez pas de prestations pour un *traitement hospitalier* médicalement nécessaire couvert par votre assurance, *nous vous* paierons une indemnité journalière pour hospitalisation par journée passée à l'hôpital pour le *traitement hospitalier* recommandé médicalement. Cette stipulation correspond à la formule que *vous* avez choisie.



Maladie congénitale

Toute maladie ou affection, anomalie, défaut de naissance, naissance prématurée, malformation apparaissant à la naissance, y compris les affections y étant liées, qu'elles aient été diagnostiquées ou non.

Maladie préexistante

Une maladie préexistante est un *état médical* (ou un état nécessitant un *traitement* médical), apparu avant la date de début de la couverture d'assurance santé.

Aux fins de la définition, un *état médical* est

- tout état nécessitant des soins médicaux ou dentaires et leurs conséquences, pour lesquels *vous* avez reçu un *traitement* médical, aviez des symptômes, avez demandé conseil, consulté un *médecin* (y compris pour un bilan de santé), ou suivi un *traitement* (*médicaments*, régime spécial ou injection) qui existait au début de l'assurance à la connaissance de la personne concernée
- grossesse, accouchement, complications du postpartum et les conséquences y étant liées.

Les états médicaux survenant entre le moment de la *demande d'assurance* et la confirmation par nos services que *nous* acceptons de *vous* assurer sont considérés comme des maladies préexistantes.

Maladies graves

- Infarctus du myocarde
- Sclérose en plaque
- SIDA et HIV
- Accident vasculaire cérébrale
- Hépatite A, B et C
- Tuberculose
- Maladie de Parkinson
- Choléra
- Diphthérie
- Malaria
- Tétanos
- Typhus et paratyphus

Formule Essential

Nous ne remboursons les frais des *traitements* ambulatoires pour toutes les maladies mentionnées ci-dessus uniquement si le *traitement* est dispensé immédiatement après le *traitement hospitalier*.

Pour toutes les maladies recensées ci-dessus, un plafond combiné de couverture s'applique par année d'assurance.

Médecin

Un médecin est un docteur (généraliste ou spécialiste) ou une personne titulaire d'un diplôme médical agréé par l'Etat autorisant à pratiquer la médecine dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé (cf. « *traitement* »). *Vous* pouvez choisir tout médecin qui réunit ces conditions.

Médecine conventionnelle

La forme de la médecine reposant sur des méthodes scientifiques agréées, enseignée à l'université et généralement reconnue et utilisée.

Médecine palliative

Branche de la médecine s'occupant du soulagement de la douleur et autres symptômes incommodes pour améliorer la qualité de vie et influencer positivement l'évolution de la maladie. Le terme de médecine palliative s'applique également au *traitement* complet et aigu dispensé aux patients dont l'espérance de vie est limitée, dont la maladie est incurable et pour lesquels l'objectif thérapeutique est d'atteindre la meilleure qualité de vie possible pour le patient et ses proches.

Médicament

Agent actif administré seul ou en combinaison à d'autres substances pour traiter une maladie, un dysfonctionnement un handicap ou une pathologie. Les aliments, les produits cosmétiques et les articles de soin du corps ne sont pas reconnus comme des médicaments. Les médicaments doivent avoir été prescrits par un *médecin* et doivent être achetés en pharmacie. Médication, médicaments et produits pharmaceutiques sont des synonymes.

Mesures prophylactiques

Mesures préventives qui incluent les mesures individuelles et générales pour éviter une maladie (par exemple les vaccins, l'immunisation passive, la médication préventive en prévision d'un voyage à l'étranger dans une région dangereuse, la prévention des *accidents*, etc.).



Nous
Globality S.A.



Oncologie

L'oncologie est une branche de la médecine qui s'occupe du diagnostic et du *traitement* des tumeurs malignes et des maladies y étant liées.

Ostéopathie

Pratique faisant appel à des manipulations pour établir le diagnostic et la thérapie de dysfonctionnement de la motricité, des organes internes et du système nerveux. Elle est principalement utilisée dans le *traitement* des douleurs chroniques de la colonne vertébrale et des articulations périphériques.



Pansements

Matériaux utilisés pour couvrir des lésions.

Pays de départ

Le pays dans lequel *vous* viviez avant de partir à l'étranger.

Pays de résidence

Tout pays où *vous* êtes considéré comme résident par les autorités compétentes.

Pays d'origine

Le pays duquel la *personne assurée* est ressortissant ou le pays dans lequel la *personne assurée* possède une résidence habituelle / permanente ; ou bien le pays où sa dépouille mortuaire doit être convoyée au moment de sa mort.

Personne assurée

Les personnes assurées sont celles couvertes par l'assurance, par exemple *vous* et votre époux ou épouse, votre compagnon ou votre compagne, vos enfants.

Plafond annuel global

Il s'agit du montant maximal versé pour l'ensemble des prestations par *personne assurée* et par année d'assurance.

Plan de traitement

Vous pouvez *nous* envoyer un plan de *traitement* accompagné de ses coûts, élaboré par un *médecin* ou un *dentiste* en début de *traitement* lorsque *vous* planifiez une prothèse dentaire, une restauration ou un *traitement* orthodontique de grande ampleur. *Nous* *vous* informerons de la part des coûts pris en charge.

Police d'assurance

Document comportant la *demande d'assurance*, les conditions générales, les conditions particulières et tout avenant éventuel.

Prestations ambulatoires maximales

Il s'agit du montant maximal des prestations que *nous* payerons au total au titre des prestations ambulatoires, par personne, par année d'assurance dans le cadre de ce plan d'assurance spécifique, sauf stipulation contraire dans l'étendue des garanties.



Rapatriement

Si un *traitement* médicalement nécessaire pour lequel *vous* êtes couvert n'est pas disponible localement, *nous* couvrons votre retour dans votre pays d'origine pour *vous* faire soigner plutôt que de *vous* orienter vers le centre médical adéquat le plus proche. Cette stipulation s'applique uniquement si votre pays d'origine est situé au sein de la zone géographique de la couverture.

Rééducation de suivi

Traitement médical visant à rétablir l'état de santé de la *personne assurée* avant la maladie ou une intervention chirurgicale importante, par exemple suite à une opération de pontage, un infarctus du myocarde, une transplantation et une intervention chirurgicale sur les grands os et les articulations, ou suite à un *accident grave*.

Région de destination

Nous fournissons une couverture d'assurance pour les zones géographiques suivantes.

Région de destination I : monde entier y compris les Etats-Unis

Région de destination II : monde entier hors Etats-Unis



SIDA

Le syndrome d'immunodéficience acquise se caractérise par un dysfonctionnement grave du système immunitaire.

Soins de jour

Soins de jour se réfère au *traitement* reçu à l'*hôpital* sans nuit passée à l'*hôpital*. La longueur du séjour hospitalier est comprise entre huit et 24 heures.

Soins dentaires suite à un accident

Les soins dentaires suite à un accident sont les soins dispensés dans les 30 jours suivant la date de l'*accident* pour traiter une ou des dent(s) naturelle(s) endommagées par un coup accidentel.

Souscripteur de la police d'assurance

Vous êtes le souscripteur de la police d'assurance car *vous* avez conclu avec nous une *police d'assurance*.

Sport professionnel

Tous sports pour lequel vous percevez

une rémunération lorsque vous le pratiquez.

Suppléments nutritionnels et alimentaires

Produits utilisés pour augmenter la teneur en nutriments de certains aliments, notamment les vitamines, les minéraux, les plantes, les compléments alimentaires, les aliments du sportif et les compléments d'alimentation naturelle.



Thérapeute

Médecin mais aussi toute personne qui a reçu une qualification approfondie dans son domaine, agréée et autorisée à prescrire un *traitement* dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé. Cette définition inclut les praticiens de médecine complémentaire, les orthophonistes et les sages-femmes et maïeuticiens ainsi que les membres de professions paramédicales agréées par l'Etat comme les masseurs et les physiothérapeutes en cabinet. *Vous* pouvez choisir tout thérapeute qui réunit ces conditions.

Tomodensitométrie (TDM)

La tomodensitométrie est une procédure de diagnostic utilisant un équipement spécial à rayons X pour obtenir une image en coupe transversale du corps. Le tomodensitomètre affiche ces images comme images tri-dimensionnelles d'organes, os, et autres tissus. Ce procédé est également appelé CT-scan, scanographie, tomographie axiale calculée par ordinateur (TACO).

Tomographie par émission de positrons (TEP)

Processus d'imagerie au cours duquel une substance radioactive est injectée dans le corps, dont le tracé donne

une image de l'intérieur du corps. La concentration de ce type de marqueur dans la tumeur peut se mesurer.

Traitement

Les mesures diagnostiques et thérapeutiques à réaliser par un *médecin* pour identifier, aider, soulager ou soigner un trouble, une maladie ou une lésion. Un *traitement* est considéré comme médicalement nécessaire, dès lors qu'il pouvait être considéré comme médicalement nécessaire au vu des résultats objectifs des analyses scientifiques et médicales au moment du traitement.

Traitement ambulatoire

Tout *traitement* prescrit par un *médecin* qualifié et agréé ne nécessitant pas de passer une nuit à l'*hôpital* (également séjours hospitaliers de moins de huit heures).

Traitement hospitalier

Traitement pour lequel un patient doit rester à l'*hôpital* pour des raisons médicales pendant une nuit ou plus (plus de 24 heures).



Urgence

Maladie soudaine et aigüe ou détérioration aigüe de certains aspects de la santé constituant une menace immédiate pour l'état de santé général de la *personne assurée*.



Vous

Souscripteur de la police d'assurance

Globality S.A.

13, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg

Phone: +352/ 270 444 3603

Fax: +352/ 270 444 3699

service-yougenio@globality-health.com

www.globality-health.com

R.C.S. Luxembourg B134471