



Globality CoGenio®
Assurance santé internationale
Conditions générales

Premium health insurance worldwide.

Un partenaire, une multitude de possibilités.

Où que vous alliez, Globality Health vous accompagne, vous prépare la voie et se charge en toute fiabilité de tout ce qui concerne votre santé. Avec des services sans pareil.

Les conditions générales vous informent de vos droits et obligations dans le cadre du contrat. En outre, elles contiennent des informations importantes concernant les garanties. Nous nous réjouissons d'une relation harmonieuse et partenariale et restons à votre entière disposition.

Vous avez des questions concernant la garantie ?

Si des questions subsistent, nous serons ravis d'y répondre personnellement.

Les termes apparaissant en italique dans les conditions générales sont définis dans le glossaire.

Nous sommes à votre disposition, où que vous soyez :

Globality S.A.
13, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg

Téléphone : +352/ 270 444 3503
Télécopie : +352/ 270 444 3599

E-mail : service-cogenio@globality-health.com
Internet : www.globality-health.com

La société Globality S.A. est soumise au contrôle du Commissariat aux Assurances, 7, boulevard Royal, L-2449 Luxembourg.

Registre du Commerce : B134471

Signification des symboles:

- Cette prestation est assurée, c'est-à-dire que nous
- ✓ prenons en charge les frais remboursables à 100 %, sauf mention contraire dans les garanties.
 - Aucune prise en charge n'est prévue pour cette
 - ✗ prestation.



Sommaire

7	1	Principales informations à connaître avant de souscrire à l'assurance	10	4	Étendue des garanties
	1.1	Personnes assurables		4.1	Informations générales sur l'étendue des garanties
	1.2	<i>Maladies préexistantes</i>		4.2	Franchise
	1.3	Adhésion à l'assurance		4.3	Étendue des garanties : <i>Traitement</i> hospitalier
8	2	La couverture d'assurance		4.4	Étendue des garanties : <i>Traitement</i> ambulatoire
	2.1	Étendue de la couverture		4.5	Étendue des garanties : <i>Traitement</i> dentaire
	2.2	Cas d'assurance		4.6	Étendue des garanties : Assistance médicale
	2.3	Début de la couverture d'assurance		4.7	Étendue des garanties : Assistance supplémentaire
	2.4	Suppression des délais d'attente		4.8	Description des garanties
	2.5	Année d'assurance			
	2.6	Résiliation du contrat d'assurance			
	2.7	Autres motifs de résiliation			
	2.8	Fin de la couverture d'assurance			
9	3	Territorialité de la garantie	22	5	Aide et soutien par nos prestations d'assistance et de service
	3.1	<i>Région de destination</i> de la couverture d'assurance		5.1	Explications – Assistance médicale
	3.2	Déplacement provisoire hors de la <i>région de destination</i> II		5.2	Explications – Assistance supplémentaire

25	6	Restrictions des garanties	29	9	Paiement et calcul de la prime
26	7	Procédure et dispositions pour le règlement de prestations	30	10	Informations générales
	7.1	Nécessité médicale		10.1	Modification des conditions générales
	7.2	Conditions à respecter pour recevoir le règlement des prestations		10.2	Assurance de nouveau-nés
	7.3	Procédure de règlement de cas d'assurance		10.3	Changement des données contractuelles
	7.4	Éléments obligatoires sur les justificatifs de frais		10.4	Faites-nous connaître votre avis
	7.5	Procédure en cas d'accident/d'urgence		10.5	Tribunaux compétents
	7.6	<i>Traitement</i> de demandes de prestations		10.6	Droit applicable
	7.7	Remboursement de frais	32	11	Glossaire
29	8	Obligations			

1 Principales informations à connaître avant de souscrire à l'assurance

1.1 Personnes assurables

Tous collaborateurs/ membres du *souscripteur* qui séjournent provisoirement pour au moins 3 mois à l'étranger à la demande du *souscripteur* dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle. Les personnes co-assurables sont les conjoint(e)s ou compagnes(ons) et *enfants* accompagnant l'assuré.

1.2 Maladies préexistantes

À moins de disposition contraire dans le contrat de groupe, les *maladies préexistantes* sont toujours incluses dans la couverture d'assurance.

Toutefois, en fonction des dispositions convenues avec le *souscripteur*, le contrat de groupe peut prévoir que chaque *assuré* doit répondre correctement et sans rien omettre au questionnaire médical dans la *déclaration d'adhésion* et se soumettre à un examen médical (voir numéro 1.3). En cas de risque accru, nous pourrions alors demander un supplément de prime et/ ou exclure certaines garanties.

1.3 Adhésion à l'assurance

L'adhésion au contrat d'assurance de groupe est effectuée par le souscripteur ou par le biais d'une déclaration d'adhésion, dans lequel il peut également demander l'inclusion en tant qu'assurés des conjoints(es) ou compagne(on) et des enfants des expatriés. La procédure d'adhésion est définie dans le contrat de groupe.

La déclaration d'adhésion contient un questionnaire portant sur l'état de santé actuel et les maladies préexistantes, il est nécessaire que chaque personne à assurer y réponde correctement et sans rien omettre.

La déclaration d'adhésion peut nous être envoyée par la poste, par courrier électronique ou par télécopie. Nous concédons la couverture d'assurance en supposant que les personnes concernées ont répondu sincèrement et sans rien omettre à l'ensemble des questions posées avant la souscription de l'assurance (déclarations obligatoires préalables au contrat).

2 La couverture d'assurance

2.1 Étendue de la couverture

Nous offrons une couverture d'assurance pour les maladies nouvelles, les accidents et autres événements spécifiés dans les conditions générales (voir numéro 4). Dans le cadre d'un cas d'assurance, nous remboursons les frais pour les *traitements* médicalement nécessaires et pour toute autre prestation prévue au contrat.

L'étendue de la couverture d'assurance résulte de la *police d'assurance*, d'éventuels accords écrits ultérieurs, des conditions générales, du contrat de groupe ainsi que des dispositions légales.

2.2 Cas d'assurance

Un cas d'assurance (ou événement assuré) est le *traitement* d'un assuré lorsque ce *traitement* est médicalement nécessaire en raison d'une maladie ou des suites d'un accident. Un cas d'assurance commence avec le *traitement* ; il se termine lorsque les résultats d'un examen médical montrent que le *traitement* n'est plus nécessaire. Si le traitement doit être étendu à une maladie ou une suite d'*accident* n'ayant pas de rapport causal avec les troubles traités jusqu'alors, ceci constitue un nouveau cas d'assurance.

Selon la formule choisie, les actes et frais suivants sont également *assurés* :

- Examens préventifs ambulatoires pour le dépistage précoce de maladies
- Examens et *traitements* nécessaires sur le plan médical pour la grossesse et l'accouchement
- Frais d'hospitalisation pour le nouveau-né en bonne santé après l'accouchement
- Décès d'un *assuré*

2.3 Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance commence à la date précisée dans la *police d'assurance* (début de l'assurance). Les cas d'assurance intervenus avant le début de l'assurance ne sont pas couverts. Pour les cas intervenus après la souscription du contrat d'assurance, les remboursements des actes antérieurs au début de l'assurance sont exclus. En cas de modification du contrat, les règlements stipulés du présent article s'appliquent également aux garanties ajoutées.

2.4 Suppression des délais d'attente

Il n'y a aucun délai d'attente.

2.5 Année d'assurance

L'année d'assurance commence à la date spécifiée dans la *police d'assurance* (début de l'assurance) et dure 12 mois.

2.6 Résiliation du contrat d'assurance

Sous réserve d'autres motifs de résiliation stipulés par la loi, l'assureur, le *souscripteur* et les assurés peuvent déclarer la résiliation d'un contrat d'assurance conclu dans le cadre du contrat de groupe dans les cas suivants :

- suite à une modification des conditions générales (voir numéro 10.1) ou à une augmentation des frais, *franchise* ou primes (dans la mesure où les assurés paient ces dernières eux-mêmes (voir numéro 9)). La résiliation est possible dans un délai d'un mois après réception de la communication des modifications, avec échéance au moment de l'entrée en vigueur de celles-ci.
- en cas de violation non volontaire de l'*obligation* de déclaration des risques ; dans ce cas, nous sommes en droit de résilier le contrat d'assurance dans un délai d'un mois après avoir eu connaissance de la violation si nous pouvons prouver que nous n'aurions en aucun cas *assuré* ce risque.

La résiliation du contrat d'assurance conclu dans le cadre du contrat de groupe devra être effectuée par écrit. À moins d'un autre règlement, la résiliation ne prend effet qu'après écoulement d'un délai d'au moins un mois à compter du jour de la notification ou de la date de l'accusé de réception, dans le cas d'une lettre recommandée.

2.7 Autres motifs de résiliation

Sous réserve d'autres motifs de nullité stipulés par la loi, le contrat d'assurance conclu dans le cadre du contrat de groupe est caduque si, suite à une violation volontaire de l'*obligation* de déclaration des risques, l'évaluation des risques est remise en cause à tel point que nous n'aurions pas proposer l'assurance si nous avions eu connaissance de la circonstance omise, ou du moins pas aux mêmes conditions. Dans ce cas, toutes les prestations d'assurance reçues devront être remboursées. Nous conserverons les primes versées.

2.8 Fin de la couverture d'assurance

Les contrats d'assurance conclus dans le cadre du contrat de groupe se terminent :

- a) à la résiliation du contrat de groupe par le *souscripteur* ou par nos services.
- b) lorsque vous ou les assurés n'appartiennent plus au groupe de personnes assurables ou (voir numéro 1.1), par exemple après un changement d'employeur ou à la fin du séjour à l'étranger demandé par votre employeur.
- c) en cas de décès de l'assuré.
- d) lorsque l'adhésion au contrat d'assurance de groupe est résiliée. Cette résiliation s'effectue par déclaration à l'assureur si vous avez souscrit au contrat de groupe par *déclaration d'adhésion*. Lorsque vous vous désengagez du contrat d'assurance de groupe, les garanties pour les assurés se terminent au même moment. Cette résiliation n'est valable que si vous apportez la preuve que les assurés concernés en ont pris connaissance au préalable.
- e) en cas de nullité du contrat (voir numéro 2.7)

La fin de la garantie (voir numéro 2.8), concerne également les cas d'assurance en suspens, c'est-à-dire en cours. Nous maintenons toutefois les prestations pour les cas d'assurance en suspens pour une durée maximale de quatre semaines pour les cas visés au numéro 2.8, paragraphes a) et c).

3 Territorialité de la garantie

3.1 Région de destination de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance produit ses effets dans les régions de destination suivantes :

Région de destination I : le monde entier avec les Etats-Unis

Région de destination II : le monde entier sans les Etats-Unis

3.2 Déplacement provisoire hors de la région de destination II

Les particularités suivantes s'appliquent aux garanties concernant la « région de destination II = le monde entier sans les Etats-Unis » : en cas de déplacement provisoire (c'est-à-dire pour 6 semaines maximum) en-dehors du pays de séjour, les assurés sont également couverts dans la région de destination I pour les urgences médicales, les suites d'accidents ainsi qu'en cas de décès. Les déplacements dans la région de destination I dans le but d'y bénéficier d'un traitement ne sont pas couverts. Tout changement durable de région de destination de l'assuré devra nous être indiqué immédiatement, car ce changement influe sur la prime.

4 Étendue des garanties

4.1 Informations générales sur l'étendue des garanties ?

La couverture d'assurance se décline en trois formules : Classic, Plus et Top, qui comprennent différents modules de prestations ambulatoires, hospitalières, dentaires et d'assistance.

Les différentes formules se distinguent par le contenu et le montant des garanties convenues.

Le contrat d'assurance de groupe stipule les formules ou combinaisons de modules disponibles pour chaque contrat individuel.

Selon la formule souscrite, nous prenons en charge à 100 % les frais remboursables dont la nature et l'étendue sont définis dans les tableaux des garanties ci-dessous, à moins de stipulations contraires indiquées dans lesdits tableaux, dans les explications des présentes conditions générales, ou dans le glossaire.

4.2 Franchise

Il existe différentes possibilités de *franchises*, qui ne valent cependant que pour les frais de *traitements* ambulatoires :

- Formule Classic :
une *franchise* de 250 €/ 325 \$/ 210 £
- Formules Plus et Top :
avec ou sans *franchise*. Au choix, des *franchises* de 250 €/ 325 \$/ 210 £, 500 €/ 650 \$/ 420 £ ou 1 000 €/ 1 300 \$/ 840 £

La *franchise* est valable par année d'assurance et par *assuré*. Si une *franchise* a été prévue au contrat, nous prenons en charge les frais remboursables à 100 % dès que le montant de la *franchise* est dépassé.

Les frais sont imputés à l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré a fait appel au *thérapeute*, par exemple au médecin, ou a acheté des *médicaments*, des *pansements*, ou des appareils médicaux.

Nous vous recommandons de nous soumettre les justificatifs de frais dès le dépassement de la *franchise*.

Nota Bene :

Si l'assurance est souscrite pour la *région de destination* I (= le monde entier avec les États-Unis), les plafonds et forfaits spécifiés aux numéros 4.3, 4.4 et 4.5 seront doublés. Si toutefois une garantie a été limitée à un certain nombre de jours ou d'actes, cette limitation reste valable sans modification. Si une *franchise* a été convenue, celle-ci reste inchangée.

4.3 Étendue des garanties : Traitement hospitalier

Prestation	Classic	Plus	Top
Hébergement et repas en chambre simple ou double	✓	✓	✓
Prestations médicales	✓	✓	✓
Soins infirmiers effectués par un personnel soignant spécialisé d'après les instructions d'un médecin	✓	✓	✓
Autres frais annexes	✓	✓	✓
Chirurgie (incluant les <i>opérations ambulatoires</i> remplaçant un séjour hospitalier)	✓	✓	✓
Médicaments et pansements	✓	✓	✓
Moyens thérapeutiques/ physiothérapie, tels que la kinésithérapie et les massages	✓	✓	✓
Aides et appareils thérapeutiques	✓ p. ex. stimulateur cardiaque, dès lors qu'il est vital	✓ p. ex. stimulateur cardiaque, dès lors qu'il est vital ; en outre, remboursement des aides thérapeutiques tels que les prothèses jusqu'à 2 000 €/**/ 2 600 \$**/ 1 680 £**	✓
Prestations médicales pour la grossesse et l'accouchement, prestation d'une sage-femme ou d'un infirmier-conseil d'accouchement à l'hôpital, sauf les examens préventifs pendant la grossesse	X	✓ jusqu'à 5 000 €/**/ 6 500 \$**/ 4 200 £**	✓
Accouchement ambulatoire	X	✓ Forfait de 250 €/ 325 \$/ 210 £ par nouveau-né sans justificatif de frais sur présentation de l'acte de naissance	✓ Forfait de 500 €/ 650 \$/ 420 £ par nouveau-né sans justificatif de frais sur présentation de l'acte de naissance

** les plafonds, forfaits et durées maximum de garantie sont valables par assuré et par année d'assurance.

Prestation	Classic	Plus	Top
Chimiothérapie, médicaments et prestations d'oncologie (en cas de cancer, p. ex.)	✓ jusqu'à 50 000 €/**/ 65 000 \$**/ 42 000 £**	✓ jusqu'à 100 000 €/**/ 130 000 \$**/ 84 000 £**	✓
Frais de transport jusqu'à l'hôpital adapté le plus proche pour les premiers soins après un accident ou une urgence par des services de secours agréés avec des moyens appropriés à la situation	✓	✓	✓
Greffes de moelle et transplantations d'organes	✗	✓ jusqu'à un plafond de 200 000 €/ 260 000 \$/ 168 000 £ pour la durée du contrat de groupe	✓
Prestations psychiatriques	✓ avec notre accord écrit avant le début du traitement	✓ avec notre accord écrit avant le début du traitement	✓ avec notre accord écrit avant le début du traitement
Psychothérapie stationnaire	✗	✓ avec notre accord écrit avant le début du traitement	✓ avec notre accord écrit avant le début du traitement
Lit d'accompagnant pour un des parents lors de l'hospitalisation d'un enfant mineur	✗	✓	✓
Soins infirmiers à domicile et aide ménagère	✗	✓ pour une durée maximum de 7 jours	✓ pour une durée maximum de 14 jours
Indemnité journalière compensatoire pour les traitements hospitaliers pour lesquels aucun remboursement n'a été demandé	✗	✓ 50 €/ 65 \$/ 42 £ par jour	✓ 100 €/ 130 \$/ 84 £ par jour
Suivi en rééducation à l'hôpital	✗	✓ pour 14 jours maximum**	✓ pour 21 jours maximum**
Résidence pour malades en phase terminale	✗	✗	✓ pour 7 semaines maximum**

** Les plafonds, forfaits et durées maximum de garantie sont valables par assuré et co-assuré, et par année d'assurance.

4.4 Étendue des garanties : Traitement ambulatoire

Prestation	Classic*	Plus	Top
Prestations médicales	✓	✓	✓
Chimiothérapie, <i>médicaments</i> et prestations oncologiques (en cas de <i>cancer</i> , p. ex.)	✓	✓	✓
Examens préventifs pour le dépistage précoce de maladies, en particulier <ul style="list-style-type: none"> pour le dépistage précoce de maladies cancéreuses, pour le dépistage précoce de troubles cardio-vasculaires, de troubles rénaux et de diabète pour s'assurer du bon développement physique et mental de l'enfant 	X	✓ jusqu'à 250 €/**/ 325 \$**/ 210 £**	✓ jusqu'à 500 €/**/ 650 \$**/ 420 £**
Vaccinations en tous genres. Les vaccins ainsi que les acte prophylactique sont inclus dès lors qu'ils sont recommandés pour le <i>pays de séjour</i>	X	✓ jusqu'à 250 €/**/ 325 \$**/ 210 £**	✓
Grossesse, y compris les examens préventifs, l'accouchement, la sage-femme ou l'infirmier-conseil d'accouchement	X	✓ jusqu'à 2 000 €/**/ 2 600 \$**/ 1 680 £**	✓
<i>Acupuncture</i> (technique des aiguilles), <i>homéopathie</i> , <i>ostéopathie</i> et <i>chiropractie</i> , <i>médicaments</i> et <i>pansements</i> inclus	X	✓ jusqu'à 500 €/**/ 650 \$**/ 420 £**	✓ jusqu'à 1 000 €/**/ 1 300 \$**/ 840 £**
Prestations du logopède ou de l'orthophoniste	X	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>
Prestations psychiatriques	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>	✓ avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>

* Respectivement avec une franchise de 250 €/ 320 \$/ 220 £ par année d'assurance.

** Les plafonds, forfaits et durées maximum de garantie sont valables par assuré et co-assuré, et par année d'assurance.

Prestation	Classic*	Plus	Top
Psychothérapie ambulatoire	X	✓ jusqu'à 20 séances* avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>	✓ jusqu'à 20 séances* avec notre accord écrit avant le début du <i>traitement</i>
<i>Médicaments et pansements</i>	✓	✓	✓
Moyens thérapeutiques/ physiothérapie, massages inclus	✓	✓	✓
Aides et appareils thérapeutiques	X	✓ jusqu'à 2 000 €/**/ 2 600 \$**/ 1 680 £**	✓
Lunettes ou lentilles de contact	X	✓ jusqu'à 100 €/**/ 130 \$**/ 84 £**	✓ jusqu'à 200 €/**/ 260 \$**/ 168 £**
Frais de transport jusqu'au médecin ou jusqu'à <i>l'hôpital</i> le plus proche pour les premiers soins après un <i>accident</i> ou une <i>urgence</i> , par des services de secours agréés avec des moyens appropriés à la situation	✓	✓	✓
<i>Traitement</i> de l'infertilité	X	✓ 50 % des frais jusqu'à un plafond de 7 500 €/ 9 750 \$/ 6 300 £ par couple <i>assuré</i> pour la durée du contrat de groupe	✓ 50 % des frais jusqu'à un plafond de 15 000 €/ 19 500 \$/ 12 600 £ par couple <i>assuré</i> pour la durée du contrat de groupe

* Respectivement avec une franchise de 250 €/ 320 \$/ 220 £ par année d'assurance.

** Les plafonds, forfaits et durées maximum de garantie sont valables par assuré et co-assuré, et par année d'assurance.

4.5 Étendue des garanties : Traitement dentaire

Prestation	Classic	Plus	Top
Examens préventifs pour le dépistage précoce de maladies dentaires, buccales ou de la mâchoire	X	✓	✓
Traitement dentaire	✓ Traitement analgésique	✓ y compris plombages et obturations	✓ y compris plombages et obturations
Prestation	Classic	Plus	Top
	X Les frais pour les prestations suivantes sont remboursables à hauteur de 50 %, uniquement si ces interventions sont nécessaires suite à un accident	✓ Les frais pour les prestations suivantes sont remboursables jusqu'à 2 000 €/**/ 2 600 \$**/ 1 680 £**	✓ Les frais pour les prestations suivantes sont remboursables jusqu'à 5 000 €/**/ 6 500 \$**/ 4 200 £**
Prothèses dentaires (p. ex. bridges, couronnes)	✓	✓	✓
Prestations d'implants	✓ 4 implants maximum par mâchoire, y compris la prothèse à fixer sur l'implant	✓ 4 implants maximum par mâchoire, y compris la prothèse à fixer sur l'implant	✓ 4 implants maximum par mâchoire, y compris la prothèse à fixer sur l'implant
Prestations d'analyse et de thérapie des fonctions dentaires	X	✓	✓
Orthodontie	✓	✓	✓
Travaux de laboratoire dentaire et matériaux	✓	✓	✓
Établissement d'un plan de <i>traitement</i> avec devis	✓	✓	✓

** Les plafonds, forfaits et durées maximum de garantie sont valables par assuré et co-assuré, et par année d'assurance.

4.6 Étendue des garanties : Assistance médicale

Prestation	Classic	Plus	Top
Service téléphonique (ou par e-mail) 24h sur 24 par des conseillers expérimentés, des <i>médecins</i> et autres spécialistes	✓	✓	✓
Transport sanitaire ou rapatriement médical	✓	✓	✓
Information sur l'infrastructure médicale (offre médicale sur place et liste de <i>médecins</i> plurilingues)	✓	✓	✓
Suivi et information par notre service médical (<i>seconde opinion</i> , suivi de l'évolution d'une maladie)	✓	✓	✓
Garantie de prise en charge des frais et/ ou paiement d'un acompte (en préparation d'une hospitalisation)	✓	✓	✓
Soutien d'ordre organisationnel en cas de décès, participation aux frais de rapatriement du corps	✓ jusqu'à 2 500 €/ 3 250 \$/ 2 100 £	✓ jusqu'à 5 000 €/ 6 500 \$/ 4 200 £	✓ jusqu'à 10 000 €/ 13 000 \$/ 8 400 £
Conseils médicaux complémentaires (information sur la nature, les causes éventuelles et les possibilités de <i>traitement</i> d'une maladie)	✓	✓	✓
Services en ligne	✓	✓	✓

4.7 Étendue des garanties : Assistance supplémentaire

Prestation	Classic	Plus	Top
Soutien supplémentaire	X	✓	✓
• Organisation de visites pour un membre de la famille auprès du malade	X	✓ jusqu'à 1 500 €**/ 1 950 \$**/ 1 260 £**	✓ jusqu'à 3 000 €**/ 3 900 \$**/ 2 520 £**
• Approvisionnement et envoi de <i>médicaments</i> vitaux	X	✓	✓
Organisation du transport de retour ou de la garde des <i>enfants</i>	X	X	✓
Aide lors de problèmes psychiques éventuellement liés au séjour à l'étranger	X	✓ Actes psycho- thérapeutiques par téléphone (jusqu'à 3 appels**)	✓ Actes psycho- thérapeutiques par téléphone (jusqu'à 5 appels**)
Dépôt de documents (conservation, aide pour l'obtention de nouveaux documents)	X	X	✓
Organisation d'aide lors de problèmes juridiques	X	X	✓
Recommandation d'une formation interculturelle	X	X	✓

** Les plafonds, forfaits et durées maximum de garantie sont valables par assuré et co-assuré, et par année d'assurance.

4.8 Description des garanties

Nota Bene : Selon la formule d'assurance choisie, les garanties décrites ici au numéro 4.8 peuvent varier, ou même ne pas être assurées.

Principes à respecter dans le cadre de traitements hospitaliers, ambulatoires et dentaires

L'assuré a le choix entre tous les *médecins* et *dentistes* autorisés à pratiquer dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé et entre tous les *thérapeutes* disposant d'une formation reconnue et approfondie dans leur domaine de *traitement*.

Les frais de prestations médicales ou dentaires ne sont remboursables que si celles-ci sont requises dans le cadre d'un *traitement* médicalement nécessaire, à effectuer dans les règles de l'art médical ou dentaire. Les prestations médicales et dentaires ainsi que les prestations d'autres *thérapeutes* sont remboursables dans la mesure où les honoraires sont appropriés et calculés en conformité avec le *barème des prestations* spécifique du pays (p. ex. barème officiel des honoraires de *médecins*). Pour les prestations de *thérapeutes* tels que les sages-femmes, p. ex. pour lesquelles il n'existe éventuellement pas de barème spécifique dans le *pays de séjour*, nous nous basons sur les honoraires comparables de *médecins* ou sur les prix habituellement appliqués dans le *pays de séjour*.

Lors du remboursement de travaux de laboratoire dentaire et de matériaux assimilés, nous nous basons sur les prix habituellement appliqués dans le *pays de séjour*. Les prothèses dentaires, le rétablissement de la fonction de prothèses dentaires, les couronnes et les prestations d'orthodontie, y compris les interventions chirurgicales afférentes, sont également considérés comme des prestations dentaires si elles sont réalisées par un *médecin*. Elles ne font pas partie d'un *traitement* ambulatoire ou hospitalier. Nous prenons en charge les frais dans le cadre de l'étendue des garanties contractuelles pour les méthodes d'examen ou de *traitement* ou pour les *médicaments* généralement reconnus par la *médecine officielle* dans le *pays de séjour*. En outre, nous versons des prestations pour des méthodes et *médicaments* ayant suffisamment prouvé leur efficacité dans la pratique ou étant utilisés parce qu'aucune méthode ni aucun *médicament* issu de la *médecine officielle* ne sont disponibles ; nous sommes cependant en droit de limiter nos prestations au montant qui aurait été dû dans le cas de l'utilisation des méthodes et *médicaments* issus de la *médecine officielle*.

Conditions à respecter dans le cadre d'un traitement hospitalier médicalement nécessaire, tel que défini au numéro 4.3

Hébergement et repas en chambre simple ou double

Lors d'un *traitement* hospitalier (également lors de *traitements* avant ou après l'hospitalisation et en cas d'*hospitalisation partielle*), les *assurés* doivent se rendre auprès d'un *hôpital* disposant d'une approbation générale dans le *pays de séjour*. Cet *hôpital* doit se trouver sous contrôle médical permanent et disposer de moyens diagnostiques et thérapeutiques suffisants. Il doit également tenir des dossiers médicaux. Pour les *traitements* médicalement nécessaires dans des institutions médicales offrant également des cures ou *traitements* en maison de santé, ou accueillant des convalescents, mais remplissant du reste les conditions ci-dessus, les prestations de la couverture ne sont remboursées que si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*. Pour les infections de tuberculose (TBC), nous remboursons également le *traitement* hospitalier dans les établissements spécialisés (sanatoriums), dans le cadre de l'étendue de la garantie. La prestation est alors couverte sans limitation dans le temps pour l'ensemble de la durée du *traitement* hospitalier. Merci de contacter notre centre de service avant ou au moment de l'admission à l'*hôpital*.

Prestations médicales

Sont remboursables les frais des actes requis pour l'examen, le diagnostic et la thérapie dans le cadre d'un *traitement* hospitalier médicalement nécessaire. Nous remboursons entre autres les frais de pathologie, radiologie, scanner (TDM), imagerie par résonance magnétique (IRM), *tomographie à émission de positrons* (TEP) et de *médecine palliative*.

Autres frais annexes

Il s'agit là des autres frais occasionnés pour l'utilisation d'équipements spéciaux tels que la salle d'opération, la station de soins intensifs ou le laboratoire.

Chirurgie (incluant les opérations ambulatoires remplaçant un séjour hospitalier)

Sont remboursables les prestations nécessaires dans ce cadre, telles que les prestations médicales, l'anesthésie et l'utilisation d'équipements spéciaux. Les frais pour toute *opération ambulatoire* remplaçant un séjour hospitalier sont également remboursables.

Médicaments et pansements dans le cadre d'un traitement hospitalier

Ceux-ci doivent être prescrits par un *médecin/ dentiste* à l'hôpital dans le cadre du *traitement* hospitalier. Les *médicaments* doivent être obtenus auprès d'une pharmacie ou d'un autre dépôt agréé par les autorités. Ne sont pas considérés comme des *médicaments* : Les substances nutritives ou fortifiantes, les eaux minérales, les produits cosmétiques, les articles d'hygiène, les soins du corps ou autres sels de bain.

Moyens thérapeutiques/ physiothérapie dans le cadre d'un traitement hospitalier

Il s'agit de prestations physico-médicales (inhalations, kinésithérapie, exercices de motricité, massages, compresses, *hydrothérapie* ou bains thérapeutiques, cryo- ou thermothérapie, électrothérapie et luminothérapie). Les prestations physico-médicales doivent être effectuées par un *médecin* ou par le titulaire d'un diplôme agréé autorisant l'exercice d'une profession paramédicale (p. ex. physiothérapeute) et prescrites par un *médecin* dans le cadre d'un *traitement* hospitalier. L'ordonnance doit avoir été établie avant le début du *traitement* et spécifier le diagnostic, la nature et le nombre de séances à effectuer. D'autres prestations telles que la visite de stations thermales, de saunas et de bains similaires ne sont pas considérées comme moyens thérapeutiques/ physiothérapie.

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

Sont remboursables les frais pour les aides et appareils médicaux qui maintiennent le patient en vie, atténuent ou compensent directement des handicaps physiques, tels que les stimulateurs cardiaques ou les membres artificiels (prothèses dentaires exclues). Ceux-ci doivent être ajustés pendant le séjour hospitalier et rester sur ou dans le corps. Les frais de réparation aides et appareils médicaux sont remboursables dans le cadre des règlements ci-devant.

Prestations médicales pour la grossesse et l'accouchement, prestation d'une sage-femme ou d'un infirmier-conseil d'accouchement à l'hôpital, sauf examens préventifs pendant la grossesse

Nous prenons en charge les frais remboursables pour un accouchement (aussi les accouchement-précoce ou fausse-couche), si celui-ci a lieu dans un *hôpital*, une maison d'accouchement ou un institut comparable.

Accouchement ambulatoire

Un accouchement ambulatoire est un accouchement à domicile ou lorsque la femme en couches sort de l'hôpital ou de la maison d'accouchement au plus tard

24 heures après l'accouchement.

Nous versons le forfait d'accouchement pour chaque nouveau-né sur présentation de l'acte de naissance.

Chimiothérapie, médicaments et prestations cancérologiques

Dans le cadre du *traitement* hospitalier, nous prenons en charge les frais remboursables pour les prestations médicales et analyses diagnostiques, la radiothérapie, la chimiothérapie, les *médicaments* et les frais de l'hôpital.

Greffes de moelle ou transplantations d'organes dans le cadre d'un traitement hospitalier

Lors d'une greffe de moelle osseuse ou d'une transplantation d'organes (p. ex. cœur, rein, foie, pancréas), nous prenons en charge les frais remboursables aussi bien pour le malade que pour le donneur. Sont remboursables les frais liés à l'obtention de l'organe auprès du donneur, les frais de transport de l'organe jusqu'au patient ainsi que les frais pour une éventuelle admission du donneur à l'hôpital, mais non pour la recherche d'un organe ou d'un donneur approprié.

Traitements psychiatriques

Nous remboursons les dépenses liées à des prestations psychiatriques dans le cadre d'un *traitement* hospitalier. Nous prenons en charge ce *traitement* uniquement si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*. Pour le remboursement d'une psychothérapie stationnaire, voir ci-dessous.

Psychothérapie stationnaire

Pour le remboursement, il est nécessaire que le *traitement* soit effectué par un psychiatre, un psychologue ou encore un *médecin* spécialisé dûment formé dans le domaine de la psychiatrie, de la psychothérapie ou de la psychanalyse. Nous ne prenons en charge une psychothérapie avec hospitalisation uniquement si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*.

Lit d'accompagnant pour un des parents lors de l'hospitalisation d'un enfant

Nous remboursons les frais supplémentaires pour le lit d'accompagnant prescrit par le *médecin* pour l'un des parents lors du *traitement* hospitalier d'un *enfant* de moins de 18 ans.

Soins infirmiers à domicile et aide ménagère

Nous prenons en charge les frais remboursables pour les soins infirmiers à domicile et une *aide ménagère* prescrits par un *médecin*, à effectuer par du personnel

soignant qualifié, pour remplacer un séjour hospitalier conseillé par les *médecins*, ou encore pour raccourcir un tel séjour. Les soins infirmiers à domicile sont fournis en complément du *traitement* médical et sont pris en charge séparément.

Suivi en rééducation à l'hôpital

Sont remboursables les frais de *suivi en rééducation à l'hôpital* servant à poursuivre un *traitement* hospitalier médicalement nécessaire (p. ex. après un pontage, un infarctus du myocarde, une transplantation d'organes ainsi qu'après une opération des gros os ou d'articulations), si nous avons donné notre accord écrit préalable.

Le *suivi en rééducation* doit par principe commencer dans un délai de 2 semaines après la sortie de l'*hôpital*. Les cures et séjours en centres de cure, de bains, en maisons de santé et de convalescence ainsi qu'en maisons de soins ne sont pas couverts.

Résidence pour malades en phase terminale

Si les soins ambulatoires ne peuvent pas être apportés au domicile de l'assuré ou de sa famille, nous remboursons les frais d'hébergement, les frais alimentaires, les soins et l'accompagnement en fonction de l'état de santé de l'assuré ou du *co-assuré* pour une durée maximum de 7 semaines, à condition que la résidence

- coopère avec des services de soins et des *médecins* expérimentés en *médecine palliative*, et
- que l'assuré soit placé sous la responsabilité médicale d'une infirmière, d'un aide-soignant ou d'une autre personne qualifiée disposant de plusieurs années d'expérience dans le domaine des soins palliatifs ou d'une qualification correspondante, et pouvant justifier d'une formation spécialisée pour assumer un poste à responsabilité.

Les soins en résidence, en hospitalisation totale ou partielle, ne sont couverts que si l'assuré ou le *co-assuré* souffre d'une maladie

- qui présente une évolution progressive (c'est-à-dire qui s'empire) et a déjà atteint un stade avancé, et
- pour laquelle toute guérison est exclue, nécessitant des soins palliatifs en *hôpital*, et
- qui laisse présager une espérance de vie très limitée, de quelques semaines ou quelques mois.

Les soins en résidence sont couverts entre autres pour les tableaux cliniques suivants :

- maladie cancéreuse au stade avancé
- tableau clinique complet de la maladie infectieuse *SIDA*
- affection du système nerveux entraînant des para-

lyses progressives et définitives

- stade terminal d'une affection chronique des reins, du foie, du cœur, de l'appareil digestif ou des poumons

Conditions à respecter dans le cadre d'un traitement ambulatoire tel que défini au numéro 4.4

Prestations médicales

Sont remboursables les frais pour les prestations d'examen, de diagnostic et de thérapie requises dans le cadre d'un *traitement* médical ambulatoire. Sont également remboursables les frais de pathologie, radiologie, scanner (TDM), imagerie par résonance magnétique (IRM), *tomographie à émission de positrons (TEP)*, ainsi que les frais de chimiothérapie et autres prestations médicales oncologiques (p. ex. lors d'un *cancer*). Les frais de *médecine palliative*, de vaccinations préventives et les actes prophylactiques recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont aussi remboursables.

Acupuncture (technique des aiguilles), homéopathie, ostéopathie et chiropractie

Nous participons aux frais remboursables uniquement si les *traitements* précités sont effectués par des *médecins* ou d'autres *thérapeutes* pouvant justifier d'une formation reconnue, et agréés ou autorisés à pratiquer dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé. Les *médicaments* et *pansements* prescrits par ces *médecins* ou *thérapeutes* dans le cadre du *traitement* sont également remboursables.

Prestations du logopède ou de l'orthophoniste

Lors de troubles de la parole, du langage ou de la voix, nous prenons en charge les frais remboursables pour des thérapies exercées avec ordonnance médicale si celles-ci sont effectuées par un *médecin*, un logopède ou un orthophoniste. Nous prenons en charge les *traitements* spécifiés uniquement si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*.

Traitements psychiatriques

Nous remboursons les dépenses liées à des prestations psychiatriques dans le cadre d'un *traitement* ambulatoire. Nous prenons en charge ce *traitement* uniquement si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*. Pour le remboursement d'une psychothérapie ambulatoire, voir ci-dessous.

Psychothérapie ambulatoire

Pour le remboursement, il est nécessaire que le *traitement* soit effectué par un psychiatre, un psychothérapeute ou encore un *médecin* spécialisé dûment formé

dans le domaine de la psychiatrie, la psychothérapie ou la psychanalyse. Nous prenons en charge les psychothérapies ambulatoires uniquement si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*.

Médicaments et pansements

Les *médicaments* et *pansements* doivent être prescrits par un *médecin/ dentiste* ou par un *thérapeute* autorisé par la loi à délivrer une telle ordonnance. De plus, les *médicaments* doivent être obtenus auprès d'une pharmacie ou d'un autre dépôt autorisé par les autorités. Ne sont pas considérés comme des *médicaments* : les substances nutritives ou fortifiantes, les eaux minérales, les produits cosmétiques, les articles d'hygiène, les soins du corps ou autres sels de bain.

Moyens thérapeutiques/ physiothérapie

Il s'agit de prestations physico-médicales (inhalations, kinésithérapie, exercices de motricité, massages, compresses, *hydrothérapie* ou bains thérapeutiques, cryo- ou thermothérapie, électrothérapie et linothérapie). Les prestations physico-médicales doivent être prescrites par un *médecin*, et effectuées par un *médecin* ou par le titulaire d'un diplôme agréé d'une profession paramédicale (masseur, masseur et maître-nageur médical, kinésithérapeute ou physiothérapeute) dans son propre cabinet. L'ordonnance doit avoir été délivrée avant le début du *traitement* et spécifier le diagnostic, la nature et le nombre de séances à effectuer.

D'autres prestations telles que la visite de stations thermales, de saunas et de bains similaires ne sont pas considérées comme moyens thérapeutiques/ physiothérapie. Les frais supplémentaires pour la réalisation du *traitement* au domicile de l'assuré ou du *co-assuré* ne sont pas remboursables.

Aides et appareils médicaux dans le cadre d'un traitement ambulatoire

Sont remboursables les frais pour les éléments remplaçant une partie du corps ainsi que pour les appareils orthopédiques ou autres servant à prévenir, atténuer ou à compenser directement des handicaps physiques. Les aides et appareils médicaux doivent faire l'objet d'une ordonnance médicale et ne doivent pas être considérés comme des objets d'usage courant.

Sont valables comme aides et appareils médicaux dans le cadre d'un *traitement* ambulatoire : bandages, bandages herniaires, semelles orthopédiques, aides pour marcher, prothèses auditives, bas élastiques compressifs, attelles de correction, membres artificiels (sauf prothèses dentaires), sièges baquets ou

coquilles pour position allongée, orthèses de soutien du torse, des bras ou des jambes ainsi que les appareils de phonation artificielle (larynx électronique).

Les aides et appareils médicaux suivants ne sont remboursables que sur accord préalable de notre part : fauteuils-roulants, appareils moniteurs cardio-respiratoires, pompes à perfusion, inhalateurs, appareils à oxygène, écrans de surveillance pour nourrissons. Les autres matériels ne sont pas considérés comme aides et appareils médicaux.

Les frais de réparation des aides et appareils médicaux sont remboursables dans le cadre des règlements ci-devant. Ne sont pas remboursables les frais d'articles sanitaires d'utilisation courante (p. ex. coussins chauffants ou appareils de massage) ainsi que les frais d'articles servant à l'utilisation et à l'entretien des aides et appareils médicaux.

Lunettes ou lentilles de contact

Les dépenses pour les montures et les verres de lunettes ainsi que les lentilles de contact sont remboursables, au total jusqu'au plafond spécifié.

Traitement de l'infertilité

Lorsque nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*, nous prenons en charge les frais dans le cadre des garanties convenues pour les *traitements* agréés suivants :

- fécondation in vitro (FIV)
- injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)

La prise en charge des frais est par ailleurs soumise à la condition :

- qu'au moment du *traitement* (premier jour de stimulation de chaque cycle de *traitement*, ou premier jour du cycle lors de l'insémination sans stimulation hormonale), la femme n'ait pas atteint l'âge de 40 ans et que l'homme n'ait pas atteint l'âge de 50 ans,
- que l'assuré présente une stérilité organique qui ne peut être surmontée qu'au moyen d'une reproduction assistée,
- que la méthode de *traitement* choisie présente une chance de réussite nette supérieure à 15 % d'après les estimations des *médecins*, et
- que l'homme et la femme bénéficiant du traitement soient tous deux assurés par le tarif Globality CoGenio®.

Conditions à respecter dans le cadre d'un traitement dentaire tel que défini au numéro 4.5

Traitement dentaire

Sont considérées comme *traitements* dentaires :

- les prestations générales du *dentiste*,
- les *mesures conservatrices* telles que les obturations (amalgames dentaires), les couronnes sont exclues,
- les interventions chirurgicales,
- les prestations lors de maladies des muqueuses buccales et du parodonte.

Etablissement d'un plan de traitement avec devis

Lorsque vous prévoyez un *traitement* étendu incluant des prothèses dentaires, une remise en état de la dentition ou encore un *traitement* orthodontique, veuillez nous présenter un plan de *traitement* avec devis établi par le *médecin* ou le *dentiste* avant le début du *traitement*. Vous recevrez ensuite un avis indiquant le montant de notre remboursement.

Suppression des plafonds en cas d'accident

Dans les formules Plus et Top, les plafonds ne sont pas valables si les *traitements* dentaires sont nécessaires suite à un accident. Dans la formule Classic, nous remboursons 50 % des frais de *traitements* dentaires nécessaires suite à un accident. Il conviendra de justifier de l'*accident* par un rapport médical ou un rapport de police correspondant.

5 Aide et soutien par nos prestations d'assistance et de service

Beaucoup d'obstacles sont à surmonter en cas de maladie ou d'accident : une langue étrangère, une infrastructure médicale différente, d'éventuelles difficultés pour entrer en contact avec les *médecins* traitants ou les hôpitaux. La communication avec famille restée dans le *pays de départ* ou d'*origine* peut également se révéler difficile.

C'est la raison pour laquelle nous offrons, en supplément des garanties d'assurance santé, une vaste gamme de prestations d'assistance et de service qui font partie intégrante de la couverture d'assurance et avec laquelle nous soutenons activement nos assurés.

Nous vous offrons notre soutien quand des problèmes

surgissent et apportons notre aide à l'organisation de votre séjour à l'étranger.

Ces prestations d'assistance et de service sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an. En appelant le numéro indiqué dans vos documents d'assurance, vous et les personnes co-assurées serez pris en charge par notre équipe de collaborateurs, de coordinateurs d'assistance et de *médecins* plurilingues.

Selon la formule d'assurance choisie, vous et les personnes co-assurées pouvez faire appel à ces prestations d'assistance et de service lors d'un cas d'assurance ou d'une *urgence*. La fin de la couverture d'assurance pour vous ou une personne co-assurée entraîne automatiquement la fin du droit à nos prestations d'assistance et de service. Lorsque le contrat d'assurance prend fin dans les conditions visées au numéro 2.6. a) et c), nous maintenons toutefois les prestations pour les cas d'assurance en suspens pour une durée maximale de quatre semaines après la fin de la couverture.

Nota Bene : Selon la formule d'assurance choisie, les prestations d'assistance décrites aux numéros 5.1 et 5.2 peuvent varier, ou même ne pas être assurées.

5.1 Explications – Assistance médicale (voir numéro 4.6)

Transport sanitaire et rapatriement médical

Nos garanties concernant les transports sanitaires sont décrites aux numéros 4.3 et 4.4. En outre, un rapatriement médical est prévu si les soins hospitaliers médicaux sont insuffisants dans le *pays de séjour*.

Dans ce cas, les frais pour le transport sanitaire ou le rapatriement médical sont pris en charge sous les conditions suivantes :

- le transport sanitaire ou rapatriement médical doit avoir été prescrit par le *médecin* en charge du *traitement* et doit être médicalement nécessaire, et
- notre centre de service doit avoir donné son accord de prise en charge au préalable.

Le transport sanitaire ou de rapatriement pourra être effectué après concertation entre notre centre de service et votre *médecin* traitant, pour :

- vous amener à un endroit plus approprié dans un pays tiers (dans la *région de destination* choisie) pour la suite des *traitements*,
- ou, lors d'un cas d'assurance hors du *pays de séjour*,

ramener l'assuré à son domicile actuel dans le *pays de séjour*,

- ou ramener l'assuré vers son dernier domicile permanent dans le *pays de départ* ou *d'origine*.

En cas de nécessité médicale, nous organisons également un accompagnement du transport par un *médecin*.

Ce droit à prestations vaut uniquement pour le transport vers le lieu de *traitement* approprié.

Informations sur l'infrastructure médicale

Lors d'un cas d'assurance ou d'une *urgence*, notre centre de service vous fournira aux assurés, les informations concernant l'offre médicale sur place. Notre centre de service vous désignera également les *médecins* et services d'hôpitaux disponibles sur place et parlant l'allemand, l'anglais, le français ou l'espagnol, de même que les hôpitaux, les cliniques spécialisées et les possibilités de transfert.

Suivi et information

Dès la première consultation médicalement nécessaire sur place, les assurés ont la possibilité de faire appel à notre service médical téléphonique auprès de notre centre de service.

Sur des assurées, notre centre de service peut informer les proches lors d'un événement, pour autant que cela soit techniquement possible. Une *seconde opinion* médicale peut être demandée auprès de notre centre de service dans le cas de maladies potentiellement mortelles ou de troubles de la santé graves et définitifs. Notre centre de service offre son soutien aux *assurés* pour planifier l'admission et la sortie de l'*hôpital* dans le cas de *traitements* hospitaliers.

Nous offrons également la possibilité d'un suivi de l'évolution de la maladie par des *médecins* de notre centre de service ou par des coordinateurs d'assistance lors de *traitements* hospitaliers ou de *traitements* effectués en ambulatoire pour éviter un séjour hospitalier. De plus, il est possible de procéder à une concertation sur le *traitement* et l'évolution de la maladie par des entretiens de *médecin à médecin* dans le cadre de *traitements* hospitaliers ou de *traitements* effectués en ambulatoire pour éviter un séjour hospitalier.

Garantie de prise en charge des frais et/ ou paiement d'un acompte

Lors d'une *urgence* suivie d'un *traitement* hospitalier, il est indispensable de contacter immédiatement notre centre de service. Lorsqu'un *traitement* hospitalier est

prévu, il convient de contacter notre centre de service au plus tard 7 jours avant l'hospitalisation ; ceci vaut également pour toute *opération ambulatoire* remplaçant un séjour hospitalier.

Sans cette information préalable, notre centre de service ne pourra s'occuper de la prise en charge des frais et/ ou du paiement d'un acompte aux *médecins* ou à l'*hôpital* pour les *traitements* hospitaliers prévus ou les *traitements* hospitaliers d'*urgence*, ni faire vérifier la justesse des factures médicales par ses *médecins*. De plus, si nous sommes informés au préalable, nous organisons sur demande l'envoi des factures et les modalités de paiement directement avec l'*hôpital* et nous nous efforçons de mettre en place un paiement centralisé. Dans ce cas, notre centre de service vous informera par écrit ou par courrier électronique de la procédure adoptée.

Soutien d'ordre organisationnel en cas de décès, participation aux frais de rapatriement du corps

En cas de décès à l'étranger, notre centre de service vous aidera.

Le centre de service se charge :

- d'obtenir le certificat de décès ou le procès-verbal de l'accident, dans la mesure où les lois le permettent,
- d'établir le contact avec les autorités et les consulats à l'étranger,
- de déterminer quels membres de la famille sont habilités à décider d'un rapatriement du corps ou d'une incinération,
- de toutes les formalités concernant un rapatriement du corps, une incinération ou un enterrement sur place conformément aux règlements du pays respectif.

Nous remboursons

- les frais immédiats pour le rapatriement du corps vers le *pays de départ* ou *d'origine* (y compris toutes les formalités)
- en cas d'incinération dans le *pays de séjour*, les frais de rapatriement de l'urne vers le *pays de départ* ou *d'origine*.

Nous ne prenons pas en charge les frais d'enterrement en tant que tels.

Conseils médicaux complémentaires

Notre centre de service informe les assurées (indépendamment d'un cas d'assurance) sur toutes les préparations du séjour aussi bien sur le plan général (informations sur le pays, formalités de douane) que sur le plan médical (conseils de vaccination, informations

médicales téléphoniques), et les conseille sur le contenu et l'approvisionnement de la trousse à pharmacie et de secours.

En cas de maladie, les assurés peuvent obtenir des informations générales sur la nature, les causes possibles et les possibilités de *traitement* de la maladie, ainsi qu'une explication des termes médicaux spécifiques auprès de notre centre de service. Il leur fournira également tous renseignements sur les *médicaments* et leurs génériques/ préparations comparables, leurs effets secondaires et leurs interactions avec d'autres substances.

Lors de *traitements* ambulatoires, notre centre de service se tient éventuellement informé du *traitement* et de l'évolution de la maladie par des entretiens de *médecin à médecin*, et en suit l'évolution et le *traitement* ultérieur.

Services en ligne

Sur le site www.globality-health.com comprend un espace sécurisé où vous pouvez accéder directement à de nombreux services en ligne. Les informations utiles sur l'accès à cette zone sécurisée vous seront données au moment où vous sera remise votre carte Globalites® Service Card.

Nos services en ligne comprennent :

- un aperçu de toutes les principales informations nécessaires pour contacter votre interlocuteur Globalite ;
- un imprimé personnalisé de demande de garanties ;
- un moteur de recherche intégré (pour trouver les médecins et hôpitaux dans le pays de résidence) ; et
- des informations sur le pays, y compris des conseils aux voyageurs, des informations sur certaines maladies et les vaccins recommandés, des informations sur la stabilité politique et la sécurité dans diverses régions, sans oublier l'actualité récente.

5.2 Explications – Assistance supplémentaire (voir numéro 4.7)

Approvisionnement et envoi de médicaments

Si un assuré dépend de *médicaments* vitaux non disponibles dans le *pays de séjour*, notre centre de service de se chargera sur demande de les commander. Il lui enverra ces *médicaments* - dans la mesure où ils sont autorisés par la loi et qu'aucun règlement légal ne s'oppose à leur importation ou utilisation.

Organisation de voyages

En cas de décalage du voyage de retour du *pays de séjour* en raison d'*urgences* médicales entraînant une incapacité à voyager, notre centre de service s'occupe du changement des réservations d'hôtels et des vols. Nous prenons en charge les frais supplémentaires ainsi occasionnés à concurrence d'un montant de 2 000 €/ 2 600 \$/ 1 680 £.

Visites de proches

Si un assuré subit un *traitement* hospitalier suite à une *urgence* médicale (aussi bien dans le *pays de séjour* que lors d'un voyage d'affaires ou de plaisance), nous organisons une visite à *l'hôpital* pour un membre de sa famille. Si l'hospitalisation dure plus de 7 jours, notre centre de service organise alors le voyage de cette personne jusqu'à la ville où se trouve *l'hôpital*, ainsi que son retour au domicile. Nous prenons en charge les frais de transport (train en 1ère classe, vol en classe économique) et d'hébergement à l'hôtel (jusqu'à 7 jours) à concurrence du total spécifié – mais ce uniquement si le centre de service Globality a été contacté au préalable.

Organisation du transport de retour ou de la garde de vos enfants

Si, suite à une *urgence* médicale, un *traitement* hospitalier des deux parents devient nécessaire dans le *pays de séjour*, nous nous chargeons d'organiser la garde de des *enfants* sur place par un service de garderie pour la durée du *traitement* hospitalier.

Si une *urgence* médicale survient pendant un voyage en plaisance (maximum 6 semaines), entraînant la nécessité d'un *traitement* hospitalier des deux parents, les *enfants mineurs* auront droit à un transport de retour avec un accompagnateur jusqu'à votre domicile actuel dans le *pays de séjour*.

Aide lors de problèmes psychiques éventuellement liés au séjour à l'étranger

Si, en raison du séjour à l'étranger, un assuré doit connaître une situation de conflit psychique, notre centre de service vous lui offre des mesures psychothérapeutiques par téléphone et lui recommandera les services adaptés sur place en cas de besoin.

Dépôt de documents (conservation, aide pour l'obtention de nouveaux documents)

Il est possible de déposer les copies de documents de voyage (p. ex. passeport, carte d'identité visa, carte de crédit, permis de conduire, titre de propriété de véhicule, carte grise, carnet de vaccination, carnet des allergies, documents professionnels jusqu'à 20 pages A4) auprès de notre centre de service dans une enveloppe fermée munie d'un code personnel. En cas de perte des originaux, qu'il y ait eu un cas d'assurance ou non, nous aiderons les assurés à obtenir de nouveaux documents en envoyant des copies par la poste, par un service de coursiers ou par téléfax. La durée du dépôt des documents est de cinq ans, à moins de mises à jour par les assurés.

Organisation d'aide lors de problèmes juridiques

Notre centre de service indique les avocats et experts parlant l'allemand, l'anglais, le français ou l'espagnol dans le monde entier. Le cas échéant, il organise un acompte sur les frais d'avocats, sur les frais judiciaires ou sur une caution pénale. Il ne verse pas d'acompte lui-même, mais établit le contact avec la banque ou avec des membres de la famille des assurés et aide éventuellement à transférer l'argent.

Recommandation d'une formation interculturelle

Notre centre de service vous désigne des prestataires spécialisés qui offrent des formations axées sur les particularités de pays ou de régions pour vous préparer au séjour à l'étranger en tenant compte des aspects du travail et de la vie privée dans le pays en question.

6 Restrictions des garanties

Quelles situations ne sont pas couvertes ?

Guerre, mouvement populaire, terrorisme

Nous n'accordons aucune prestation pour les maladies et leurs séquelles, pour les conséquences d'*accidents* et pour les décès causés par une guerre, par un mouvement populaire ou par un acte terroriste. Les actes décrits ci-dessus seront exceptionnellement couverts si l'assuré subit des préjudices en tant que personne tierce, étrangère à ces événements. Ce dernier n'aura dans ce cas pas négligé ou intentionnellement sous-estimé le danger, si bien qu'il aura pris conscience de se rendre dans une zone conflictuelle, ou qu'il s'en rendra compte lors de son séjour, justifié par des raisons professionnelles indispensables. L'assurance ne couvre en aucun cas le déplacement d'une personne tierce, étrangère à ces événements, dans une zone d'hostilités immédiate ou sa contribution à une opération militaire. Cette exclusion de prestations s'applique indépendamment du fait qu'une guerre ait été déclarée ou pas.

Si l'assuré devait prendre connaissance pendant son séjour de l'existence d'une guerre, d'un mouvement populaire ou d'un acte terroriste sans devoir rester sur place pour des raisons professionnelles indispensables (comme vu précédemment), la couverture d'assurance ne s'appliquerait alors que pour les *traitements d'urgence* (vitaux). Cela, seulement et aussi longtemps qu'il sera impossible à l'assuré non fautif de quitter le pays ou la région concernée dans un délai de 28 jours.

Nous n'accordons aucune prestation pour les maladies et leurs séquelles, pour les *accidents* et leurs conséquences, ou pour les décès causés par des armes nucléaires, chimiques ou biologiques.

Maladies et accidents provoqués volontairement, et leurs conséquences

Les maladies et *accidents* provoqués volontairement ainsi que leurs conséquences ne sont pas couverts. Une maladie ou un *accident* sont considérés comme provoqués volontairement si la personne l'ayant causé avait une idée des conséquences de ses actes et a consciemment couru ce risque.

Mesures de sevrage incluant les cures de désintoxication

Les mesures de sevrage incluant les cures de désintoxication dans les cas d'alcoolisme et de consommation de drogues ne sont pas couvertes. Sans préjudice de ce règlement, nous concédons cependant les prestations contractuelles pour une première mesure de sevrage pour laquelle tout autre remboursement ou prestation en nature est exclu, à condition d'avoir donné notre accord écrit avant le début du *traitement*. La prise en charge peut être soumise aux résultats d'une expertise sur les chances de réussite, à établir par un *médecin* mandaté par nos services. Lors d'une mesure de sevrage avec hospitalisation, seuls les frais pour les prestations hospitalières générales ainsi que pour les prestations médicales et les *médicaments* sont remboursables.

Traitement par certains médecins, dentistes et autres thérapeutes ainsi que dans certains hôpitaux

Les factures des *traitements* effectués par certains *médecins*, *dentistes*, *thérapeutes* et dans certains hôpitaux peuvent être exclues de nos remboursements pour des motifs graves. Nous ne serons toutefois dégagés de notre *obligation* de prestation que pour les cas d'assurance intervenant après notification de cette exclusion. Dans la mesure où le cas d'assurance est déjà intervenu au moment de la notification de cette exclusion, notre *obligation* de remboursement n'est levée que pour les frais occasionnés après écoulement de 3 mois suivant cette notification.

Chirurgie cosmétique/ plastique

Nous prenons uniquement en charge les interventions de chirurgie cosmétique/ plastique réalisées dans le cadre d'un *traitement* médicalement nécessaire.

Cures et traitements en maison de santé et actes de rééducation dans des institutions soumises au régime légal

Ni les cures et *traitements* en maison de santé ni les actes de rééducation organisés par les établissements soumis au régime légal ne sont couverts. Selon la formule d'assurance choisie, nous participons toutefois aux frais remboursables d'un *suivi en rééducation*.

Traitement effectué par l'époux/ l'épouse ou le compagnon/ la compagne, par les parents ou par les enfants

Nous sommes dispensés de tout remboursement pour les *traitements* effectués par l'époux/ l'épouse ou le compagnon/ la compagne, par les parents ou par les

enfants. Nous remboursons toutefois sur justificatif les frais matériels nécessaires au *traitement*, à concurrence des garanties prévues dans l'assurance.

Dépendance

Nous ne prenons pas en charge les frais d'hébergement nécessaires pour les cas de dépendance.

Autres restrictions des garanties

Si un *traitement* ou un autre acte pour lequel des prestations ont été convenues dépasse l'étendue médicalement nécessaire ou si la rémunération demandée n'est pas appropriée, nous sommes en droit de limiter notre prestation à un montant adéquat.

S'il existe aussi un droit à prestations auprès d'une caisse maladie publique, d'une assurance *accidents* publique ou privée, ou d'une assurance invalidité-vieillesse publique, ou s'il existe un droit à prestations d'un autre organisme ou institution, l'assuré est tenu de nous céder l'ensemble de ses droits vis-à-vis de ces organismes.

7 Procédure et dispositions pour le règlement de prestations

7.1 Nécessité médicale

Sont médicalement nécessaires tous les actes aptes à guérir ou atténuer une maladie de manière ciblée.

7.2 Conditions à respecter pour recevoir le règlement des prestations

Les assurés ont le choix entre tous les *médecins* et *dentistes* autorisés à pratiquer dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé et entre tous les *thérapeutes* disposant d'une formation reconnue et approfondie dans leur domaine de *traitement*. Les frais de prestations médicales ou dentaires ne sont remboursables que si celles-ci sont requises dans le cadre d'un *traitement* médicalement nécessaire à effectuer dans les règles de l'art médical ou dentaire.

Les prestations médicales et dentaires ainsi que les prestations d'autres *thérapeutes* sont remboursables dans la mesure où les honoraires sont appropriés et calculés en conformité avec

le *barème des prestations* spécifique du pays. Sont également remboursables les frais dépassant les plafonds de ce *barème des prestations* dans la mesure où ils sont justifiés par des difficultés exceptionnelles dues à la maladie ou aux résultats d'examen, et facturés de manière adéquate. Pour les prestations de *thérapeutes* tels que le masseur, la sage-femme ou le naturopathe pour lesquelles il n'existe éventuellement pas de barème spécifique dans le *pays de séjour*, nous nous basons sur les honoraires comparables de *médecins* ou sur les prix habituellement appliqués dans le *pays de séjour*.

Lors du remboursement de travaux de laboratoire dentaire et de matériaux assimilés, nous nous basons sur les prix habituellement appliqués dans le *pays de séjour*. Les prothèses dentaires, *prestations d'implants* et d'orthodontie sont également considérées comme prestations de *dentiste* si elles sont réalisées par un *médecin*. Elles ne font pas partie d'un *traitement* ambulatoire ou hospitalier. Nous prenons en charge les frais dans le cadre de l'étendue des garanties contractuelles pour les méthodes d'examen ou de *traitement* ou pour des *médicaments* généralement reconnus par la *médecine officielle*. En outre, nous versons des prestations pour des méthodes et *médicaments* ayant suffisamment prouvé leur efficacité dans la pratique ou étant utilisés parce qu'aucune méthode ni aucun *médicament* issu de la *médecine officielle* ne sont disponibles ; nous sommes cependant en droit de limiter nos prestations au montant qui aurait été dû dans le cas de l'utilisation des méthodes et *médicaments* issus de la *médecine officielle*.

7.3 Procédure de règlement de cas d'assurance

Dans l'intérêt des *assurés*, nous voulons régler chaque cas d'assurance le plus rapidement possible. À cette fin, il est nécessaire de faire valoir les frais à rembourser immédiatement après la fin de chaque *traitement* par présentation des justificatifs.

- a) Nous ne sommes tenus de verser des prestations que lorsque les justificatifs que nous demandons nous sont apportés ; ces justificatifs deviennent notre propriété. Nous nous réservons le droit de les archiver.
- b) À prendre en considération :
À moins d'avoir convenu avec nous d'une autre procédure, les justificatifs liés au cas d'assurance doivent nécessairement être envoyés à notre centre de service. Il est

nécessaire de nous présenter les documents originaux. Ceux-ci doivent par ailleurs répondre aux normes de facturation valables dans le pays concerné (voir aussi les critères spécifiés au numéro 7.4). Afin de faciliter le processus et de rembourser les frais au plus vite, nous acceptons l'envoi des justificatifs par email ou par télécopie, dans la mesure où la qualité de cette transmission rend tout *traitement* possible. Nous pouvons si nécessaire réclamer les justificatifs originaux. Si une autre assurance santé ou une autre institution a participé aux frais, les copies des justificatifs de frais suffisent avec l'original de la mention de remboursement. Nous pouvons aussi verser directement les prestations au porteur ou à l'expéditeur des justificatifs originaux réglementaires, et ce avec effet libératoire.

- c) Les droits à règlement ne peuvent être ni cédés ni mis en gage (voir numéro 7.6 a) pour les exceptions pour certains prestataires).

7.4 Éléments obligatoires sur les justificatifs de frais

- a) Les factures doivent spécifier :
 - nom et prénom ainsi que la date de naissance de l'assuré
 - la désignation précise de la maladie (diagnostic) par le *médecin*, ou encore une description détaillée des troubles,
 - les prestations respectives avec les dates de *traitement* et les prix respectifs,
 - dans le cadre d'un *traitement* dentaire, la désignation des dents traitées ou remplacées par prothèses, et les prestations respectives réalisées.
- b) À observer en outre :
 - Tous les justificatifs devront être formulés si possible en langue anglaise, allemande, française, néerlandaise ou espagnole, en chiffres arabes et caractères latins (1, 2, 3 ... / a, b, c ...) et spécifier les codes IDC 9 ou 10 (Classification Internationale des Maladies).
 - Les ordonnances de *médicaments* doivent porter de manière claire et lisible le nom, le prénom et la date de naissance de l'assuré, et indiquer le *médicament* prescrit, le prix et la mention de quittance.
 - Les ordonnances sont à présenter en même temps que la facture afférente du *médecin*, ou encore avec les factures d'applications thérapeutiques, d'aides ou d'appareils médicaux.
 - Si une *indemnité journalière compensatoire*

est demandée au lieu du remboursement des frais d'une hospitalisation, il est nécessaire de nous présenter un certificat d'hospitalisation sur lequel figurent les nom, prénom et la date de naissance de la personne traitée, la désignation de la maladie, les dates d'admission et de sortie et les éventuels jours d'interruption du séjour hospitalier.

Pour demander le règlement des prestations, il faut utiliser autant que faire se peut notre formulaire de *traitement* qui se trouve sur notre site Internet ou auprès de notre centre de service. La signature d'un *médecin* apposée sur ce document, assure un *traitement* rapide de nos services et évite des demandes de précision qui retarderaient le processus de remboursement.

7.5 Procédure en cas d'accident/ d'urgence

Nous sommes joignables 24h/ 24. Nos coordonnées (adresses, numéros ou adresses e-mail) sont indiqués sur tous nos documents. Si un *assuré* fait appel à notre centre de service suite à un cas d'assurance grave, en particulier après un accident, une *urgence* ou un *traitement* hospitalier, nous lui proposons de le rappeler immédiatement.

7.6 Traitement de demandes de prestations

- a) Prestations pour les *traitements* hospitaliers
 Nous réglons sur demande les frais fixes directement à l'expéditeur de la facture, p. ex. le forfait d'hospitalisation et le supplément d'hébergement à *l'hôpital*, ou les frais pour le transport de secours. En outre, les assurés ont la possibilité de subroger le fournisseur des prestations dans leurs droits respectifs à remboursement vis-à-vis de la *Globality*, p. ex. par une dite déclaration de cession au bénéfice de *l'hôpital*. Un décompte direct n'est toutefois possible qu'avec l'accord de *l'hôpital* et dans la mesure où les conditions spécifiques du pays le permettent.
- b) Prestations pour les *traitements* ambulatoires et dentaires
 Les *assurés* sont les partenaires contractuels du *médecin* traitant ou du *thérapeute* respectif. Au début du *traitement*, celui-ci conclut avec l'assuré un contrat de traitement sur la base duquel il établira sa facture. L'assuré peut alors l'adresser à notre centre de service qui versera alors les prestations prévues dans votre contrat d'assurance.

7.7 Remboursement de frais

En règle générale, vous ou les *co-assurés* recevez des prestations d'après le principe du remboursement de frais, c'est-à-dire que nous vous remboursons les frais remboursables occasionnés dans le cadre d'un *traitement*. Sur votre demande, nous offrons un service spécial en réglant directement l'expéditeur de la facture, dans la mesure où celui-ci accepte un règlement direct et que les dispositions légales le permettent (voir numéro 7.6 a)), p. ex. s'il s'agit de montants particulièrement élevés (> 2 000 €/ 2 600 \$/ 1 680 £).

7.8 Monnaie contractuelle

La monnaie de base de nos plans d'assurance est l'euro (€). Cependant, il est également possible de choisir le dollar américain (\$) ou la livre sterling (£) comme monnaie contractuelle. Nous vérifions les cours du change pour ces monnaies par rapport à l'euro en janvier et en juillet de chaque année, et les mettons à jour si nécessaire. Ceci peut induire une augmentation ou une diminution des primes si le contrat est régi par une monnaie exigeant un ajustement au cours de l'euro.

7.9 Cours de change

Le remboursement est versé dans la monnaie contractuelle convenue (€/ \$/ £). Les frais occasionnés dans une monnaie étrangère sont convertis dans la monnaie contractuelle à la valeur du cours du jour de réception des justificatifs par nos services. Le cours du jour est le cours de change officiel de la banque centrale américaine pour la monnaie contractuelle convenue. Concernant les monnaies non cotées pour lesquelles il n'existe pas de cours de référence, nous appliquons également le cours indiqué par la FED sur la base de la dernière mise à jour, à moins que vous nous prouviez par justificatif bancaire que vous avez acquis les devises nécessaires pour payer les factures à un cours moins favorable.

8 Obligations

- a) Tout *traitement* hospitalier devra nous être signalé immédiatement, une simple information à notre centre de service suffit.
- b) À notre demande ou à la demande de notre centre de service, les *assurés* sont tenus de nous fournir tout renseignement nécessaire à la constatation d'un cas d'assurance ou de notre *obligation* de prestation et de nous permettre ainsi qu'à notre *assiste*ur d'obtenir tous les renseignements indispensables (en particulier le déliement du secret professionnel).
- c) À notre demande, les *assurés* doivent accepter de subir un examen par un *médecin* mandaté par nos services. Nous prenons en charge les frais de cet examen ainsi que d'éventuels frais de déplacement au cabinet médical sur présentation d'un justificatif correspondant.
- d) Les *assurés* doivent autant que possible veiller à limiter le dommage et vous s'abstenir de toute action susceptible de ralentir la guérison.

Si l'une des *obligations* décrites au numéro 8, paragraphes a) à d) n'est pas respectée, nous sommes, sous réserve des restrictions prévues par la loi, dégagés de notre garantie ou habilités à limiter l'étendue de nos prestations. Ceci ne vaut toutefois pas si l'assuré n'a agi ni volontairement ni par négligence grave. L'assuré est responsable des fautes sciemment commises.

Cession de droits vis-à-vis de tiers

Nonobstant la subrogation dans les droits à indemnisation prévue par la loi, si un *assuré* a des revendications de dommages-intérêts ne touchant pas le domaine des assurances envers des tiers, il est tenu de nous subroger par écrit dans ces droits à concurrence du montant du remboursement résultant de notre contrat d'assurance. Si un *assuré* renonce sans notre accord à un tel droit ou à un droit servant à la sûreté de cette revendication, nous sommes dispensés de notre *obligation* de prestation dans la mesure où nous aurions pu obtenir une indemnisation à travers la subrogation dans cette revendication ou ce droit.

Imputations

Les *assurés* doivent uniquement imputer des frais sur des créances de notre part dans la mesure où nous ne contestons pas la créance ou que celle-ci est devenue définitive.

Fraude

Si une déclaration de frais est incorrecte ou fautive, ou si des tiers ont employé des moyens frauduleux avec votre consentement afin d'obtenir des prestations sans fondement juridique sur la base de ce contrat, les *assurés* n'ont aucun droit à prestation. Toutes les garanties de ce contrat s'éteignent. Tous règlements versés avant que nous ayons connaissance des actes frauduleux devront nous être remboursés dans leur totalité.

9 Paiement et calcul de la prime

Paiement de la prime

Le montant des primes, l'échéance et les modalités de paiement sont fixés dans les termes du contrat d'assurance de groupe.

Si la *police d'assurance* précise le montant des primes, les éventuels suppléments de prime demandés sont spécifiés séparément.

Si l'assurance ne commence pas le 1er d'un mois calendaire ou ne se termine pas le dernier jour d'un mois calendaire, seul le montant pro rata temporis de la prime mensuelle est exigible pour le premier et le dernier mois de l'assurance.

Retard de paiement de la prime

Les règlements suivants s'appliquent si l'assuré paie lui-même ses primes :

Si la prime convenue n'est pas payée dans les 10 jours suivant l'échéance, nous pouvons mettre l'*assuré* en demeure après écoulement du délai de paiement. Cette mise en demeure sera notifiée par les moyens appropriés au dernier domicile de l'*assuré*. Si la prime n'est toujours pas payée après un délai de 30 jours suivant la mise en demeure, nous sommes dégagés de toute *obligation* pour tout cas d'assurance survenant après écoulement de ce délai, en vertu de l'article 21 de la loi luxembourgeoise du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance. Malgré la libération de notre société de tout engagement, l'*assuré* reste tenu de payer les futures primes.

Si la prime n'est toujours pas payée 10 jours après écoulement du délai supplémentaire, nous pouvons résilier le contrat avec effet immédiat. Si le contrat n'est pas résilié, notre garantie reprend effet pour

tous les nouveaux cas d'assurance si l'*assuré* a payé, avant la survenance desdits cas, les primes exigibles ainsi que, sur justificatif, les frais causés par le retard de paiement. La garantie commence alors à 0:00 heures du jour de la réception de l'ensemble des sommes dues par nos services ou par la personne mandatée par nos soins. Il n'existe cependant aucune *obligation* de prestation si l'*assuré* ne paie qu'au moment où la survenance du cas d'assurance n'est plus incertaine. Si aucune prime n'est payée sur une période de plus de 2 ans, le contrat d'assurance est réputé annulé.

10 Informations générales

10.1 Modification des conditions générales

Dans les cas exceptionnels suivants, nous sommes en droit de modifier ou de compléter les conditions générales, en respectant toutefois vos intérêts :

- a) lorsque les conditions du système de santé changent et que ce changement n'est pas provisoire ; ceci englobe notamment :
 - aa) tout amendement de dispositions légales sur lesquelles reposent certaines conditions du contrat de groupe ou du contrat individuel,
 - ab) toute modification de la jurisprudence de dernière instance sur laquelle reposent certaines conditions du contrat de groupe ou du contrat individuel ;
- b) lorsqu'une disposition des conditions générales devient nulle et qu'il est nécessaire de compléter ces conditions pour le maintien du contrat. Ces raisons peuvent être données notamment si :
 - ba) un tribunal déclare la nullité de certaines conditions et que ce jugement devient définitif,
 - bb) une autorité de surveillance des cartels, de contrôle des assurances ou une autorité comparable conteste par décision administrative une condition en la déclarant inconciliable avec le droit applicable, et que les dispositions légales ne contiennent aucun règlement pouvant s'appliquer en lieu et place de ces conditions. Une modification des conditions générales est également admissible si la relation entre la prime et la prestation, telle que convenue au moment de la conclusion du contrat de groupe, est significativement perturbée. La modification

des conditions générales ne peut pas prévoir pour les *assurés* une position moins favorable que ne le prévoyait le règlement initial, que ce soit à travers des dispositions isolées ou par l'interaction avec d'autres dispositions du contrat de groupe. Les modifications des conditions générales seront notifiées aux assurés par écrit et accompagnées d'explications. Elles entreront en vigueur avec le début du deuxième mois suivant cette notification. Les conditions générales modifiées sont réputées approuvées si le contrat d'assurance n'est pas résilié pour les assurés concernés dans un délai d'un mois suivant la réception de ladite notification, avec effet de résiliation au moment de l'entrée en vigueur de la modification.

10.2 Assurance de nouveau-nés

La couverture d'assurance pour les nouveaux-nés commence sans délai d'attente immédiatement le jour de la naissance, à condition que l'un des parents soit *assuré* ledit jour sous cette formule et que nous recevions la déclaration d'inclusion du nouveau-né à l'assurance dans les deux mois suivant la naissance. Si la déclaration nous parvient plus de 2 mois après la naissance, la garantie pour le nouveau-né ne prendra effet qu'à partir du jour où nous recevrons la déclaration. En cas de déclaration de la naissance après écoulement du délai de 2 mois, nous pouvons décider d'un supplément à la prime de 100 % maximum pour risque médical extraordinaire après vérification des risques.

La couverture pour le nouveau-né ne peut pas être plus élevée ou plus étendue que celle d'un parent *assuré* auprès de notre société.

L'adoption équivaut à la naissance d'un *enfant* si l'*enfant* est encore *mineur* au moment de l'adoption. Compte tenu d'un risque accru, la convention d'un supplément à la prime allant jusqu'à 100 % est admissible.

10.3 Changement des données contractuelles

Les déclarations de volonté, *conversions* et avis concernant l'assurance doivent obligatoirement être notifiés par écrit à notre adresse.

Nouvelle adresse ou changement de nom, p. ex. suite au mariage

Il est nécessaire de nous communiquer sans délai toute nouvelle adresse ou identité. Certaines

de nos communications pourraient en effet ne plus être acheminées correctement ou connaître un important retard.

Changement des coordonnées bancaires

Il est nécessaire de nous communiquer sans délai tout nouveau numéro de compte pour que nous puissions verser correctement les remboursements.

Changement des données de carte de crédit

Il est nécessaire de nous faire parvenir sans délai toute nouvelle donnée de carte de crédit (nouvelle date de validité, nouveau code de sécurité ou nouvel institut bancaire).

10.4 Faites-nous connaître votre avis.

Nous sommes à l'entière disposition de nos *assurés* en cas de suggestion ou de manque de satisfaction. Nous sommes joignables par courrier, téléphone, télécopie ou e-mail aux coordonnées suivantes :

Globality S.A.
13, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg
Téléphone : +352/ 270 444 3503
Télécopie : +352/ 270 444 3599
E-mail : service-cogenio@globality-health.com
Internet : www.globality-health.com

Il est également possible de s'adresser au médiateur des assurances (A.C.A. – Association des Compagnies d'Assurance -, 3, rue Guido Oppenheim, L-2263 Luxembourg, en collaboration avec l'U.L.C. – Union Luxembourgeoise des Consommateurs -, 55, rue des Bruyères, L-1274 Howald) ou encore à l'autorité de contrôle de toutes les compagnies d'assurance maladie privée luxembourgeoises, le Commissariat aux Assurances, 7, boulevard Royal, L-2449 Luxembourg.

10.5 Tribunaux compétents

Lors du règlement de prestations d'assurance, il peut y avoir des cas dans lesquels, malgré tous les efforts, aucun accord ne peut être trouvé. Il est alors possible de faire valoir ses revendications en justice.

Pour tout litige issu du contrat d'assurance de groupe, la compétence judiciaire incombe aux tribunaux du Grand Duché de Luxembourg, ou encore aux tribunaux compétents au siège du *souscripteur* ou au domicile des *assurés*. Seuls les tribunaux du Grand Duché de Luxembourg

sont compétents si le siège du *souscripteur* ou le domicile des *assurés* ne se trouve pas dans un État membre de l'Union Européenne.

10.6 Droit applicable

Dans la mesure où les règlements nationaux n'imposent pas l'application d'un autre droit ou que le contrat ne prévoit pas l'application d'un autre droit, le contrat d'assurance de groupe et la relation contractuelle respective sont régis par le droit du Grand Duché de Luxembourg.

11 Glossaire

Explication des termes utilisés

Accident

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

Acupuncture

L'*acupuncture* est une méthode ancienne de la médecine chinoise traditionnelle qui consiste à introduire des aiguilles très fines dans le corps dans le but de guérir des maladies ou atténuer des douleurs ; jusqu'à présent, la *médecine officielle* la reconnaît en premier lieu pour le *traitement* des douleurs.

Aide ménagère

L'*aide ménagère* fait partie des soins à domicile. Elle comprend l'aide dans l'accomplissement des tâches régulières de la vie courante, telles que les courses, la cuisine, le nettoyage du logement, la vaisselle, le chauffage, le changement et la lessive des draps et des vêtements.

Assisteur

L'*assisteur* est spécialisé dans l'assistance des *assurés* dans des situations d'*urgence* ou lors d'hospitalisations. Il conseille et soutient dans ces situations. Notre *assisteur* fournit des prestations de service supplémentaires destinées à faciliter le séjour à l'étranger pour vous et les *co-assurés*, et se charge d'organiser le remboursement de certains frais tels que les frais de rapatriement.

Barème des prestations

Le *barème des prestations* est le barème sur lequel reposent les facturations des prestations médicales et dentaires. Il peut varier d'un pays à l'autre.

Cancer

Le *cancer* est la désignation générale pour toutes les maladies malignes caractérisées par une propagation incontrôlée de cellules mutées (blastome, tumeur, carcinome). Ces cellules peuvent détruire les tissus environnants et former des métastases.

Chiropractie

La *chiropractie* est également appelée thérapie manuelle. Elle se caractérise par des manipulations précises permettant de « remettre en place » des vertèbres ou d'autres articulations déplacées ou disloquées.

Codes ICD

ICD est l'abréviation de International Classification of Diseases (en français : CIM, classification internationale des maladies). Il s'agit d'un système international de codification et de classification de tous les diagnostics connus.

Conversion

Une *conversion* est une modification d'une couverture d'assurance auprès de notre compagnie, p. ex. par la convention d'une nouvelle franchise, en conservant les droits acquis pour les *assurés* qui ressortent des assurances existant préalablement chez nous de manière ininterrompue.

Cure ou traitement en maison de santé

Une cure ou un *traitement en maison de santé* sert à la stabilisation de l'état de santé.

Déclaration d'adhésion

L'adhésion au contrat d'assurance de groupe s'effectue par le biais d'un formulaire de demande appelé « *déclaration d'adhésion* », dans lequel vous pouvez également demander l'inclusion de votre conjoint(e) ou compagne(on) et de vos *enfants*.

Dentiste

Thérapeute qui s'occupe en première ligne des maladies de l'appareil dentaire et de l'espace buccal.

Enfants

Sont considérés comme *enfants* les *enfants* biologiques de l'*assuré*, ainsi que ses *enfants* adoptifs, beaux-enfants et *enfants* sous curatelle, respectivement jusqu'à l'âge de 25 ans.

Franchise

Une *franchise* a pour effet que l'*assuré* ou *co-assuré* supporte lui-même une certaine partie des frais. Une *franchise* est une participation des *assurés* à nos prestations de remboursement. Si une *franchise* a été prévue au contrat, celle-ci est spécifiée dans la *police d'assurance* (voir numéro 4.2).

Globalites® Service Card

Vous-même et les *co-assurés* recevez une *Globalites® Service Card* personnalisée sur laquelle figurent l'adresse et les principaux numéros de téléphone de notre centre de service. La *Globalites® Service Card* sert de justificatif d'assurance personnel vis-à-vis de tous les prestataires de services.

Homéopathie

L'*homéopathie* repose sur trois piliers fondamentaux : la loi de similitude, l'individualisation du remède et la dynamisation des substances. L'homéopathe part du principe qu'une maladie caractérisée par certains symptômes peut être guérie par un remède capable de produire sur l'homme sain des symptômes semblables.

Hôpital

Institution pour *traitements* hospitaliers et partiellement ambulatoires, reconnue et agréée dans le pays où elle se trouve. Pour garantir notre prise en charge, il est nécessaire que l'*hôpital* se trouve sous contrôle médical permanent, dispose de moyens diagnostiques et thérapeutiques suffisants et tienne des dossiers médicaux. Pour un *traitement* médicalement nécessaire dans des institutions médicales offrant également des cures, des applications thérapeutiques ou accueillant des convalescents, mais remplissant du reste les conditions ci-dessus, les prestations de la couverture médicale ne sont versées que si nous avons donné notre accord écrit avant le début du *traitement*. Pour les infections de tuberculose (TBC), nous remboursons également le *traitement* hospitalier dans des établissements de soins spécialisés (sanatoriums), dans le cadre de l'étendue de la garantie. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme hôpitaux : les maisons de convalescence et de soins, les instituts de cure, les centres de cure ou de bains, ainsi que les maisons de santé.

Hospitalisation partielle

Une *hospitalisation partielle* est un séjour délimité d'une durée située entre 8 et 24 heures dans une clinique ou dans un *hôpital*, lorsqu'une hospitalisation totale de 24 heures n'est pas nécessaire.

Hydrothérapie

L'*hydrothérapie* est une forme de thérapie ciblée par l'application extérieure d'eau.

Indemnité journalière compensatoire

Si l'*assuré* ou un *co-assuré* renonce à nous demander le remboursement des frais d'un *traitement* hospitalier médicalement nécessaire et couvert par l'assurance, nous lui versons, selon la formule d'assurance, une *indemnité journalière compensatoire* pour chaque jour d'hospitalisation prescrit par un *médecin*.

Maladies préexistantes

Les *maladies préexistantes* sont des maladies existant déjà au début de l'assurance ainsi que leurs séquelles, de même que les séquelles d'*accidents* dont le *souscripteur* ou les *assurés* ont connaissance, ou qui seraient en cours de *traitement*.

Médecin

Un *médecin* est un docteur (généraliste ou spécialiste) ou un titulaire d'un diplôme médical reconnu par l'Etat, et autorisé à procéder à des *traitements* médicaux (voir « *Traitement* ») dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé. Vous et les *co-assurés* pouvez choisir librement un *médecin* répondant à ces critères.

Médecine officielle

La *médecine officielle* est la forme de médecine enseignée dans les universités, fondée sur des faits scientifiques, et donc généralement reconnue et appliquée.

Médecine palliative

La thérapie palliative est le *traitement* extensif et actif de patients à l'espérance de vie limitée dont la maladie n'est plus accessible à une thérapie curative, et où l'objectif du *traitement* est de leur offrir la meilleure qualité de vie possible, pour eux-mêmes et leurs proches.

Médicament

Les *médicaments* sont des principes actifs utilisés seuls ou mélangés à d'autres substances dans les procédures de diagnostic ou la thérapie de maladies, de maux, de lésions corporelles ou de troubles maladiques. Les aliments, produits cosmétiques et soins du corps ne sont pas considérés comme *médicaments*. Les *médicaments* doivent être prescrits par un *médecin* et obtenus auprès d'une pharmacie. Synonymes : produits pharmaceutiques, remèdes.

Mesures conservatrices

Les *mesures conservatrices* sont des mesures servant à la conservation des dents (p. ex. obturation, *traitement* du canal radiculaire).

Mesures préventives/ prophylactiques

Les *mesures prophylactiques* font partie de la médecine préventive ; ce sont des mesures individuelles et générales pour prévenir l'apparition possible de maladies (p. ex. vaccins, immunisation passive, médication préventive avant de voyager dans des régions à risque, prévention des *accidents*, etc.)

Mineurs

Toute personne de moins de 18 ans est considérée comme mineure.

Obligations

Les *obligations* sont des normes de comportement dont le respect est indispensable pour le maintien des garanties issues du contrat d'assurance.

Oncologie

L'*oncologie* est la branche de la médecine interne ayant pour objet l'étude de la genèse, le diagnostic et le *traitement* de tumeurs et de maladies causées par des tumeurs.

Ostéopathie

La médecine ostéopathique est une pratique faisant appel à des manipulations sur les os pour établir un diagnostic détaillé et traiter les dysfonctionnements de la motricité, des organes et du système nerveux. L'*ostéopathie* est avant tout employée dans les cas de douleurs chroniques de la colonne vertébrale et des articulations périphériques.

Opérations ambulatoires

Il s'agit d'opérations qui peuvent être réalisées en ambulatoire aussi bien au cabinet d'un *médecin* qu'à l'*hôpital*, et après lesquelles le patient ne doit pas obligatoirement rester la nuit ou faire un séjour à l'*hôpital*.

Pansements

Tous les matériels servant à réaliser des *pansements*.

Pays de départ

Le *pays de départ* est le pays dans lequel l'*assuré* et les *co-assurés* séjournaient durablement avant le séjour à l'étranger.

Pays d'origine

Le pays est le pays dont les *assurés* possèdent la nationalité ou vers lequel ils veulent être rapatriés en cas de décès.

Pays de séjour

Le *pays de séjour* est le pays dans lequel l'*assuré* et les *co-assurés* séjourneront après le début du séjour à l'étranger.

Police d'assurance

La *police d'assurance* est le document spécifiant les garanties souscrites pour les *assurés*, ainsi que les primes respectives à payer.

Prestations d'analyse et de thérapie des fonctions dentaires

Méthode d'examen et de *traitement* du domaine de la médecine dentaire, servant à diagnostiquer des troubles ou maladies de l'ensemble de l'appareil masticateur.

Prestations d'implants

Les *prestations d'implants* comprennent la mise en place d'implants dentaires (corps en métal ou en céramique) pour remplacer des racines de dents ou restaurer des mâchoires édentées.

Région de destination

La couverture d'assurance est valable pour les régions de destination suivantes :

Région de destination I : le monde entier avec les Etats-Unis

Région de destination II : le monde entier sans les Etats-Unis

Résidence pour malades en phase terminale

Institution qui a pour objectif exclusif la prise en charge de patients à l'espérance de vie limitée à quelques mois, pour les soigner et soulager les symptômes de la maladie fatale par des *traitements* palliatifs.

Seconde opinion

La *seconde opinion* est un conseil médical fourni par un *médecin* tiers, jusqu'alors étranger à la situation, dans le cas de maladies potentiellement mortelles et de troubles de santé graves et définitifs.

SIDA

SIDA est l'abréviation de Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise. Maladie caractérisée par une faiblesse immunitaire grave.

Souscripteur/ assurés et co-assurés

Le *souscripteur* est l'entité juridique ou l'organisation ayant capacité d'accomplir des actes juridiques qui a conclu un contrat d'assurance de groupe avec nos services, p. ex. un employeur, une association, une fédération, etc. Les *assurés* sont les employés, membres ou collaborateurs du *souscripteur* qui adhèrent volontairement au contrat de groupe ou qui ont été inclus dans l'assurance de groupe par déclaration du *souscripteur*. Les *co-assurés* sont p. ex. le/ la conjoint(e) ou le/ la compagnon/ compagne et les *enfants* également couverts par l'assurance.

Suivi en rééducation

Un *suivi en rééducation* est une mesure de *traitement* médical pour restaurer l'état physique antérieur après une maladie/ opération grave, p. ex. après un pontage, un infarctus du myocarde, une transplantation d'organes, une opération des gros os ou d'articulations, ou après un *accident* grave.

Thérapeute

En-dehors des *médecins*, les *thérapeutes* peuvent également être des personnes disposant d'une formation fondée et reconnue dans leur domaine. Les *thérapeutes* sont agréés ou autorisés à exercer dans le pays dans lequel le *traitement* est dispensé. Nous considérons comme *thérapeutes* : les naturopathes, logopèdes/ orthophonistes et sages-femmes/ infirmiers-conseils d'accouchement, ainsi que les membres de métiers agréés d'assistance médicale disposant de leur propre cabinet (p. ex. kinésithérapeutes ou physiothérapeutes). Les *assurés* peuvent choisir librement un *thérapeute* répondant à ces critères.

Tomographie à émission de positrons (TEP)

La *tomographie à émission de positrons (TEP)* est une méthode d'imagerie en coupe qui permet de montrer de manière non-invasive la répartition d'une substance dans le corps du patient après avoir marqué cette substance avec un émetteur de positrons (traceur). La concentration d'un tel traceur dans une tumeur peut également être chiffrée. La substance est injectée en intraveineuse et le rayonnement est capté par des détecteurs externes. La méthode TEP permet de visualiser des processus biologiques importants qui se déroulent dans les tumeurs.

Tomographie par résonance magnétique (TRM)

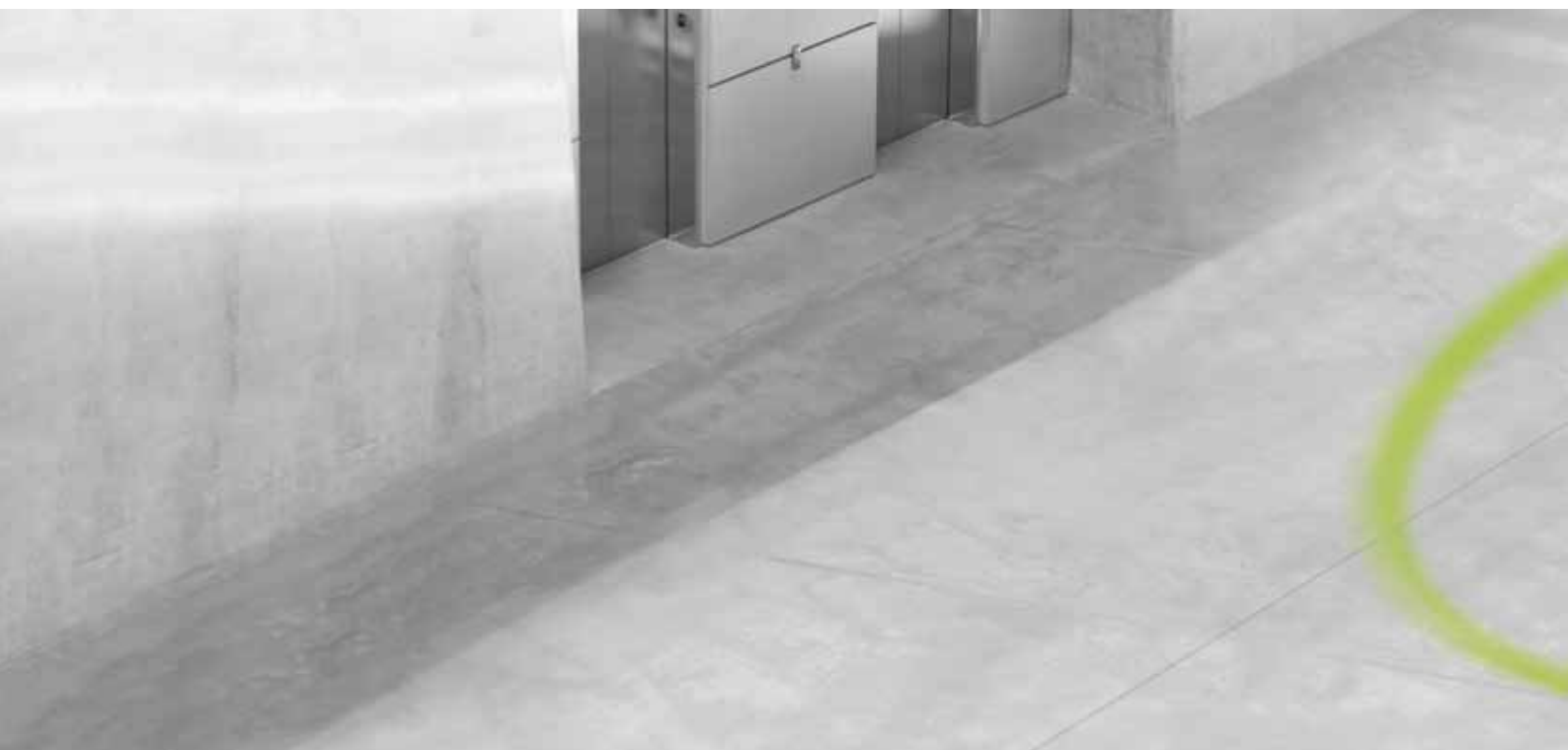
La TRM est une technique de diagnostic pour reproduire les images des organes et des tissus internes en utilisant les champs magnétiques et les ondes radio.

Traitement

Par *traitement*, nous entendons toutes mesures diagnostiques ou thérapeutiques relevant du champ d'action des *médecins* et servant à déceler, atténuer ou guérir des troubles de la santé, des maladies ou des blessures. Une mesure de *traitement* est médicalement nécessaire si, sur la base de résultats d'examens médicaux objectifs et de faits scientifiques, il était justifiable au moment du *traitement* de le considérer comme médicalement nécessaire.

Urgence

Par *urgence*, nous entendons l'intervention soudaine et aiguë d'une maladie, ou une détérioration aiguë de l'état de santé, représentant une menace immédiate de la santé de l'assuré concerné.



Globality S.A.
13, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg

Téléphone : +352/ 270 444 3503
Télécopie : +352/ 270 444 3599
E-mail : service-cogenio@globality-health.com
Internet : www.globality-health.com