



Cigna Close CareSM

Conditions Générales

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



TABLE DES MATIÈRES

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

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

Vous trouverez ici toutes les informations importantes concernant votre assurance Cigna Close CareSM.

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

INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

Aux fins du présent *contrat* :

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

Cette assurance est fournie par :

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

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

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

PLAINTES

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

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

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

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

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

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

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

NOUS CONTACTER

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

Pour plus d'informations, consultez l'article 6.7 des présentes *Conditions générales*. Vous devrez fournir votre numéro de contrat, votre nom complet et l'adresse e-mail indiquée dans le formulaire de *souscription*.

Vous pouvez également nous écrire à l'adresse suivante :

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

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

RUBRIQUE 1: MODALITÉS ET CONDITIONS GÉNÉRALES

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

1.1

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

La *zone de couverture* prévue par cette police d'assurance se limite à votre pays d'origine et à votre pays de résidence habituel, à moins que vous ne soyez couvert au titre de la prestation Urgences en dehors de la zone de couverture. Voir clause 8.3 pour obtenir des informations complémentaires.

1.2

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

1.3

La présente police d'assurance est soumise au plafond décrit dans la liste des prestations. Il s'agit du montant annuel payé par Cigna pour l'ensemble des traitements administrés à la

suite du diagnostic d'une maladie. Sont incluses l'ensemble des demandes de remboursement réglées pour les frais liés au traitement de la maladie primaire dans le cadre d'une hospitalisation d'une ou plusieurs journées et en ambulatoire. Ce plafond s'applique à chaque bénéficiaire et chaque période d'assurance. Nous ne prendrons en charge les frais de soins ambulatoires que si l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être a été sélectionnée, à l'exception des prestations qui incluent les soins ambulatoires dans le cadre de votre couverture de base.

Nous ne prendrons pas en charge les frais qui excèdent le plafond indiqué dans la liste des prestations figurant dans le Guide d'information pour les clients.

1.4

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

1.5

Vous devez nous fournir tous les documents nécessaires pour justifier de l'identité d'un client ou du respect de l'obligation de connaissance du client (par exemple, une copie de votre passeport et un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois) que nous pourrions demander concernant tout *assuré* afin de respecter la réglementation en vigueur en matière de lutte contre le blanchiment d'argent, notamment tous les textes réglementaires publiés par l'Autorité des services financiers de Dubaï (Dubai Financial Services Authority) et la Commission des services financiers de Guernesey (Guernsey Financial Services Commission) ou leurs successeurs :

1.5.1

Tant que nous n'aurons pas reçu les documents demandés en lien avec la connaissance du client mentionnés au point 1.5, nous n'approuverons aucun *soin médical* en vertu du présent *contrat*, nous n'émettrons aucune *lettre de prise en charge* ni ne réglerons aucune demande de

remboursement de *soins médicaux* pour un quelconque *assuré* ; et

1.5.2

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

1.6

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

1.7

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

2. Début et fin de la couverture

2.1

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

2.2

Si ce *contrat* prend fin avant la *date de fin* normale, toute prime versée en relation avec une période postérieure à la cessation de la couverture sera remboursée sur une base proportionnelle, pour autant qu'aucune demande de remboursement n'ait été faite ou

ne doit l'être, et qu'aucune *lettre de prise en charge* n'ait été émise au cours de la *période de couverture*.

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

2.3

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

3. Les informations que vous nous transmettez

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

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

- > traiter ce *contrat* comme s'il n'avait jamais existé, refuser de payer toute demande de remboursement et rembourser les primes payées. Nous n'agissons ainsi que si nous *vous* fournissons une couverture que nous n'aurions pas offerte autrement ;

- > modifier les conditions de *votre assurance*. Nous pourrions appliquer ces conditions modifiées comme si elles étaient déjà en place si une demande de remboursement a été affectée de manière préjudiciable par *votre négligence* ; ou
- > résilier le *contrat* conformément à l'article 6.2.

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

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

4. Délai de rétractation

Vous avez le droit d'annuler *votre contrat* dans les quatorze (14) jours suivant la date à laquelle *vous* recevez ce *contrat*. Si *vous* souhaitez annuler ce *contrat* et que *nous* n'avons pas payé de demande de remboursement ni émis de *lettre de prise en charge*, *vous* recevrez un remboursement intégral de *votre* prime. En revanche, si *nous* avons payé une demande de remboursement ou émis une *lettre de prise en charge*, *nous* ne rembourserons aucune prime qui a été payée. Pour annuler ce *contrat*, contactez- *nous* en utilisant l'une des options indiquées à la rubrique «Nous contacter» à la page 3 des présentes *conditions générales*.

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

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

5. Primes et autres frais

5.1

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

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

5.2

Si *vous* ou tout *assuré* ne demandez pas d'accord préalable pour des *soins médicaux*, ou recevez des *soins médicaux* aux *États-Unis* dans un *hôpital*, une *clinique* ou chez un *praticien* qui n'est pas membre du réseau *Cigna*, *nous* pourrions ne pas prendre en charge tous vos *soins médicaux*. Veuillez consulter « *Votre guide pour obtenir des soins médicaux* » à la page IO du *Guide client* pour savoir comment *nous* calculerons toute réduction de la valeur de *votre* demande de remboursement. *Vous* trouverez une liste des *hôpitaux*, des *cliniques* et des *praticiens* du réseau *Cigna* dans *votre* Espace client en ligne sécurisé.

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

5.3

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

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

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

5.4

Sous réserve de l'article I3, *nous vous informerons de la prime et des autres frais qui s'appliqueront au cours de la période de couverture suivante.*

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

6. Résiliation

6.1

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

6.1.1

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

6.1.2

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

6.1.3

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

6.1.4

vous ne nous avez pas fourni les documents requis relatifs à la connaissance du client

demandés conformément à l'article I.5 dans les trente (30) jours suivant la *date de début* (ou tout délai plus long dont *nous vous aurions informé par écrit*), la résiliation, conformément au présent article 6.1.4, prend effet immédiatement ; *nous vous rembourserons néanmoins toute prime que vous aurez payée.*

6.2

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

6.3

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

6.4

Nous sommes susceptibles de résilier la présente police si nous avons des motifs raisonnables de penser que vous avez voyagé vers un pays hors de votre zone de couverture pour y obtenir un traitement, à moins que ce traitement ne soit couvert au titre des modalités de la clause 8.3.

6.5

Nous sommes susceptibles de résilier la présente police si l'un de vos bénéficiaires s'installe dans un pays autre que votre pays de résidence habituel.

6.6

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

6.7

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

6.7.1

Si le *contrat* est résilié conformément à l'article 6.7 avant la *date de fin* et que nous avons payé une demande de remboursement, pris en charge un *traitement* ou émis une *lettre de prise en charge* au cours de la *période de couverture*, vous serez redevable des primes restant dues au titre du *contrat*. Si votre prime annuelle est versée en plusieurs fois au cours de la *période du contrat*, vous devrez effectuer ces paiements pour le reste de la *période de couverture* ou bien régler le montant de la prime restant dû.

6.8

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

6.9

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

7. Fraude

7.1

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

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

7.2

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

- i. nous n'aurons aucune responsabilité envers l'*assuré* en cas d'évènement survenant après la date de l'acte frauduleux. Dans le cadre du présent article, un évènement s'entend de tout évènement mettant en jeu notre responsabilité en vertu de ce *contrat* (comme la survenance d'un préjudice, la soumission d'une demande de remboursement ou la notification d'une demande de remboursement potentielle) ; et
- ii. nous ne serons pas tenus de rembourser toute prime payée.

7.3

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

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

8. Options de couverture

8.1

Si un bénéficiaire n'est pas couvert au titre des options Soins ambulatoires et prestations bien-être ou Soins et traitements dentaires, nous ne

prendrons en charge aucun traitement prévu par ces options.

8.2

Les options de couverture ne peuvent être modifiées à votre demande durant la période d'assurance. Elles ne peuvent être modifiées que lors du renouvellement de votre police d'assurance. Si vous souhaitez ajouter ou supprimer des options de couverture, ou réduire votre franchise, votre participation aux coûts ou le plafond de vos dépenses non remboursées, nous sommes susceptibles de vous demander de compléter un nouveau questionnaire de santé et d'appliquer des restrictions ou des exclusions spéciales aux nouvelles options de couverture. Vous devez nous en informer par écrit au moins sept (7) jours avant la date de reconduction annuelle.

8.3

Les bénéficiaires seront couverts en cas de traitement d'urgence administré dans le cadre d'une hospitalisation d'une ou plusieurs journées ou en ambulatoire (dans la mesure où l'option complémentaire Soins ambulatoires et prestations bien-être a été souscrite dans le cadre de votre police d'assurance) durant leurs séjours temporaires, et ce, même si ces séjours s'effectuent en dehors de votre zone de couverture. Tout comme pour l'ensemble des traitements d'urgence, si vous n'avez pas souscrit l'option de couverture Soins ambulatoires et prestations bien-être, votre traitement d'urgence ne sera pris en charge que s'il entraîne une admission à l'hôpital. Veuillez noter que les bilans de santé et les examens de dépistage visés par l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être ne sont pas pris en charge au titre de la prestation Urgences en dehors de la zone de couverture. Cette couverture sera limitée à une période maximale de vingt-et-un (21) jours par séjour et de quarante-cinq (45) jours par période d'assurance pour l'ensemble des séjours combinés, et dans la limite du plafond global applicable à la prestation Urgences en dehors de la zone de couverture. Les éventuelles participations aux coûts ou franchises sélectionnées avec votre police d'assurance demeureront applicables.

Pour pouvoir faire l'objet d'une prise en charge dans le cadre de cette prestation, la maladie

nécessitant un traitement d'urgence ne doit pas avoir existé avant le séjour et le bénéficiaire ne doit pas avoir reçu un traitement ou des conseils ni présenté des symptômes liés à cette maladie avant le début de son séjour.

Le fait d'obtenir un traitement médical ne doit pas être l'un des objectifs du séjour. Le traitement d'urgence ne s'applique que si vous ne bénéficiez pas déjà des soins de santé du service public du pays concerné. Un justificatif attestant de la date d'arrivée dans le pays se trouvant hors de votre zone de couverture sera également demandé avant qu'une quelconque prestation ne soit versée au titre de cette couverture. Cette couverture prendra fin lorsque le traitement administré aura eu pour effet de stabiliser le patient.

9. Franchise et participation aux coûts

9.1

Si vous avez sélectionné une franchise pour votre couverture de base et/ou l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être (le cas échéant), il vous incombera de vous acquitter directement de cette franchise auprès de l'hôpital, de la clinique, du praticien ou de la pharmacie. Nous vous préciserons ce montant.

Nous réduisons le montant payé par nos soins pour les traitements visés par chaque demande de remboursement introduite au titre de la couverture de base ou de l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être (le cas échéant) du montant de toute franchise, jusqu'à ce que la franchise applicable à la période d'assurance concernée soit atteinte.

9.2

Si vous avez sélectionné une participation aux coûts pour la couverture de base et/ou l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être (le cas échéant), nous réduisons le montant payé pour les frais de traitement de ce pourcentage de participation aux coûts. Il vous incombera de vous acquitter de la participation aux coûts directement auprès de l'hôpital, de la clinique, du praticien ou de la pharmacie. Les montants que vous payez sont limités par l'application du plafond des dépenses non remboursées.

9.3

Seuls les montants que vous payez au titre de la participation aux coûts prévue par votre couverture de base et/ou l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être sont limités par l'application du plafond des dépenses non remboursées. Les éléments suivants ne sont pas concernés par l'application du plafond des dépenses non remboursées:

- > Les montants que vous payez du fait de l'application d'une franchise;
- > Du fait d'un dépassement des limites prévues par la couverture;
- > Les traitements non pris en charge par la couverture de base ou l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être; ou
- > Les pénalités liées à un refus d'accord préalable ou le recours à des professionnels de santé hors réseau aux États-Unis.

Chaque montant que vous payez au titre de la franchise, de la participation aux coûts et du plafond des dépenses non remboursées, le cas échéant, s'applique distinctement à chaque bénéficiaire, chaque option de couverture et chaque période d'assurance.

9.4

Aucune franchise ne s'applique à la 'prestation en espèces en cas d'hospitalisation'.

10. Ajouter et supprimer des assurés

10.1

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

La zone de couverture du bénéficiaire doit être la même que celle du preneur d'assurance. Dans le cas contraire, le bénéficiaire doit souscrire une police distincte, ou une autre assurance Cigna.

10.2

Si un bénéficiaire donne naissance à un enfant, vous pouvez demander à ce que le nouveau-né soit ajouté en tant que bénéficiaire de votre assurance existante. Le nouveau-né sera soumis à une évaluation complète des risques médicaux et une prime supplémentaire sera facturée. Nous vous indiquerons si nous acceptons de prendre en charge le nouveau bénéficiaire et, dans l'affirmative, nous vous préciserons les éventuelles conditions particulières et exclusions applicables. Si vous acceptez les conditions proposées, la couverture prendra effet à compter de la date à laquelle vous confirmerez votre acceptation. Nous vous ferons parvenir un nouveau certificat d'assurance confirmant la prise en charge du nouveau bénéficiaire.

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

11.1

Si l'un quelconque des assurés change de *pays de résidence habituelle*, vous devrez nous en informer dès que possible et dans tous les cas dans les trente (30) jours. Nous nous réservons le droit de vous demander des informations complémentaires sur tout changement de *vos pays de résidence habituelle* ou de celui de tout autre assuré, à tout moment. Notez que tout changement de *vos pays de résidence habituelle* ou de celui d'un autre assuré peut entraîner une augmentation de *vos primes* ou le paiement de taxes supplémentaires, ce qui signifie que vous pourriez être redevable d'un supplément de prime ou que vos paiements mensuels ou trimestriels pourraient augmenter. Si *vos primes* augmentent, nous vous donnerons le droit d'annuler le *contrat*, conformément à l'article 6.7, auquel cas les articles 6.7.1, 6.8 et 6.9 s'appliqueront. Notez que l'assurance pourrait être fournie par une autre société du groupe Cigna.

11.2

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

11.2.1

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

Veillez noter que le pays d'origine dans lequel les bénéficiaires peuvent obtenir un traitement est le même que celui du preneur d'assurance.

11.3

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

11.3.1

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

11.3.2

résilier le contrat par notification écrite, auquel cas la couverture prendra fin pour tous les assurés. Toute prime qui a été payée en relation avec la période suivant la résiliation sera remboursée dans la mesure où elle ne concerne pas une période au cours de laquelle nous avons fourni une couverture, à condition que nous n'ayons payé aucune demande de remboursement ni émis de lettre de prise en charge au cours de cette période de couverture.

12. Communication

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

13. Reconduction du contrat

13.1

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

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

13.2

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

13.3

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

13.3.1

Si vous ne reconduisez pas votre contrat, tous les assurés qui étaient couverts par le contrat pourront souscrire leur propre contrat. Nous examinerons leurs souscriptions individuellement, et les informerons de l'offre éventuelle que nous pouvons leur proposer et des modalités correspondantes.

13.4

Si vous souhaitez ajouter ou supprimer des options de couverture, vous devez nous en informer par écrit au moins sept (7) jours avant votre date de reconduction annuelle. Nous pourrions appliquer de nouvelles restrictions et exclusions spéciales et/ou réviser la prime. Dans ce cas, nous vous enverrons une attestation d'assurance mise à jour.

13.5

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

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

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

14. Protection des données

14.1

Dans le cadre de l'évaluation de votre souscription et de la gestion du contrat et de l'assurance qui vous est fournie, nous recueillerons, traiterons et partagerons certaines informations personnelles vous concernant. Nous prenons votre confidentialité très au sérieux et nous traiterons toujours vos informations conformément à la législation applicable en matière de protection des données, y compris le Règlement général sur la protection des données (UE 2016/679) la Loi n° 5 de 2020 du Centre financier international de Dubaï portant sur la

protection des données et toute autre législation applicable et autres directives et codes de pratiques en relation avec la protection des données personnelles publiés à tout moment. Pour plus d'informations, veuillez consulter notre Déclaration de protection des données, que nous pourrions mettre à jour à tout moment.

14.2

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

15. Qui peut appliquer ce contrat ?

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

16. Notre droit de recouvrement auprès de tiers

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

L'assuré devra signer et fournir tous les documents ou papiers, et prendre toutes les mesures que nous exigeons pour protéger nos droits. L'assuré ne doit prendre aucune mesure risquant d'affecter ou de porter atteinte auxdits droits. Nous pouvons prendre en charge et contester ou régler toute réclamation, ou engager des poursuites pour toute réclamation, au nom d'un assuré dans notre propre intérêt.

Nous déciderons de la façon de procéder à des poursuites et des règlements.

17. Pluralité des assurances

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

18. Modifications apportées à ce contrat

18.1

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

18.2

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

19. Sanctions

Partout dans le monde, *Cigna* a pour politique de respecter les règles relatives aux sanctions économiques visant des personnes, entités et pays applicables à ses opérations commerciales internationales, y compris, notamment, les règles relatives aux sanctions imposées par les Nations Unies, la Commission européenne, les États-Unis et le Canada. Par conséquent, *Cigna* ne proposera pas de prise en charge et ne versera pas de prestation à tout *assuré* ou pour le compte de tout *assuré* si cela constitue une infraction au regard des règles relatives aux sanctions. Si *Cigna* apprend qu'une personne ou entité faisant l'objet de sanctions est assurée par le *contrat d'assurance*, ou qu'un *assuré* devient concerné

par des sanctions, *Cigna* prendra les mesures appropriées, qui peuvent inclure le blocage, le signalement et la résiliation de la prise en charge. *Cigna* n'est pas tenue d'informer l'*assuré* de ces mesures à l'avance ni d'obtenir des licences auprès d'un quelconque gouvernement pour autoriser l'élargissement de la couverture conformément aux lois relatives aux sanctions.

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

20. Pandémies, épidémies et maladies infectieuses

20.1

Nous couvrirons les *soins médicaux médicalement nécessaires* pour une maladie ou une affection résultant d'une pandémie, d'une épidémie ou de la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les *soins médicaux médicalement nécessaires* et les affections médicales associées seront pris en charge sur la base d'une *hospitalisation*, de *soins de jour* et de *soins ambulatoires* (si l'option *Soins ambulatoires* à l'international a été sélectionnée), conformément aux garanties du régime sélectionné et aux conditions de la *police*. Lorsque l'*assuré* ne peut pas obtenir les médicaments prescrits où il se trouve à la suite d'une pandémie, d'une épidémie ou de la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, nous prendrons en charge le coût de l'expédition en plus du coût des médicaments prescrits selon les termes des médicaments prescrits et des prestations de *soins ambulatoires* pour les pansements.

20.2

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

20.3

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

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

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

RUBRIQUE 2: EXCLUSIONS GÉNÉRALES

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

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

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

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

I. Soins médicaux dispensés par :

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

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

2. Soins médicaux pour :

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

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

3. Soins médicaux préventifs, notamment les dépistages, les bilans de santé de routine et les vaccins (à moins que le traitement concerné ne soit pris en charge au titre de l'une des options souscrites par le bénéficiaire).

Nous prenons en charge la chirurgie préventive lorsque:

- a) il y a dans la famille du bénéficiaire des antécédents d'une maladie relevant d'un syndrome de cancer héréditaire (tel qu'un cancer des ovaires); et
- b) que celui-ci s'est soumis à un test génétique attestant de l'existence d'un tel syndrome. (Veuillez noter que les tests génétiques ne sont pas pris en charge).

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

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

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

lorsque l'assuré :

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

6. Tout traitement administré en dehors de votre pays de résidence habituel ou de votre pays d'origine (zone de couverture), sauf si ce traitement peut être pris en charge au titre de la prestation 'Urgences en dehors de la zone de couverture', telle que définie à la clause 8.3.

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

8. Frais relatifs aux évacuations navire-terre.

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

10. Frais de séjours résidentiels à l'hôpital qui sont organisés entièrement ou partiellement pour des raisons domestiques ou lorsque les soins médicaux ne sont pas nécessaires ou lorsque l'hôpital est effectivement devenu le domicile ou la demeure permanente.

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

12. Toute prothèse ou tout dispositif, y compris les aides auditives et les lunettes, qui ne sont pas médicalement nécessaires et/ou ne correspondent pas à notre définition des prothèses.

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

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

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

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

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

17. La chirurgie fœtale, c'est-à-dire, tout traitement administré ou toute chirurgie réalisée dans l'utérus avant la naissance, ou tout traitement visant à interrompre volontairement une grossesse, à moins que celle-ci ne mette la vie ou la santé mentale de la bénéficiaire en danger, ainsi que tout traitement administré durant la grossesse, y compris les complications liées à la maternité.

18. Soins des pieds dispensés par un podologue ou podiatre.

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

20. Traitement consécutif ou d'une quelconque manière liée à une tentative de suicide ou à toute blessure ou maladie que le bénéficiaire s'auto-inflige. Nous prenons en charge les soins de santé mentale et les services de santé comportementale médicalement nécessaires, en ce compris, sans toutefois s'y limiter, les séances de conseils et les thérapies administrées par des spécialistes.

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

- a) difficultés d'apprentissage, comme la dyslexie ;
- b) l'autisme et l'hyperactivité et avec déficit de l'attention (TDAH);
- c) problèmes de développement physique comme une petite taille ;
- d) trouble de la personnalité dépendante ;
- e) trouble de la personnalité schizoïde ; ou
- f) trouble de la personnalité histrionique.

22. Troubles de l'articulation temporomandibulaire.

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

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

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

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

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

27. Soins médicaux destinés à changer la réfraction de l'un ou des deux yeux, notamment les *traitements* au laser, la kératotomie réfractive et la kératotomie photoréfractive. Notez que nous prenons en charge les *soins médicaux* destinés à corriger ou rétablir la vue si cela est rendu *nécessaire* suite à une maladie ou une *blessure* (comme la cataracte ou un décollement de la rétine).

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

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

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

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

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

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

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

33. Greffes d'organes et tout traitement ou supervision connexe. De plus, nous ne couvririons pas les coûts liés aux dons de cellules, d'organismes ou de tissus à des fins de transplantation ou d'implantation (quelle que soit l'origine du don), tels que :

- a) organes mécaniques ou animaux ;
- b) achat d'un organe donneur auprès de toute source ; ou
- c) culture et stockage de cellules souches, en tant que mesure préventive contre une éventuelle maladie à venir.

34. Troubles du sommeil sauf en cas d'indications que l'assuré souffre d'apnée du sommeil sévère. Dans ce cas, nous ne prendrons en charge que :

- a) une seule étude du sommeil ; et
- b) la location d'équipements comme une machine à ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP), (dans la mesure où l'option complémentaire Soins ambulatoires

et prestations bien-être a été souscrite dans le cadre de votre police d'assurance).

Dans le cas où cela est approprié d'un point de vue médical, nous prendrons en charge la chirurgie

35. Soins médicaux relatifs à l'obésité, ou qui sont rendus nécessaires en raison de l'obésité. Cela comprend, sans y être limité, des cours, des aides et des médicaments pour l'amaigrissement.

Nous ne prendrons en charge la gastroplastie ou le pontage gastrique que si l'assuré :

- a) a un indice de masse corporelle (IMC) de 40 ou plus et a été diagnostiqué comme souffrant d'obésité morbide ;
- b) peut fournir des documents justificatifs d'autres méthodes de perte de poids qui ont été tentées au cours des 24 derniers mois ; et
- c) a subi une évaluation psychologique qui a confirmé que cette procédure était adaptée à sa situation.

36. Soins médicaux concernant l'infertilité (autres que les investigations jusqu'au moment du diagnostic), traitement pour la fertilité de quelque sorte que ce soit, ou bien traitement des complications survenant suite à un tel traitement. Cela comprend, sans s'y limiter :

- a) fécondation in-vitro (FIV) ;
- b) transfert intratubaire de gamètes ;
- c) transfert intratubaire de zygotes ;
- d) insémination artificielle (IA) ;
- e) traitement médicamenteux prescrit ;
- f) transfert d'embryons (d'un endroit physique à un autre) ; ou
- g) don d'ovocyte ou de sperme et frais associés.

Nous prendrons en charge les investigations visant à déterminer la cause de l'infertilité si :

- a) le spécialiste souhaite éliminer toute cause médicale ;
- b) l'assuré est couvert par ce contrat depuis deux (2) années consécutives avant le début des investigations ; et
- c) l'assuré n'était pas conscient de l'existence d'un problème d'infertilité et n'avait souffert d'aucun symptôme, quand sa couverture a débuté dans le cadre de ce contrat.

37. Soins médicaux directement liés à la gestation pour autrui.

38. *Traitement* directement ou indirectement lié à des anomalies, des malformations, des maladies, des affections ou des *blessures* présentes dès la naissance (pathologies congénitales), qu'elles apparaissent ou non de façon évidente lors de l'accouchement.

RUBRIQUE 3: DÉFINITIONS

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

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

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

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

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

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

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

Blessure : une blessure physique.

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

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

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

Condition(s) : toute maladie, pathologie ou blessure diagnostiquée chez un bénéficiaire.

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

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

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

Cosmétique : services, procédures ou articles fournis principalement à des fins esthétiques et qui ne sont pas nécessaires au maintien d'un état de santé acceptable.

Couverture de base : couvre l'ensemble des aspects liés aux traitements administrés dans le cadre d'une hospitalisation d'une ou plusieurs journées, tels qu'ils figurent dans la liste des prestations. Elle n'inclut pas les modules facultatifs que vous pouvez choisir de souscrire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hôpital : organisme ou institution qui est enregistré(e) ou habilité(e) comme hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il est situé et dans lequel ou laquelle l'assuré reçoit des

soins quotidiens ou est sous la supervision d'un praticien ou d'un infirmier qualifié.

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

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

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

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

Médecin : professionnel de santé qui est enregistré et habilité selon les lois du pays, de l'état ou de la zone réglementée à pratiquer la médecine dans le pays où les soins médicaux sont dispensés.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

médicalement nécessaire et fait partie du processus de récupération à court terme.

Royaume-Uni : le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

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

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

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

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

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

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

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

- > l'Institut national de la santé et de l'excellence clinique ; ou

> les directives cliniques internationales.

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

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

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

Zone de couverture : votre pays de résidence habituel et votre pays d'origine. Afin que nul doute ne subsiste, il s'agit du pays de résidence habituel et du pays d'origine du *preneur d'assurance*.



Pour les assurances administrées par l'intermédiaire de notre bureau du Dubai International Finance Centre, sous la licence d'assurance Cigna Global Insurance Company Limited, l'agent de souscription est Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, une société réglementée par l'autorité des services financiers de Dubaï.

« Cigna Healthcare » et le logo « Tree of Life » sont des marques de service déposées de Cigna Intellectual Property, Inc. que The Cigna Group et ses filiales d'exploitation sont autorisées à utiliser aux termes d'une licence. Tous les produits et services sont fournis par ou via ces filiales d'exploitation et non par The Cigna Group. Ces filiales d'exploitation comprennent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A. -N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2023 Cigna Healthcare. Tous droits réservés.