

**FORMULAIRE D'ADHÉSION CIGNA GLOBAL  
RELATIF AUX OPTIONS DE SANTÉ**

**BONJOUR**

**Nous sommes ravis que vous souhaitiez  
nous rejoindre.**

**Together, all the way.<sup>SM</sup>**



Veuillez remplir ce formulaire d'adhésion et nous le renvoyer par courrier électronique, fax ou courrier postal. Utilisez nos coordonnées qui figurent à la fin de ce formulaire. Veuillez remplir ce formulaire en LETTRES MAJUSCULES.

## REMARQUES IMPORTANTES

- Conformément à la Section 25(5) de l'Insurance Act (loi sur l'assurance) (Chapitre 142) (ou dans sa version modifiée, le cas échéant), vous devez communiquer dans ce formulaire de souscription, entièrement et honnêtement, tous les faits que vous connaissez, ou devriez connaître, qui sont susceptibles d'affecter la couverture d'assurance que vous demandez. Faute de quoi, vous risquez de ne rien recevoir de la police.
- La présente police est souscrite par Cigna Europe Insurance Company S.A. - N.V. Singapore Branch (« Cigna ») et sera inscrite dans le registre des polices de Singapour. Les modalités et conditions de la présente police sont régies par la législation de Singapour et doivent être interprétées conformément à ladite législation.
- Veuillez répondre à toutes les questions ou indiquer « Néant » ou « S.O. », le cas échéant.
- La présente police est protégée en vertu du Policy Owners' Protection Scheme (Régime de protection des titulaires de police), qui est administré par la Singapore Deposit Insurance Corporation (« SDIC ») (Société d'assurance-dépôts de Singapour). La couverture de votre contrat est automatique et vous n'avez rien d'autre à faire. Pour en savoir plus au sujet des types de garanties couvertes par le régime et des limites de couverture, le cas échéant, contactez-nous ou consultez les sites Internet de General Insurance Association (GIA) ou SDIC ([www.gia.org.sg](http://www.gia.org.sg) ou [www.sdic.org.sg](http://www.sdic.org.sg)).

## SECTION A

### INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Veuillez remplir cette section pour toutes les personnes qui seront couvertes par la police d'assurance, y compris le principal assuré et tout bénéficiaire.

### VOTRE RÉGIME

À quel régime souhaitez-vous souscrire ?	Silver	Gold	Platinum
--	--------	------	----------

### ASSURÉ

En cas de changement de coordonnées, vous êtes tenu de nous en informer pour que nous puissions assurer le suivi de votre correspondance.

Civilité	Prénom	Autres initiales	Nom de famille
Sexe (cochez)	Homme	Femme	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Profession			
Adresse résidentielle			
Ligne d'adresse 1			
Ligne d'adresse 2			
Ligne d'adresse 3			
Pays			Code postal
Adresse de correspondance (si différente de votre adresse de résidence)			
Ligne d'adresse 1			
Ligne d'adresse 2			
Ligne d'adresse 3			
Pays			Code postal
Numéro de téléphone (en journée) (Code pays - Numéro)			
Numéro de téléphone portable (Code pays - Numéro)			
Fax (Code pays - Numéro)			
Adresse électronique			
Nationalité (Quelle est la nationalité de votre passeport principal ?)			
Lieu (Pays dans lequel vous vivez/vivrez la plupart du temps pendant la période de garantie)			
Si vous résidez actuellement aux États-Unis, veuillez nous fournir votre adresse, votre État et votre code postal actuels aux États-Unis :			
Adresse			
Ville		État	Code postal
Taille : Centimètres		Poids : Kilogrammes	
Avez-vous fumé, ou utilisé des produits de substitution nicotinique ou au tabac au cours des 12 derniers mois ?			Oui Non
Si <b>Oui</b> , combien par jour ?		Moins de 20 par jour	20 ou plus par jour

BÉNÉFICIAIRE 1										
Civilité		Prénom		Autres initiales		Nom de famille				
Lien de parenté avec l'assuré				Sexe (cochez)		Homme		Femme		
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)				Profession						
Nationalité (Quelle est la nationalité de votre passeport principal ?)										
Lieu (Pays dans lequel vous vivez/vivrez la plupart du temps pendant la période de garantie)										
Taille : Centimètres				Poids : Kilogrammes						
Avez-vous fumé, ou utilisé des produits de substitution nicotinique ou au tabac au cours des 12 derniers mois ?							Oui		Non	
Si <b>Oui</b> , combien par jour ?		Moins de 20 par jour				20 ou plus par jour				

BÉNÉFICIAIRE 2										
Civilité		Prénom		Autres initiales		Nom de famille				
Lien de parenté avec l'assuré				Sexe (cochez)		Hombre		Mujer		
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)				Profession						
Nationalité (Quelle est la nationalité de votre passeport principal ?)										
Lieu (Pays dans lequel vous vivez/vivrez la plupart du temps pendant la période de garantie)										
Taille : Centimètres				Poids : Kilogrammes						
Avez-vous fumé, ou utilisé des produits de substitution nicotinique ou au tabac au cours des 12 derniers mois ?							Oui		Non	
Si <b>Oui</b> , combien par jour ?		Moins de 20 par jour				20 ou plus par jour				

BÉNÉFICIAIRE 3										
Civilité		Prénom		Autres initiales		Nom de famille				
Lien de parenté avec l'assuré				Sexe (cochez)		Hombre		Mujer		
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)				Profession						
Nationalité (Quelle est la nationalité de votre passeport principal ?)										
Lieu (Pays dans lequel vous vivez/vivrez la plupart du temps pendant la période de garantie)										
Taille : Centimètres				Poids : Kilogrammes						
Avez-vous fumé, ou utilisé des produits de substitution nicotinique ou au tabac au cours des 12 derniers mois ?							Oui		Non	
Si <b>Oui</b> , combien par jour ?		Moins de 20 par jour				20 ou plus par jour				

BÉNÉFICIAIRE 4										
Civilité		Prénom		Autres initiales		Nom de famille				
Lien de parenté avec l'assuré				Sexe (cochez)		Hombre		Mujer		
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)				Profession						
Nationalité (Quelle est la nationalité de votre passeport principal ?)										
Lieu (Pays dans lequel vous vivez/vivrez la plupart du temps pendant la période de garantie)										
Taille : Centimètres				Poids : Kilogrammes						
Avez-vous fumé, ou utilisé des produits de substitution nicotinique ou au tabac au cours des 12 derniers mois ?							Oui		Non	
Si <b>Oui</b> , combien par jour ?		Moins de 20 par jour				20 ou plus par jour				

## SECTION B

### INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Couverture géographique de votre assurance	Monde	Monde hors États-Unis
Quand souhaitez-vous que votre assurance débute ? (JJ/MM/AAAA)		

### RÉGIME PRINCIPAL D'ASSURANCE MÉDICALE INTERNATIONALE

Choisissez votre franchise	\$0	\$375	\$750	\$1,500	\$3,000	\$7,500	\$10,000
	€0	€275	€550	€1,100	€2,200	€5,500	€7,400
	£0	£250	£500	£1,000	£2,000	£5,000	£6,650
Sélectionnez ensuite votre pourcentage de participation aux frais	Pas de participation aux frais			10%	20%	30%	
Choisissez votre contribution maximale (Montant maximal de participation aux frais dans le cadre de l'assurance médicale internationale que vous devez payer dans le cas d'une ou de plusieurs demandes d'indemnisation par période de garantie)						\$2,000	\$5,000
						€1,480	€3,700
						£1,330	£3,325

### PRESTATIONS OPTIONNELLES

Souhaitez-vous ajouter les options suivantes à votre régime

<b>Soins Ambulatoires International</b>		<b>Franchise</b>				
Oui	Non	\$0	\$150	\$500	\$1,000	\$1,500
		€0	€110	€370	€700	€1,100
		£0	£100	£375	£600	£1,000
<b>Participation aux frais après franchise</b> (une contribution maximale d'une valeur de 3 000 \$ / 2 200 € / 2 000 £ s'applique à la participation aux frais sur la couverture Soins Ambulatoires International)						
		<b>Pas de participation aux frais</b>		10%	20%	30%
<b>Évacuation à l'international et Crisis Assistance Plus™</b>		Oui	Non			
<b>Santé et Bien-être International</b>		Oui	Non			
<b>Assurance Optique et Dentaire International</b>		Oui	Non			

Veillez noter que les régimes Soins Ambulatoires International, Évacuation à l'international et Crisis Assistance Plus™, Santé et Bien-être International et Assurance Optique et Dentaire International ne peuvent être souscrits qu'en association avec le contrat d'Assurance Médicale Internationale.

Veillez noter que chaque assurance choisie s'appliquera à l'ensemble des bénéficiaires.

La sélection de votre régime ne peut être modifiée qu'au moment du renouvellement de votre contrat. Si vous souhaitez augmenter le niveau de votre couverture à la date de renouvellement, une souscription médicale complète et des délais d'attente peuvent s'appliquer et un supplément de prime devra être versé.

## SECTION C

### QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL DE SANTÉ

**Vous devez maintenant nous fournir des informations concernant vos antécédents médicaux, ainsi que ceux de toutes les personnes mentionnées à la section A. Si vous cochez « Oui » à l'une des questions, veuillez nous fournir des détails complets à la section D.**

Une fois que vous aurez terminé, nous pourrons finaliser votre demande. Nous vous conseillons d'avoir à portée de main tout document médical qui vous aidera à remplir ce questionnaire. En fonction de vos antécédents médicaux, nous pourrions avoir besoin d'informations supplémentaires pour pouvoir finaliser votre assurance.

Veillez lire très attentivement les questions suivantes. Veillez à répondre à toutes les questions de façon honnête et complète. Toute fausse déclaration commise par manque de diligence pourrait entraîner une réduction proportionnelle du montant versé par Cigna dans le cadre d'une demande d'indemnisation ; tandis que toute fausse déclaration délibérée ou négligente pourrait inciter Cigna à rejeter des demandes d'indemnisation et/ou à annuler le contrat. Si vous avez besoin d'aide pour remplir votre formulaire, n'hésitez pas à nous contacter.

Si vous avez des doutes au sujet d'une réponse, vous devriez effectuer les recherches nécessaires pour être en mesure de fournir une réponse précise.

L'un des demandeurs a-t-il fait l'objet d'un traitement, de tests ou d'exams pour, ou a-t-il été diagnostiqué de, ou montré tous signes ou symptômes de :		ASSURÉ		BÉNÉFICIAIRE 1		BÉNÉFICIAIRE 2		BÉNÉFICIAIRE 3		BÉNÉFICIAIRE 4	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1	<b>Diabète et autres dysfonctionnements endocriniens (glandulaires).</b> Ex : trouble thyroïdien, problèmes de poids, goutte, problèmes hypophysaires ou de glandes surrénales.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
2	<b>Affections cardiaques ou troubles vasculaires.</b> Ex : douleur thoracique, crise cardiaque, hypertension, maladie vasculaire, maladie coronarienne, angine de poitrine, troubles du rythme cardiaque, anévrisme ou souffle au cœur.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
3	<b>Cancers, tumeurs ou masses.</b> Ex : polypes, kystes ou grosseurs aux seins.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
4	<b>Problèmes musculaires ou osseux.</b> Ex : douleurs au dos, coup du lapin, arthrite, problèmes ou douleurs articulaires, goutte, fractures, problèmes de cartilage, de tendon ou de ligament.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
5	<b>Asthme, allergies, troubles respiratoires.</b> Ex : infections pulmonaires, pneumonie, bronchite, essoufflement, rhinite, tuberculose, emphysème ou broncho-pneumopathie chronique obstructive.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
6	<b>Problèmes de vésicule biliaire, du tube digestif, intestinaux, gastriques ou hépatiques.</b> Ex : côlon irritable, colite, maladie de Crohn, ulcères gastriques ou gastroduodénaux, reflux, indigestion, brûlures d'estomac, calculs biliaires, hernie, hémorroïdes ou hépatite.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
7	<b>Troubles cérébraux ou neurologiques.</b> Ex : sclérose en plaques, épilepsie ou crises, accident vasculaire cérébral, migraines, maux de tête récurrents ou sévères, méningite, zona ou douleur névralgique.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
8	<b>Problèmes de peau.</b> Ex : eczéma, acné, grains de beauté, éruptions cutanées, réactions allergiques, kystes, dermatite ou psoriasis.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
9	<b>Troubles sanguins, infectieux ou immunitaires.</b> Ex : hypercholestérolémie, anémie, paludisme, VIH ou lupus érythémateux aigu disséminé.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
10	<b>Troubles urinaires ou de la reproduction.</b> Ex : infections des voies urinaires, problèmes rénaux, fibromes, règles douloureuses, irrégulières ou abondantes, problèmes de fertilité, syndrome des ovaires polykystiques, endométriose, problèmes testiculaires ou de prostate.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
11	<b>Anxiété, dépression, problèmes d'ordre psychiatrique ou mental.</b> Ex : troubles de l'alimentation, syndrome de stress post-traumatique, problèmes d'alcoolémie ou de toxicomanie.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
12	<b>Problèmes oto-rhino-laryngologiques, oculaires ou dentaires.</b> Ex : infections de l'oreille, problèmes de sinus, amygdales et végétations, cataractes, glaucome, problèmes liés aux dents de sagesse.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

**Veillez également répondre aux questions suivantes :**

<b>13</b>	L'une des personnes est-elle atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un symptôme qui n'a pas déjà été mentionné ? Veuillez indiquer les informations concernant tout problème connu ou présumé, qu'un avis médical ait été donné ou pas ou qu'un diagnostic ait été posé ou pas.	Oui	Non								
<b>14</b>	L'une des personnes prend-elle des médicaments, reçoit-elle un traitement de quelque type que ce soit ou doit-elle se soumettre à une analyse ou à un suivi en ce qui concerne un problème médical actuel ou passé qui n'a pas déjà été mentionné ?	Oui	Non								

## SECTION D

### INFORMATIONS MÉDICALES SUPPLÉMENTAIRES

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions de la section C, veuillez nous fournir des informations complémentaires. Si vous êtes incertain quant à la pertinence des informations, indiquez-les quand même. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une feuille à part.

	Section C Question numéro	Nom de la maladie ou du problème médical. Le cas échéant, indiquez la zone du corps concernée (ex : bras gauche, pied droit).	Quand les symptômes se sont-ils manifestés et quand les avez-vous eus pour la dernière fois ?	Quel traitement avez-vous suivi ? (Donnez des informations sur les médicaments et les dates de début et de fin du traitement.)	Quel est l'état actuel de la maladie ou du problème médical ? (ex : en cours, terminé, guéri, récurrent ou susceptible de le devenir.)
<b>ASSURÉ</b>					
<b>BÉNÉFICIAIRE 1</b>					
<b>BÉNÉFICIAIRE 2</b>					
<b>BÉNÉFICIAIRE 3</b>					
<b>BÉNÉFICIAIRE 4</b>					

## SECTION E

### DÉCLARATION CONCERNANT TOUS LES ASSURÉS

Par la présente, je déclare avoir veillé à répondre à toutes les questions de façon exacte, honnête et complète. Je reconnais que si je ne réponds pas à toutes les questions de façon exacte et complète, suite à mon manque de diligence, Cigna pourrait réduire le montant de toute demande d'indemnisation de façon proportionnelle. Je reconnais également que si je fournis des informations inexactes ou incomplètes de façon délibérée ou négligente en réponse aux questions, Cigna pourrait rejeter mes demandes d'indemnisation et/ou annuler mon contrat.

L'obligation de répondre à nos questions de façon exacte, honnête et complète s'applique à toutes les personnes couvertes par la présente police d'assurance. Bien que le non-respect de cette obligation de la part d'une personne assurée puisse affecter la couverture ou le paiement de ses demandes d'indemnisation, il n'affectera pas la couverture ou le paiement des demandes d'indemnisation de toute autre personne assurée, à moins que cette personne n'ait également fait de fausses déclarations de façon négligente, délibérée ou imprudente en répondant à nos questions. Je garantis et déclare avoir l'autorisation de chaque personne assurée me permettant de vous divulguer les informations personnelles, y compris les informations personnelles confidentielles (ex : informations médicales) énoncées dans ce formulaire. Je confirme que chaque personne assurée est consciente de son obligation de faire montre de diligence raisonnable afin de répondre à vos questions de façon exacte, honnête et complète et au mieux de ses connaissances.

**(Veuillez noter que si vous établissez la déclaration ci-dessus au nom d'une autre personne, vous êtes tenu de conserver les preuves du consentement que vous fournissez aux présentes en ce qui concerne les déclarations et consentements réels des membres de votre famille assurés.)**

Par la présente, je propose à Cigna que la date de prise d'effet de l'assurance corresponde à la date du contrat ou à toute autre date convenue. Si l'on découvre que j'ai, ou que toute autre personne assurée a, fourni des informations fausses ou inexactes de façon délibérée ou imprudente, Cigna pourra annuler le contrat d'assurance me concernant ou concernant la personne assurée et refuser toute demande d'indemnisation sans avoir à rembourser les primes déjà versées, sauf dans le cas où il serait injuste de conserver ces primes. J'ai lu attentivement, compris et accepté les Dispositions du Contrat et le Guide de l'Assuré qui font partie de mon contrat d'assurance.

Signature	
Date	

### AVIS SUR LA FRAUDE

Toute personne qui dépose (1) de manière malhonnête une demande de souscription à une assurance ou une demande de remboursement au titre d'une police en fournissant des informations qu'il sait être fausses ou erronées ; ou qui (2) en déposant une demande de souscription à une assurance ou de remboursement au titre d'une police omet intentionnellement de divulguer des informations qui lui ont été demandées, peut commettre une fraude. Nous mènerons une enquête sur toute demande de remboursement ou demande de souscription pour laquelle nous avons des raisons de croire qu'elle peut être frauduleuse. Le fait de commettre une fraude peut entraîner la résiliation de votre police et toute demande de remboursement faite au titre de cette police peut ne pas être satisfaite, et nous pouvons aux fins de détection et de prévention des fraudes, partager des informations relatives à la fraude suspectée avec d'autres compagnies d'assurances et/ou les autorités judiciaires.

### PROTECTION DES DONNÉES

En fournissant les informations indiquées dans ce formulaire de souscription, j'accepte et je consens à ce que Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch (« Cigna ») et ses sociétés associées (collectivement, les « Sociétés »), ainsi que les prestataires de services autorisés des Sociétés et les tiers pertinents, recueillent, utilisent et/ou divulguent mes données personnelles aux fins raisonnablement requises par les Sociétés pour évaluer ma demande et fournir les produits ou services que je souhaite obtenir et à toutes autres fins décrites dans la Politique relative à la protection des données personnelles de Cigna.

**La Politique relative à la protection des données personnelles de Cigna peut être consultée sur le site Internet de Cigna, et je confirme l'avoir lue et comprise.**

En ce qui concerne les personnes à charge indiquées dans ce formulaire de souscription, je confirme et déclare par les présentes aux Sociétés que chaque personne à charge de la police que je souhaite souscrire (« Personne à charge ») a accepté et consenti à ce que ses données personnelles soient divulguées auprès des Sociétés et, par ailleurs, pour les Sociétés, leurs prestataires de services autorisés et les tiers pertinents, que les données personnelles de la Personne à charge soient recueillies, utilisées et/ou divulguées aux fins raisonnablement requises par les Sociétés pour évaluer ma demande et fournir les produits ou services que je souhaite obtenir et à toutes autres fins décrites dans la Politique relative à la protection des données personnelles de Cigna. Je confirme par les présentes aux Sociétés que les Personnes à charge ont lu et compris la Politique relative à la protection des données personnelles de Cigna.

### OFFRES SPÉCIALES, PROMOTIONS ET SERVICES

Nous souhaiterions rester en contact avec vous pour vous tenir informé de nos offres spéciales, promotions, produits et services qui sont susceptibles de vous intéresser. Veuillez cocher ci-dessous si vous souhaitez recevoir ces informations : (vous pouvez choisir plusieurs options)

Je consens à ce que les Sociétés recueillent, utilisent et divulguent les données personnelles qu'elles possèdent à mon sujet dans leurs dossiers à des fins publicitaires et promotionnelles, et qu'elles me communiquent lesdites informations par :

Appels téléphoniques, SMS et télécopies	
Courrier postal et courrier électronique	
Signature du Preneur d'assurance	
Date	

## SECTION F

### MODALITÉS DE PAIEMENT

Cette page, y compris les informations de votre carte, sera supprimée de manière sécurisée une fois que votre souscription aura été traitée et que les informations de paiement auront été enregistrées de manière sécurisée.

#### INFORMATIONS DE PAIEMENT POUR VOTRE PRIME

Devise des paiements		Dollars US		Euro		Livres Sterling	
Périodicité des paiements		Mensuel		Trimestriel		Annuel	
Mode de paiement		Carte de crédit/débit		Virement bancaire (paiement annuel uniquement) (Nous vous appellerons dès réception de votre demande pour vous fournir les informations nécessaires)			
Numéro de la carte de crédit/débit							
Type de carte		MasterCard	Visa	Visa Debit	Visa Electron	American Express	
Nom tel qu'il figure sur la carte							
Date de début de la carte (MM/AA)				Date d'expiration de la carte (MM/AA)			
Cryptogramme visuel (Il s'agit des 3 chiffres figurant au dos de la plupart des cartes. Pour les cartes American Express, reportez-vous aux 4 chiffres à droite au recto de la carte)							
Veuillez confirmer que le titulaire de la carte est bel et bien l'assuré principal ?				Oui		Non	
Si le titulaire de la carte n'est pas l'assuré principal, veuillez indiquer le lien avec l'assuré principal	Autre bénéficiaire		Employeur		Nom de la compagnie		
	Époux/ Partenaire		Autre		Relation		
	Membre de la Famille						
Date de naissance du titulaire de la carte (JJ/MM/AAAA)							
Nationalité du titulaire de la carte							
L'adresse de facturation est-elle la même que celle que vous avez fournie pour votre police d'assurance ?				Oui		Non	
Dans la négative, veuillez indiquer l'adresse de facturation complète							
<b>Autorisation en matière de carte de crédit :</b> J'autorise Cigna à prélever sur ma carte de crédit/débit la prime correspondant à ma couverture santé (dont je serai notifié dès acceptation du contrat/renouvellement). Cette autorisation restera valide jusqu'à l'annulation de l'ordre de paiement, et je fournirai une notification écrite à Cigna conformément aux documents relatifs aux Dispositions du contrat.							
Signature du titulaire de la carte							
Date (JJ/MM/AAAA)							

## RÉCAPITULATIF DES PRODUITS

Ce récapitulatif des produits est uniquement fourni à des fins d'informations générales. Il ne constitue pas un contrat d'assurance. Les modalités et conditions précises de la présente police figurent dans les Conditions générales. Je confirme par les présentes que les documents suivants m'ont été remis et que leur contenu m'a été expliqué :

- (a) Votre Guide de l'assurance santé (on m'a remis une copie physique ou indiqué de le consulter ou de le télécharger à partir du site [www.gia.org.sg](http://www.gia.org.sg) ou [www.cigna.com.sg](http://www.cigna.com.sg)) ; et
- (b) Récapitulatif des produits.

**Signature du client** \_\_\_\_\_

**Signature de l'intermédiaire** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

Si vous le souhaitez, consultez un conseiller compétent avant de vous engager à acheter ce produit. Si vous choisissez de ne pas consulter de conseiller, vous devez évaluer si le produit en question vous convient. Souscrire une assurance santé qui n'est pas adaptée à votre situation pourrait compromettre votre capacité à financer vos futurs besoins en soins de santé. Si vous estimez que la police ne vous convient pas après l'avoir achetée, vous pouvez résilier le contrat conformément à la clause d'évaluation sans risque, le cas échéant, auquel cas nous pourrions vous facturer les frais que nous avons engagés pour la souscription du contrat.

# INFORMATIONS SUR LE PRODUIT

## ASSURANCE MÉDICALE INTERNATIONALE

Nos régimes d'assurance comprennent 3 niveaux de couverture distincts : Silver, Gold et Platinum.

L'assurance médicale internationale est la couverture maladie indispensable pour les frais d'hospitalisation, les frais de soins de jour et de séjour, ainsi que pour les soins en cancérologie, psychiatrie et bien d'autres spécialités.

<b>Plafond de garantie annuel global – par assuré et par période de couverture</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Cela inclut les remboursements versés au titre de toutes les garanties de l'assurance médicale internationale.	1 000 000 \$ 800 000 € 650 000 £	2 000 000 \$ 1 600 000 € 1 300 000 £	Règlement intégral

<b>Frais d'hospitalisation</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par assuré et par période de couverture.	Règlement intégral  Chambre individuelle	Règlement intégral  Chambre individuelle	Règlement intégral  Chambre individuelle

- › Frais de soins infirmiers et de séjour pour une hospitalisation et des soins de jour, ainsi que pour la salle de réveil.
- › Salle d'opération.
- › Médicaments et pansements prescrits dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour uniquement.
- › Pathologie, radiologie et tests de diagnostic (sauf Imagerie médicale avancée).
- › Honoraires de salle de soins médicaux et infirmiers pour la chirurgie ambulatoire (nous prenons en charge les frais infirmiers uniquement lorsqu'un assuré fait l'objet d'une opération).
- › Soins intensifs : traitement intensif, soins coronariens et unité de soins pour malades hautement dépendants.
- › Honoraires de chirurgiens et d'anesthésistes.
- › Honoraires de consultation de spécialistes dans le cadre d'une hospitalisation et de soins de jour.
- › Soins dentaires d'urgence dans le cadre d'une hospitalisation.

Nous collaborerons avec vous et avec votre praticien pour veiller à ce que vous receviez les soins médicaux nécessaires dans un établissement médical adapté.

### Remarque importante :

Nous prendrons uniquement en charge les soins ambulatoires reçus avant ou après une intervention chirurgicale uniquement si l'assuré a souscrit à l'option Soins ambulatoires à l'international (sauf si les soins médicaux entrent dans le cadre de soins médicaux contre le cancer).

<b>Hébergement à l'hôpital pour un parent ou tuteur</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	1 000 \$ 740 € 665 £	1 000 \$ 740 € 665 £	Règlement intégral

Si un assuré de moins de 18 ans a besoin d'être hospitalisé et doit passer la nuit à l'hôpital, nous prenons également en charge l'hébergement d'un parent ou tuteur légal à l'hôpital, si un hébergement est possible dans le même hôpital pour un coût raisonnable.

Nous prenons en charge les frais d'hébergement à l'hôpital pour un parent ou un tuteur légal uniquement si les soins médicaux que l'assuré reçoit pendant son séjour à l'hôpital sont couverts par son contrat.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Pandémies, épidémies et maladies infectieuses</b> Jusqu'au plafond de garantie annuelle globale pour votre assurance, par assuré et par période de couverture.	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>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).</p> <p>Les soins médicaux médicalement nécessaires et les affections médicales associées seront pris en charge sur la base d'une hospitalisation et de soins de jour. Nous ne prendrons en charge les traitements ambulatoires que si le bénéficiaire est couvert par l'option Soins ambulatoires à l'international.</p> <p><b>Remarque importante :</b></p> <p>Nous prendrons en charge les tests médicalement nécessaires concernant une pandémie, une épidémie ou la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en ambulatoire au titre de la prestation ambulatoire de pathologie, de radiologie et d'examens diagnostiques conformément à la couverture de la police pour le diagnostic d'autres maladies.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Indemnité journalière d'hospitalisation</b> Par nuit jusqu'à 30 jours par assuré et par période de couverture.	100 \$ 75 € 65 £	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £
<p>Nous versons des indemnités directement à l'assuré lorsque celui-ci :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>est soigné dans un hôpital couvert par cette assurance ;</li> <li>est hospitalisé pour une nuit ; et</li> <li>l'hôpital ne facture aucuns frais de séjour ni frais de soins médicaux à l'assuré, à une compagnie d'assurance et/ou à une administration.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins au service des urgences</b> Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	500 \$ 370 € 335 £	1 000 \$ 740 € 665 £	1 200 \$ 1 000 € 800 £
<p>Nous prenons en charge les soins médicaux d'urgence en ambulatoire reçus au service des urgences d'un hôpital, suite à un accident, une maladie soudaine et/ou l'exposition à un danger, et lorsque l'assuré ne passe pas la nuit à l'hôpital pour des raisons médicales.</p> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si vous avez sélectionné l'option Soins ambulatoires à l'international, cette garantie et les limites sont épuisées avant que la garantie Soins ambulatoires à l'international ne puisse être mise en jeu.</li> <li>La franchise applicable de la garantie Soins ambulatoires à l'international et la participation aux frais (si cette option a été choisie) s'appliqueront à cette garantie.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Services de transplantation</b> Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par assuré et par période de couverture.	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>Nous prenons en charge les frais d'hospitalisation et les frais de soins de jour directement liés à une transplantation d'organe chez un assuré, si cette transplantation est médicalement nécessaire et que l'organe à transplanter provient d'un donneur légitime et vérifié. Nous prenons également en charge les médicaments antirejet administrés après une transplantation.</p> <p>Si un assuré a besoin d'une transplantation d'organe (que le donneur soit ou non couvert par le contrat), nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le prélèvement de l'organe ou de la moelle épinière ;</li> <li>tous les tests ou procédures de compatibilité médicalement nécessaires ;</li> <li>les frais d'hospitalisation du donneur ; et</li> <li>tous les frais engagés si le donneur subit des complications, pendant une période de 30 jours après son opération.</li> </ul>			

<b>Imagerie médicale avancée (IRM, tomodensitométries et caméra à positons)</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	10 000 \$ 7 400 € 6 650 £	15 000 \$ 12 000 € 9 650 £	Règlement intégral
Nous prenons en charge l'imagerie médicale avancée si elle est recommandée par un praticien dans le cadre d'une hospitalisation, de soins de jour ou de soins ambulatoires.			

<b>Rééducation</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £ Jusqu'à 30 jours	10 000 \$ 7 400 € 6 650 £ Jusqu'à 60 jours	Règlement intégral  Jusqu'à 90 jours
<p>Nous prenons en charge les soins médicaux de rééducation, y compris la physiothérapie, la rééducation professionnelle, les traitements cardiaques, pulmonaires, cognitifs et orthophoniques.</p> <p>Nous prenons uniquement en charge les soins médicaux de rééducation faisant suite à une opération chirurgicale et/ou à un traumatisme. Si des séances de rééducation doivent avoir lieu dans un centre de rééducation résidentiel, nous prenons en charge l'hébergement et les repas.</p> <p>Pour déterminer si le plafond journalier a été atteint, nous comptabilisons chaque nuitée au cours de laquelle un assuré est hospitalisé et/ou reçoit des soins de jour comme une journée.</p> <p>Sous réserve de l'obtention d'une autorisation préalable, avant le début de tout traitement, nous prenons en charge les séances de rééducation au-delà du nombre de jours indiqué, si la poursuite du traitement est médicalement nécessaire et recommandée par le spécialiste traitant.</p> <p><b>Remarque importante :</b></p> <p>Nous approuvons les séances de rééducation uniquement si le spécialiste traitant nous fournit un rapport, expliquant la durée de séjour de l'assuré à l'hôpital, le diagnostic et les soins médicaux que l'assuré a reçus, ou doit recevoir.</p>			

<b>Soins à domicile</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £ Jusqu'à 30 jours	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £ jusqu'à 60 jours	Règlement intégral  Jusqu'à 120 jours
<p>Nous ne prendrons en charge les soins à domicile que s'ils sont dispensés au domicile de l'assuré par un infirmier qualifié et qu'ils comprennent des soins médicalement justifiés qui seraient habituellement dispensés à l'hôpital. Nous ne prenons pas en charge les soins à domicile représentant des soins non médicaux ou de l'aide personnelle.</p> <p>Nous prenons en charge des soins à domicile pour un assuré si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ils sont recommandés par un spécialiste suite à une hospitalisation ou des soins de jour couverts par ce contrat ;</li> <li>➤ ils commencent immédiatement après la sortie de l'assuré de l'hôpital ; et</li> <li>➤ ils réduisent la durée du séjour de l'assuré à l'hôpital.</li> </ul>			

<b>Acupuncture et médecine chinoise</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	1 500 \$ 1 100 € 1 000 £	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	Règlement intégral
<p>Nous prenons en charge l'acupuncture et la médecine chinoise uniquement si ce n'est pas le traitement principal que l'assuré doit recevoir à l'hôpital.</p> <p>L'acupuncteur ou le praticien en médecine chinoise doit être un praticien qualifié, titulaire de la licence appropriée pour exercer dans le pays où le traitement est dispensé.</p>			

<b>Soins palliatifs</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
<p>Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.</p>	<p><b>35 000 \$</b> <b>25 900 \$</b> <b>23 275 £</b></p>	<p><b>60 000 \$</b> <b>44 400 €</b> <b>38 400 £</b></p>	<p><b>Règlement intégral</b></p>
<p>Nous prenons en charge les soins palliatifs uniquement si un assuré est diagnostiqué en phase terminale, que son espérance de vie est de moins de six mois et qu'il n'existe aucun traitement efficace pour son rétablissement.</p> <p>Nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› soins à domicile ;</li> <li>› hospitalisation et soins de jour en hôpital ou centre de soins palliatifs ;</li> <li>› médicaments prescrits ; et</li> <li>› soins physiques et psychologiques.</li> </ul>			

<b>Prothèses</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
<p>Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par assuré et par période de couverture.</p>	<p><b>Règlement intégral</b></p>	<p><b>Règlement intégral</b></p>	<p><b>Règlement intégral</b></p>
<p>Nous prenons en charge les prothèses internes et externes nécessaires au traitement de l'assuré, sous réserve des limites expliquées ci-dessous.</p> <p>Nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› une prothèse nécessaire dans le cadre du traitement suivant immédiatement une intervention chirurgicale aussi longtemps que cela est médicalement nécessaire et/ou dans le cadre du processus de récupération à court terme ;</li> <li>› une prothèse externe initiale (mais pas de dispositif de remplacement) pour les assurés âgés d'au moins 18 ans, par période de couverture.</li> </ul> <p>Nous prenons en charge une prothèse externe initiale et jusqu'à deux remplacements pour les assurés âgés de 17 ans ou moins, par période de couverture.</p> <p>Si un assuré a besoin d'une prothèse de remplacement pendant la période de couverture, nous exigeons un rapport médical approprié.</p>			

<b>Services d'ambulance locaux et aériens</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
<p>Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par assuré et par période de couverture.</p>	<p><b>Règlement intégral</b></p>	<p><b>Règlement intégral</b></p>	<p><b>Règlement intégral</b></p>
<p>Si cela est médicalement nécessaire et lié à une pathologie couverte, nous prenons en charge une ambulance locale ou aérienne pour transporter un assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› du lieu d'un accident ou d'une blessure vers un hôpital ;</li> <li>› d'un hôpital à un autre ; ou</li> <li>› du domicile de l'assuré vers un hôpital.</li> </ul> <p>Nous prenons en charge une ambulance aérienne locale, par exemple un hélicoptère ambulance, uniquement si cela est nécessaire pour transporter un assuré sur une distance maximale de 160 km, si cela est médicalement approprié.</p> <p>La couverture pour une évacuation médicale ou un rapatriement sanitaire n'est disponible que si vous avez souscrit l'option Évacuation à l'international &amp; Crisis Assistance Plus™. Pour plus d'informations sur cette option, consultez la page 29 du présent Guide client.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Santé mentale et comportementale</b> Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	<b>5 000 \$</b> <b>3 700 €</b> <b>3 325 £</b>  <b>Jusqu'à 30 jours*</b> (hospitalisation et soins de jour)	<b>10 000 \$</b> <b>7 400 €</b> <b>6 650 £</b>  <b>Jusqu'à 60 jours*</b> (hospitalisation et soins de jour)	<b>Règlement intégral</b>  <b>Jusqu'à 90 jours*</b> (hospitalisation et soins de jour)

Nous prenons en charge :

- › Traitement fondé sur des preuves et médicalement nécessaire qui est recommandé par un praticien.
- › Soins dispensés à l'hôpital, en soins de jour ou soins ambulatoires, par un psychologue et/ou un psychiatre autorisé à exercer en vertu de la législation de ce pays.

#### Autisme et trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Nous prenons en charge :

- › Les frais médicaux, y compris les consultations chez le médecin et le pédiatre en lien avec l'autisme et le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), pour des soins ambulatoires uniquement, fondés sur des preuves et médicalement nécessaires.
- › Tests d'évaluation et de diagnostic en cas de symptômes d'autisme et de trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).
- › Thérapie comportementale si médicalement nécessaire et selon une pratique fondée sur les preuves.

#### Remarques importantes :

Nous ne prenons pas en charge :

- › Intervention éducative, orthophonie et dispositifs d'aide à l'apprentissage du langage.
- › Remèdes ou médicaments prescrits à un patient ambulatoire pour une quelconque de ces affections, sauf si vous avez souscrit l'option Soins ambulatoires à l'international.

Une autorisation préalable est requise pour tous les frais d'hospitalisation, de soins de jour et de soins ambulatoires.

\*Le plafond journalier ne s'applique qu'aux hospitalisations et soins de jour.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Traitement de l'obésité</b> Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture. Disponible après 24 mois de couverture de l'assuré.	<b>Aucune couverture</b>	<b>Remboursement à 70 % jusqu'à :</b> <b>20 000 \$</b> <b>14 800 €</b> <b>13 300 £</b>	<b>Remboursement à 80 % jusqu'à :</b> <b>25 000 \$</b> <b>18 500 €</b> <b>16 500 £</b>

Nous prenons en charge la chirurgie de l'obésité pour les assurés âgés de plus de 18 ans sur présentation de justificatifs attestant que toutes les autres méthodes de perte de poids, notamment les cures d'amincissement, les programmes nutritionnels, les aides-minceur et médicaments amincissants ont été essayées au cours des 24 derniers mois.

#### Remarques importantes :

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

	Silver	Gold	Platinum
<b>Chirurgie préventive du cancer</b> Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	<b>Remboursement à 70 % jusqu'à :</b> <b>10 000 \$</b> <b>7 400 €</b> <b>6 650 £</b>	<b>Remboursement à 80 % jusqu'à :</b> <b>18 000 \$</b> <b>13 300 €</b> <b>12 000 £</b>	<b>Remboursement à 80 % jusqu'à :</b> <b>18 000 \$</b> <b>13 300 €</b> <b>12 000 £</b>

Nous prenons en charge la chirurgie préventive du cancer lorsqu'un assuré a de lourds antécédents familiaux concernant une maladie liée à un syndrome de cancer héréditaire (comme le cancer des ovaires) et a passé des tests génétiques qui ont établi la présence d'un syndrome de cancer héréditaire.

Nous prenons en charge les tests génétiques uniquement si l'assuré est couvert par l'option Soins ambulatoires à l'international Gold ou Platinum.

<b>Soins anti-cancéreux</b>	Silver	Gold	Platinum
	Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par assuré et par période de couverture.	<b>Règlement intégral</b>	<b>Règlement intégral</b>
Après un diagnostic de cancer, nous prenons en charge les frais de traitement du cancer si nous considérons ce traitement comme un traitement actif et fondé sur les preuves, que l'assuré séjourne à l'hôpital ou reçoive des soins de jours ou des soins ambulatoires.			
Nous prenons en charge les tests génétiques uniquement si l'assuré est couvert par l'option Soins ambulatoires à l'international Gold ou Platinum.			

<b>Troubles congénitaux</b>	Silver	Gold	Platinum
	Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	<b>5 000 \$</b> <b>3 700 €</b> <b>3 325 £</b>	<b>20 000 \$</b> <b>14 800 €</b> <b>13 300 £</b>
Nous prenons en charge le traitement des troubles congénitaux, dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour, qui sont apparus avant le 18e anniversaire de l'assuré, quel que soit l'âge de l'assuré au moment du traitement.			
<b>Remarques importantes :</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous ne prenons pas en charge le traitement des troubles congénitaux au titre d'une autre garantie de la liste des garanties, sauf dans le cas suivant :</li> <li>› Une maladie congénitale est diagnostiquée après le 18e anniversaire d'un assuré. Les soins médicaux sont soumis aux plafonds de garantie applicables aux frais d'hospitalisation et frais de soins de jour.</li> </ul>			

<b>Garantie hospitalisation d'urgence hors zone de couverture</b>	Silver	Gold	Platinum
	Pour les assurés qui n'ont pas de couverture Monde entier, États-Unis compris.	<b>100 000 \$</b> <b>75 000 €</b> <b>65 000 £</b>	<b>250 000 \$</b> <b>200 000 €</b> <b>162 500 £</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	(hospitalisation et soins de jour)	(hospitalisation et soins de jour)	(hospitalisation et soins de jour)
Soins médicaux d'urgence, dans le cadre d'une hospitalisation et de soins de jour, au cours de déplacements professionnels ou privés de courte durée à l'intérieur de votre zone de couverture, lorsque votre vie est en danger.			
<b>Remarques importantes :</b>			
L'assuré ne doit pas avoir reçu de soins médicaux, avoir présenté des symptômes ni consulté en lien avec cet état de santé nécessitant des soins médicaux d'urgence avant de commencer le voyage.			
La couverture est limitée à :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• une durée maximale de 21 jours par voyage ; et</li> <li>• un total de 60 jours maximum par période de couverture, tous voyages confondus.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Si l'option Soins ambulatoires à l'international a été souscrite dans le cadre de votre contrat, les assurés sont couverts uniquement pour les soins ambulatoires d'urgence. La couverture est soumise au plafond de garantie annuel global et aux plafonds de garantie individuels applicables aux Soins ambulatoires à l'international.</li> <li>› Les frais relatifs à la maternité, la grossesse, l'accouchement ou toutes les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement sont exclus de cette Garantie hospitalisation d'urgence hors zone de couverture.</li> <li>› Cette garantie ne s'applique pas si vous avez sélectionné l'option Monde entier, États-Unis compris.</li> <li>› Nous exigeons des justificatifs de votre entrée et sortie des États-Unis.</li> <li>› Cette option n'est pas disponible si votre pays de résidence habituelle est les États-Unis.</li> <li>› Le fait de recevoir des soins médicaux ne doit pas avoir constitué l'un des objectifs du voyage.</li> <li>› Les soins médicaux d'urgence ne sont applicables que si vous ne pouvez pas bénéficier du régime public d'assurance maladie de ce pays.</li> </ul>			

## SOINS PARENTAUX ET PÉDIATRIQUES

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins de maternité courants</b> (Contrats Gold et Platinum uniquement) Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture. Prise en charge lorsque la mère est couverte par le contrat depuis 12 mois ou plus.	Aucune couverture	7 000 \$ 5 500 € 4 500 £	14 000 \$ 11 000 € 9 000 £

Nous prenons en charge les soins médicaux suivants, dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour, selon l'option la plus appropriée, si la mère est couverte par le contrat depuis au moins 12 mois consécutifs :

- › honoraires d'hôpital, d'obstétricien et de sage-femme pour un accouchement normal ; et
- › tous honoraires pour les soins postnatals nécessaires à la mère immédiatement après un accouchement normal.

Nous ne prenons pas en charge la gestation pour autrui ou tout traitement associé. Nous ne prenons pas en charge les soins ou traitements de maternité pour une assurée agissant en qualité de mère porteuse ni pour une personne agissant comme mère porteuse pour un assuré.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Complications de la maternité</b> (Contrats Gold et Platinum uniquement) Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture. Prise en charge lorsque la mère est couverte par le contrat depuis 12 mois ou plus.	Aucune couverture	14 000 \$ 11 000 € 9 000 £	28 000 \$ 22 000 € 18 000 £

Nous prenons en charge les frais d'hospitalisation ou les frais de soins ambulatoires en rapport avec des complications résultant d'une grossesse ou d'un accouchement si la mère est couverte par le contrat depuis au moins 12 mois consécutifs. Cette prise en charge est limitée à des états qui ne peuvent survenir qu'en conséquence directe de la grossesse ou de l'accouchement, y compris une fausse couche et une grossesse extra-utérine.

- › Cette partie du contrat d'assurance ne prévoit pas la couverture des naissances à domicile.
- › Nous prenons en charge une naissance par césarienne lorsque celle-ci est médicalement nécessaire. Si nous ne pouvons pas vérifier que celle-ci était médicalement nécessaire, nous prenons en charge uniquement les frais jusqu'à la limite de la garantie des soins de maternité courants.

Nous ne prenons pas en charge la gestation pour autrui ou tout traitement associé. Nous ne prenons pas en charge les soins ou traitements de maternité pour une assurée agissant en qualité de mère porteuse ni pour une personne agissant comme mère porteuse pour un assuré.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Accouchements à domicile</b> (Contrats Gold et Platinum uniquement) Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture. Prise en charge lorsque la mère est couverte par le contrat depuis 12 mois ou plus.	Aucune couverture	500 \$ 370 € 335 £	1 100 \$ 850 € 700 £

Nous prenons en charge les honoraires de sage-femme et de spécialistes en rapport avec des naissances normales à domicile si la mère est couverte par le contrat depuis au moins 12 mois consécutifs.

- › Veuillez noter que les Complications de la couverture des soins de maternité expliquées ci-dessus n'incluent pas la couverture des accouchements à domicile. Cela signifie que tous frais en rapport avec des complications survenant dans le cadre d'une naissance au domicile ne seront réglés que conformément aux limites de l'accouchement à domicile, comme expliquées dans la liste des garanties.

Soins aux nouveau-nés	Silver	Gold	Platinum
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par période de couverture, au cours des 90 premiers jours suivant la naissance.	<b>25 000 \$</b>	<b>75 000 \$</b>	<b>156 000 \$</b>
Disponible une fois que l'un des parents a été couvert par le contrat pour 12 mois ou plus.*	<b>18 500 €</b>	<b>55 500 €</b>	<b>122 000 €</b>
	<b>16 500 £</b>	<b>48 000 £</b>	<b>100 000 £</b>

À condition que le nouveau-né soit ajouté au contrat, nous prenons en charge :

- › jusqu'à 10 jours de soins courants pour le nouveau-né après la naissance ; et
- › Tous les soins médicaux nécessaires pour le nouveau-né au cours des 90 premiers jours suivant la naissance, à la place de toute autre garantie.

**Remarques importantes :**

Ajout du nouveau-né au contrat:

- › Si au moins un (1) des parents est couvert par le contrat depuis au moins douze (12) mois consécutifs avant la naissance du nouveau-né, nous ne demanderons aucun renseignement sur sa santé, ni aucun examen médical si nous recevons la souscription pour l'ajout du nouveau-né au contrat dans les trente (30) jours suivant la date de naissance du nouveau-né. Cependant, si nous recevons une souscription plus de trente (30) jours après la date de naissance du nouveau-né, le nouveau-né fera l'objet d'une appréciation du risque médical.
- › \*Si aucun parent n'est couvert par le contrat depuis au moins douze (12) mois consécutifs avant la naissance du nouveau-né, celui-ci fera l'objet d'une appréciation du risque médical et vous pourrez soumettre une souscription pour ajouter le nouveau-né. Si une appréciation du risque médical est nécessaire pour le nouveau-né, nous vous dirons alors si nous pouvons assurer le nouveau-né et, le cas échéant, quelles sont toutes les conditions ou exclusions spécifiques qui s'appliquent. L'assurance prendra effet à compter de la date à laquelle vous acceptez les conditions proposées.
- › Les enfants nés d'une mère porteuse ou qui ont été adoptés ne peuvent être couverts par le contrat qu'à partir de leur 90e jour. La couverture du nouveau-né nécessite de répondre au préalable à un questionnaire médical, sur la base duquel nous pouvons appliquer des restrictions ou exclusions spéciales.

Tous les soins médicaux nécessaires en lien avec des troubles congénitaux d'un nouveau-né sont couverts par la garantie « Troubles congénitaux », détaillée à la page 21, et sont soumis aux conditions de l'ajout du nouveau-né au contrat comme précisé ci-dessus.

## VOS OPTIONS DE FRANCHISE ET DE PARTICIPATION AUX FRAIS

	0 \$	0 €	0 £
<b>Franchise</b>	<b>375 \$</b>	<b>275 €</b>	<b>250 £</b>
	<b>750 \$</b>	<b>550 €</b>	<b>500 £</b>
	<b>1 500 \$</b>	<b>1 100 €</b>	<b>1 000 £</b>
	<b>3 000 \$</b>	<b>2 200 €</b>	<b>2 000 £</b>
	<b>7 500 \$</b>	<b>5 500 €</b>	<b>5 000 £</b>
	<b>10 000 \$</b>	<b>7 400 €</b>	<b>6 650 £</b>

Une franchise est le montant que vous devez régler avant tout remboursement pris en charge par votre couverture d'assurance.

<b>Participation aux frais après franchise</b>	<b>Veillez commercer par choisir votre pourcentage de participation aux frais</b>
La participation aux frais est le pourcentage de chaque demande de remboursement qui n'est pas prise en charge dans le cadre de votre couverture.	<b>0% / 10% / 20% / 30%</b>

<b>Participation maximale (annuelle) aux frais</b>	<b>Choisissez ensuite votre participation maximale (annuelle) aux frais:</b>
La participation maximale aux frais correspond au montant maximal de participation aux frais restant à votre charge par période de couverture.	<b>2 000 \$</b> <b>5 000 \$</b>
Le montant de la participation aux frais est calculé après la prise en compte de la franchise. Seules les sommes que vous versez dans le cadre de la participation aux frais sont prises en compte au titre de la participation maximale aux frais.	<b>1 480 €</b> <b>ou</b> <b>3 700 €</b>
	<b>1 330 £</b> <b>3 325 £</b>

LES PAGES SUIVANTES DÉTAILLENT LES GARANTIES FACULTATIVES DISPONIBLES À AJOUTER À VOTRE COUVERTURE DE BASE, ASSURANCE MÉDICALE INTERNATIONALE.



**CONSULTEZ VOTRE ATTESTATION D'ASSURANCE POUR VÉRIFIER DE QUELLE COUVERTURE VOUS BÉNÉFICIEZ EXACTEMENT.**

## SOINS AMBULATOIRES À L'INTERNATIONAL

Le module facultatif Soins ambulatoires à l'international offre une couverture plus large des soins ambulatoires lorsqu'une admission à l'hôpital pour des soins de jour ou une hospitalisation n'est pas nécessaire, y compris les consultations chez des spécialistes, les médicaments et pansements prescrits dans le cadre de soins ambulatoires, la rééducation, les tests génétiques pour le cancer, et bien plus encore.

Vous n'avez pas besoin d'obtenir une autorisation préalable pour les soins ambulatoires à l'exception des soins suivants :

- › Tests génétiques pour le cancer
- › Santé mentale et comportementale (en soins ambulatoires)
- › Bilan d'infertilité et traitement
- › Médicaments et pansements prescrits pendant plus de 3 mois
- › Physiothérapie, chiropraxie et ostéopathie au-delà de 10 séances.

Pour tout autre traitement couvert par le module Soins ambulatoires à l'international, vous n'avez pas besoin de nous contacter pour obtenir une autorisation préalable.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Plafond de garantie annuel global – par assuré et par période de couverture</b> Ceci comprend les remboursements effectués au titre de toutes les garanties des Services ambulatoires à l'international.	15 000 \$ 12 000 € 9 650 £	35 000 \$ 25 900 € 23 275 £	Règlement intégral

	Silver	Gold	Platinum
<b>Consultations avec des praticiens et spécialistes</b> Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral

- › Nous prenons en charge les consultations ou visites de praticiens qui sont nécessaires pour diagnostiquer une maladie, ou pour organiser ou recevoir un traitement.
- › Nous prenons en charge le traitement non chirurgical sur une base ambulatoire, recommandé par un spécialiste comme étant médicalement nécessaire.

<b>Médicaments et pansements prescrits</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	1 500 \$ 1 100 € 1 000 £	3 000 \$ 2 200 € 2 000 £	Règlement intégral
<p>Nous prenons en charge les médicaments et pansements lorsqu'ils sont prescrits par un praticien dans un cadre ambulatoire.</p> <p><b>Remarque importante :</b></p> <p>Les médicaments prescrits par un médecin et/ou délivrés par une pharmacie aux États-Unis sont soumis à la liste des médicaments de notre formulaire.</p>			

<b>Pathologie, radiologie et tests de diagnostic (sauf Imagerie médicale avancée)</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral
<p>Nous prendrons en charge les tests suivants s'ils sont médicalement justifiés et recommandés par un spécialiste comme faisant partie d'un traitement d'un assuré en ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› les analyses de sang et d'urine ;</li> <li>› les radiographies ;</li> <li>› les échographies ;</li> <li>› les électrocardiogrammes (ECG) ; et</li> <li>› autres tests diagnostics (hors imagerie médicale avancée).</li> </ul> <p><b>Remarque importante :</b></p> <p>Nous prendrons en charge les tests médicalement nécessaires concernant la pandémie, l'épidémie ou la déclaration soudaine d'une maladie infectieuse, sur une base ambulatoire, 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).</p>			

<b>Rééducation ambulatoire</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	10 000 \$ 7 400 € 6 650 £	Règlement intégral
<p>Nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› physiothérapie ambulatoire ;</li> <li>› ergothérapie ambulatoire ;</li> <li>› soins; ostéopathiques et chiropratiques ;</li> <li>› orthophonie ; et</li> <li>› rééducation cardiaque et pulmonaire.</li> </ul> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <p><b>Physiothérapie, ostéopathie et chiropraxie ambulatoires :</b></p> <p>Nous prenons en charge ce traitement s'il est médicalement nécessaire et analeptique pour vous aider à effectuer vos activités normales de la vie quotidienne. Le traitement doit être réalisé par un praticien qualifié, détenteur de la licence appropriée pour exercer dans le pays où le traitement est dispensé. Ceci exclut tout traitement en médecine du sport.</p> <p><b>Orthophonie :</b></p> <p>Nous prenons en charge l'orthophonie reconstructive si elle est nécessaire immédiatement après un traitement couvert par ce contrat (par exemple dans le cadre du suivi de l'assuré après un AVC) et confirmée par un spécialiste comme étant médicalement nécessaire à court terme.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins pré- et postnatals</b> (Contrats Gold et Platinum uniquement)			
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.			
Prise en charge lorsque la mère est couverte par le contrat depuis 12 mois ou plus.			
	<b>Aucune couverture</b>	<b>3 500 \$</b> <b>2 750 €</b> <b>2 250 £</b>	<b>7 000 \$</b> <b>5 500 €</b> <b>4 500 £</b>
<p>           &gt; Nous prendrons en charge les soins pré- et postnatals médicalement justifiés sur une base ambulatoire si la mère a été assurée par l'option Soins ambulatoires à l'international pendant une période ininterrompue de 12 mois ou plus.         </p> <p>           &gt; Exemples de soins et examens prénatals :           <ul style="list-style-type: none"> <li>• les honoraires courants d'obstétriciens et sages-femmes ;</li> <li>• tous les examens et échographies prévus ;</li> <li>• les remèdes, médicaments et pansements prescrits ;</li> <li>• les examens sanguins prénatals courants, si nécessaire ;</li> <li>• l'amniocentèse (ou analyse du liquide amniotique) ou prélèvement de villosités chorales (ou PVC) ;</li> <li>• des tests prénatals non invasifs pour des personnes à risque.</li> </ul>           Soins postnatals :           <ul style="list-style-type: none"> <li>• tous les frais, y compris les médicaments et pansements prescrits, liés à des soins postnatals nécessaires à la mère immédiatement après un accouchement normal.</li> </ul> </p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Bilan d'infertilité et traitement</b>			
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période contractuelle.			
Disponible après 24 mois de couverture de l'assuré.			
	<b>Aucune couverture</b>	<b>Aucune couverture</b>	<b>10 000 \$</b> <b>7 400 €</b> <b>6 650 £</b>
<p>           Nous prenons en charge les examens permettant d'établir la cause de l'infertilité si un spécialiste exclut toute cause médicale et que l'assuré n'avait pas connaissance de l'existence d'un problème d'infertilité, et ne présentait aucun symptôme à la prise d'effet de ce contrat.         </p> <p>           Si nécessaire, nous prenons en charge au maximum 4 tentatives de traitement de l'infertilité, jusqu'au nombre total indiqué par période du contrat. Cette garantie est accessible uniquement aux assurés âgés de 41 ans maximum.         </p> <p>           Une autorisation préalable est requise pour tout bilan d'infertilité et traitement de l'infertilité.         </p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Apnée du sommeil</b>			
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.			
	<b>Aucune couverture</b>	<b>1 500 \$</b> <b>1 100 €</b> <b>1 000 £</b>	<b>2 000 \$</b> <b>1 480 €</b> <b>1 330 £</b>
<p>           Sur recommandation de votre praticien, nous prenons en charge une étude du sommeil ou des tests de sommeil à domicile pour déterminer si vous souffrez d'apnée du sommeil.         </p> <p>           S'il est établi que vous souffrez d'apnée du sommeil, nous prenons en charge la location d'un appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) ou, si nécessaire, d'autres dispositifs buccaux.         </p> <p>           Si cela est approprié d'un point de vue médical, nous prenons en charge la chirurgie.         </p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Tests génétiques pour le cancer</b>			
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période contractuelle.			
Disponible après 12 mois de couverture de l'assuré.			
	<b>Aucune couverture</b>	<b>2 000 \$</b> <b>1 480 €</b> <b>1 330 £</b>	<b>4 000 \$</b> <b>2 950 €</b> <b>2 650 £</b>
<p>           Nous prenons en charge les tests génétiques pour les assurés présentant un risque accru de cancer, si cela est médicalement nécessaire et fondé sur des preuves médicales.         </p>			

<b>Acupuncture et médecine chinoise</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 000 \$ 3 700 € 3 325 £	Règlement intégral
Nous prenons en charge un total maximum combiné de 15 consultations avec des acupuncteurs et praticiens en médecine chinoise, si ces traitements sont recommandés par un praticien. Le traitement doit être réalisé par un praticien qualifié, détenteur de la licence appropriée pour exercer dans le pays où le traitement est dispensé.			

<b>Équipement médical durable</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par assuré et par période de couverture.	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
Nous prenons en charge l'utilisation d'équipement médical durable recommandée par un spécialiste à l'appui du traitement de l'assuré qui est couvert par ce contrat.			
Nous ne prenons en charge qu'un seul type d'équipement médical par période de couverture :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>› non jetable, et pouvant être utilisé plus d'une fois ;</li> <li>› qui sert un objectif médical ;</li> <li>› qui peut être utilisé au domicile ; et</li> <li>› de type habituellement utilisé uniquement par une personne souffrant des conséquences d'une maladie, d'une affection ou d'une blessure.</li> </ul>			

<b>Vaccins adultes</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	250 \$ 185 € 165 £	Règlement intégral	Règlement intégral
Nous prenons en charge certains vaccins et immunisations cliniquement appropriés, à savoir.			

<b>Accidents dentaires</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	1 000 \$ 740 € 665 £	Règlement intégral	Règlement intégral
Si un assuré a besoin d'un traitement dentaire suite à des blessures qu'il a subies dans un accident, nous prenons en charge les soins dentaires ambulatoires pour toute(s) dent(s) solide(s) et naturelle(s) abîmée(s) ou touchée(s) par l'accident, à condition que les soins commencent immédiatement après l'accident et s'achèvent dans les 30 jours après la date de l'accident.			
Afin d'approuver ces soins, nous demanderons confirmation par le dentiste traitant de l'assuré :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>› de la date de l'accident ; et</li> <li>› de la qualité solide et naturelle de la dent/des dents objets des soins proposés.</li> </ul>			
Nous prenons en charge ces soins à la place de tous autres soins dentaires auxquels l'assuré pourrait prétendre en vertu de ce contrat, lorsqu'il a besoin de soins suite à des dommages accidentels à une ou plusieurs dents.			
Nous ne prenons pas en charge la réparation ou la pose d'implants dentaires, de couronnes ou de dentiers au titre de ce contrat.			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Pédiatrie</b> Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par assuré et par période de couverture.	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
Nous couvrirons les frais de santé liés au bien-être des enfants et des adolescents à intervalles d'âge appropriés, dispensés par un praticien concernant les soins préventifs suivants: <ul style="list-style-type: none"> <li>› de l'examen de l'historique médical ;</li> <li>› des examens physiques ;</li> <li>› de l'évaluation du développement ;</li> <li>› des directives préalables ; et</li> <li>› des vaccins et analyses de laboratoire appropriés.</li> </ul> <b>Remarques importantes :</b> Les consultations chez un psychiatre ou un psychologue sont couvertes par la garantie Santé mentale et thérapies comportementales dans le cadre de l'Assurance médicale internationale. En outre, nous prenons en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>› un examen d'entrée à l'école, pour évaluer la croissance, l'ouïe et la vision, pour chaque enfant à sa première rentrée scolaire ;</li> <li>› un dépistage de rétinopathie diabétique pour les enfants souffrant de diabète.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins + de 60 ans</b> Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	Aucune couverture	1 000 \$ 740 € 665 £	2 000 \$ 1 480 € 1 330 £
Si un assuré est âgé de 60 ans ou plus, ou atteindra l'âge de 60 ans pendant la période de couverture et souffre de l'une des maladies suivantes, comme indiqué dans son questionnaire médical (et que cette maladie apparaît comme une exclusion spéciale sur votre attestation d'assurance), nous prenons en charge les frais de soins ambulatoires médicalement nécessaires liés au traitement de cette maladie : hypertension, diabète de type 2, glaucome, arthrite, douleurs articulaires ou dorsales, ostéoporose / ostéogénie. <b>Remarques importantes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Si, à la souscription, vous avez choisi d'avoir l'une des maladies ci-dessus couvertes moyennant un supplément de prime, de sorte que la maladie est couverte complètement en cas d'hospitalisation et de soins ambulatoires (si l'option Soins ambulatoires à l'international a été sélectionnée), cette garantie ne s'appliquera pas.</li> <li>› Exemples de soins et examens médicalement nécessaires : consultations chez des praticiens, médicaments et pansements prescrits, pathologie et radiologie, rééducation ambulatoire, acupuncture et médecine chinoise. Veuillez noter que cette garantie exclut l'imagerie médicale avancée.</li> <li>› Vous êtes couvert pour la/les maladie(s) (mais pas pour les maladies, les symptômes ou les complications découlant de ces maladies) sur une base ambulatoire, jusqu'aux plafonds indiqués par période de couverture.</li> <li>› La garantie est soumise à l'éventuelle participation aux frais ou franchise que vous avez choisie dans votre contrat.</li> </ul>			

## VOS OPTIONS DE FRANCHISE ET DE PARTICIPATION AUX FRAIS

	0 \$ 150 \$ 500 \$ 1 000 \$ 1 500 \$	0 € 110 € 370 € 700 € 1 100 €	0 £ 100 £ 335 £ 600 £ 1 000 £
<b>Franchise</b> Une franchise est le montant que vous devez régler avant tout remboursement pris en charge par votre couverture d'assurance.			

<b>Participation aux frais après franchise</b> La participation aux frais est le pourcentage de chaque demande de remboursement qui n'est pas prise en charge dans le cadre de votre couverture.	<b>Veillez commercer par choisir votre pourcentage de participation aux frais</b> <b>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</b>
<b>Participation maximale (annuelle) aux frais</b> La participation maximale aux frais correspond au montant maximal de participation aux frais restant à votre charge par période de couverture. Le montant de la participation aux frais est calculé après la prise en compte de la franchise Seules les sommes que vous versez dans le cadre de la participation aux frais sont prises en compte au titre de la participation maximale aux frais.	<b>Choisissez ensuite votre participation maximale (annuelle) aux frais:</b> <b>3 000 \$</b> <b>2 200 €</b> <b>2 000 £</b>

# ÉVACUATION À L'INTERNATIONAL & CRISIS ASSISTANCE PLUS™

L'évacuation médicale internationale assure la prise en charge des frais de transport, dans des limites raisonnables, vers le centre d'excellence médicale le plus proche si les soins ne sont pas disponibles localement en cas d'urgence. Cette option inclut également le rapatriement sanitaire suite à une maladie grave ou après un traumatisme ou une opération chirurgicale, ainsi que les déplacements d'un parent, du conjoint, du compagnon/de la compagne, d'un frère ou d'une sœur ou d'un enfant de l'assuré pour lui rendre visite après un accident ou une maladie soudaine lorsque l'assuré n'a pas été évacué ou rapatrié.

Assurer votre tranquillité d'esprit, à vous et à votre famille, en particulier lorsque vous voyagez dans le monde entier, est primordial pour nous. Outre l'évacuation sanitaire, cette option inclut également le programme Crisis Assistance Plus™ qui fournit des conseils rapides en cas d'urgence et une assistance locale coordonnée, 24 h/24, 7 j/7, en cas de risque auquel vous pourriez être confronté lorsque vous voyagez avec votre famille dans le monde entier.

## ÉVACUATION MÉDICALE INTERNATIONALE

	Silver	Gold	Platinum
<b>Évacuation médicale internationale Plafond annuel global par assuré et par période de couverture</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral

	Silver	Gold	Platinum
<b>Évacuation médicale</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral

Transfert vers le centre d'excellence médical le plus proche si les soins médicaux exigés par l'état de l'assuré ne sont pas disponibles localement en cas d'urgence.

Si un assuré a besoin de soins médicaux d'urgence, nous prenons en charge son évacuation médicale :

- › pour le transporter à l'hôpital le plus proche qui propose les soins médicaux nécessaires (même si cet hôpital se situe dans une autre région du pays, ou dans un autre pays) ; et
- › pour le ramener à l'endroit d'où il venait, à condition que le voyage de retour n'intervienne pas plus de 14 jours après la fin des soins médicaux.

En ce qui concerne le voyage de retour, nous prenons en charge :

- › le prix d'un billet d'avion en classe économique ; ou
- › des frais de voyage raisonnables par terre ou par mer ; le montant le plus faible étant retenu.

Nous prenons en charge les frais de taxi uniquement si :

- › il est médicalement préférable pour l'assuré de se rendre à l'aéroport en taxi, plutôt qu'en ambulance ; et
- › un accord préalable a été obtenu du service d'assistance médicale.

Nous prenons en charge l'évacuation (mais pas le rapatriement sanitaire) si l'assuré a besoin d'examens diagnostics ou d'un traitement anticancéreux (comme une chimiothérapie) si, de l'avis de notre service d'assistance médicale, l'évacuation est médicalement nécessaire dans la situation.

Nous ne prenons en charge aucuns autres frais en rapport avec l'évacuation (tels que des frais d'hébergement).

### Remarque importante :

Si vous avez besoin de retourner à l'hôpital à partir duquel vous avez été évacué, pour un traitement de suivi, nous ne prenons pas en charge les frais de voyage ou les indemnités de frais de vie.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Rapatriement sanitaire</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>Si un assuré a besoin d'un rapatriement sanitaire suite à une maladie grave, un traumatisme ou une intervention chirurgicale, nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› le retour dans son pays de résidence habituelle ou pays de nationalité ; et</li> <li>› le retour à l'endroit d'où il venait, à condition que le voyage de retour ait lieu pas plus de 14 jours après la fin des soins médicaux.</li> </ul> <p>Le voyage susmentionné doit être approuvé au préalable par notre service d'assistance médicale et pour éviter toute ambiguïté, tous les frais de transport doivent être raisonnables et habituels.</p> <p>En ce qui concerne le voyage de retour, nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› le prix d'un billet d'avion en classe économique ; ou</li> <li>› des frais de voyage raisonnables par terre ou par mer ; le montant le plus faible étant retenu.</li> </ul> <p>Nous prenons en charge les frais de taxi uniquement si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› il est médicalement préférable pour l'assuré de se rendre à l'aéroport en taxi, plutôt qu'en ambulance ; et</li> <li>› un accord préalable a été obtenu du service d'assistance médicale.</li> </ul> <p>Nous ne prenons en charge aucuns autres frais liés à un rapatriement sanitaire (tels que des frais d'hébergement).</p> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <p>Si vous avez besoin de retourner à l'hôpital à partir duquel vous avez été rapatrié, pour un traitement de suivi, nous ne prenons pas en charge les frais de voyage ni les frais de séjour.</p> <p>Si un assuré contacte le service d'assistance médicale pour demander une autorisation préalable pour un rapatriement sanitaire, mais que le service d'assistance médicale ne considère pas le rapatriement médicalement justifié, nous pouvons, à la place, organiser l'évacuation de l'assuré vers l'hôpital le plus proche dispensant les soins médicaux nécessaires. Nous rapatrions alors l'assuré vers son pays de nationalité spécifié ou son pays de résidence habituelle si son état est stable, et qu'il est médicalement justifié de le faire.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Rapatriement de la dépouille mortelle</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>Si un assuré décède en dehors de son pays de résidence habituelle pendant la période de couverture, le service d'assistance médicale organisera le retour de sa dépouille mortelle dans son pays de résidence habituelle ou son pays de nationalité dès que possible, sous réserve des conditions et restrictions des compagnies aériennes.</p> <p>Nous ne prenons pas en charge les frais associés à l'enterrement ou à la crémation, ni les frais de transport d'une personne pour récupérer ou accompagner la dépouille mortelle de l'assuré.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Frais de voyage d'un accompagnateur</b>	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>Si un assuré a besoin d'un parent, frère ou sœur, enfant, conjoint ou compagnon/compagne pour l'accompagner dans son voyage en rapport avec une évacuation ou un rapatriement sanitaire, parce qu'il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› a besoin d'aide pour monter ou descendre d'un avion ou autre véhicule ;</li> <li>› voyage sur plus de 1 600 km ou plus ;</li> <li>› est anxieux ou en détresse, et qu'il n'est pas accompagné par une infirmière, auxiliaire médical ou autre accompagnateur médical ; ou</li> <li>› est gravement malade ou blessé ;</li> </ul> <p>nous prenons en charge l'accompagnement par un membre de sa famille ou son compagnon/sa compagne. Les voyages (afin d'éviter toute ambiguïté, un voyage inclut le trajet aller et le trajet retour) doivent être approuvés au préalable par le service d'assistance médicale et le voyage de retour doit avoir lieu pas plus tard que 14 jours après la fin des soins médicaux.</p> <p>Nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› le prix d'un billet d'avion en classe économique ; ou</li> <li>› les frais de voyage raisonnables par terre ou par mer ;</li> </ul> <p>le montant le plus faible étant retenu.</p> <p>Si cela est approprié compte tenu des besoins médicaux de l'assuré, le membre de la famille ou compagnon/compagne qui l'accompagne peut voyager dans une autre classe.</p> <p>S'il est médicalement nécessaire d'évacuer ou de rapatrier un assuré, et qu'il sera accompagné par son conjoint ou compagnon/compagne, nous prenons également en charge les frais de voyage raisonnables de tous enfants de 17 ans ou moins, si ces enfants resteraient autrement sans parent ou tuteur.</p> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Nous ne prenons pas en charge l'accompagnement de l'assuré par un tiers, si l'objectif original de l'évacuation était de permettre à l'assuré de recevoir des soins médicaux en ambulatoire.</li> <li>› Nous ne prenons pas en charge d'autres frais en rapport avec les frais de voyage du tiers, comme l'hébergement ou le transport local.</li> </ul>			

**Si vous avez souscrit cette option, nous mettrons également les sommes ci-dessous à disposition pour les visites compassionnelles des membres de votre famille proche.**

<b>Visite compassionnelle - frais de déplacement.</b>	Silver	Gold	Platinum
Jusqu'à un maximum de 5 voyages pour la durée de vie. Jusqu'au montant maximum indiqué par période de couverture.	1 200 \$ 1 000 € 800 £	1 200 \$ 1 000 € 800 £	1 200 \$ 1 000 € 800 £
<b>Visite compassionnelle - frais de séjour.</b>	Silver	Gold	Platinum
À hauteur du montant total indiqué par jour, pour chaque visite avec un maximum de 10 jours par visite.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £

Pour chaque assuré, nous prenons en charge jusqu'à 5 visites compassionnelles sur la durée de vie de la couverture d'assurance. Les visites compassionnelles doivent être approuvées au préalable par notre service d'assistance médicale.

Nous prenons en charge le coût d'un voyage en classe économique pour un parent, un conjoint, un compagnon/une compagne, un frère, une sœur ou enfant pour rendre visite à l'assuré après un accident ou une maladie soudaine, si l'assuré se trouve dans un pays différent et qu'il est prévu une hospitalisation de ce dernier de 5 jours ou plus, ou qu'il a fait l'objet d'un diagnostic terminal à court terme.

Nous prenons également en charge les dépenses de la vie quotidienne d'un membre de la famille pendant une visite compassionnelle, pour une durée allant jusqu'à 10 jours par visite pendant qu'ils sont en dehors de leur pays de résidence habituelle jusqu'aux limites indiquées dans la liste des garanties (sous réserve de recevoir les reçus des frais engagés).

**Remarque importante :**

- › Nous ne prenons pas en charge de visites compassionnelles lorsque l'assuré a été évacué ou rapatrié. Si une évacuation ou un rapatriement a lieu pendant une visite compassionnelle, nous ne prenons pas en charge d'autres frais de transport de tiers.

## PROGRAMME CRISIS ASSISTANCE PLUS™

Le programme est fourni par un expert mondial des interventions en situations de crise, FocusPoint International®, qui accompagne les voyageurs dans le monde entier avec des centres d'assistance et des ressources d'intervention d'urgence multilingues dans plus de 100 pays.

Crisis Assistance Plus™ (CAP) fournit des conseils rapides en situation d'urgence et une assistance locale coordonnée pour dix risques susceptibles d'impacter les assurés lorsqu'ils voyagent :

- › Terrorisme
- › Pandémie
- › Troubles politiques
- › Catastrophes naturelles
- › Chantage ou extorsion
- › Crimes violents
- › Disparitions de personnes
- › Détournements
- › Enlèvements avec demandes de rançon
- › Détentions abusives

Le programme offre aux assurés un accès 24 h/24, 7 j/7, à la demande, aux centres d'assistance mondiaux de FocusPoint International, pour obtenir des conseils et une intervention en cas de crise si nécessaire.

En fonction de la situation, le programme met à disposition :

- › des équipes d'intervention rapide et des gestionnaires CAP dédiés déployés dans le monde entier sous 24 heures ;
- › du personnel de sécurité expérimenté pour le sauvetage, la mise à l'abri et l'évacuation terrestre ;
- › des équipes de communication de crise reconnues au niveau national ;
- › des spécialistes chevronnés de la gestion des enlèvements avec demande de rançon et des extorsions ;
- › relais de messages d'urgence aux membres de la famille ou employeurs ;
- › informations actualisées sur les risques régionaux ; et
- › accès à une flotte d'avions privée, avec un avion lancé en seulement 60 minutes

### Remarques importantes :

- › FocusPoint International fournira des services de réponse aux crises dans une limite de deux incidents physiques par assuré par période de couverture. Le programme donne accès à des consultations illimitées en situation de crise pendant la période de couverture.
- › La réponse à un incident physique qui donne droit à l'assurance est limitée à quarante-cinq (45) jours civils d'assistance.
- › Le programme Crisis Assistance Plus™ n'est pas une police d'assurance. FocusPoint ne rembourse ou n'indemnise pas, et ne remboursera ou n'indemnifiera pas, les assurés pour les frais encourus directement par un assuré et/ou en son nom. Tous les frais supplémentaires sont encourus et payés directement par FocusPoint et à son entière discrétion.

Nous ne sommes pas associés aux décisions prises par FocusPoint International, et déclinons toute responsabilité à cet égard. FocusPoint International ne fournit pas de services d'intervention de crise :

- › en cas d'enlèvement ou de crime violent commis par un parent ;
- › à toute personne dont l'assurance enlèvement a été annulée ou refusée ;
- › à toute personne qui a été enlevée par le passé ;
- › en cas d'enlèvement d'une personne protégée dans son pays de résidence ;
- › si des résolutions des Nations unies ou le droit de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis interdisent de fournir ces services ;
- › contre le paiement d'une rançon ;
- › si l'assuré décide de voyager dans des zones faisant l'objet d'avertissements officiels actifs, déconseillant de voyager dans ces zones ;
- › pour un contentieux commercial ;
- › pour des frais supplémentaires occasionnés par un retard de transport non couvert ;
- › pour un suicide ou une tentative de suicide ;
- › en cas de guerre, déclarée ou pas, entre la Chine, le Royaume-Uni, la Fédération de Russie et les États-Unis ou une guerre en Europe autre qu'une guerre civile ;
- › pour toute action de maintien de l'ordre engagée par ou pour les Nations Unies, et à laquelle les pays susmentionnés ou toutes forces armées participent ; et
- › en cas de perte ou de destruction de biens découlant de tout préjudice indirect ou de toute responsabilité légale engendrés par la radioactivité.

**Si vous êtes confronté à l'une des situations de crise susmentionnées, veuillez contacter notre équipe du Service clients. Nous vous mettrons en relation avec un consultant en gestion de crise qui pourra vous donner des conseils et coordonner une assistance immédiate dans le monde entier. Pour utiliser ce service, nous devons communiquer vos nom et coordonnées à FocusPoint International.**

Silver

Gold

Platinum

**FocusPoint International paiera les frais de consultation en situation de crise et tout autre frais supplémentaire en fonction de la réponse couverte (dans une limite de deux incidents physiques par assuré par période de couverture), en incluant notamment :**

- › évacuation d'urgence en cas de troubles politiques ou de catastrophe naturelle ;
- › assistance juridique ;
- › interprète indépendant ;
- › déménagement, déplacements et hébergement ;
- › personnel de sécurité déployé temporairement, exclusivement aux fins de la protection d'un assuré, et basé dans un pays où une situation de crise s'est produite.

## Les notes importantes et conditions générales suivantes s'appliquent à l'ensemble de la couverture fournie dans le cadre de l'option Évacuation médicale internationale.

### Remarques importantes

Les services décrits dans cette section sont fournis ou organisés par le service d'assistance médicale dans le cadre de ce contrat d'assurance.

Les conditions suivantes s'appliquent aux évacuations et aux rapatriements médicaux d'urgence :

- › toutes les évacuations et tous les rapatriements doivent être préalablement approuvés par le service d'assistance médicale, lequel peut être contacté par le biais de l'équipe du Service clients ;
- › les soins pour lesquels ou à la suite desquels l'évacuation ou le rapatriement est nécessaire doivent être recommandés par une infirmière qualifiée ou un praticien ;
- › les services d'évacuation et de rapatriement sont disponibles dans le cadre de ce contrat uniquement si l'assuré est traité (ou doit être traité) dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour ;
- › les soins nécessitant l'évacuation ou le rapatriement doivent :
  - être des soins pour lesquels l'assuré est couvert par ce contrat ; et
  - ne pas être disponibles à l'endroit d'où l'assuré doit être évacué ou rapatrié ;
  - l'assuré doit déjà bénéficier de la couverture dans le cadre de l'option Évacuation médicale internationale, avant d'avoir besoin du service d'évacuation ou de rapatriement ;
  - l'assuré doit bénéficier de la couverture dans la zone de couverture sélectionnée qui inclut le pays où les soins seront prodigués après l'évacuation ou le rapatriement (soins aux États-Unis exclus, sauf si l'assuré a acheté l'option Monde entier États-Unis compris) ;
- › nous prenons en charge les services d'évacuation ou de rapatriement uniquement si tous les détails de l'organisation sont préalablement approuvés par notre service d'assistance médicale. Avant que nous donnions notre accord, vous devez nous fournir toutes les informations ou preuves raisonnables que nous pourrions demander ;
- › nous n'approuverons pas et ne paierons pas une évacuation ou un rapatriement si, selon notre avis raisonnable, ce n'est pas approprié ou si cela est contraire à un avis médical. Pour déterminer si une évacuation ou un rapatriement est approprié, nous nous appuyons sur les pratiques cliniques et médicales établies ;
- › nous pouvons de temps à autre réviser cette couverture et nous nous réservons le droit de vous contacter pour obtenir des informations supplémentaires dans les limites du raisonnable.

### Conditions générales

- › Si la situation locale rend l'accès à une zone impossible, peu pratique ou excessivement dangereux, par exemple à cause d'une instabilité politique ou d'une guerre, il se peut que nous ne puissions pas organiser les services d'évacuation ou de rapatriement. Ce contrat d'assurance ne garantit pas que les services d'évacuation ou de rapatriement seront toujours disponibles quand ils sont demandés, même s'ils sont médicalement appropriés.
- › Nous prenons en charge les frais de séjour à l'hôpital uniquement pendant la durée de traitement de l'assuré. Nous ne prenons pas en charge les frais de séjour à l'hôpital si le traitement de l'assuré est terminé mais qu'il attend un vol de retour.
- › Tous les soins médicaux qu'un assuré reçoit avant ou après une évacuation ou un rapatriement sont pris en charge dans le cadre du contrat Assurance médicale internationale (ou de toute autre option de couverture le cas échéant) si le traitement est couvert par ce contrat et si vous avez acheté la couverture appropriée.
- › Nous ne saurions être tenus responsables des retards ou de l'indisponibilité des services d'évacuation ou de rapatriement dus à de mauvaises conditions météorologiques, des problèmes techniques ou mécaniques, des conditions ou restrictions imposées par les autorités publiques, ou à tout autre facteur raisonnablement indépendant de notre volonté.
- › Nous prenons en charge l'évacuation, le rapatriement et le transport par un tiers uniquement si le traitement pour lequel ou en raison duquel l'évacuation ou le rapatriement est nécessaire est couvert par ce contrat d'assurance.
- › Toutes les décisions portant sur :
  - la nécessité médicale de l'évacuation ou du rapatriement ;
  - les moyens et le moment de l'évacuation ou du rapatriement ;
  - l'équipement et le personnel médicaux à utiliser ; et
  - la destination vers laquelle l'assuré doit être transporté ;

sont prises par notre équipe médicale, après consultation des praticiens qui traitent l'assuré, en prenant en compte toutes les considérations et tous les facteurs médicaux pertinents.

# SANTÉ ET BIEN-ÊTRE À L'INTERNATIONAL

Nous savons que le bien-être et l'équilibre de vie sont importants pour vous. Outre des bilans, tests et examens de santé, cette option vous donne accès, ainsi qu'à votre famille, à des services et une aide pour gérer votre santé et votre bien-être au quotidien. Au bien-être de votre compagnon qui comprend le programme d'assistance Gestion de vie et le coaching bien-être par téléphone est disponible pour vous aider, vous et votre famille, à préserver une bonne santé physique et mentale.

Programme d'assistance Gestion de vie	Silver	Gold	Platinum
	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>Notre programme d'assistance Gestion de vie est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an, ce qui signifie que vous pouvez contacter le service pour bénéficier d'une assistance gratuite et en toute confidentialité pour tout problème lié au travail, à la vie personnelle ou familiale qui vous importe et quand vous le souhaitez.</p> <p>Vous aurez accès aux services et outils suivants :</p> <p><b>Des conseils à court terme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jusqu'à 6 séances de conseil par téléphone, par vidéo ou en personne, par problème et par période de couverture. Les cas courants d'utilisation de ces services comprennent : la gestion de l'anxiété et de la dépression, le soutien aux relations familiales et de couple, le deuil et bien d'autres.</li> </ul> <p><b>Santé comportementale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jusqu'à 6 séances avec un coach de pleine conscience par téléphone et par période de couverture. Bénéfiques pour les particuliers qui souffrent de stress et de problèmes de concentration.</li> <li>Vous avez accès à un programme de développement personnel en ligne basé sur des thérapies comportementales et cognitives (TCC) permettant de lutter contre l'anxiété légère à modérée, le stress et la dépression, ainsi qu'un accès illimité au programme pendant 6 mois.</li> </ul> <p><b>Soutien à la carrière et sur le lieu de travail :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des séances de coaching de vie par téléphone pour favoriser le développement personnel et l'évolution professionnelle.</li> <li>Des séances par téléphone avec un conseiller à l'intention des responsables afin de développer leurs compétences en matière de gestion du personnel.</li> </ul> <p><b>Besoins pratiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Une assistance par téléphone illimitée et immédiate pour un soutien en direct.</li> <li>Des orientations et des informations préqualifiées pour répondre à vos besoins quotidiens, notamment la logistique du déménagement, les soins aux enfants ou aux personnes âgées, les services juridiques ou financiers.</li> </ul> <p><b>Veillez contacter l'équipe du Service clients si vous souhaitez utiliser ce service. Ce service est fourni par le prestataire de conseils de notre choix.</b></p>			

Coaching bien-être par téléphone	Silver	Gold	Platinum
	Règlement intégral	Règlement intégral	Règlement intégral
<p>Nous vous mettrons en relation avec votre coach bien-être personnel et qualifié, spécialement formé au changement de comportement en matière de santé. Votre coach se joindra à vous pour identifier un objectif de bien-être spécifique qui vous importe et qui vous permettra d'élaborer un plan de bien-être en lien avec l'un des domaines d'intérêt suivants : gestion du poids, alimentation saine, activité physique, sommeil, gestion du stress et sevrage tabagique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vous aurez droit à 6 séances de coaching confidentiel par téléphone et par domaine d'intérêt et par période de couverture avec votre coach dédié pour mettre au point votre stratégie et votre motivation afin d'atteindre votre objectif de bien-être.</li> <li>Vous serez soutenu par votre coach personnel grâce à des conseils et des recommandations qui pourront être mis en œuvre durant vos 6 séances de coaching pour garantir des changements de mode de vie durables.</li> </ul> <p>Les séances de coaching sont dispensées par téléphone, ce qui signifie que vous pouvez y accéder confortablement depuis votre domicile et elles peuvent être programmées quand vous le souhaitez en fonction du fuseau horaire et des préférences linguistiques. Veuillez noter qu'il s'agit d'un service confidentiel.</p> <p><b>Veillez contacter l'équipe du Service clients si vous souhaitez utiliser ce service. Ce service est fourni par le prestataire de conseils de notre choix.</b></p>			

Examens physiques de routine pour adulte	Silver	Gold	Platinum
	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	600 \$ 440 € 400 £
<p>Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.</p> <p>Nous prenons en charge les examens physiques de routine pour un adulte (y compris, sans s'y limiter : prise de la taille, du poids, analyses sanguines, analyses d'urine, pression sanguine, exploration respiratoire, etc.) pour les personnes de 18 ans ou plus.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Dépistage du cancer du col de l'utérus</b>			
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Règlement intégral

Nous prenons en charge :

- › 1 test de Papanicolaou (frottis) ; et
- › 1 test ADN HPV pour les femmes assurées âgées de 30 à 65 ans.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Dépistage du cancer de la prostate</b>			
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Règlement intégral

Nous prenons en charge :

- › 1 examen de la prostate (test de l'antigène prostatique spécifique [APS]) pour les hommes âgés de 50 ans ou plus ; ou
- › 1 examen de la prostate (test de l'antigène prostatique spécifique [APS]) pour les hommes asymptomatiques âgés de 40 ans ou plus, lorsque cela est médicalement nécessaire.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Mammographie de dépistage du cancer du sein</b>			
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Règlement intégral

Nous prenons en charge :

- › 1 mammographie pour les femmes entre 25 et 39 ans lorsque cela est médicalement nécessaire, si elles ont des antécédents de cancer du sein ;
- › 1 mammographie pour les femmes asymptomatiques âgées de 40 ans ou plus.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Dépistage du cancer de l'intestin</b>			
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Règlement intégral

Nous prenons en charge :

- › 1 dépistage annuel du cancer de l'intestin pour les assurés âgés de 50 ans ou plus.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Densitométrie osseuse</b>			
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Règlement intégral

Nous prenons en charge :

- › 1 scanner pour les femmes âgées de 65 ans ou plus ;
- › 1 scanner pour les femmes ménopausées de moins de 65 ans lorsque cela est médicalement nécessaire ; et
- › 1 scanner pour les hommes âgés de 50 ans ou plus lorsque cela est médicalement nécessaire.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Consultations diététiques</b>			
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	Aucune couverture	Aucune couverture	Règlement intégral

Nous prenons en charge jusqu'à 4 consultations avec un diététicien par période de couverture, si l'assuré a besoin de conseils diététiques en rapport avec une maladie ou une affection diagnostiquée, telle que le diabète.

# ASSURANCE OPTIQUE ET DENTAIRE INTERNATIONALE

Le contrat des soins optiques et dentaires à l'international rembourse les examens ophtalmologiques de routine de l'assuré ainsi que les coûts des lunettes et des verres de contact. Il couvre également un large éventail de soins dentaires préventifs, périodiques et majeurs.

## OPTIQUE

	Silver	Gold	Platinum
<b>Examen ophtalmologique</b> Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £	<b>Règlement intégral</b>
Nous prenons en charge un examen de la vue de routine par période de couverture, à réaliser soit par un ophtalmologiste ou un optométriste. Nous ne prenons pas en charge plus d'un examen de la vue au cours d'une période de couverture.			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Frais :</b> Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	310 \$ 245 € 200 £
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Verres de lunettes.</li> <li>› Lentilles de contact.</li> <li>› Montures.</li> <li>› Lunettes de soleil correctrices.</li> </ul> Lorsque prescrits par un optométriste ou un ophtalmologue. Nous ne prenons pas en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>› les lunettes de soleil, sauf médicalement prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste ;</li> <li>› les lunettes ou lentilles qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui ne sont pas prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste ; ou</li> <li>› le traitement ou la chirurgie, y compris le traitement ou la chirurgie visant à améliorer la vue, comme la chirurgie par laser, la kératotomie réfractive (KR) ou la kératectomie photoréfractive KPR).</li> </ul> Une copie d'une ordonnance ou facture pour les verres correcteurs doit nous être fournie à l'appui de toute demande de remboursement de montures.			

## SOINS DENTAIRES

	Silver	Gold	Platinum
<b>Plafond annuel global pour les soins dentaires</b>			
<b>Plafond de garantie annuel global – par assuré et par période de couverture</b>	1 250 \$ 930 € 830 £	2 500 \$ 1 850 € 1 650 £	5 500 \$ 4 300 € 3 500 £

	Silver	Gold	Platinum
<b>Préventif</b>			
Jusqu'au plafond annuel global pour les soins dentaires applicable à votre assurance, par assuré et par période de couverture.			
Disponible après 3 mois de couverture de l'assuré.	<b>Règlement intégral</b>	<b>Règlement intégral</b>	<b>Règlement intégral</b>

Nous prenons en charge les soins dentaires préventifs suivants, recommandés par un dentiste après souscription par l'assuré à la couverture de l'Assurance optique et dentaire internationale depuis au moins 3 mois :

- › deux contrôles dentaires par période de couverture ;
- › radiographies, y compris la radiographie interproximale, vue simple, et la radiographie panoramique ;
- › le détartrage et le polissage, y compris une application de fluor locale si nécessaire (deux par période de couverture) ;
- › 1 gouttière dentaire par période de couverture ;
- › 1 gouttière dentaire de nuit par période de couverture ; et
- › de la résine de scellement.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Examen de routine</b>			
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.			
Disponible après 3 mois de couverture de l'assuré.	<b>Remboursement à 80 %</b>	<b>Remboursement à 90 %</b>	<b>Règlement intégral</b>

Nous prenons en charge les frais de traitement pour les soins dentaires de routine suivants après souscription par l'assuré de l'Assurance optique et dentaire internationale depuis au moins 3 mois (si ce traitement est nécessaire à une bonne santé bucco-dentaire et est recommandé par un dentiste) :

- › traitement; du canal radiculaire ;
- › extractions ;
- › procédures chirurgicales ;
- › soins; occasionnels ;
- › anesthésie ; et
- › traitement. périodontique.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins reconstructifs majeurs</b>			
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.			
Disponible après 12 mois de couverture de l'assuré.	<b>Remboursement à 70 %</b>	<b>Remboursement à 80 %</b>	<b>Règlement intégral</b>

Nous prenons en charge les frais des soins dentaires reconstructeurs majeurs suivants, après souscription par l'assuré à la couverture de l'Assurance optique et dentaire internationale depuis au moins 12 mois :

- › les dentiers (acryliques/synthétiques, métalliques et métal/acryliques) ;
- › les couronnes ;
- › les inlays ; et
- › la mise en place d'implants dentaires.

Si un assuré a besoin d'un traitement de chirurgie reconstructrice dentaire majeure mais qu'il est couvert par l'Assurance optique et dentaire internationale depuis moins de 12 mois, nous prenons en charge 50 % du coût du traitement.

<b>Soins orthodontiques</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
<p>Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture ou, en cas de règlement intégral, jusqu'au plafond de garantie annuel global pour la couverture que vous avez sélectionnée, par assuré et par période de couverture.</p> <p>Disponible pour les assurés âgés de 18 ans ou moins qui sont couverts par cette option depuis 18 mois.</p>	<b>Remboursement à 40 %</b>	<b>Remboursement à 50 %</b>	<b>Remboursement à 50 %</b>
<p>Nous prenons en charge les soins orthodontiques uniquement si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ le dentiste ou l'orthodontiste dispensant le traitement nous fournit, au préalable, une description détaillée du traitement proposé (y compris les radios et gabarits) et une estimation du coût du traitement ; et</li> <li>➤ nous avons approuvé le traitement au préalable.</li> </ul>			

## Exclusions dentaires

Les exclusions suivantes s'appliquent aux soins dentaires, en plus de celles qui sont définies ailleurs dans ce contrat d'assurance et dans votre attestation d'assurance.

- Nous ne prenons pas en charge :
  - Les soins purement cosmétiques ou autres soins qui ne sont pas nécessaires à l'entretien ou à l'amélioration de la santé bucco-dentaire.
  - Le remplacement de tout appareil dentaire perdu ou volé, ni les soins associés.
  - Le remplacement d'un bridge, d'une couronne ou d'une prothèse dentaire qui (de l'avis raisonnable d'un dentiste aux compétences et savoir-faire ordinaires dans le pays de résidence habituelle de l'assuré) peut être réparé et rendu utilisable.
  - Le remplacement d'un bridge, d'une couronne ou d'une prothèse dentaire moins de cinq ans après sa mise en place initiale sauf si :
    - il ou elle a été endommagé(e) de façon irréparable pendant son utilisation, suite à une blessure dentaire subie par l'assuré pendant qu'il est couvert par ce contrat d'assurance ; ou si
    - le remplacement est nécessaire car l'assuré doit se faire extraire une ou plusieurs dents naturelles saines ; ou si
    - le remplacement est nécessaire à cause de la mise en place d'une prothèse complète originale du côté opposé.
  - Les facettes en acrylique ou en porcelaine.
  - Les couronnes ou pontiques sur ou en remplacement des premières, deuxième et troisième molaires inférieures et supérieures, sauf :
    - s'ils ou si elles sont en porcelaine, assemblés à des métaux ou en métal uniquement (par exemple une couronne en alliage d'or) ; ou si
    - une couronne ou un pontique temporaire est nécessaire dans le cadre de soins dentaires de routine ou d'urgence.
  - Les soins, procédures et matériaux expérimentaux ou qui ne répondent pas aux normes dentaires généralement acceptées.
  - Les soins pour les implants dentaires ayant un rapport direct ou indirect avec :
    - un échec d'intégration de l'implant ;
    - un échec de l'ostéointégration ;
    - une péri-implantite ;
    - le remplacement de couronnes, bridges ou prothèses ; ou
    - tout accident ou soin d'urgence notamment toute prothèse.
  - Les conseils portant sur le contrôle de la plaque dentaire, l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation.
  - Les services et produits, y compris mais sans s'y limiter, bains de bouche, brosses à dent et dentifrices.
  - Les soins médicaux prodigués à l'hôpital par un spécialiste bucco-dentaire peuvent être couverts par l'Assurance médicale internationale et/ou l'option Soins ambulatoires à l'international, si cette option a été achetée, sauf si les soins dentaires sont la raison de votre hospitalisation.
  - Les empreintes du mordu, les attaches de précision ou semi-précision.
  - Tout soin, procédure, appareil ou prothèse (sauf les prothèses complètes) si son objectif principal est :
    - de modifier les dimensions verticales ; ou
    - de diagnostiquer ou de traiter une condition ou un mauvais fonctionnement de l'articulation temporomandibulaire ; ou
    - de stabiliser les dents dans un contexte de parodontite ; ou
    - de restaurer une occlusion.

# PRINCIPALES DISPOSITIONS RELATIVES AUX PRODUITS

Le présent contrat d'assurance santé verse des prestations sous forme de remboursement des frais de santé engagés pendant la période d'assurance, sous réserve des franchises, de la coassurance et des plafonds de garantie applicables. Voici les principales dispositions relatives aux produits qui figurent dans nos contrats d'assurance. Ceci n'est qu'un bref résumé, à des fins de conseil et d'information. Il est conseillé de se référer également aux Conditions générales qui prévaudront en cas de conflit entre les deux documents et dans lesquelles vous trouverez les modalités et conditions, définitions et exclusions générales. Le Guide client précise également les limites qui s'appliquent aux prestations. Veuillez consulter votre conseiller en assurance ou Cigna pour tout renseignement complémentaire.

**1. CLAUSE DE RÉSILIATION** - Sous réserve de toute disposition légale ou réglementaire contraire, nous pouvons résilier ce contrat avec effet immédiat pour tous les assurés si :

- 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 d'assurance pour cette raison ; ou
- 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 ; ou
- 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
- 1.4 Si nous estimons, à notre entière discrétion, et pour des motifs raisonnables, que vous avez, au cours de votre 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 ; ou
- 1.5 Sous réserve des conditions générales du contrat, nous pouvons résilier le contrat si un assuré cesse d'être un expatrié, que ce soit suite au changement du pays de nationalité ou du pays de résidence habituelle de l'assuré.
- 1.6 Si nous ne commercialisons plus le contrat ni une alternative appropriée dans votre zone géographique. Nous vous informerons au moins un (1) mois avant la date de fin pour vous informer que le contrat sera résilié (et ne pourra pas être reconduit) à la date de fin.

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 sept (7) jours. Écrivez-nous en utilisant l'une des options indiquées à la rubrique « Nous contacter » à la page 3 des Conditions générales.

Si le contrat est résilié conformément à l'article 6.5 des Conditions générales, avant la date de fin, et que nous avons payé une demande de remboursement 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.

Si la police prend fin avant la date de fin de contrat prévue et si vous avez soumis des demandes de remboursement dans le cadre de cette police, vous serez tenu de payer le reste des primes impayées de la police.

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 des Conditions générales, 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.

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.

**2. RECONDUCTION DU CONTRAT** - Ce contrat d'assurance est annuel. Cela signifie que, à moins qu'il soit préalablement résilié ou renouvelé, le contrat d'assurance prendra fin un an après la date d'entrée en vigueur. Il s'agit d'un contrat d'assurance santé et accident à court terme et Cigna n'est pas tenue de renouveler ce contrat. Cigna peut résilier ce contrat moyennant un préavis écrit de 30 jours.

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. Le montant des primes n'est pas garanti et peut être ajusté en fonction de l'expérience future. Le contrat n'est pas approuvé par Medisave et vous ne pouvez pas utiliser Medisave pour payer la prime de cette police. Si la législation et/ou la réglementation locales l'imposent, nous pourrions vous proposer une autre assurance santé. Sous réserve de l'article 7 des Conditions générales, 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.

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.

Si vous ne voulez pas reconduire votre contrat, vous devez nous en informer par écrit au moins sept (7) jours avant la date de fin de votre contrat. Si vous ne renouvelez pas votre contrat, tous les assurés dans le cadre du contrat peuvent 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.

**3. PRIMES NON GARANTIES** - Si nous décidons de reconduire le contrat, nous vous écrivons 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 des Conditions générales, 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.

**4. EXCLUSIONS STANDARD** - Il existe certaines conditions dans lesquelles aucune prestation n'est payable. Elles sont indiquées comme exclusions dans les Conditions générales. Nous vous conseillons de consulter les Conditions générales pour en connaître la liste complète. Voici quelques exclusions du Contrat :

- > Les soins médicaux pour une affection préexistante ou des troubles ou des symptômes qui découlent de, ou sont liés à une affection préexistante. Nous ne paierons pas pour les soins médicaux d'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 convenu de couvrir.
- > Anomalies ou malformations congénitales, sauf lorsque nous pouvons assurer une prise en charge au titre de la garantie « Maladies congénitales » de la couverture Assurance médicale internationale.
- > La couverture maternité et accouchement, la couverture des complications de la maternité et les prestations pour accouchement à domicile sont exclues de notre contrat Silver. Les prestations sont incluses dans les contrats Gold et Platinum.

**5. DÉLAI D'ATTENTE** - La couverture commence à la date de début indiquée sur la première attestation d'assurance que nous vous envoyons. Si vous choisissez d'acheter une couverture pour tout autre assuré, sa couverture débutera à la date de début indiquée sur la première attestation d'assurance sur lequel il est répertorié.

Les prestations suivantes sont soumises à un délai d'attente :

### **Assurance médicale internationale**

- > **Traitement de l'obésité** (contrats Gold et Platinum uniquement)
  - Un délai d'attente de vingt-quatre (24) mois s'applique.
- > **Couverture soins de maternité de routine et accouchement en hospitalisation et soins de jour** (contrats Gold et Platinum uniquement)
  - Un délai d'attente de douze (12) mois s'applique pour les soins parentaux et pédiatriques.
  - Prestations offertes lorsque la mère est couverte par le contrat pendant une période ininterrompue d'au moins douze (12) mois.
- > **Complications de la maternité** (contrats Gold et Platinum uniquement)
  - Un délai d'attente de douze (12) mois s'applique pour des complications résultant de la grossesse ou de l'accouchement.

- Prestations offertes lorsque la mère est couverte par le contrat pendant une période ininterrompue d'au moins douze (12) mois.

#### > **Accouchements au domicile** (contrats Gold et Platinum uniquement)

- Un délai d'attente de douze (12) mois s'applique pour l'accouchement à domicile.
- Prestations offertes lorsque la mère est couverte par le contrat pendant une période ininterrompue d'au moins douze (12) mois.

#### > **Soins aux nouveau-nés**

- Un délai d'attente de douze (12) mois s'applique.
- Prestations offertes lorsqu'au moins un parent est couvert par le contrat pendant une période ininterrompue de douze (12) mois ou plus avant la naissance du nouveau-né.

### **Module facultatif Soins ambulatoires à l'international**

#### > **Soins pré et postnatals en ambulatoire** (contrats Gold et Platinum uniquement)

- Un délai d'attente de douze (12) mois s'applique aux soins prénatals et postnatals.
- Prestations offertes lorsque la mère est couverte par le module facultatif Soins ambulatoires à l'international pendant une période ininterrompue d'au moins douze (12) mois.

#### > **Bilan d'infertilité et traitement** (contrat Platinum uniquement)

- Un délai d'attente de vingt-quatre (24) mois s'applique au bilan d'infertilité et au traitement de l'infertilité.

#### > **Tests génétiques pour le cancer** (contrats Gold et Platinum uniquement)

- Un délai d'attente de douze (12) mois s'applique aux tests génétiques pour le cancer.

### **Module optionnel Soins ophtalmologiques et dentaires internationaux**

#### **Traitement dentaire :**

#### > **Soins dentaires préventifs et de routine**

- Un délai d'attente de trois (3) mois s'applique aux soins dentaires préventifs et de routine dans le cadre du module facultatif Assurance optique et dentaire internationale.

#### > **Chirurgie reconstructrice dentaire majeure**

- Un délai d'attente de douze (12) mois s'applique à la chirurgie reconstructrice dentaire majeure dans le cadre du module facultatif Assurance optique et dentaire internationale.
- Si l'assuré a besoin d'un traitement de chirurgie reconstructrice dentaire majeure mais qu'il est couvert par l'Assurance optique et dentaire internationale depuis moins de douze (12) mois, nous prenons en charge 50 % du coût du traitement.

## > Soins orthodontiques

- Un délai d'attente de dix-huit (18) mois s'applique aux soins orthodontiques dans le cadre du module facultatif Assurance optique et dentaire internationale.

**6. FRAIS RAISONNABLES ET COUTUMIERS** - Nous prendrons en charge les frais raisonnables et coutumiers pour les traitements et les services relatifs aux traitements qui sont compris dans la liste des prestations. Nous prendrons en charge de tels frais de traitement s'ils correspondent aux frais appropriés dans la zone géographique où le traitement a lieu et selon la pratique médicale et clinique établie.

**7. ZONE DE COUVERTURE** - Vous pouvez choisir entre deux (2) options qui détermineront où dans le monde les assurés seront couverts. Ces options sont : Monde entier États-Unis inclus et Monde entier États-Unis exclus.

**8. PÉRIODE D'ÉVALUATION SANS RISQUE** - 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.

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

**9. ANNULATION** - 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 sept (7) jours.

Veillez nous contacter à [Cignaglobal\\_customer.care@cigna.com](mailto:Cignaglobal_customer.care@cigna.com)

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 et qu'aucune lettre de prise en charge ni aucun accord préalable n'aient été émis 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, vous serez redevable des primes restantes au contrat qui n'ont pas été payées.

Pour plus d'informations, veuillez consulter les Conditions générales.

**10. DEMANDES DE REMBOURSEMENT** - Veuillez contacter notre service clients pour approbation préalable avant tout traitement aux numéros suivants :

Singapour (numéro vert) : 800 186 5047

International : +44 1475 788182 (à l'étranger)

Nous pourrions vous aider à organiser votre traitement et vous aiguiller dans la bonne direction : nous vous ferons gagner du temps et nous vous épargnerons la contrainte d'avoir à trouver un hôpital, une clinique ou un médecin vous-même. Par ailleurs, dans la majorité des cas, nous serons en mesure d'organiser le paiement directement auprès du professionnel chargé de vos soins, ce qui simplifiera les démarches et vous permettra de consacrer votre énergie à votre santé.

Nous sommes bien conscients que l'assuré ne dispose pas toujours du temps ou des moyens pratiques de nous contacter pour obtenir notre approbation préalable (par exemple: urgences médicales, ou si un proche tombe soudain malade et que la priorité est de le faire soigner dès que possible). Dans de telles circonstances, nous demandons à l'assuré principal ou au bénéficiaire concerné de nous contacter dans les 48 heures suivant la demande de traitement, pour que nous puissions vérifier que le traitement est bien couvert et organiser le paiement avec le professionnel de santé chargé des soins. Cette démarche nous permettra d'assurer que vous, ou le bénéficiaire concerné, profitez au mieux de la couverture.

Pour des détails complets sur la procédure de demande de remboursement, veuillez consulter le Guide clients.

**11. AUTRES CIRCONSTANCES AFFECTANT LE MONTANT DES PRIMES OU LES GARANTIES DU CONTRAT** - Si un assuré change de pays de résidence habituelle, cela pourrait entraîner une augmentation de la prime ou des taxes supplémentaires à payer. Notez que l'assurance pourrait être fournie par une autre société du groupe Cigna.

**12. PÉRIODE DE DIFFÉRÉ** - Non applicable.

**13. PÉRIODE DE SURVIE** - Non applicable.

**14. COÛTS DE DISTRIBUTION** - Cigna verse une rémunération à votre commercial et/ou courtier en assurance lorsque nous émettons et renouvelons votre contrat. Le coût total de la distribution de ce produit peut atteindre 15 % de la prime. Ces coûts peuvent inclure les paiements de commissions, de prestations et de services aux acteurs du circuit de distribution. Notez que le coût total de distribution n'est pas un coût supplémentaire pour le client et qu'il a déjà été pris en compte dans le calcul de la prime.

**15. RISQUES ET LIMITATIONS ASSOCIÉS À UN CHANGEMENT DE CONTRAT** - Si vous avez l'intention de remplacer votre contrat d'assurance santé actuel par le présent contrat, notez que :

(a) vous ne pourrez peut-être pas être assuré aux conditions standard ;

(b) vous devrez peut-être payer une prime différente ;

(c) les conditions générales pourraient être différentes ; ou

(d) vous pourriez avoir des frais à supporter.

**Veillez renvoyer votre formulaire entièrement rempli par courrier électronique ou postal à :**

**Business Services Team  
Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. - Singapore Branch  
Cigna Global Health Options Singapore  
152 Beach Road  
#33-05/06  
The Gateway East  
Singapore 189721**

**[globalindividual.asia@cigna.com](mailto:globalindividual.asia@cigna.com)**

**Together, all the way.<sup>SM</sup>**



Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch (numéro d'immatriculation : T10FC0145E) est une succursale étrangère de Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., société à responsabilité limitée immatriculée en Belgique, dont le siège social est sis 152 Beach Road, #33-05/06 The Gateway East, Singapour 189721. Tel: +65 6549 3636. Fax: +65 6549 3600

« Cigna » et le logo « Tree of Life » sont des marques de service déposées de Cigna Intellectual Property, Inc. que Cigna Corporation 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 Cigna Corporation. Lesdites filiales d'exploitation englobent Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch. © 2021 Cigna. Tous droits réservés.