

Cigna Global Insurance Company Limited est autorisé en vertu de la section 7 de la loi de 2002 sur le secteur des assurances (Bailiwick of Guernsey) à exercer des activités d'assurance, à l'exception des activités d'assurance domestiques. Cigna Global Insurance Company Limited est réglementé par la Commission de services financiers de Guernsey.

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

À quelle catégorie appartient cette assurance ?

L'Assurance médicale internationale pour expatriés, qui prend en charge les frais de soins de santé médicalement nécessaires, dans le pays de résidence et le pays d'origine du preneur d'assurance uniquement, vous permet d'accéder facilement et rapidement aux établissements et aux professionnels de santé de notre vaste réseau.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Couverture de base

Limite de couverture annuelle : 500 000 \$/ 400 000 €/325 000 £ par assuré et par an

- ✓ Plafond applicable: 250 000 \$/ 200 000 €/ 165 000 £
- ✓ Garantie hospitalisation d'urgence hors zone de couverture (hospitalisation et soins de jour): 40 000 \$/ 29 600 €/ 26 600 £
- ✓ Soins infirmiers et hospitaliers pour une chambre à deux lits
- ✓ Traitement d'une maladie résultant d'une pandémie, d'une épidémie ou d'une épidémie de maladie infectieuse
- ✓ Prestation en espèces en cas d'hospitalisation: 100 \$/ 75 €/ 65 £ par nuit, dans la limite de 30 jours
- ✓ Soins intensifs
- ✓ Honoraires de chirurgiens et d'anesthésistes
- ✓ Honoraires de consultation de spécialistes
- ✓ Dialyses rénales: 5 000 \$/3 700 €/3 325 £
- ✓ Pathologie, radiologie et tests de diagnostic
- ✓ Imagerie médicale avancée (IRM, tomodensitométries et caméra à positons): 2 500 \$/ 1 850 €/ 1 650 £
- ✓ Physiothérapie et thérapies complémentaires: 2 000 \$/ 1 480 €/ 1 330 £
- ✓ Rééducation : 2 000 \$/1 480 €/1 330 £
- ✓ Soins palliatifs : 2 500 \$/1 850 €/1 650 £
- ✓ Services d'ambulance locale
- ✓ Soins dentaires d'urgence dans le cadre d'une hospitalisation: 2 500 \$/1 850 €/1 650 £
- ✓ Santé mentale et comportementale : 3 000 \$/2 200 €/2 000 £
- ✓ Soins anticancéreux
- ✓ Dispositifs liés au cancer: 125 \$/ 100 €/ 85 £ par durée de vie et par dispositif lié au cancer
- ✓ Global Telehealth avec Teladoc: Nombre de consultations illimité

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

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

Soins ambulatoires et prestations bien-être

Plafond annuel de : 5 000 \$/3 700 €/3 325 £ par bénéficiaire et par an

- Consultations avec des médecins et spécialistes : 650 \$/500 €/425 £
- Consultations Telehealth : 650 \$/500 €/425 £
- Pathologie, radiologie et tests de diagnostic : 1 000 \$/740 €/665 £
- Physiothérapie/kinésithérapie : 1 000 \$/740 €/665 £
- Ostéopathie et chiropraxie : 650 \$/500 €/425 £
- Acupuncture et médecine chinoise : 650 \$/500 €/425 £
- Médicaments et pansements prescrits : 500 \$/370 €/330 £
- Location d'équipement médical durable: 1 500 \$/1 100 €/1 000 £
- Vaccinations pour adultes : 250 \$/185 €/165 £
- Accidents dentaires : 500 \$/370 €/330 £
- Vaccins pour les enfants: 1 000 \$/740 €/665 £
- Examens santé et bien-être des enfants
- Examen physique de routine pour adulte: 100 \$/75 €/65 £
- Dépistages du cancer: 400 \$/300 €/260 £
- Programme d'aide à la gestion du quotidien
- Coaching bien-être par téléphone



Qu'est-ce qui est assuré ?(suite)

Soins et Traitements Dentaires

Plafond annuel de : 750 \$/550 €/500 £ par bénéficiaire et par an

- Soins dentaires préventifs
- Soins dentaires ordinaires : 80 % des frais remboursés par période de couverture
- Soin dentaire reconstructeur majeur : 70 % des frais remboursés par période de couverture



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

- ✗ Maternité
- ✗ Maladies congénitales
- ✗ Chirurgie du fœtus
- ✗ Troubles du sommeil
- ✗ Arrêt du tabac
- ✗ Traitement requis à la suite d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle, si vous intervenez en tant que participant actif ou si vous vous exposez à un risque.
- ✗ Problèmes de développement
- ✗ Traitement de l'obésité
- ✗ Traitement dans tout établissement autre qu'un établissement de soins médicaux reconnu
- ✗ Traitement par un médecin qui n'est pas reconnu par les autorités compétentes
- ✗ Soins médicaux découlant de, ou liés de quelque façon que ce soit à une tentative de suicide ou à une blessure ou une maladie qu'un assuré s'est infligée à lui-même.
- ✗ Procréation médicalement assistée
- ✗ Gestation pour autrui
- ✗ Trouble de la personnalité et/ou du caractère
- ✗ Soins médicaux pour une affection associée résultant de la consommation ou de l'abus de toute sorte de substance ou d'alcool
- ✗ Troubles sexuels
- ✗ Traitement expérimental
- ✗ Chirurgie esthétique ou reconstructive (sauf si ce traitement est nécessaire d'un point de vue médical)
- ✗ Traitement sans urgence en dehors de votre zone de couverture

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



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

- ! **La couverture est toujours soumise à des critères d'admissibilité**
- ! **Limites par personne et par an, sauf indication contraire :**
 - 30 jours : Rééducation
 - 60 jours : Santé mentale et comportementale (30 jours pour une hospitalisation et des soins de jour uniquement)
- ! **Délais d'attente (durée entre le premier achat de la prestation et la demande de remboursement)**
 - 3 premiers mois : Soins dentaires préventifs et ordinaires
 - 12 premiers mois : Soin dentaire reconstructeur majeur
- ! Si vous sélectionnez une franchise et/ou une participation aux coûts pour la couverture de base ou l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être, il vous incombera de payer les montants des franchises et/ou des participations aux coûts applicables directement à l'hôpital, à la clinique, au praticien ou à la pharmacie.
- ! Si vous optez pour une participation aux frais de 10 %/ 20 %/ 30 %, nous réduirons le montant que nous prenons en charge pour les frais de soins médicaux du pourcentage de participation aux frais
- ! Nous couvrirons uniquement les soins qui sont nécessaires d'un point de vue médical et qui sont adéquats d'un point de vue clinique
- ! Si vous recevez des soins aux États-Unis en dehors du réseau Cigna, nous réduirons de 20 % le montant que nous paierons
- ! Si vous n'obtenez pas d'accord préalable pour des soins aux États-Unis, nous réduirons de 50 % le montant que nous paierons. Si ces soins sont hors du réseau Cigna, nous réduirons le montant versé de 20 % supplémentaires. Veuillez noter que nous pouvons, à notre seule discrétion et sans vous en informer, apporter des modifications au réseau Cigna à tout moment en ajoutant et/ou en retirant des hôpitaux, des cliniques, des praticiens et des pharmacies. Vous pouvez obtenir des informations afférentes aux professionnels de santé au sein du réseau en suivant l'hyperlien disponible dans votre Espace client sécurisé en ligne ou en contactant notre équipe d'Assistance clients.
- ! Si vous n'obtenez pas d'accord préalable pour des soins hors des États-Unis, nous réduirons de 20 % le montant que nous paierons
- ! La Garantie hospitalisation d'urgence hors zone de couverture est limitée à 3 semaines maximum par voyage et à 45 jours maximum par période de couverture. Couvert dans la limite de \$ 40.000 par année d'assurance
- ! La présente police prend uniquement en charge les frais liés à des traitements administrés dans le pays d'origine pour tout bénéficiaire, dans les situations dans lesquelles le bénéficiaire réside temporairement dans son pays d'origine pour une période ne dépassant pas 180 jours au total par période d'assurance, étant entendu que le pays d'origine doit se trouver dans la zone de couverture.
- ! Concernant la garantie des médicaments et les pansements prescrits dans le cadre de l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être, les médicaments prescrits par un praticien et/ou délivrés par une pharmacie aux États-Unis sont soumis à la liste des médicaments de notre formulaire.

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



Où suis-je couvert ?

- ✓ La présente assurance vous couvre vous, ainsi que toute autre personne couverte par votre police d'assurance, dans le pays de résidence habituel et le pays d'origine du preneur d'assurance, uniquement.



Quelles sont mes obligations ?

- Vous devez payer votre prime
- Vous êtes responsable du solde de toute prime impayée si nous avons payé une demande de remboursement ou transmis une garantie de paiement pendant la période de couverture
- Si vous avez choisi une franchise ou une participation aux frais, vous devez payer le montant convenu avant que Cigna n'effectue de remboursement
- Vous devez fournir des antécédents médicaux complets si nécessaire
- Vous devez obtenir un accord préalable avant les soins
- Vous devez nous informer si vous ou quiconque dans votre police changez d'adresse, de pays de résidence ou de pays de nationalité ou si vous n'êtes plus expatrié.



Quand et comment dois-je payer ?

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



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

- Ce contrat est annuel. Cela signifie que, à moins qu'il soit résilié ou renouvelé, la couverture prendra fin un (1) an après la date d'entrée en vigueur. Votre date de début apparaîtra sur votre première attestation d'assurance.
- Sauf dans les cas de fraude, si la présente police prend fin avant la date de fin, toute prime qui a été payée en relation avec la période après que la couverture ait pris fin sera remboursée dans la mesure où elle ne fait pas référence à une période dans laquelle nous avons fourni une prise en charge, à condition que nous n'ayons pas payé toute demande de remboursement, ou transmis une garantie de paiement au cours de ladite période de couverture.
- Votre police sera renouvelée automatiquement et les paiements seront effectués à moins que vous, ou nous dans certains cas, choisissons de ne pas renouveler.



Comment annuler le contrat ?

- Vous avez le droit d'annuler votre contrat dans les quatorze (14) jours suivant la date à laquelle vous recevez ce contrat. Passé ce délai de 14 jours, vous pouvez annuler à tout moment moyennant un préavis de 14 jours que vous devez nous adresser par écrit.