



# CONDITIONS GÉNÉRALES

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









# TABLE DES MATIÈRES

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

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

**Vous trouverez ici toutes les informations importantes concernant votre assurance Cigna Global Health Options.**

 Informations légales et réglementaires	Page 3
 Plaintes	Page 3
 Nous contacter	Page 3
 Rubrique 1 : Modalités et conditions générales	Page 4
<ul style="list-style-type: none"><li>1. Étendue de la couverture et droits à l'assurance..... 4</li><li>2. Début et fin de la couverture.....4</li><li>3. Les informations que vous nous transmettez..... 5</li><li>4. Délai de rétractation..... 5</li><li>5. Primes et autres frais..... 6</li><li>6. Résiliation.....6</li><li>7. Fraude..... 7</li><li>8. Options de couverture..... 8</li><li>9. Franchise et participation aux frais.....8</li><li>10. Ajouter et supprimer des assurés..... 9</li><li>11. Changements de pays de résidence habituelle, d'adresse et/ou de nationalité.....10</li><li>12. Communication..... 10</li><li>13. Reconduction du contrat..... 10</li><li>14. Protection des données..... 11</li><li>15. Qui peut appliquer ce contrat ?..... 12</li><li>16. Notre droit de recouvrement auprès de tiers..... 12</li><li>17. Pluralité des assurances.....12</li><li>18. Modifications apportées à ce contrat.....13</li><li>19. Sanctions.....13</li><li>20. Pandémies, épidémies et maladies infectieuses..... 13</li></ul>	
 Rubrique 2 : Exclusions générales	Page 15
 Rubrique 3 : Définitions	Page 19



## INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

Cette assurance est fournie par :

**Cigna Worldwide General Insurance Company Limited**  
**16/F International Trade Tower**  
**348 Kwun Tong Road**  
**Kwun Tong**  
**Kowloon**  
**Hong Kong SAR**

*Cigna* est un assureur agréé et contrôlé par l'organisme de réglementation des assurances de Hong Kong.

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



## PLAINTES

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

Si la plainte n'est pas résolue, elle pourra être transmise à l'Insurance Complaints Bureau (ICB) et à l'Insurance Authority (IA). Vous trouverez les coordonnées de l'ICB et de l'IA ci-dessous :

**The Insurance Complaints Bureau**  
**29th Floor, Sunshine Plaza**  
**353 Lockhart Road**  
**Wan Chai**  
**Hong-Kong**

**Insurance Authority - North Point Office**  
**23rd Floor**  
**625 King's Road**  
**North Point**  
**Hong-Kong**

Fax: **25201967** E-mail: **icb.enquiry@icb.org.hk**

Fax: **(852) 3753 3812** E-mail: **complaints@ia.org.hk**

Ce *contrat* est régi par, et sera interprété conformément au droit de Hong Kong.

Tout différend portant sur ce *contrat*, notamment les différends concernant sa validité, sa formation et sa résiliation, sera porté devant les tribunaux de Hong Kong.



## NOUS CONTACTER

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

Pour plus d'informations, consultez l'article 6.5 des présentes *Conditions générales*. Vous devrez fournir *votre* numéro de *contrat*, votre nom complet et l'adresse e-mail indiquée dans le formulaire de *souscription*.

Vous pouvez également nous écrire à l'adresse suivante :

**Cigna Worldwide General Insurance Company Limited**  
**Cigna Global Health Options, Head of Customer Service**  
**16/F International Trade Tower**  
**348 Kwun Tong Road**  
**Kwun Tong, Kowloon**  
**Hong Kong SAR**

Dans tous les autres cas, vous pouvez appeler notre équipe du Service clients 24 h/24, 7 j/7 au :

**+44 (0) 1475 788 182**

À Hong Kong : **2297 5210** ou

aux États-Unis : **800 835 7677**.



# RUBRIQUE 1: MODALITÉS ET CONDITIONS GÉNÉRALES

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

### 1.1

Ce *contrat* est proposé uniquement aux *assurés* qui sont des citoyens de Hong Kong et des *expatriés* résidant à Hong Kong. Pour les *expatriés*, le *contrat* couvre uniquement les coûts des *soins médicaux* dans le *pays de nationalité de l'assuré* dans des situations où l'*assuré* réside temporairement dans son *pays de nationalité*. Ces séjours ne peuvent dépasser cent-quatre-vingt (180) jours cumulés par *période de couverture*, et le *pays de nationalité* doit se trouver dans la *zone de couverture sélectionnée* (voir article 11 pour plus d'informations).

Afin d'éviter toute ambiguïté, un citoyen de Hong Kong n'est pas soumis à la règle des cent-quatre-vingt (180) jours pendant toute *période* où il réside habituellement à Hong Kong. Cependant, si à tout moment un citoyen de Hong Kong est considéré comme un *expatrié*, alors cette limitation s'appliquera.

### 1.2

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

### 1.3

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

### 1.4

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

### 1.5

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

## 2. Début et fin de la couverture

### 2.1

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

### 2.2

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



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

Si le *contrat* prend fin avant la *date de fin* normale et que *vous* avez effectué des demandes de remboursement au titre de ce *contrat*, *vous* serez redevable des primes restant dues au titre du *contrat*.

### 2.3

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

## 3. Les informations que vous nous transmettez

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

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

- > traiter ce *contrat* comme s'il n'avait jamais existé, refuser de payer toute demande de remboursement et rembourser les primes payées. *Nous*

n'agirons ainsi que si *nous vous* fournissons une couverture que *nous* n'aurions pas offerte autrement ;

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

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

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

## 4. Délai de rétractation

*Vous* avez le droit d'annuler *notre contrat* dans les vingt-et-un (21) 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 vos prime et taxe. En revanche, si *nous* avons payé une demande de remboursement ou émis une *lettre de prise en charge*, *nous* ne rembourserons aucune prime qui a été payée. Pour annuler ce *contrat*, contactez-*nous* en utilisant l'une des options indiquées à la rubrique «Nous contacter» à la page 3 des présentes *conditions générales*.

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

Pour vos droits d'annulation en dehors du délai légal de rétractation de vingt-et-un

(21) jours, reportez-vous à l'article 6 de ce *contrat*.

## 5. Primes et autres frais

### 5.1

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

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

### 5.2

Si *vous* ou tout *assuré* ne demandez pas d'accord préalable pour des *soins médicaux*, ou recevez des *soins médicaux* aux *États-Unis* dans un *hôpital*, une *clinique* ou chez un *praticien* qui n'est pas membre du réseau *Cigna*, *nous* pourrions ne pas prendre en charge tous vos *soins médicaux*. Veuillez consulter « Votre guide pour obtenir des soins médicaux » à la page 10 du *Guide client* pour savoir comment *nous* calculerons toute réduction de la valeur de *votre* demande de remboursement. *Vous* trouverez une liste des *hôpitaux*, des *cliniques* et des *praticiens* du réseau *Cigna* dans *votre* Espace client en ligne sécurisé.

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

### 5.3

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

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

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

### 5.4

Sous réserve de l'article 13, *nous* *vous* informerons de la prime et des autres frais qui s'appliqueront au cours de la *période de couverture* suivante.

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

## 6. Résiliation

### 6.1

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

#### 6.1.1

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

#### 6.1.2

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

#### 6.1.3

si un *assuré* figure sur une liste de personnes ou d'entités soumises à des sanctions financières, tenue par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union européenne, le Bureau de contrôle des avoirs étrangers des États-Unis ou toute autre autorité compétente.

En outre, *nous* ne prendrons en charge aucune demande de remboursement concernant des services reçus dans des pays faisant l'objet de sanctions si cette prise en charge enfreint les exigences du Conseil de sécurité des Nations Unies, de l'Union européenne ou du Bureau de contrôle des avoirs étrangers du département du Trésor des États-Unis.

## 6.2

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

## 6.3

Sous réserve de l'article 11, *nous* pouvons résilier le présent *contrat* si l'un quelconque des *assurés* cesse d'être un *expatrié* du fait d'un changement du *pays de nationalité de l'assuré* ou de son *pays de résidence habituelle*.

## 6.4

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

## 6.5

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 présentes *conditions générales*.

## 6.5.1

Si le *contrat* est résilié conformément à l'article 6.5 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.

## 6.6

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

## 6.7

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

## 7. Fraude

### 7.1

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

- i. *nous* ne serons pas tenus de payer la demande de remboursement ;
- ii. *nous* pourrions recouvrer auprès de l'*assuré* toutes sommes payées par *nous* en relation avec ladite demande de remboursement ; et

- iii. *nous* pourrions notifier à l'*assuré* de la résiliation du *contrat* et traiter le *contrat* comme étant résilié à compter de la date de l'acte frauduleux.

## 7.2

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

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

## 7.3

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

## 8. Options de couverture

### 8.1

Si un *assuré* n'est pas couvert par les options *Soins ambulatoires* à l'international, Évacuation à l'international & Crisis Assistance Plus™, Santé et bien-être à l'international ou Optique et dentaire à l'international, *nous* ne prendrons en charge aucun des *soins médicaux* inclus dans ces options.

### 8.2

Les options de couverture ne peuvent pas être modifiées à *votre* demande pendant la *période de couverture*, mais

uniquement à la reconduction du *contrat*. Si *vous* souhaitez ajouter ou supprimer des options à *votre contrat*, ou réduire *votre* franchise, *votre* participation aux frais ou *votre* participation maximale (annuelle) aux frais, *nous* pourrions *vous* demander de remplir un nouveau questionnaire sur les antécédents médicaux et *nous* pourrions appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spéciales aux nouvelles options de couverture. *Vous* devez *nous* en informer par écrit au moins sept (7) jours avant la *date de reconduction annuelle*.

## 9. Franchise et participation aux frais

### 9.1

Si *vous* avez sélectionné une franchise dans la couverture Assurance médicale internationale et/ou l'option *Soins ambulatoires* à l'international (si applicable), *vous* devrez payer le montant de la franchise directement à l'*hôpital*, à la *clinique*, au *praticien* ou à la pharmacie. *Nous* *vous* communiquerons le montant de la franchise.

*Nous* réduirons le montant de *notre* prise en charge des frais de *soins médicaux* faisant l'objet d'une demande de remboursement dans le cadre des options Assurance médicale internationale ou *Soins ambulatoires* à l'international (si applicable) du montant de la franchise jusqu'à ce que le montant de la franchise pour la *période de couverture* soit atteint.

### 9.2

Si *vous* avez choisi une participation aux frais dans le cadre de l'Assurance médicale internationale et/ou de l'option *Soins ambulatoires* à l'international (si applicable), *nous* réduirons le montant que *nous* prenons en charge pour les frais de *soins médicaux* à hauteur du pourcentage de cette participation aux frais. *Vous* devrez régler le montant de la participation aux frais directement à l'*hôpital*, à la *clinique*, au *praticien* ou à la pharmacie. Les sommes que *vous* payez sont soumises à la limite de la participation maximale (annuelle) aux frais applicable.



### 9.3

Seules les sommes que *vous* payez au titre de la participation aux frais dans le cadre de l'Assurance médicale internationale et/ou de l'option *Soins ambulatoires* à l'international sont soumises à la limite de la participation maximale (annuelle) aux frais. Ne sont pas soumis à la participation maximale (annuelle) aux frais :

- > tous les montants que *vous* payez au titre d'une franchise ;
- > les montants dépassant les plafonds de garantie ;
- > les *soins médicaux* non couverts par l'Assurance médicale internationale ou par l'option *Soins ambulatoires* à l'international ; ou
- > les pénalités appliquées en raison de la non-obtention d'une autorisation préalable ou du recours à des professionnels de santé hors-réseau aux *États-Unis*.

Tous les montants que *vous* payez au titre de la franchise, de la participation aux frais et de la participation maximale (annuelle) aux frais le cas échéant, s'appliquent séparément à chaque *assuré*, chaque option de couverture et chaque *période de couverture*.

### 9.4

Aucune franchise ne s'applique aux garanties « Indemnité journalière d'hospitalisation » ou « Soins aux nouveau-nés ».

## 10. Ajouter et supprimer des assurés

### 10.1

Sauf en cas de survenue d'un *événement de la vie admissible*, *vous* ne pouvez pas ajouter ni supprimer un *assuré* pendant la période du *contrat*. Un *assuré* peut être ajouté ou supprimé uniquement si *vous* reconduisez l'assurance à la fin d'une *période de couverture* annuelle.

### 10.2

Si *vous* souhaitez ajouter un nouvel *assuré*, *vous* devez *nous* envoyer une *souscription* dûment remplie pour cette personne. *Nous*

sommes libres d'accepter ou de refuser tout nouvel *assuré*. *Nous* *vous* informerons de toutes les conditions ou exclusions spéciales et du supplément de prime éventuels qui s'appliqueront à la couverture proposée. La couverture de tout nouvel *assuré* commencera à la date à laquelle *vous* *nous* confirmerez *notre* accord. *Nous* *vous* enverrons une *attestation d'assurance* mise à jour confirmant que le nouvel *assuré* a bien été ajouté.

### 10.3

En cas d'accouchement d'une *assurée*, *vous* pouvez demander à ajouter le nouveau-né comme *assuré* à *notre* *contrat* d'assurance existant.

#### 10.3.1

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.

#### 10.3.2

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.

### 10.4

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.

Nous vous enverrons une *attestation d'assurance* mise à jour confirmant que le nouvel assuré a bien été ajouté. Pour plus d'informations, consultez la garantie « Soins aux nouveau-nés » dans  *votre* Guide client.

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

### 11.1

Si l'un quelconque des *assurés* change de *pays de résidence habituelle*, vous devrez nous en informer dès que possible et dans tous les cas dans les trente (30) jours. Nous nous réservons le droit de vous demander des informations complémentaires sur tout changement de  *votre pays de résidence habituelle* ou de celui de tout autre assuré, à tout moment. Notez que tout changement de  *votre pays de résidence habituelle* ou de celui d'un autre assuré peut entraîner une augmentation de  *votre* prime ou le paiement de taxes supplémentaires, ce qui signifie que vous pourriez être redevable d'un supplément de prime ou que vos paiements mensuels ou trimestriels pourraient augmenter. Si  *votre* prime augmente, nous vous donnerons le droit d'annuler le  *contrat* , conformément à l'article 6.5, auquel cas les articles 6.5.1, 6.6 et 6.7 s'appliqueront. Notez que l'assurance pourrait être fournie par une autre société du groupe  *Cigna* .

### 11.2

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

### 11.3

Nous nous réservons le droit de résilier ce *contrat* conformément à l'article 6.3.

### 11.4

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

#### 11.4.1

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

#### 11.4.2

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

## 12. Communication

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

## 13. Reconduction du contrat

### 13.1

Si nous décidons de reconduire le *contrat*, nous vous en informerons par écrit au moins un (1) mois calendaire avant la *date de fin* pour vous inviter à reconduire le *contrat* aux conditions que nous vous proposons. Nous vous informerons de toute modification du *contrat* et de la prime pour la prochaine

*période de couverture*. Si la législation et/ou la réglementation locales l'imposent, nous pourrions vous proposer une autre assurance santé.

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

### 13.2

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

### 13.3

Si vous ne voulez pas reconduire votre contrat, vous devez nous en informer par écrit au moins sept (7) jours avant la date de fin de votre contrat.

#### 13.3.1

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

### 13.4

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

### 13.5

Si de quelconques exclusions spéciales s'appliquent à l'un des assurés, nous pourrions occasionnellement les examiner à une date de reconduction annuelle future, afin de déterminer si nous sommes prêts à supprimer ces exclusions. Dans ce cas,

nous indiquerons la date d'examen des exclusions dans l'attestation d'assurance. À la date indiquée, nous réviserons également le supplément de prime éventuel que nous pourrions avoir appliqué pour la prise en charge d'une maladie.

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

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

## 14. Protection des données

### 14.1

*Cigna* a besoin de recueillir, d'utiliser, de divulguer et/ou de traiter des données personnelles et sensibles vous concernant, notamment toutes les informations nominatives vous concernant telles que : nom, adresse, date de naissance, numéros de téléphone et informations médicales vous concernant, aux fins de la gestion de ce contrat et de la fourniture de l'assurance. Vous consentez à ce que *Cigna* recueille et traite toutes les données personnelles et sensibles vous concernant dans la mesure raisonnablement nécessaire à ces fins.

### 14.2

Les appels téléphoniques à *Cigna* et de la part de cette dernière sont susceptibles d'être enregistrés à des fins de contrôle qualité.

Conformément à l'ordonnance sur la protection des données à caractère personnel (Vie privée), chap. 486 des lois de Hong Kong (Personal Data Privacy Ordinance ou PDPO) et aux lois

nationales applicables, *nous* agissons en tant qu'utilisateur des données pour les informations personnelles et sensibles que *nous* détenons.

*Nous* traiterons ces données pour *nous* acquitter de *nos* obligations, et *nous* pouvons être amenés à les partager avec des tiers autorisés afin de fournir l'assurance ou des services associés à ce *contrat*, ce qui signifie que, dans certains cas, *nous* devons transférer des données en dehors de Hong Kong. Ces tiers autorisés incluent, sans limitation, les *hôpitaux*, *médecins*, services d'évacuation médicale, chambres de compensation, agents, sous-traitants ou prestataires de services qui *nous* fournissent des services administratifs, de traitement de données, service à la clientèle, centre d'appels, télécommunications, technologies, gestion de fonds, recouvrement de créances, paiement, contrôles anti-blanchiment d'argent et autres contrôles réglementaires, marketing, études de marché, publipostage, impression et autres services.

Le traitement de ces données est soumis à des restrictions contractuelles liées à la confidentialité et à la sécurité, qui s'ajoutent aux obligations imposées par la PDPO.

Si *vous* souhaitez obtenir une copie des informations *vous* concernant que *nous* détenons, veuillez *nous* écrire en mentionnant  *votre numéro de contrat*. Veuillez noter que *nous* pourrions *vous* facturer des frais raisonnables pour fournir ces informations.

### 14.3

Pour *nous* aider à détecter et à prévenir les fraudes, *nous* devons parfois partager des informations avec d'autres assureurs ou organismes. Si *nous* avons besoin de partager des informations pour cette raison, *nous* ne partagerons que les informations qui sont nécessaires pour permettre la prévention et la détection des fraudes ou des tentatives de fraudes et *nous* ne partagerons aucune information concernant un *assuré* qui n'est pas *nécessaire* à ces fins.

## 15. Qui peut appliquer ce contrat ?

Seuls *nous* et *vous* disposons de droits légaux relatifs à cette assurance. Cela signifie que seuls *nous* et *vous* pouvons appliquer le *contrat* (bien que *nous* autorisions toute personne couverte par ce *contrat* à utiliser *notre* processus de plaintes), et personne d'autre que *nous* et *vous* ne peut appliquer le *contrat* en vertu du décret relatif aux contrats (droits des tiers) (chapitre 623 des lois de Hong Kong).

## 16. Notre droit de recouvrement auprès de tiers

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

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

## 17. Pluralité des assurances

Si *vous* possédez également un *contrat* avec un autre assureur, *nous* négocierons avec lui afin de déterminer qui paie, et dans quelles proportions, une demande de remboursement. Si un *assuré* est couvert par une autre assurance, *nous* pourrions

ne payer qu'une partie des frais des *soins médicaux*. Si une autre personne ou un autre organisme ou programme public est redevable des frais des *soins médicaux*, nous pourrions exiger le remboursement des frais que nous avons payés.

## 18. Modifications apportées à ce contrat

### 18.1

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

### 18.2

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

## 19. Sanctions

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

autoriser l'élargissement de la couverture conformément aux lois relatives aux sanctions.

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

## 20. Pandémies, épidémies et maladies infectieuses

### 20.1

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



## 20.2

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

## 20.3

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

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

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



# RUBRIQUE 2: EXCLUSIONS GÉNÉRALES

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

Conformément à la clause 19, *nous* ne couvrons aucun *assuré* ni ne payons de demandes de remboursement dans des pays où faire cela enfreindrait les restrictions commerciales applicables, notamment les restrictions imposées par le Bureau de contrôle des actifs étrangers du département du Trésor des États-Unis, la Commission européenne ou les Comités de sanctions du Conseil de sécurité des Nations Unies.

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

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

## 1. Soins médicaux dispensés par :

- a) un *praticien* qui n'est pas reconnu par les autorités compétentes dans le pays où les *soins médicaux* sont reçus comme possédant les connaissances de spécialiste, ou l'expertise, dans

le *traitement* de la maladie ou de la *blessure* qui doivent être soignées ;

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

## 2. Soins médicaux pour :

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

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

**3. Soins médicaux préventifs**, notamment les dépistages, les bilans de santé de routine et les vaccins (sauf si ces *soins médicaux* sont inclus dans l'Assurance médicale internationale ou l'une des options par laquelle l'*assuré* est couvert).

Dans le cadre de l'assurance médicale internationale, les limites de prise en charge pour la chirurgie de prévention concernant des *affections congénitales*, autres que le cancer, s'appliquent.

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

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

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

lorsque l'*assuré* :

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

**6.** Tous les *soins médicaux* reçus en dehors de *votre zone de couverture sélectionnée*, sauf s'ils peuvent être pris en charge dans le cadre de la « Garantie hospitalisation d'urgence hors zone de couverture ».

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

**8.** Frais relatifs aux évacuations navire-terre.

**9.** *Soins médicaux* dispensés dans des *cliniques* de médecine douce, des spas, des maisons de repos ou d'autres établissements qui ne sont pas des *hôpitaux* ou des professionnels de santé reconnus.

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

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

**12.** Toute *prothèse* ou tout dispositif, y compris les aides auditives et les lunettes (sauf si le module Assurance optique et dentaire internationale a été choisi) qui ne sont pas *médicalement nécessaires* et/ou ne correspondent pas à *notre* définition des *prothèses*.

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

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

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

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

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

**17.** *Chirurgie* foetale, c'est-à-dire les *soins médicaux* ou la *chirurgie* réalisés dans l'utérus avant la naissance, sauf s'ils résultent de complications survenues pendant la grossesse et soumis aux limites détaillées dans la rubrique « Complications liées à la grossesse » de l'Assurance médicale internationale.

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

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

**20.** *Soins médicaux* découlant de, ou liés de quelque façon que ce soit à une tentative de suicide ou à une *blessure* ou une maladie que l'*assuré* s'est infligé à lui-même.

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

- a) difficultés d'apprentissage, comme la dyslexie ;
- b) problèmes de développement physique comme une petite taille ;
- c) trouble de la personnalité dépendante ;
- d) trouble de la personnalité schizoïde ; ou
- e) trouble de la personnalité histrionique.

**22.** Troubles de l'articulation temporomandibulaire.

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

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

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

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

**26.** *Soins médicaux* liés à l'interruption volontaire de grossesse, sauf si la grossesse met en danger la vie ou l'équilibre mental d'une *assurée*

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

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

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

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

- a) avoir participé à une activité sportive à un niveau professionnel ;
- b) avoir participé à une activité sportive ou un passe-temps dangereux, y compris, notamment, le ski hors-piste, le saut en parachute, le « tombstoning » ou le saut de falaise, l'alpinisme ou l'escalade, la spéléologie, les sports motorisés, l'équitation, la monte de taureau ou la course de taureaux, le parkour ;
- c) une sortie de plongée sous-marine en solo ; ou
- d) une sortie de plongée sous-marine à une profondeur de plus de trente (30) mètres sauf si l'*assuré* a les qualifications requises (à savoir titulaire d'une certification PADI ou équivalente) pour plonger à cette profondeur.

**31.** *Soins médicaux* qui (selon *notre* avis raisonnable) sont expérimentaux ou dont

l'efficacité n'a pas été démontrée. Cela comprend, sans s'y limiter :

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

**32.** Toute forme de *soins cosmétiques* ou de reconstruction, dont l'objectif est de modifier ou d'améliorer l'apparence, même pour des raisons psychologiques, sauf si les *soins médicaux* sont *médicalement nécessaires* et s'ils découlent directement d'une maladie ou d'une *blessure* subies par l'*assuré* ou d'une *opération chirurgicale*.

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





## RUBRIQUE 3: DÉFINITIONS

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

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

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

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

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

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

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

**Blessure** : une blessure physique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Événement de la vie admissible** désigne :

- > mariage ou union civile ;
- > début de cohabitation avec un(e) concubin(e) ;
- > divorce ou séparation ;
- > naissance d'un enfant ;
- > adoption légale d'un enfant ; ou
- > décès d'un(e) *conjoint(e)*, concubin(e) ou d'un enfant.

*Nous* pourrions exiger un justificatif pour les événements ci-dessus.

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

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

**Hôpital** : organisme ou institution qui est enregistré(e) ou habilité(e) comme hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il est situé et dans lequel ou laquelle l'*assuré* reçoit des soins quotidiens ou est sous la supervision d'un *praticien* ou d'un *infirmier qualifié*.

**Infirmier qualifié** : infirmier qui est enregistré ou habilité en tant que tel conformément aux lois du pays, de l'état

ou d'une autre zone réglementée dans lequel ou laquelle les *soins médicaux* sont dispensés.

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

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

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

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

**Monde entier hors États-Unis** : monde entier, à l'exception des *États-Unis*.

**Monde entier États-Unis compris** : tous les pays du monde, à l'exclusion des pays avec lesquels, à la *date de début* des *soins médicaux*, le gouvernement fédéral des *États-Unis* a interdit les échanges commerciaux dans la mesure où les

paiements sont interdits par le droit applicable.

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

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

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

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

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

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

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

**Prothèse(s)** : un membre artificiel ou outil *nécessaire* aux fins de, ou en lien avec une *intervention chirurgicale*, ou dans le cadre

du *traitement* suivant immédiatement une *intervention chirurgicale* aussi longtemps que cela est *médicalement nécessaire*, ou qui est *médicalement nécessaire* et fait partie du processus de récupération à court terme.

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

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

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

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

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

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

**Soins médicaux d'urgence** : *soins médicaux* qui sont *médicalement nécessaires* pour prévenir les effets immédiats et notables

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

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

- > l'Institut national de la santé et de l'excellence clinique ; ou
- > les directives cliniques internationales.

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

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

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

**Zone de couverture sélectionnée :** désigne soit :

- > *monde entier, États-Unis compris* ; ou
- > *monde entier hors États-Unis*.





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



« 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. Ces filiales d'exploitation comprennent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A. -N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2021 Cigna. Tous droits réservés.