

ASSURANCE MÉDICALE INTERNATIONALE

Document d'information sur un produit d'assurance



Société : Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V

Produit : Cigna Global Platinum

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V enregistrée en Belgique et régie par la Banque nationale de Belgique sous le numéro d'enregistrement 938.

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 vise à couvrir les frais des soins de santé médicaux privés indispensables dans votre zone de couverture choisie, vous permet un accès rapide et facile aux établissements et aux professionnels de santé au sein de notre important réseau.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Assurance médicale internationale

Plafond global annuel : Règlement intégral par assuré et par année de contrat

- ✓ Garantie hospitalisation d'urgence hors zone de couverture (hospitalisation et soins de jour)
- ✓ Soins infirmiers et hospitaliers pour une chambre particulière
- ✓ Traitement d'une maladie résultant d'une pandémie, d'une épidémie ou d'une épidémie de maladie infectieuse
- ✓ Soins intensifs
- ✓ Honoraires de chirurgiens et d'anesthésistes
- ✓ Honoraires de consultation de spécialistes
- ✓ Services de transplantation
- ✓ Pathologie, radiologie et tests de diagnostic
- ✓ Imagerie médicale avancée (IRM, tomographies et caméra à positons)
- ✓ Acupuncture et médecine chinoise
- ✓ Soins à domicile
- ✓ Rééducation
- ✓ Soins palliatifs
- ✓ Services d'ambulance locaux et aériens
- ✓ Soins dentaires d'urgence dans le cadre d'une hospitalisation
- ✓ Santé mentale et comportementale
- ✓ Soins anticancéreux
- ✓ Chirurgie préventive du cancer : remboursement à 90 % jusqu'à 18 000 \$/ 13 300 €/ 12 000 £
- ✓ Soins des nouveaux-nés : 156 000 \$/ 122 000 €/ 100 000 £
- ✓ Maladies congénitales : 39 000 \$/ 30 500 €/ 25 000 £
- ✓ Soins de maternité courants : 14 000 \$/ 11 000 €/ 9 000 £
- ✓ Complications de la maternité : 28 000 \$/ 22 000 €/ 18 000 £
- ✓ Accouchements à domicile : 1 100 \$/ 850 €/ 700 £

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 à l'international

Plafond annuel de : Illimité par bénéficiaire et par an

- ✓ Consultations avec des médecins et spécialistes
- ✓ Soins +60 ans : 2 000 \$/ 1 480 €/ 1 330 £
- ✓ Soins pré- et postnatals : 7 000 \$/ 5 500 €/ 4 500 £
- ✓ Pathologie, radiologie et tests de diagnostic
- ✓ Rééducation ambulatoire
- ✓ Acupuncture et médecine chinoise
- ✓ Médicaments et pansements prescrits
- ✓ Tests génétiques pour le cancer : 4 000 \$/ 2 590 €/ 2 650 £
- ✓ Vaccinations pour adultes
- ✓ Accidents dentaires
- ✓ Pédiatrie

Évacuation à l'international et Crisis Assistance Plus™

- ✓ Évacuation médicale
- ✓ Rapatriement médical
- ✓ Rapatriement de la dépouille mortelle
- ✓ Frais de voyage d'un accompagnateur
- ✓ Visites de compassion – frais de voyage : 1 200 \$/1 000 €/800 £
- ✓ Visite de compassion – indemnités frais courants : 155 \$/125 €/100 £
- ✓ Programme Crisis Assistance Plus™



Qu'est-ce qui est assuré ? (suite)

Santé et bien-être à l'international

- ✓ Examens physiques de routine pour adulte : 600 \$/ 440€/ 400 £
- ✓ Dépistages du cancer
- ✓ Consultations diététiques
- ✓ Programme d'assistance Gestion de vie
- ✓ Coaching bien-être par téléphone

Assurance optique et dentaire internationale

- ✓ Examen oculaire
- ✓ Montures de lunettes et lentilles : 310 \$/ 245 €/ 200 £
- Limite globale pour les soins dentaires : 5 500 \$/ 4 300 €/ 3 500 £**
- Les taux de remboursement vont jusqu'à la limite globale
- ✓ Soins dentaires préventifs
- ✓ Soins dentaires ordinaires
- ✓ Soin dentaire reconstructeur majeur
- ✓ Soins d'orthodontie : 50 % des frais remboursés par période de couverture

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



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

- ✗ Chirurgie du fœtus
- ✗ Arrêt du tabac
- ✗ Soins suite à un conflit ou à une catastrophe si vous êtes un participant actif ou si vous vous êtes mis en danger
- ✗ Problèmes de développement
- ✗ 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.
- ✗ 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 sélectionnée

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 :

- 120 jours : Soins à domicile
- 90 jours : Rééducation (90 jours pour une hospitalisation et des soins de jour uniquement)
- 90 jours : Santé mentale et comportementale (90 jours pour une hospitalisation et des soins de jour uniquement)
- 15 visites : Acupuncture et médecine chinoise (en ambulatoire uniquement)
- 4 visites: Consultations diététiques

Délais d'attente (durée entre le premier achat de la prestation et la demande de remboursement)

- 24 premiers mois : Traitement de l'obésité
- 24 premiers mois : Bilan d'infertilité et traitement
- 12 premiers mois : Tests génétiques pour le cancer
- 12 premiers mois: Soins de maternité courants
- 12 premiers mois: Complications de la maternité
- 12 premiers mois: Accouchements à domicile
- 3 premiers mois : Soins dentaires préventifs et ordinaires
- 12 premiers mois : Soin dentaire reconstructeur majeur
- 18 premiers mois : Soins d'orthodontie

Nous pouvons accepter d'inclure certaines maladies préexistantes moyennant un coût supplémentaire, dans certains cas

Si vous sélectionnez une franchise et / ou une participation aux frais sur une Assurance médicale internationale ou des Soins ambulatoires à l'international, vous serez tenu de payer la franchise et/ou les montants de participation aux frais 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 réduisons 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 Etats-Unis avec le réseau Cigna, nous réduisons de 20 % le montant que nous paierons

Si vous n'obtenez pas d'accord préalable pour des soins aux Etats-Unis, nous réduisons de 50 % le montant que nous paierons. Si ces soins sont hors du réseau Cigna, nous réduisons 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 Etats-Unis, nous réduisons 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 60 jours maximum par période de couverture

Nous n'effectuerons pas de remboursement pour les soins obtenus dans un pays dont vous êtes ressortissant, à moins que ces soins soient reçus pendant votre période de couverture à domicile de 180 jours et si ce pays fait partie de la zone de couverture sélectionnée

Pour la garantie de soins aux nouveau-nés, le nouveau-né sera soumis à une souscription médicale si la demande d'enregistrement est reçue plus de 30 jours après la naissance du nouveau-né ou si aucun des deux parents n'est couvert par la police depuis une période ininterrompue de 12 mois ou plus avant la naissance du nouveau-né

Concernant la garantie des médicaments et les pansements prescrits dans le cadre du module facultatif Soins ambulatoires à l'international, 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 ?

✓ Ce forfait vous couvre, vous et toute personne supplémentaire incluse dans votre police partout dans le monde (en incluant ou non les Etats-Unis, selon votre choix).



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 7 jours que vous devez nous adresser par écrit.