

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 Gold

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 les ressortissants locaux de Malte, de Grèce, de Chypre et de Roumanie, 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

Limite de couverture annuelle : 2 000 000 \$/ 1 600 000 €/ 1 300 000 £ par assuré et par an

- ✓ Soins infirmiers et hospitaliers pour une chambre particulière
- ✓ Soins intensifs
- ✓ Honoraires de chirurgiens et d'anesthésistes
- ✓ Honoraires de consultation de spécialistes
- ✓ Les services de transplantation d'organe, de moelle épinière et de cellules souches
- ✓ Dialyse du rein
- ✓ Pathologie, radiologie et tests de diagnostic
- ✓ Imagerie médicale avancée (IRM, tomodesitométriques et caméra à positons) : 10 000 \$/ 7 400 €/ 6 650 £
- ✓ Physiothérapie et traitements complémentaires : 5 000 \$/ 3 700 €/ 3 325 £
- ✓ Soins à domicile : 5 000 \$/ 3 700 €/ 3 325 £
- ✓ Rééducation : 5 000 \$/ 3 700 €/ 3 325 £
- ✓ Hospice et soins palliatifs : 10 000 \$/ 7 400 €/ 6 650 £
- ✓ Services d'ambulance locaux et aériens
- ✓ Soins dentaires d'urgence dans le cadre d'une hospitalisation
- ✓ Soins de santé mentale : 5 000 \$/ 3 700 €/ 3 325 £
- ✓ Soins anticancéreux
- ✓ Soins des nouveaux-nés : 75 000 \$/ 55 500 €/ 48 000 £
- ✓ Maladies congénitales : 20 000 \$/ 14 800 €/ 13 300 £
- ✓ Soins de maternité courants : 7 000 \$/ 5 500 €/ 4 500 £
- ✓ Complications de la maternité : 14 000 \$/ 11 000 €/ 9 000 £
- ✓ Accouchements à domicile : 500 \$/ 370 €/ 335 £

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 : 25 000 \$/ 18 500 €/ 16 625 £ par bénéficiaire et par an

- ✓ Consultations avec des médecins et spécialistes : 250 \$/ 185 €/ 165 £
- ✓ Soins +60 ans : 1 000 \$/ 740 €/ 665 £
- ✓ Soins pré- et postnataux : 3 500 \$/ 2 750 €/ 2 250 £
- ✓ Pathologie, radiologie et tests de diagnostic : 5 000 \$/ 3 700 €/ 3 325 £
- ✓ Soins de physiothérapie : 5 000 \$/ 3 700 €/ 3 325 £
- ✓ Soins ostéopathiques et chiropratiques
- ✓ Acupuncture, homéopathie et médecine chinoise
- ✓ Médicaments et pansements prescrits : 2 000 \$/ 1 480 €/ 1 330 £
- ✓ Vaccinations pour adultes
- ✓ Accidents dentaires
- ✓ Examens de routine annuels

Évacuation médicale internationale

- ✓ 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 £



Qu'est-ce qui est assuré ? (suite)

Santé et bien-être à l'international

- ✓ Examens physiques de routine pour adulte : 450 \$/ 330 €/ 300 £
- ✓ Dépistages du cancer : 450 \$/ 330 €/ 300 £

Assurance optique et dentaire internationale

- ✓ Examen oculaire : 200 \$/ 150 €/ 130 £
- ✓ Montures de lunettes et lentilles : 155 \$/ 125 €/ 100 £
- Limite globale pour les soins dentaires : 2 500 \$/ 1 850 €/ 1 650 £**
- Les taux de remboursement vont jusqu'à la limite globale
- ✓ Soins dentaires préventifs
- ✓ Soins dentaires ordinaires : 90 % des frais remboursés par période de couverture
- ✓ Soin dentaire reconstrucateur majeur : 80 % des frais remboursés par période de couverture
- ✓ 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
- ✗ Troubles du sommeil
- ✗ 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 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
- ✗ Soins médicaux pendant plus de quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs si vous souffrez de dommages neurologiques permanents et/ou si vous vous trouvez dans un état végétatif permanent.
- ✗ 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
- ✗ Intervention plastique, esthétique ou reconstructive (sauf si ce traitement est nécessaire d'un point de vue médical)
- ✗ Traitement hors 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 : Soins à domicile
 - 30 jours : Rééducation
 - 90 jours : Soins de santé mentale (30 jours d'hospitalisation. 180 jours sur 5 ans)
 - 30 visites : Consultations avec des médecins et spécialistes
 - 15 visites : Soins ostéopathiques et chiropratiques
 - 15 visites : Acupuncture, homéopathie et médecine chinoise
- ! **Délais d'attente (durée entre le premier achat de la prestation et la demande de remboursement)**
 - 12 premiers mois : Troubles congénitaux
 - 3 premiers mois : Soins dentaires préventifs et ordinaires
 - 12 premiers mois : Soins dentaire reconstructeur majeur
 - 18 premiers mois : Soins d'orthodontie
 - 12 premiers mois : Soins de maternité courants
 - 12 premiers mois : Complications de la maternité
 - 12 premiers mois : Accouchements à domicile
- ! 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
- ! 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 Etats-Unis avec le réseau Cigna, nous réduirons de 20 % le montant que nous paierons
- ! Si vous n'obtenez pas d'accord préalable pour des soins aux Etats-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
- ! Si vous n'obtenez pas d'accord préalable pour des soins hors des Etats-Unis, nous réduirons de 20 % le montant que nous paierons
- ! La couverture d'urgence hors zone est limitée à une période maximale de 3 semaines par voyage et à un maximum de 60 jours par période de couverture
- ! 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.

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.



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 disposez d'un droit légal d'annuler votre police dans les quatorze (14) jours à compter de la date d'achat ou de renouvellement de cette police, ou à compter de la date à laquelle vous recevez le Guide client ou le Règlement relatif aux polices, si cette date est ultérieure. 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.