

Cette **police** est destinée aux **expatriés**. Elle ne fournit pas de couverture pour les frais de **traitement** reçu dans un pays dont le bénéficiaire est un ressortissant au moment du **traitement** (par exemple, la couverture ne couvre pas les coûts d'un ressortissant allemand ayant reçu un **traitement** en Allemagne), sauf dans certains cas <sup>1</sup>. Reportez-vous à la section 16.1

Si **vous** ne comprenez pas pleinement les termes et conditions de cette **police**, veuillez **nous** contacter sous quatorze (14) jours à compter de la **date de prise d'effet** de la police indiquée dans **vos** **certificat d'assurance** pour demander de plus amples informations. A défaut d'une telle demande dans le délai précité, **nous** considérerons que vous avez pris connaissance de ces conditions et que **vous** les acceptez.

Si cette **police** ne répond pas à **vos** besoins, ou n'a pas été délivrée conformément à **vos** attentes, **vous** pouvez demander son annulation dans les quatorze (14) jours à compter de la **date de prise d'effet** de la police indiquée dans votre **certificat d'assurance**. Si aucune demande de remboursement n'a été faite, et aucune **garantie de paiement** ou approbation préalable n'a été mise en place, **nous vous** rembourserons toute prime qui aura été versée. En ce qui concerne les mots et phrases en **caractère gras** veuillez-vous référer à la Section 3, « Définitions » pour en vérifier le sens.

Cette **police** ne remplace aucun régime national d'assurance maladie éventuellement applicable. **Vous** ne devez pas interrompre votre affiliation à un régime national d'assurance maladie sauf si **vous** êtes conscient des risques encourus le cas échéant.

## SECTION 1 - CONDITIONS GÉNÉRALES

### 1. Contrat d'assurance

Sous réserve des modalités, conditions, limitations et exclusions énoncées dans le présent contrat, Cigna remboursera les frais médicaux et dépenses connexes relatifs aux traitements pour blessures et maladies dispensés dans la zone de couverture d'assurance choisie. Le **traitement** doit avoir lieu au cours de la **période de garantie**, et des **franchises**, **des participations** aux coûts et des limites de couverture peuvent s'appliquer.

### 2. Documents de police d'assurance

Ces conditions générales, **vos** **demande d'assurance**, **vos** **certificat d'assurance** (valant conditions particulières) et le **Guide client** constituent l'intégralité du contrat entre **nous** et vous. Vous devez les lire attentivement.

### 3. Quand débute la couverture d'assurance?

3.1 Les garanties prennent effet à la **date de prise d'effet** indiquée sur le premier **certificat d'assurance** que **nous vous** enverrons. La date de renouvellement du contrat est fixée

chaque année à cette date.

3.2 Si **vous** souhaitez acquérir une couverture d'assurance pour tout **bénéficiaire** supplémentaire, les garanties lui seront acquises à la **date de prise d'effet** indiquée sur le premier **certificat d'assurance** sur lequel le **bénéficiaire** est inscrit.

3.3 S'il existe un délai entre **vos** demande d'assurance et la **date de prise d'effet** initiale de votre contrat, il est possible que **nous vous** envoyons une déclaration et vous demandions de confirmer si vos coordonnées sont toujours valides. Si **vous** recevez une telle déclaration et que vos coordonnées ont changé sans que **vous nous** ayez prévenu, **nous** serons en droit de considérer cela comme une fausse déclaration, ce qui pourrait affecter les garanties prévues dans votre contrat ou le paiement des frais couverts.

## 4. Quand se termine la couverture d'assurance ?

4.1 Cette police est un contrat annuel. En conséquence, la couverture d'assurance et les garanties de ce contrat prendront fin un an après la **date de prise d'effet**, à moins que le contrat ne soit résilié de façon anticipée ou qu'il soit renouvelé. Par exemple, si la **date de prise d'effet** est le 1er janvier, le dernier jour de la couverture d'assurance sera le 31 décembre.

4.2 La couverture d'assurance prendra automatiquement fin pour tout **bénéficiaire** si :

4.2.1 le **bénéficiaire** décède (étant précisé que toutes les prestations qui peuvent être versées ou fournies après le décès, tel que le rapatriement des dépouilles seront toujours payées) ; ou

4.2.2 le contrat est résilié. Les circonstances dans lesquelles **nous pouvons ou vous** pouvez résilier le contrat sont expliquées dans le paragraphe 12.

4.3 Si **vous décédez**, les bénéficiaires ne seront plus couverts par la couverture d'assurance. Dans ce cas, **nous** essayerons de contacter chaque bénéficiaire couvert en vertu de ce contrat en vue de leur offrir la possibilité de maintenir la couverture d'assurance jusqu'à son échéance en proposant que l'un des bénéficiaires soit nommé en tant qu'assuré au titre du contrat. Si le **bénéficiaire** souhaite continuer à être couvert par le contrat, il doit confirmer son acceptation par écrit dans les 30 jours. Si **nous** ne recevons pas cet avis écrit, la couverture prendra fin, et **nous** ne rembourserons pas les soins ou services de santé reçus à compter de la date à laquelle la couverture se termine.

4.4 Si ce contrat prend fin avant la date d'échéance prévue, toute prime qui aura été payée au titre de la période postérieure à la date de cessation du contrat, sera remboursée au pro rata et seulement si aucune demande de remboursement n'a été faite et qu'aucune garantie de paiement ou autorisation préalable n'a été mise en place

au cours de la période de garantie.

## 5. Quelle est la procédure de renouvellement de la police ?

5.1 **Nous** vous contacterons au moins un mois avant la date de fin du contrat pour vérifier si vous souhaitez renouveler la couverture que vous avez actuellement. **Nous vous** informerons également de tout changement relatif aux primes ou aux termes et conditions, susceptible de s'appliquer lors du renouvellement du contrat.

5.2 Si **vous** choisissez de renouveler votre contrat, il n'est pas nécessaire de **nous** contacter puisque  **votre couverture** sera automatiquement renouvelée pour une nouvelle période de 12 mois. Le renouvellement est soumis aux définitions, aux prestations et aux conditions du contrat en vigueur au moment du renouvellement. Si **nous** ne sommes pas en mesure de renouveler votre contrat pour les raisons exposées au paragraphe 12.1, **nous vous** donnerons un préavis tel que décrit au paragraphe 12.5 . Si vous ne souhaitez pas renouveler  **votre contrat**, **vous** devez **nous** en informer au moins sept jours avant la date d'échéance du contrat.

5.3 Si **vous** ne renouvelez pas  **votre contrat**, tout bénéficiaire couvert par le contrat peut demander sa propre couverture d'assurance. **Nous** examinerons leur demande individuellement et indiquerons aux bénéficiaires si, et dans quelles conditions, **nous** pouvons leur proposer une telle couverture..

## 6. Qui est couvert ?

6.1 **Vous** pouvez mettre en place une couverture au profit d'autres personnes, sous réserve de notre accord discrétionnaire. Pour ce faire, **vous devez** les inclure dans  **votre demande d'assurance** . Si **nous** donnons notre accord **nous** incluons leurs noms dans  **votre certificat d'assurance** . Dans ce cas, une prime supplémentaire et des exclusions spécifiques peuvent être appliquées en ce qui les concerne.

6.2 Il **vous** est possible d'assurer d'autres personnes sans que **vous** soyez vous-même assuré pour autant. Dans ce cas **vous** serez considéré comme le souscripteur d'assurance, et serez responsable du paiement des primes et de toutes autres obligations en vertu de la police, mais **vous** ne serez pas couvert. Toutes les demandes feront l'objet d'une tarification médicale et **nous** communiquerons au souscripteur les conditions qui s'appliqueront à tout bénéficiaire désigné sur le certificat d'assurance.

## 7. Puis-je ajouter ou supprimer des bénéficiaires au cours de la période de garantie?

7.1 Sauf si un événement qualifiant survient, **vous** pouvez ajouter ou supprimer un **bénéficiaire** uniquement lors du renouvellement de votre couverture à la fin d'une **période** de **garantie** annuelle. Par exemple, si la **date de prise d'effet** indiquée sur votre **certificat d'assurance** est le 1er janvier, **vous** pourrez seulement ajouter ou supprimer un nouveau **bénéficiaire avec** effet le 1er janvier de l'année suivante.

7.2 Si un **événement qualifiant** survient, **vous** pouvez ajouter ou supprimer l'autre personne concernée par l'**événement qualifiant** comme **bénéficiaire** au cours de la **période de garantie**. Si **vous** souhaitez ajouter un nouveau **bénéficiaire** sur cette base, vous devez **nous** faire parvenir une **demande** dûment remplie pour cette personne.

**Nous vous** indiquerons ensuite si **nous** sommes en mesure d'offrir une couverture d'assurance pour cette personne et, le cas échéant, si des conditions ou des exclusions spécifiques et une prime supplémentaire pourraient s'appliquer. Les garanties du nouveau **bénéficiaire** prendront effet à la date à laquelle **vous** confirmez votre acceptation.

**Nous vous** enverrons un certificat **d'assurance** mis à jour pour confirmer que le nouveau **bénéficiaire** a été ajouté.

7.3 Si vous donnez ou  **votre conjoint** donne naissance à un enfant, **vous** pouvez demander d'ajouter le nouveau-né comme **bénéficiaire** de votre contrat existant :

7.3.1 Si au moins l'un des parents a été couvert par le contrat pendant une période continue de 10 mois ou plus avant la naissance du nouveau-né et que **nous** recevons la **demande d'assurance** dans les 30 jours suivant la date de naissance du nouveau-né, le nouveau-né ne sera pas soumis à une tarification médicale, **nous** n'aurons pas besoin d'information sur l'état de santé du nouveau-né ou d'un examen médical, et la couverture commencera lorsque **nous** confirmerons réception de la **demande d'assurance**. **Nous vous** enverrons un **certificat d'assurance** mis à jour pour confirmer que le nouveau **bénéficiaire** a été ajouté.

7.3.2 Si au moins l'un des parents a été couvert par la police pendant une période continue de 10 mois ou plus avant la naissance du nouveau-né et que nous recevons la **demande** plus de 30 jours après la date de naissance du nouveau-né, le nouveau-né sera soumis à une tarification médicale. **Nous vous** indiquerons ensuite si **nous** sommes en mesure d'offrir une couverture d'assurance pour le nouveau-né et, le cas échéant, si des conditions ou des exclusions spécifiques pourraient s'appliquer. Si **vous** acceptez les conditions offertes, la couverture débutera lorsque **nous** confirmerons réception de la demande. **Nous vous** enverrons un **certificat d'assurance**

**mis à jour** pour confirmer que le nouveau **bénéficiaire** a été ajouté.

7.3.3 Si aucun des parents n'a été couvert par la police pendant une période de 10 mois consécutifs ou plus avant la naissance du nouveau-né, le nouveau-né sera soumis à une tarification médicale. **Nous vous** indiquerons ensuite si **nous** sommes en mesure d'offrir une couverture d'assurance pour le nouveau-né et, le cas échéant, si des conditions ou des exclusions spécifiques pourraient s'appliquer. Si **vous** acceptez les conditions offertes, la couverture débutera lorsque **nous** confirmerons réception de la demande. **Nous vous** enverrons un **certificat d'assurance mis à jour** pour confirmer que le nouveau **bénéficiaire** a été ajouté.

## 8. Qu'est-ce qui est couvert ?

- 8.1 Ce contrat couvre certains frais de services ou de fournitures qui sont recommandés par un **médecin** et qui sont **médicalement nécessaires** pour les soins et le **traitement** d'une  **blessure** ou d'une **maladie**, tel que déterminé par **nous**.
- 8.2 Les coûts couverts sont énoncés dans le **Guide-client**. Ces coûts sont soumis à des limites et des exclusions qui sont énoncées dans le présent contrat, le **Guide client**, et  **votre certificat d'assurance** .
- 8.3 Des exclusions spéciales imposées sur une base individuelle peuvent s'appliquer. Les détails de ces exclusions spéciales seront indiqués sur votre **certificat d'assurance** .
- 8.4 Toute demande de remboursement est soumise à la **franchise** choisie, **aux options de participation** sélectionnées et aux limites de garanties énoncées dans le présent contrat, dans le **Guide client**, et sur  **votre certificat d'assurance**.
- 8.5 Ce contrat ne couvre pas les coûts liés au traitement reçu avant la **date de prise d'effet** du contrat, ou après que la couverture prend fin (même si ce traitement a été approuvé par **nous** avant que la période de garantie se termine).

## 9. Options de couverture

- 9.1 Le plan d'assurance médicale internationale est remis à chaque **bénéficiaire**. Les prestations disponibles (sous réserve des conditions, limites et exclusions) sont énoncées dans la section intitulée «Vos prestations en détail» dans le **Guide client**.
- 9.2 **Vous** pouvez (en contrepartie de la prime supplémentaire) ajouter aux garanties offertes par le plan d'assurance médicale internationale une ou plusieurs des options de garanties supplémentaires suivantes pour un ou plusieurs **bénéficiaires**:

- 9.2.1 Soins en ambulatoire à l'international;
- 9.2.2 Évacuation médicale internationale;
- 9.2.3 Santé et bien-être international; et
- 9.2.4 Assurance optique et dentaire internationale

9.3 Le détail des options de garanties supplémentaires est énoncé dans la section «Vos **prestations** en détail» dans le **Guide client**.

9.4 Les options de garanties ne peuvent pas être modifiées à votre demande pendant la période de garantie. Si **vous** voulez ajouter ou supprimer des options de garanties, **vous** devez **nous** en informer avant la **date de reconduction annuelle** indiquée.

9.5 Si **vous** souhaitez ajouter de nouvelles options de garanties, **nous** pouvons **vous** demander de remplir un questionnaire d'antécédents médicaux, et **nous** pouvons appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spéciales pour les nouvelles options de garanties.

9.6 **Vous** pouvez choisir entre deux options qui détermineront l'endroit du monde où les **bénéficiaires** seront couverts.

9.6.1 Si aucun **bénéficiaire** ne voyage ni ne s'installe aux **États-Unis** au cours de la période de garantie, vous pouvez choisir l'option monde entier excepté les États-Unis.

9.6.2 Si le bénéficiaire voyage ou s'installe aux États-Unis au cours de la période de garantie, vous pouvez choisir l'option monde entier y compris les États-Unis.

## 10. Primes et autres charges

10.1 **Votre certificat d'assurance** indique le montant de la prime et tous autres frais (comme les impôts) payables, et décrit quand et comment ceux-ci doivent être payés.

10.2 Les paiements doivent être effectués dans la devise et suivant les instructions mentionnées dans  **votre certificat d'assurance**.

10.3 **Vous** êtes responsable du paiement de la prime et de tous les autres frais tels que détaillés dans  **votre certificat d'assurance** et **vous** êtes également responsable de faire en sorte que ces paiements soient effectués à temps.

10.4 Si **vous** ne réglez pas vos primes et autres charges lorsqu'elles sont dues, la couverture pour l'ensemble des **bénéficiaires** sera suspendue. Tout traitement reçu pendant que la couverture est suspendue ne sera pas couvert. **Nous** ne prendrons pas en compte vos demandes de remboursement si tout paiement dû reste impayé, à moins que et jusqu'à ce que le montant impayé soit réglé.

10.5 **Nous** vous écrivons avant la date de

renouvellement annuel pour **vous** informer de toute modification proposée concernant les primes et / ou autres frais qui s'appliqueront au cours de la prochaine période de garantie. La prime et / ou autres frais peuvent varier d'une année sur l'autre.

gouvernement ou de l'Union européenne ; ou

## 11. Franchise :

11.1 **Nous** réduisons le montant que nous payons au titre des coûts de traitement, pour chaque demande de remboursement faite en vertu de l'assurance médicale internationale ou de l'option de soins en ambulatoire à l'international (le cas échéant), du montant de la **franchise** jusqu'à ce que le montant total de la **franchise** pour la **période de garantie** soit atteint.

11.2 Le montant de la **franchise** s'applique séparément à chaque **bénéficiaire**, à chaque option de garantie, et à chaque **période de garantie**.

11.3 **Vous** pouvez choisir d'avoir une **franchise** sur l'assurance médicale internationale ou sur l'option de soins en ambulatoire à l'international. Dans ce cas, **votre prime sera** inférieure à ce qu'elle devrait être sans franchise. Si **vous** souhaitez appliquer une **franchise** il faudra le spécifier dans votre **demande d'assurance**.

11.4 Aucune **franchise** ne s'applique aux options "Hospitalisation Prestations en Espèces" ou "Soins aux Nouveaux-nés"

11.5 Il sera de **votre** responsabilité de payer le montant de la **franchise** directement à **l'hôpital**, à la **clinique** ou au **médecin**. **Nous vous** informerons du montant.

**Vous** pouvez demander une modification de la **franchise** à compter de la **date de reconduction annuelle**. Si **vous** souhaitez supprimer ou réduire **votre franchise**, **nous** pourrions vous demander de remplir un questionnaire d'antécédents médicaux, et **nous** pouvons appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spécifiques.

## 12. Fin des garanties :

12.1 Sous réserve de toute exigence légale ou réglementaire contraire, **nous** pouvons mettre fin à ce contrat si:

12.1.1 toute prime ou autres frais (y compris toute taxe correspondante) ne sont pas intégralement versés dans les 30 jours suivant la date à laquelle ils doivent être réglés. **Nous vous** enverrons un avis écrit si **nous** décidons de résilier votre police en raison de ce défaut de paiement ; ou

12.1.2 de **notre** côté il devient illégal de fournir une couverture en exécution de ce contrats; ou

12.1.3 un **bénéficiaire** figure sur les listes de sanctions commerciales d'un

12.1.4 **nous** avons établi que les informations fournies par **vous** sont malhonnêtes ou incomplètes, ou que vous n'avez pas pris soin de répondre de manière honnête et rigoureuse. Cela pourrait affecter le paiement des demandes de remboursement en vertu de votre contrat et pourrait **nous** conduire à mettre un terme à vos garanties ; ou

12.1.5 **nous** ne sommes plus présents sur le marché ni en mesure de vous proposer un contrat ou une alternative appropriée pour votre zone géographique

12.2 Si **vous** souhaitez résilier ce contrat ainsi que la couverture d'assurance de tous les **bénéficiaires**, vous pouvez le faire à tout moment en **nous** donnant un préavis d'au moins sept jours par écrit.

12.3 Si ce contrat se termine avant la date d'échéance prévue, toute prime qui aura été payée après que la période de garantie a pris fin sera remboursée au pro rata, sous réserve qu'aucune demande de remboursement n'aura été faite et qu'aucune garantie de paiement ou autorisation préalable n'aura été mise en place au cours de la période de garantie.

12.4 Si un traitement a été autorisé, Cigna ne sera pas tenu de payer les frais d'un tel traitement si le contrat prend fin ou si un bénéficiaire cesse d'être bénéficiaire avant que le traitement n'ait eu lieu.

12.5 **Dans** la mesure du possible **nous vous** écrirons au moins un mois avant la date d'échéance pour **vous** informer par écrit que le contrat ne sera pas renouvelé à compter de la date d'échéance.

## 13. Participation

13.1 Si l'option de **participation** a été sélectionnée pour le plan d'assurance médicale internationale **nous** réduisons le montant que **nous** payons au titre des coûts de traitement en appliquant le pourcentage correspondant à l'option de participation choisie. Le taux du pourcentage des options de **participation** correspond au pourcentage des coûts du traitement qui ne sont pas couverts par **nous** ; ces coûts seront plafonnés par le **montant maximum** que **vous** avez choisi pour chaque période **de garantie**.

13.2 Si l'option de participation a été sélectionnée pour le plan de soins en ambulatoire à l'international **nous** réduisons le montant que **nous** payons au titre des coûts liés au traitement en appliquant le pourcentage correspondant à l'option de participation choisie. Le taux du pourcentage des options de **participation** correspond au pourcentage des coûts du traitement qui ne sont pas couverts par **nous** ; ces coûts seront plafonnés par le **montant maximum** que vous avez choisi pour chaque période **de garantie**.

13.3 Seuls les montants que vous payez au titre de

la participation de l'assurance médicale internationale ou de l'option de soins en ambulatoire à l'international sont soumis au plafonnement du **montant maximum** que vous avez choisi de payer.

Les montants que vous payez en raison d'une **franchise** ; en raison du dépassement des limites de couverture; pour tout traitement non couvert par l'assurance médicale internationale ou l'option de soins en ambulatoire à l'international ; ou en raison de pénalités octroyées pour ne pas avoir obtenu d'autorisation préalable ou pour avoir eu recours à des fournisseurs hors réseaux aux États-Unis, ne sont pas soumis au plafond du **montant maximum**.

13.4 Le **montant maximum** et les options de **participation** s'appliquent séparément pour chaque **bénéficiaire** et chaque période de **garantie**.

13.5 **Vous pouvez** choisir des options de participation sur l'assurance médicale internationale ou sur l'option de soins en ambulatoire à l'international. Dans ce cas, **votre** prime sera inférieure à ce qu'elle devrait être. Si **vous** souhaitez appliquer des **options de participation**, il faudra le spécifier dans votre demande d'assurance. En outre, si **vous** choisissez des **options de participation**, **vous** devez également sélectionner **un** montant maximum correspondant.

13.6 Si **vous** sélectionnez à la fois une **franchise** et une ou plusieurs options de **participation**, le montant que **vous** devrez payer au titre de la **franchise**, est calculé avant de calculer le montant que vous devrez payer au titre de la **participation**. Reportez-vous au paragraphe 12 pour de plus amples informations relatives aux **franchises**.

13.7 Il sera de **votre** responsabilité de payer le montant de **participation** dû directement à l'hôpital, à la clinique ou au médecin. **Nous** vous informerons du montant dû.

13.8 **Vous** pouvez demander une modification des options de **participation** et du **montant maximum** à compter de la **date de reconduction annuelle** . Si **vous** souhaitez supprimer ou réduire vos options de **participation** ou le **montant maximum**, **nous** pourrions vous demander de remplir un questionnaire d'antécédents médicaux, et **nous** pourrions appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spécifiques.

#### 14. Soin raisonnable

**Vous** devez prendre toutes les précautions raisonnables pour répondre à toutes les questions de manière honnête et rigoureuse. C'est important pour **nous** permettre de calculer la prime appropriée et d'adapter votre couverture d'assurance à votre situation personnelle. Une déclaration inexacte pourrait **nous** conduire à réduire le montant des remboursements de manière proportionnelle ; tandis qu'une fausse déclaration grossière ou intentionnelle pourrait **nous** conduire à rejeter toute demande de

remboursement, et / ou à annuler votre contrat.

#### 15. Fraude

Toute personne qui, de façon délibérée et avec l'intention de tromper une compagnie d'assurance ou toute autre personne et : (1) émet une demande d'assurance ou une demande de remboursement comprenant de fausses informations, ou (2) dissimule dans le but de tromper, une information qui a été demandée, commet un acte de déclaration frauduleuse qui est considéré comme une infraction pénale.

#### 16. Expatriés et ressortissants

16.1 Cette police ne couvre pas les frais de soins reçus dans un pays dont le bénéficiaire est ressortissant sauf si le bénéficiaire est en visite dans ce pays et que toutes ces visites sont effectuées au cours de la période de couverture et ne dépassent pas un total de 90 jours et que le pays se trouve dans la zone de couverture choisie.

16.2 Si un bénéficiaire n'a pas, ou n'a plus le statut d'expatrié (que ce soit à la suite d'un changement de nationalité ou d'un changement de résidence habituelle), vous pouvez alors :

16.2.1 maintenir le contrat en vigueur. La couverture restera inchangée pour tout bénéficiaire qui est expatrié et pour tout bénéficiaire qui n'est pas expatrié mais qui se fait soigner en dehors du pays de sa nationalité ;

16.2.2 **résilier le contrat** en donnant un préavis écrit, qui aura pour effet de mettre fin aux garanties pour tous les bénéficiaires. Toute prime qui aura été payée au titre de la période suivant la date de résiliation sera remboursée au pro rata, seulement si aucune demande de remboursement n'a été faite et si aucune garantie de paiement ou autorisation préalable n'a été mise en place au cours de la période de garanties.

16.3 Dans certains cas, **nous** devrions peut-être résilier la couverture si le changement de pays de résidence habituelle entraîne une violation de la réglementation régissant les services d'assurance de santé pour les ressortissants locaux, les résidents ou les citoyens. Le détail des règlements varie d'un pays à l'autre et peuvent changer de temps en temps.

16.4 **Nous** nous réservons le droit de vous demander des informations complémentaires, de modifier ou de mettre fin aux garanties , ou de faire varier la prime si un bénéficiaire change de pays de résidence habituelle, en fonction des lois et règlements de son nouveau pays de résidence habituelle. Si la prime augmente, **nous** vous offrirons la possibilité de résilier le contrat. Si ce

contrat prend fin avant la date d'échéance prévue, toute prime qui aura été payée au titre de la période postérieure à la date de résiliation la période sera remboursée (au pro rata) et seulement si aucune demande de remboursement n'a été faite et qu'aucune garantie de paiement ou autorisation préalable n'a été mise en place au cours de la période de garanties.

## 17. Changements d'adresse et de nationalité

17.1 **Nous** enverrons toutes communications et notifications relatives à cette police à l'adresse que vous **nous** donnez. Vous devez **nous** informer si vous ou tout autre bénéficiaire avez changé d'adresse, de pays de résidence habituelle, ou de nationalité.

**Nous vous** enverrons ensuite un certificat **d'assurance** mis à jour.

17.2 Il est important que vous **nous** informiez immédiatement de tout changement de pays de résidence habituelle ou de pays de nationalité pour tout bénéficiaire.

## 18. Vous contacter

Si **nous** devons vous contacter par rapport à cette police, ou si il **nous** faut modifier ou annuler ce contrat, **nous** vous écrirons à l'adresse que vous **nous** avez donnée.

## 19. Nous contacter

19.1 Dans certains cas, qui sont présentés dans ce contrat, **vous** devrez communiquer avec **nous** par écrit. Pour ce faire, **vous** devez **nous** écrire à l'adresse suivante:

Head of Customer Service  
Cigna Global Health Options  
1 Knowe Road  
Greenock  
Écosse  
PA15 4RJ

Ou contactez-**nous** par e-mail à :  
cignaglobal\_customer.care@cigna.com

19.2 Pour tous les autres cas, **vous pouvez nous contacter** à l'adresse suivante [cignaglobal\\_customer.care@cigna.com](mailto:cignaglobal_customer.care@cigna.com) ou contacter **notre Service Clientèle** assistance téléphonique au +33 (0) 1573 29287.

## 20. Modifications apportées à cette police

20.1 Seul un **dirigeant de Cigna** a le pouvoir de changer ce contrat ou de renoncer à ses dispositions en notre nom, par exemple, les commerciaux, les courtiers et autres intermédiaires ne peuvent pas modifier ou étendre les termes du contrat.

20.2 **Nous nous réservons** le droit de modifier cette police dans le but de respecter toute modification apportée aux lois et règlements

correspondants. Dans ce cas, **nous** vous écrirons pour vous informer des modifications.

20.3 **Nous** nous réservons également le droit d'apporter des modifications aux conditions de renouvellement de la couverture. Nous vous donnerons un préavis d'au moins 28 jours de ces modifications et celles-ci prendront effet à partir de la date d'échéance annuelle.

20.4 Si une/des exclusion(s) spéciales a/ont été appliquée(s) à tout bénéficiaire, il peut arriver dans certaines circonstances lorsque **nous pouvons** réexaminer ces exclusions lors d'une future **date de renouvellement annuel**, de décider **de** retirer l'exclusion. Dans ce cas, la date de révision des exclusions figurera sur le certificat d'assurance.

**Vous** devez **nous** contacter dès réception de la notification de renouvellement, et au moins 14 jours avant la date de renouvellement annuel si une exclusion doit être réexaminée à cette date.

**Nous** vous informerons alors des modifications (le cas échéant) qui **ont été apportées à/aux** exclusion(s) spéciale(s) et, le cas échéant, délivrerons un certificat **d'assurance mis à jour**. Les amendements apportés à/aux exclusion(s) spéciale(s) prendront effet à la **date de renouvellement annuel**.

**Nous ne pouvons garantir** que toute(s) exclusion(s) spéciale(s) seront supprimées lors du renouvellement.

## 21. Qui peut faire exécuter cette police ?

Seuls vous et **nous** possédons des droits légaux dans le cadre de cette assurance. Cela signifie que seulement **nous** ou vous pouvons exécuter cet accord (même si **nous** permettons à tous ceux qui sont couverts par cette police d'utiliser notre procédure de réclamation).

## 22. Notre droit de subrogation

Si un bénéficiaire a besoin d'être traité à la suite d'un accident ou d'actes **volontaires**, nous (ou toute personne ou société que nous aurons désignée) pourrons exercer pleinement nos « droits de subrogation ». Cela signifie que nous pouvons agir au nom du bénéficiaire pour recouvrer le coût du traitement que nous avons payé auprès de la personne responsable (ou de leur compagnie d'assurance). Dans ce cas, le bénéficiaire doit prendre toutes les mesures nécessaires afin d'inclure le montant des prestations que nous devons rembourser en vertu de cette police et de toute demande de remboursement adressée à la personne responsable (ou leur compagnie d'assurance).

Le bénéficiaire devra signer et remettre tous les documents ou papiers, et tout ce qui est nécessaire

pour garantir ces droits ou **nous** céder tous les droits. Le bénéficiaire ne devra pas agir d'une façon qui pourrait nuire ou affecter ces droits. **Nous** pouvons prendre en charge et défendre et régler toute demande de remboursement, ou poursuivre toute demande de remboursement, au nom d'un bénéficiaire dans notre propre intérêt. **Nous** déciderons de la manière nécessaire pour mener à bien toute procédure et règlement.

### 23. Autres assurances

Si un autre assureur vous fournit également une couverture, **nous** négocierons avec la compagnie en question pour établir qui paie quelle part de toute demande de remboursement.

### 24. Protection des données

24.1 **Cigna** doit recueillir et traiter les données personnelles et sensibles vous concernant, ce qui inclut toutes les informations qui vous concernent et pourraient vous identifier comme par exemple : votre nom, votre adresse, votre date de naissance, vos numéros de téléphone et toute information relative à votre santé dans le but d'administrer cette police et de fournir une couverture d'assurance. Vous autorisez **Cigna** à recueillir et traiter toutes les données personnelles et sensibles vous concernant dans la mesure du raisonnable dans le cadre de son utilisation.

24.2 Les appels téléphoniques vers et depuis **Cigna** peuvent être enregistrés pour contrôler la qualité de service. En vertu de la directive sur la protection des données de l'UE (directive 95/46/CE) et la Loi sur la protection des données de 1998, nous agissons en tant que contrôleur de données pour les informations personnelles et sensibles que nous détenons.

Nous traiterons ces données pour remplir nos obligations et **nous** aurons peut-être besoin de les partager avec des tiers autorisés, ce qui signifie que dans certains cas, **nous** devons transférer des données en dehors de l'Espace économique européen (EEE).

Ce traitement est soumis à des restrictions contractuelles en matière de confidentialité et de sécurité, en plus des obligations imposées par la Loi sur la protection des données. Si vous souhaitez obtenir une copie des informations vous concernant que **nous** détenons, veuillez nous écrire en indiquant votre numéro d'assuré. Veuillez noter que **nous** pouvons exiger des frais raisonnables pour fournir ce type d'information.

24.3 Pour **nous** aider à détecter et empêcher la fraude, **nous** pouvons être amenés à

partager des informations avec d'autres assureurs ou organismes. Si **nous** devons partager des informations, **nous** partagerons uniquement les informations relatives à la fraude ou à la tentative de fraude, et **nous** ne partagerons pas d'informations relatives aux antécédents médicaux des bénéficiaires.

### 25. Langue

Vous avez choisi de recevoir tous les documents de cette police et d'effectuer toutes communications relatives à cette police en anglais. Tous ces documents seront fournis et les communications effectuées en anglais uniquement

### 26. Informations réglementaires

26.1 **Cigna** est soumis en Belgique au contrôle de la Banque Nationale de Belgique (De Nationale Bank van België) pour la surveillance prudentielle, et de l'Autorité des services et marchés financiers (De Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten) pour l'intégrité des marchés financiers et le traitement équitable des consommateurs de produits et de services financiers.

26.2 **Cigna** participe à divers programmes nationaux d'indemnisation et vous pourriez avoir droit à une indemnisation par l'un de ces systèmes d'indemnisation, pour tout ou une partie de vos pertes si **nous** ne pouvons pas répondre à nos obligations.

Des informations complémentaires sont disponibles concernant le régime d'indemnisation du pays dans lequel vous résidez habituellement et nous pouvons vous communiquer les détails nécessaires sur demande.

### 27. Procédure de Réclamation

27.1 Toute réclamation doit, dans un premier temps nous être envoyée à l'adresse suivante:

Head of Customer Service  
Cigna Global Health Options  
1 Knowe Road  
Greenock  
Écosse  
PA15 4RJ

27.2 Si votre réclamation n'est pas réglée, vous pouvez la faire parvenir au service de médiation (ombudsman) correspondant ou à tout autre service équivalent dans votre pays de résidence. Les détails sont disponibles sur demande.

### 28. Législation applicable et juridiction

28.1 Ce contrat est régi par, et sera interprété conformément à la législation anglaise.

28.2 Tout désaccord concernant le présent contrat, y compris des litiges concernant la validité, la formation et la cessation de service, sera réglé par les tribunaux d'Angleterre et du Pays de Galles.



# Exclusions générales

## 1. La couverture d'assurance résultant du présent contrat est soumise aux exclusions générales suivantes:

- 1.1 **Nous** n'offrons pas de et ne paierons pas de prestations si cela est illégal de le faire en application des lois en vigueur. Les exemples incluent, sans toutefois s'y limiter, les contrôles de change, les réglementation locales en matière d'octroi de licence, les sanctions ou les embargos commerciaux.
- 1.2 **Nous** ne pouvons être tenus responsables de toute perte, dommage, maladie et/ou de **blessures** qui peuvent survenir à la suite d'un **traitement** médical administré dans un **hôpital** ou effectué par un **médecin**, même lorsque le **traitement** a été approuvé comme étant garanti.
- 1.3 Si un **assuré** n'a pas souscrit aux polices suivantes: Soins Ambulatoires à l'Internationale, Évacuation Médicale internationale, Assurance santé et bien-être internationale, ou Assurance optique et dentaire internationale, **nous** ne paierons pas de **traitements** ou autres **prestations** disponible en vertu de ces options.
- 1.4 Les exclusions suivantes s'appliquent au plan d'Assurance Médicale Internationale et à toutes les options de garantie supplémentaires.

En ce qui concerne les exclusions énoncées ci-dessous, lorsque **nous** déclarons que **nous** assurerons les coûts de **traitement** dans certains cas, c'est à la condition que **l'assuré** possède la ou les option(s) de garantie adéquate(s).

### 1.5 **Nous ne paierons pas :**

- 1.5.1 Les traitements de maintien en vie (tels que la ventilation mécanique) sauf si un tel **traitement** offre a une perspective raisonnable de guérison du patient, ou de restauration de son état de santé antérieur.
- 1.5.2 Le **traitement** pour :
  - (a) une **condition pré-existante** ; ou
  - (b) une condition ou des symptômes qui résultent ou sont liés à une **condition préexistante**.

**Nous** ne couvrons pas le **traitement** d'une condition préexistante, dont **l'assuré** avait, ou aurait dû raisonnablement avoir connaissance à la date de prise d'effet de la couverture et que **nous** n'avons pas expressément accepté de couvrir.
- 1.5.3 Le **traitement** d'une condition sujette à exclusion spécifique. Les exclusions spécifiques sont listées sur **votre certificat d'assurance** .
- 1.5.4 Les admissions non médicales ou séjours **hospitaliers** qui incluent:
  - Un **traitement** qui pourrait avoir lieu **en journée** ou **en ambulatoire**;
  - Une convalescence.

- Des raisons économiques ou sociales (par exemple la lessive, l'habillage et le bain).

- 1.5.5 Les coûts d'une **hospitalisation** en suite de luxe, exécutive ou VIP.
- 1.5.6 Dons d'organes :
  - (a) Les organes mécaniques ou d'origine animale, à l'exception des cas où un appareil mécanique est utilisé temporairement dans le but de maintenir les fonctions vitales dans l'attente d'une greffe;
  - (b) l'achat d'un organe de donneur auprès de quiconque; ou
  - (c) la production et le stockage de cellules souches, par mesure de précaution en vue d'une possible maladie future.
- 1.5.7 La **chirurgie** foetale, c'est-à-dire le **traitement** ou la **chirurgie** mise en œuvre dans l'utérus avant la naissance, sauf s'il s'agit du résultat de complications déclarées pendant la grossesse et sous réserve des limites détaillées dans la Rubrique « Grossesse à risque » de **votre contrat d'assurance**, si vous êtes assuré.
- 1.5.8 Les soins des pieds par un pédicure ou pédicure-podologue
- 1.5.9 Les troubles du sommeil sauf s'il est déclaré que **l'assuré** souffre d'apnée du sommeil sévère. Dans ces circonstances, l'assurance ne couvrira financièrement que
  - Une étude du sommeil;
  - Une **chirurgie** si elle est médicalement justifiée; et
  - L'emploi d'un équipement tel qu'un appareil de pression positive continue (Continuous Positive Airway Pressure ou CPAP) parce que toutes les autres méthodes ont échoué (et seulement si **l'assuré** est couvert par l'Option de Soins en Ambulatoire à l'International).
- 5.1.10 Un **traitement** fourni par :
  - (a) un **praticien** non reconnu par les autorités en vigueur dans le pays où le **traitement** est appliqué, comme étant un spécialiste de, ou ayant une compétence particulière dans le **traitement** de la maladie ou **l'accident** concerné;
  - (b) un **praticien**, un(e) **thérapeute**, un **hôpital**, une **clinique**, ou un centre auquel **nous** avons notifié par écrit que **nous** ne les reconnaissons plus comme personne physique, institutions ou organisations agréés pour la prescription de **traitement**. Les détails concernant ces personne physique et ces institutions ou organisations ayant reçu une telle notification, peuvent être obtenus par téléphone au numéro des informations générales ; ou
  - (c) un **praticien**, un(e) **thérapeute**, un **hôpital**, une **clinique**, ou un centre qui, de notre raisonnable point de vue, n'est soit pas correctement qualifié ou autorisé à prescrire un **traitement**, soit n'est pas compétent pour prescrire un **traitement**.

- 1.5.11 Un **traitement** prescrit par quelqu'un qui vit à la même adresse que **l'assuré** ou qui est membre de sa famille.
- 1.5.12 Un **traitement** pour, ou en lien avec l'arrêt du tabac
- 1.5.13 Un **traitement** qui est nécessaire comme résultat d'un conflit ou d'un désastre incluant, mais non limité à :
- une contamination nucléaire ou chimique;
  - une guerre, une invasion, un acte de terrorisme, une rébellion (avec ou sans déclaration de guerre), une guerre civile, des agitations, un coup d'état militaire ou toute usurpation de pouvoir, une loi martiale, une émeute ou les actes de toute autorité constituée illégalement ;
  - des explosions ou des maladies déclarées épidémiques et placées sous contrôle des autorités de santé publiques ; et
  - n'importe quel autre conflit ou des désastres si **l'assuré**:
    - s'est mis en danger en entrant dans une zone de conflit reconnue comme telle par le Gouvernement du **pays de sa nationalité**, par exemple le British Foreign and Commonwealth Office pour les ressortissants britanniques ;
    - a activement participé au conflit ; ou
    - a manifesté un mépris flagrant vis à vis de sa propre sécurité.
- 1.5.14 Un **traitement** qui survient après, ou est lié à une tentative de suicide, toute **blesseure** ou maladie que **l'assuré** s'inflige.
- 1.5.15 Un **traitement** pour ou lié à une rééducation orthophonique qui n'est pas réparatrice, ou si une telle thérapie:
- est utilisée pour améliorer les compétences orthophoniques qui ne se sont pas complètement développées ;
  - peut être considérée coercitive ou éducative; ou
  - a pour but de maintenir la communication langagière.
- 1.5.16 Problèmes de développement, incluant:
- des difficultés d'apprentissage telles que la dyslexie;
  - des problèmes comportementaux tels que l'autisme ou les Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ;
  - des problèmes de développement physique comme la petite taille.
- 1.5.17 Des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM).
- 1.5.18 Un **traitement** contre l'obésité, ou nécessaire en raison d'obésité. Ceci inclut, mais n'est pas limité à, des cours d'amincissement, des aides et une prescription médicamenteuse.
- Nous** couvrons les anneaux gastriques ou les bypass gastriques par **chirurgie** uniquement si **l'assuré** :
- a un Indice de Masse Corporelle (IMC) de 40 ou plus et a été diagnostiqué avec une obésité morbide ;
  - peut fournir une preuve documentée qu'il a eu recours à d'autres méthodes de perte de poids pendant les 24 derniers mois ;
  - a passé un test psychologique qui a confirmé qu'il lui est approprié de passer par cette procédure.
- 1.5.19 Un **traitement** dans des **centres** de cure naturelle, des spa, des maisons de repos et autres institutions qui ne sont pas des **hôpitaux** ou des centres prescripteurs reconnus.
- 1.5.20 Des charges pour les séjours résidentiels à **l'hôpital** mis en place partiellement ou complètement pour des raisons domestiques ou dans un hôpital où le **traitement** n'est pas requis, ou qui est devenu en pratique le lieu de résidence ou le domicile permanent.
- 1.5.21 Les **soins** pour une affection liée à des troubles et désordres addictifs .
- 1.5.22 Les **soins** pour une affection liée à une consommation ou un abus de toute substance ou d'alcool.
- 1.5.23 Un **traitement** nécessaire lié à ou résultant d'un moyen de contraception masculine ou féminine, incluant mais non limité à :
- une contraception chirurgicale à savoir:
    - une vasectomie, une stérilisation ou des implants;
  - une contraception non chirurgicale, à savoir:
    - des pilules ou des préservatifs;
  - le planning familial, à savoir:
    - un rendez-vous avec un **médecin** afin de discuter de la grossesse ou des moyens de contraception.
- 1.5.24 Un **traitement** relatif à la stérilité (autre que la recherche du diagnostic), tout **traitement** contre la stérilité ou le **traitement** des complications à la suite d'un tel **traitement**. Ceci inclut mais n'est pas limité à :
- la fécondation in-vitro (FIV);
  - le transfert tubaire des gamètes (GIFT) ;
  - le transfert tubaire de zygote (ZIFT);
  - l'insémination artificielle (IA);
  - le **traitement** par prescription de médication;
  - le transfert d'embryon (d'un lieu physique vers un autre); ou
  - le don d'ovules et/ou de sperme et leurs coûts associés.

- Nous** couvrons les recherches sur les causes d'infertilité si :
- (a) le **spécialiste** souhaite écarter toute cause médicale ;
  - (b) **l'assuré** a été couvert par cette **assurance** pendant 2 années consécutives avant que les recherches aient commencé; et
  - (c) **l'assuré** n'était pas au courant de l'existence de son infertilité, et n'avait pas souffert de tels symptômes, quand sa couverture médicale a commencé.
- 1.5.25 Le **traitement** de l'interruption de grossesse, sauf si la grossesse met en danger la vie de **l'assurée** ou son état de santé mental.
- 1.5.26 Un **traitement** directement lié au recours de mères porteuses. **Nous** ne paierons pas de **soins de grossesse**:
- (a) à une **assurée** qui agit en tant que mère porteuse; ou
  - (b) à toute autre personne qui agit en tant que mère porteuse pour un(e) **assuré(e)**.
- 1.5.27 Les « Allocations pour les Nouveaux Nés » en cas d'enfants nés suite à un **traitement** contre la stérilité, tels que la FIV, ou les enfants nés d'une mère porteuse ou qui ont été adoptés. Ces enfants ne peuvent être assurés que lorsqu'ils ont 90 jours et ils seront soumis à une tarification médicale..
- 1.5.28 Les soins de pédiatrie dans des **hôpitaux**, sauf si la mère doit rester à **l'hôpital** en raison de **nécessité médicale**, pour un **traitement** qui est couvert par cette **politique d'assurance**.
- 1.5.29 Le **traitement** administré pendant plus de 90 jours consécutifs à un **assuré** qui a des séquelles neurologiques permanentes et/ou qui se trouve dans un **état végétatif persistant (EVP)**.
- 1.5.30 Le **traitement** des troubles de la personnalité et/ou du caractère, qui inclue mais sans se limiter au:
- (a) trouble affectif de la personnalité;
  - (b) trouble de la personnalité schizoïde ; ou
  - (c) trouble de la personnalité histrionique.
- 1.5.31 Le **traitement** préventif qui inclut mais ne se limite pas au bilan de santé, aux contrôles de santé et aux vaccinations (à moins que le **traitement** soit disponible dans le cadre de l'une des options de garantie choisie par **l'assuré** est couvert).
- La **chirurgie** préventive sera assurée lorsqu'un **assuré** :
- (a) a des antécédents familiaux importants de maladie considérée comme syndrome héréditaire prédisposant au **cancer** (tel que le **cancer** des ovaires ); et
  - (b) a effectué des tests génétiques qui ont établi la présence d'un syndrome héréditaire prédisposant au **cancer**. (Veuillez noter que **nous** n'assurons pas les tests génétiques).
- Dans le cadre de l'Assurance Médicale Internationale, les limites de garantie pour la **chirurgie** préventive concernant les conditions congénitales et héréditaires s'appliqueront, sauf en cas de cancer.
- 1.5.32 Le **traitement** des troubles de la sexualité (comme l'impuissance) ou de tout autre trouble sexuel indépendamment de la cause sous-jacente.
- 1.5.33 Les **soins** reçus aux **États-Unis**, sauf si **l'assuré** a souscrit à une **assurance internationale qui comprend l'option États-Unis** en vertu du présent **contrat**.
- 1.5.34 Les **soins** reçus aux **États-Unis** si **nous** savons ou avons des raisons de soupçonner que :
- (a) l'assurance a été souscrite; et
  - (b) **l'assuré** s'est rendu aux **États-Unis** ;
- dans le but de recevoir un **traitement** pour une **condition pré-existante** (que le **traitement** ait été ou non le principal ou le seul but de la visite aux États-Unis).
- 1.5.35 Le **traitement** qui est destiné à changer l'indice de réfraction d'un ou des deux yeux, y compris mais sans se limiter au **traitement** au laser, à la kératectomie réfractive et à la kératectomie photoréfractive.
- Nous** assurerons le **traitement** pour corriger ou modifier une déficience visuelle si il s'avère nécessaire à la suite d'une maladie ou d'une **blesure** (comme la cataracte ou un décollement de la rétine).
- 1.5.36 Tout **traitement** reçu en dehors de la **zone sélectionnée de couverture** .
- 1.5.37 Les frais de trajet encourus pour se rendre au centre de soins, comme les frais de taxi et de bus, sauf stipulations contraire, et les frais d'essence ou les frais de stationnement.
- 1.5.38 Le cas échéant, les dépenses relatives aux services d'urgence internationaux qui n'avaient pas été approuvées à l'avance par le **service d'assistance médicale**.
- 1.5.39 Les coûts des **services internationaux** d'évacuation d'urgence, de rapatriement sanitaire et de transport effectués par des tiers si les **soins** nécessaires ne sont pas couverts par **l'assurance**.
- 1.5.40 Tous frais d'évacuation navire-terre.
- 1.5.41 Les **opérations** de changement de sexe ou tout **traitement** nécessaire pour se préparer ou se remettre de ces **opérations** (par exemple, un soutien psychologique) et cela inclut les complications qui peuvent découler d'un tel **traitement**.
- 1.5.42 Un **traitement** nécessaire à cause de, ou lié à, toute **blesure** ou **maladie** dont souffre **l'assuré** et qui est survenue lorsque ce dernier :
- (a) a pris part à une activité sportive exercée dans un cadre professionnel.
  - (b) a fait de la plongée sous-marine; ou

- (c) a fait de la plongée sous-marine à une profondeur de plus de 30 mètres à moins que **l'assuré** ait reçu les qualifications nécessaires (telles que PADI ou tout autre équivalent) lui permettant de plonger à cette profondeur.
- 1.5.43 **Traitement** qui (à **notre** avis) est expérimental, n'est pas **conventionnel**, ou dont l'efficacité n'a pas été prouvée. Ceci inclut mais n'est pas limité :
- (a) au **traitement** fourni dans le cadre d'un essai clinique;
- (b) à un **traitement** qui n'a pas été approuvé par l'autorité compétente en matière de santé publique dans le pays dans lequel il est reçu; ou
- (c) à tout médicament prescrit qui n'est pas autorisé ou approuvé dans le pays dans lequel il est prescrit.
- 1.5.44 Toute forme de **traitement** esthétique, **cosmétique** ou de reconstruction, dont le but est de changer ou d'améliorer l'apparence même pour des raisons psychologiques, à moins que ce **traitement** soit **médicalement nécessaire** ou soit une conséquence directe d'une maladie ou d'une **blessure** subie par **l'assuré** ou à la suite d'une **opération**. Ceci inclut mais n'est pas limité :
- (a) au lifting facial (rhytidectomie);
- (b) au remodelage du nez (rhinoplastie);
- (c) à la liposuction et toute autre procédure qui vise à retirer les tissus gras;
- (d) à la greffe de cheveux; et
- (e) à la **chirurgie** dans le but de modifier, améliorer ou réduire la forme des seins (cela n'inclut pas la reconstruction mammaire après un **traitement** pour le **cancer**).
- Nous** assurerons uniquement le **traitement** esthétique, **cosmétique** ou de reconstruction lorsque la maladie, la **blessure** ou la **chirurgie** nécessitant le **traitement** s'est produite pendant la **période** actuelle continue de **couverture** du **assuré** et est elle-même couverte par **l'assurance**.
- 1.5.45 Les appareils, incluant, sans que cela soit limitatif, les appareils auditifs et les lunettes (à moins que l'option Assurance optique et dentaire internationale ait été sélectionnée) et qui ne relèvent pas de **notre** définition des **appareils chirurgicaux et/ou appareils médicaux**.
- 1.5.46 Les frais accessoires y compris les journaux, les frais de taxi, les appels téléphoniques, les repas fournis aux visiteurs et l'hébergement à l'hôtel.
- 1.5.47 Les honoraires ou frais pour remplir le formulaire de remboursement ou tout autre frais administratif.
- 1.5.48 Les coûts qui ont été ou peuvent être payés par une autre compagnie d'assurance, une personne, une organisation ou un programme public. Si un **assuré** est couvert par une autre assurance, **nous** ne pourrions rembourser qu'une partie du coût du **traitement**. Si une autre personne, organisme ou programme public est chargé de payer les frais de **traitement**, **nous** pourrions demander le remboursement des coûts que **nous** aurons payé.
- 1.5.49 Un **traitement** qui est causé à quelque titre que ce soit ou rendu nécessaire par un acte illégal commis par **l'assuré**.
- 1.6 Les exclusions suivantes s'appliquent au **traitement dentaire**, en plus de celles énoncées dans d'autres rubriques de ce **contrat** et dans votre **certificat d'assurance**.
- Nous** ne paierons pas :
- 1.6.1 Les **traitements** purement **cosmétiques**, ou tout autre traitement qui n'est pas nécessaire pour assurer ou améliorer la **santé bucco-dentaire**.
- 1.6.2 Un **traitement** qui est, dans quelque mesure que ce soit, rendu nécessaire parce qu'un **assuré** a exercé une activité illégale.
- 1.6.3 Les honoraires ou frais pour remplir le formulaire de remboursement ou tout autre frais administratif.
- 1.6.4 Honoraires ou frais qui ont été ou pourraient être payés par une autre compagnie d'assurance, une personne, une organisation ou un organisme public. Si un **assuré** est couvert par une autre assurance, **nous** ne pourrions rembourser qu'une part du coût du **traitement** selon le cas. Si une autre personne, organisme ou organisme public peut assumer les frais de **traitement**, **nous** pourrions demander le remboursement d'une partie ou de la totalité des coûts que **nous** aurons payé selon le cas.
- 1.6.5 Le remplacement de tout appareil dentaire qui est perdu ou volé, ou tout **traitement** associé .
- 1.6.6 Le remplacement d'un bridge, d'une couronne ou d'une prothèse qui (selon l'opinion raisonnable d'un **dentiste** compétent et expérimenté situé dans le **pays de résidence habituelle de l'assuré**) peut être réparé et réutilisé.
- 1.6.7 Le remplacement d'un bridge, d'une couronne ou d'une prothèse dans les cinq ans suivant sa pose sauf si:
- (a) l'appareil a été endommagé au point de ne pas être réparable, lors de son utilisation, à la suite d'une **blessure dentaire** subie par **l'assuré** alors qu'il était couvert par ce **contrat** ; ou
- (b) le remplacement est nécessaire parce que **l'assuré** a besoin qu'une **dent saine et naturelle** soit extraite ; ou
- (c) le remplacement est nécessaire pour permettre la pose d'une prothèse antagoniste.
- 1.6.8 Les facettes en porcelaine ou en acrylique.

- 1.6.9 La mise en place de couronnes ou de pontiques, ou le remplacement des premières, deuxième et troisième molaires supérieures et inférieures excepté:
- (a) s'il s'agit de couronnes céramo-métalliques ou en métal seulement (par exemple une couronne en alliage d'or); ou
  - (b) la pose d'une couronne temporaire ou pontique considérée nécessaire dans le cadre de **soins dentaires** réguliers ou d'urgence .
- 1.6.10 Les **traitements**, les procédures et les matériaux considérés comme expérimentaux ou qui ne répondent pas aux normes dentaires généralement acceptées.
- 1.6.11 Le **traitement** pour implants dentaires directement ou indirectement lié à :
- (a) un échec de la pose de l'implant;
  - (b) l'absence d'ostéointégration;
  - (c) une péri-implantite;
  - (d) l'emplacement des couronnes, bridges ou prothèses dentaires; ou
  - (e) tout accident ou **traitement d'urgence** y compris pour toute prothèse.
- 1.6.12 Les Conseils relatifs au contrôle de la plaque dentaire, à l'hygiène bucco-dentaire et au régime alimentaire.
- 1.6.13 Services et fournitures, y compris mais sans se limiter au rince-bouche, brosse à dents et dentifrice.
- 1.6.14 Les **soins** médicaux administrés à l'**hôpital** par un **spécialiste** bucco-dentaire qui peuvent être couverts par l'assurance médicale internationale et/ ou l'option de soins en ambulatoire à l'international, si cette option a été sélectionnée, sauf lorsque la raison de **vos** séjour à l'**hôpital** consiste en **soins dentaires**.
- 1.6.15 Les **Traitements** orthodontiques de toute personne après son 19e anniversaire.
- 1.6.16 Enregistrement de l'occlusion, attachement de précision ou de semi-précision.
- 1.6.17 Tout **traitement**, procédure, mise en place d'un appareil ou restauration (sauf prothèses complètes) si son but principal est de :
- (a) modifier les dimensions verticales ; ou
  - (b) diagnostiquer ou traiter les problèmes ou le dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire ; ou
  - (c) stabiliser les dents au niveau de la parodontie ; ou
  - (d) restaurer l'occlusion.

# Définitions

Les mots et phrases apparaissant ci-dessous ont les significations indiquées. Lorsque ces mots et phrases sont utilisés conformément à ces définitions, ils apparaîtront en gras dans les présentes **Conditions générales**, dans le **Guide du client** et dans la **liste des prestations**.

Toute définition marquée d'un astérisque ne s'applique qu'aux traitements ou admissions ayant lieu aux **États-Unis**. Sauf disposition contraire, l'emploi du singulier comprend le pluriel et l'emploi du masculin comprend le féminin et vice versa.

**'Traitement actif'** – **traitement** qui est destiné à réduire des tumeurs **cancéreuses**, stabiliser ou ralentir la propagation de la maladie. Cela exclut le **traitement** reçu dans le but de soulager les symptômes uniquement.

**'Aigue'** – une maladie ou une **blesure** qui est susceptible de réagir rapidement à un **traitement** administré dans le but de rétablir l'état de santé de l'**assuré** tel qu'il était avant de tomber malade ou de s'être **blesé**, ou de mener à son rétablissement complet.

**'Date de reconduction annuelle'** – la date anniversaire d'**entrée en vigueur du contrat**.

**'Demande d'assurance'** – la demande de souscription du **preneur d'assurance**, (qu'il **nous** ait envoyé son formulaire directement ou par l'intermédiaire d'un courtier ou qu'il ait fait la demande en ligne ou via **nos** télévendeurs), et toute autre déclaration faite lors de la souscription du preneur d'assurance et de l'inscription des **assurés** listés dans l'application.

**'Intervalles d'âge applicables'** – naissance, 2 mois, 4 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois, 15 mois, 18 mois, 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans et 6 ans.

**'Assurés', 'assuré'** – toute personne nommée sur **vos** **certificat d'assurance** comme étant couverte par cette **police**, y compris les nouveau-nés.

**'Prestation(s)'** – toute(s) prestation(s) indiquée(s) dans la **liste des prestations**.

**'Cancer'** – une tumeur, des tissus ou des cellules malins, caractérisés par la croissance incontrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus.

**'CareAllies'** – un organisme un organisme de contrôle des demandes de prise en charge pour un **traitement** administré aux **États-Unis**.

**'Certificat d'assurance'** – le certificat délivré à l'**assuré**. Le certificat d'assurance mentionne le numéro de la police et les conditions particulières, notamment, la **date de prise d'effet** de la police, le montant de la **franchise** (si sélectionnée), le montant des **options de participation** (si sélectionnées) le **plafond maximum**, (si applicable), les informations sur les personnes couvertes, les exclusions spéciales et les **prestations** choisies.

**'Cigna', 'nous', 'notre', 'l'assureur'** – l'entité CIGNA désignée au dos des **Conditions générales** et qui est votre assureur aux termes du présent **contrat**.

**'Clinique(s)'** – un établissement de soins de santé qui est enregistré ou agréé dans le pays où il est situé, principalement dans le but de fournir des soins aux **patients qui ne sont pas hospitalisés** et dans lequel un **professionnel de la santé** doit administrer des soins ou fournir une surveillance médicale.

**'Thérapeute complémentaire'** – un acupuncteur, un homéopathe ou un praticien de médecine chinoise qui possède les qualifications nécessaires et est habilité à exercer dans le pays où le **traitement** est administré.

'**Condition congénitale**' – toute anomalie, malformation, maladie ou **lésion** présente à la naissance qu'elle ait été diagnostiquée ou non.

\* '**Évaluation du séjour prolongé**' ou '**ESP**' – CareAllies évaluera et décidera si il est approprié de continuer le **traitement** prolongé de l'**assuré** en tant que **patient hospitalisé** lors de son séjour à l'**hôpital**.

'**Participation après franchise**', '**Option(s) de participation**' – représente le pourcentage de chaque demande de remboursement qu'un **assuré** doit payer lui-même après que la **franchise** a été payée. Une option de participation séparée peut s'appliquer à l'assurance médicale internationale et au plan de soins en ambulatoire à l'international. Ces options, si elles sont sélectionnées, seront indiquées dans le **certificat d'assurance**.

'**Cosmétique**' – des services, des procédures ou des éléments qui sont fournis essentiellement à des fins esthétiques et qui ne sont pas nécessaires afin de maintenir un niveau acceptable de santé.

'**Pays de résidence habituelle**' – le pays où l'**assuré** réside habituellement, comme indiqué sur **vosre demande d'assurance**.

'**Pays de nationalité**' – tout pays dont l'**assuré** est citoyen, ressortissant ou sujet, comme indiqué dans **vosre demande d'assurance**.

'**Guide client**' – contient la **liste des prestations** et toute information relative à la procédure de remboursement, et fait partie intégrante du présent **contrat**.

'**Soins de jour**' – soins administrés dans le cadre d'une admission au sein d'un **hôpital** qui nécessitent l'usage d'un lit mais pas de nuitée en hôpital. Concernant les admissions aux **États-Unis**, on compte également les interventions chirurgicales effectuées dans le cabinet du **médecin**.

'**Patient externe**' – un patient admis à l'**hôpital** ou dans une unité de soin en ambulatoire ou dans un établissement médical dans le but de recevoir des **soins** ou pour une période de convalescence médicalement contrôlée sans séjour de nuit.

'**Franchise(s)**' – représente le montant de tout remboursement qu'un **assuré** doit payer lui-même. Si cette option est sélectionnée elle sera indiquée dans le **certificat d'assurance**.

'**Soins dentaires d'urgence**' – lorsque des antalgiques ne soulagent pas une douleur importante ou lorsque le visage enfle ou lorsqu'il est difficile de contrôler des saignements après une extraction dentaire et cela en dehors des heures de bureau habituelles du **dentiste** de l'**assuré** ou dans le cas où l'**assuré** se retrouve dans un endroit éloigné de son cabinet dentaire. Dans ce cas, les **soins** couverts sont ceux qui sont uniquement destinés à permettre de contenir le problème et de soulager des douleurs.

'**Blessure dentaire**' – **blessure** causée à une **dent naturelle saine** par un impact extra-orale. Les **soins** dentaires pour les implants, couronnes ou prothèses dentaires ne sont pas couverts à moins que **vous** n'ayez souscrit à l'Assurance optique et dentaire internationale et sous réserve des conditions énoncées dans le présent **contrat**.

'**Traitement dentaire**' – tout service ou procédure dentaire qui :

- est nécessaire à la **santé bucco-dentaire** ; et
- est effectué ou personnellement contrôlé par un **dentiste**, y compris les soins fournis par un hygiéniste ; et
- est inclus dans la **liste des prestations**, ou, s'il n'est pas inclus dans la **liste des prestations**, est accepté par **nous** comme étant une procédure ou un service obéissant à des exigences communes en matière de normes dentaires comme appliquées par un professionnel de la santé dentaire sérieux, responsable et reconnu expert en médecine dentaire.

'**Dentiste**' – un dentiste, chirurgien-dentiste ou praticien de l'art dentaire qualifié ou agréé en vertu des lois du pays, de l'État ou de toute autre zone réglementée où les **soins** sont administrés.

'**Désintoxication**' – **traitement** des symptômes de sevrage lorsqu'un **assuré** a consommé de l'alcool ou des stupéfiants ou les deux de manière abusive. Cela inclut le repos, la prise de médicaments et de liquides et des modifications au niveau du régime alimentaire dans le but de rééquilibrer le corps.

'**Tests de diagnostic**' – ce sont des examens tels que les rayons x ou les tests sanguins qui permettent de trouver ou d'aider à trouver la cause des symptômes présents chez un **assuré**.

'**Docteur en médecine**' – un professionnel de la santé qui a obtenu un diplôme de médecine, qui est qualifié ou agréé en vertu des lois du pays, de l'État ou de toute autre zone réglementée où les **soins** sont administrés.

'**Femme éligible**' – une femme assurée ou **assurée**.

'**Traitement d'urgence**' – un **traitement** considéré comme **médicalement nécessaire** pour empêcher qu'il y ait une incidence importante et immédiate sur les maladies, les **blessures** ou toute autre condition qui pourraient entraîner une détérioration significative de l'état de santé si des soins ne sont pas administrés. Seul le **traitement** médical administré par un médecin ou un **professionnel de la santé** sera couvert et lorsque le patient est hospitalisé dans les 24 heures suivant la situation d'urgence.

'**Date de fin**' – la date à laquelle la couverture en vertu de la présente **police** prend fin, comme indiqué dans le **certificat d'assurance**.

'**Traitement fondé sur les résultats cliniques**' – **traitement** qui a fait l'objet de recherches, d'études et reconnu par :

- L'Institut National de la santé et l'excellence clinique (National Institute for Health and Clinical Excellence); ou
- L' **équipe médicale Cigna** ; ou
- Tout autre source reconnue par l'**équipe médicale Cigna**.

'**Garantie de paiement**' – un engagement de payer des coûts déterminés associés à un **traitement** particulier, que **nous** pouvons prendre vis-à-vis d'un **assuré**, un **hôpital**, une **clinique** ou un **médecin**.

'**Soins infirmiers à domicile**' – visites d'une **infirmière qualifiée** à la résidence de l'**assuré** pour fournir des soins infirmiers experts :

- Immédiatement après avoir reçu des **soins à l'hôpital** pour aussi longtemps qu'il est **médicalement nécessaire** ; et
- Pour aussi longtemps que **médicalement nécessaire** pour un **traitement** qui aurait normalement eu lieu dans un **hôpital**.

Les **soins infirmiers à domicile** sont uniquement couverts lorsque le **spécialiste** qui a soigné l'**assuré** recommande ce service.

'**Hôpital**' – une organisation ou institution qui est enregistrée ou agréée en tant qu'hôpital médical ou chirurgical dans le pays dans lequel il se situe et où l'**assuré** est quotidiennement soigné par ou sous la surveillance d'un **médecin** ou d'une **infirmière qualifié(e)**.

'**Date d'effet Initiale**' – le premier jour où les garanties du plan d'assurance médicale internationale de l'**assuré** prennent effet.

'**Blessure**' – une blessure physique.

'**Patient hospitalisé**' – un patient qui est admis à l'**hôpital** et qui occupe un lit pendant une nuit ou plus, pour des raisons médicales.

'**Assurance**' – une couverture qui est fournie par **nous** pour les **assurés** sous réserve des termes, conditions, limites et exclusions énoncés dans ces **conditions générales**, dans le **Guide Client**, et dans **votre certificat d'assurance**.

'**Soins intensifs**' – service **hospitalier** spécialisé qui fournit des **soins** intensifs comme par exemple une unité de soins intensifs, une unité de soins critiques, une unité de services intensifs thérapeutiques ou une unité de **traitement** intensif.

'**Services Internationaux**' – services organisés par le **service d'assistance médicale**.

'**Liste des prestations**' – la liste la plus récente des **prestations** qui sont détaillées dans le **Guide client**, y compris les annotations.

'**Prestations de maternité**' – les **prestations** disponibles en ce qui concerne tous les aspects de la grossesse ou de l'accouchement, y compris les complications, pour toute femme couverte par cette **police**, mais sans inclure :

- Le **traitement** de l'interruption de grossesse, sauf si la grossesse met en danger la vie de **l'assurée** ou son état de santé mental.
- Les services de garde à **l'hôpital** pour un nouveau-né, sauf si la mère doit rester à **l'hôpital** pour **raison médicale** pour recevoir des **soins** couverts par cette **police**.

'**Service d'assistance médicale**' – un service qui fournit des conseils médicaux, d'évacuation, d'assistance et de rapatriement. Ce service peut être multilingue et l'assistance est disponible 24 heures par jour.

'**Médicalement nécessaire/ nécessité médicale**' – les services et fournitures médicalement nécessaires couverts par ce contrat sont ceux qui sont considérés par **l'équipe médicale** comme :

- Nécessaires dans le but de diagnostiquer ou traiter une maladie, une **blesure** ou de ses symptômes.
- **orthodoxes**, et conformes aux normes généralement acceptées de pratique médicale ;
- justifiés sur le plan clinique en termes de type, de fréquence, d'ampleur, de site et de durée ;
- n'étant pas fournis principalement pour le confort de **l'assuré**, du médecin ou de tout autre **hôpital, clinique ou médecin** ; et
- fournis dans un cadre peu intensif et approprié pour la fourniture et la prestation des services.

Le cas échéant, **l'équipe médicale** peut comparer le rapport coût-efficacité des services ou fournitures alternatifs lorsqu'il s'agit de déterminer le régime le moins intensif.

'**Médecin**' – un **professionnel de la santé** qui a obtenu un diplôme de médecine, qui est qualifié ou agréé en vertu des lois du pays, de l'État ou de toute autre zone réglementée où les **soins** sont administrés, qui n'est pas couvert par ce **contrat**, qui n'est pas un membre de la famille d'une personne couverte en vertu de ce **contrat**.

'**Équipe médicale**' -représente **notre** équipe clinique et / ou le **service d'assistance médicale**.

'**Opération(s)**' – toute procédure décrite comme opération dans la **liste des procédures chirurgicales**.

'**Santé bucco-dentaire**' – un standard efficace et raisonnable de **santé bucco-dentaire**, de santé des dents, des structures de soutien et des autres tissus de la bouche concernant le patient, selon des normes raisonnables jugées acceptables par un **dentiste** compétent et expérimenté situé dans le **pays de résidence habituelle** de **l'assuré** et afin de préserver l'état de santé général.

'**Orthodoxe**' – lorsque le terme «orthodoxe» est utilisé en relation avec une procédure ou un **traitement** il signifie que la procédure ou le **traitement** en question est médicalement accepté dans le pays où il a lieu au moment où la procédure ou le **traitement** est entamé et qui est conforme aux normes établies par un corps médical respectable, responsable et important et adoptées par des **médecins** expérimentés dans le domaine médical en question.

'**Plafond maximum**' – le montant maximum des **participation** prévues dans le plan d'assurance médicale internationale ou dans l'option de soins en ambulatoire à l'international que tout **assuré** doit payer par **période de couverture**. Si cette option est sélectionnée elle sera indiquée dans le **certificat d'assurance**. Ceci s'applique seulement aux montants payés relatifs aux **options de participation** de l'assurance médicale internationale ou de l'option de soins en ambulatoire à l'internationale

Tout montant payé en raison d'une **franchise** ; en raison du dépassement des limites de couverture ; pour tout **traitement** non couvert par **votre** plan d'assurance médicale ; ou en raison de pénalités imposées pour ne pas avoir obtenu d'autorisation préalable ou pour avoir eu recours à des fournisseurs hors réseaux aux **États-Unis**, ne sont pas soumis à l'option de **plafond maximum**.

'**Patient ambulatoire**' – un patient qui reçoit des **soins** en **hôpital**, dans un cabinet de consultation, ou des consultations externes en **clinique** et n'est pas un **patient externe** ni un **patient hospitalisé**.

'**Soins Palliatifs**' – un **traitement** qui ne permet pas de guérir ou d'améliorer sensiblement la condition mais est administré afin de soulager les symptômes.

'**Période de garantie**' – période de 12 mois continus au cours de laquelle les **assurés** sont couverts en vertu du présent **contrat** et représente la période allant de la **date de prise d'effet** à la **date d'échéance** du contrat comme indiqué sur le **certificat d'assurance** sauf si celui-ci est résiliée par anticipation et conformément aux **règles du présent contrat**.

'**État végétatif persistant**' – un **assuré** qui se trouve dans un état végétatif pendant au moins 90 jours consécutifs. Un état végétatif persistant représente une condition causée par une **blesure**, une maladie ou une affection au cours de laquelle **l'assuré** a perdu conscience et ne montre pas de signe de conscience de soi ou ne reconnaît pas ses environs et présente seulement une activité réflexe des muscles et des nerfs montrant un faible niveau de réponse conditionnée, et selon un degré raisonnable de probabilité médicale il est conclu qu'il ne peut y avoir de rétablissement.

'**Police**' ou '**contrat**' – le contrat comprenant les présentes **conditions générales**, le **Guide client** (qui contient la **liste des prestations** et des informations concernant les demandes de remboursement), et **votre certificat d'assurance**.

'**Documents de police d'assurance**' – les documents relatifs à cette **police** et qui comprennent ces **conditions générales**, le **Guide Client**, **votre certificat d'assurance**, le formulaire de remboursement **Cigna**, et **votre** carte d'assurance **Cigna**.

'**Assuré**' – personne qui **nous** présente une **demande d'assurance**, qui a été acceptée par écrit par **nous**, et qui paie la prime prévue au **contrat**.

'Conditions générales' – les conditions et les modalités relatives à la **police** et qui détaille les "Exclusions générales" et les "Définitions".

\* 'Certificat de pré-admission' ou 'CPA' – examen et décision initiale par **CareAllies**, avant l'admission dans un **hôpital** aux **États-Unis** et quant à l'adéquation du **traitement à l'hôpital** ou des **soins de jour** pour un patient.

'Condition préexistante' – toute maladie, affection ou **blessure**, ou symptôme lié à cette maladie, affection ou **blessure** pour laquelle :

- le conseil médical ou **traitement** a été demandé ou reçu ; ou

- **l'assuré** avait connaissance de cette condition mais n'a pas demandé de conseil médical ou de **traitement** ;

avant la **date de prise d'effet** initiale des garanties du **contrat**.

'Traitement psychiatrique' – gestion et soin d'une personne qui souffre d'un problème de santé mentale, y compris mais pas uniquement, les troubles alimentaires.

'Psychologue' – personne qualifiée (qui possède le diplôme approprié pour exercer dans le pays où le **traitement** est reçu) exerçant dans une clinique psychiatrique et qui fournit des **traitements** aux patients ayant des problèmes mentaux et émotionnels.

'Infirmière qualifiée' – un infirmier ou une infirmière qualifié(e) ou agréé(e) en vertu des lois du pays, de l'État ou de toute autre zone réglementée où les **soins** sont administrés.

'Événement qualifiant' représente :

- Le mariage ou pacte civil de solidarité (PACS) ;

- La cohabitation avec un partenaire ;

- Le divorce ou la séparation ;

- La naissance d'un enfant ;

- L'adoption légale d'un enfant ; ou

- Le décès d'un **conjoint**, du partenaire ou d'un enfant.

**Nous** pourrons exiger une preuve de tout événement mentionné ci-dessus.

'Réhabilitation' – **Traitement** incluant la thérapie physique, l'ergothérapie et l'orthophonie afin de rétablir l'état de santé antérieur de **l'assuré** après l'événement **grave**.

'Liste des procédures chirurgicales' – la liste actuelle des procédures chirurgicales approuvées par **notre** médecin-chef.

'Zone sélectionnée de couverture' – désigne :

- **Le monde entier, y compris les États-Unis** ; ou

- **Le monde, sauf les États-Unis**.

'Court terme' – représente une période de temps compatible avec la période de convalescence nécessaire suite au **traitement** et ordonnée par le **médecin** traitant avec l'approbation de **notre** directeur médical.

'Maladie' – une maladie physique ou mentale, y compris une maladie résultant de ou liée à la grossesse.

'Dent /dents naturelle(s) saine(s)' – une dent qui ne pose pas de problèmes au niveau de la mastication et de l'élocution et qui n'est pas un implant dentaire. Une telle dent naturelle ne présente pas les problèmes suivants :

- une carie ou un plombage ;

- une maladie des gencives associée à une perte osseuse ;

- un **traitement** de canal radiculaire.

'Spécialiste' – un **médecin** qui est reconnu, qualifié ou agréé en vertu des lois du pays, de l'État ou de toute autre zone réglementée où les **soins** sont administrés, seulement pour le **traitement** qui a été recommandé.

'Conjoint' – l'époux légitime de **l'assuré**, ou tout partenaire célibataire ou personne en PACS que **nous** avons accepté de couvrir en vertu de ce **contrat**.

'Date de prise d'effet' – la date à laquelle les garanties prévues au **contrat** prennent effet, comme indiqué dans le **certificat d'assurance** .

'Subrogation' – le droit que **Cigna** peut exercer au nom de **l'assuré** afin de recouvrer tous les frais ou coûts auprès d'une autre compagnie d'assurance ou de toute source qui aurait un lien avec le remboursement du **traitement** que nous assurons. **Cigna** appliquera les principes normaux de contribution et d'indemnisation équitable.

'Chirurgie' – le domaine de la médecine qui permet de soigner les maladies, les blessures, les malformations grâce à des méthodes d'opérations nécessitant d'effectuer une incision au niveau du corps.

'Appareil(s) chirurgicaux', 'Appareils médicaux' – se réfère à :

- Un membre artificiel, prothèse ou dispositif nécessaire à ou utilisé dans le cadre d'une **opération** ; ou

- Un dispositif artificiel ou prothèse nécessaire mis en place dans le cadre du **traitement** et immédiatement après une opération pour **raisons médicales** et aussi longtemps que nécessaire ; ou

- Une prothèse ou appareil **médicalement nécessaire** utilisé dans le cadre du processus de convalescence et à **court terme**.

'Symptomatique' – un **traitement** qui n'essaie pas de stopper la progression ou l'évolution d'un **cancer** ou qui est administré pour soulager les symptômes.

'Thérapeute' – un orthophoniste, diététicien ou orthoptiste qualifié et qui possède le permis nécessaire pour pratiquer dans le pays où le **traitement** est reçu.

'Traitement' – toute intervention chirurgicale ou traitement médical effectué par un **médecin** considéré comme **médicalement nécessaire** dans le but de diagnostiquer, de guérir ou de soulager considérablement une maladie ou une de blessure .

'Etats-Unis' – les États-Unis d'Amérique.

'Le monde entier y compris les États-Unis' – tous les pays du monde, à l'exception de tout pays à qui, à la date de début du **traitement**, le gouvernement fédéral des **États-Unis** a interdit toute pratique commerciale dans la mesure où les paiements sont considérés illégaux en vertu de la loi applicable.

'Le monde entier à l'exception des États-Unis' – dans le monde entier à l'exception des **États-Unis** .

'Vous, votre' – le **preneur d'assurance**.