

GUIDE D'ASSURANCE DU SALARIÉ
2017 - 2018

GROUP INTERNATIONAL HEALTH PLAN DE MEDICARE

 www.april-international.co.uk



Insurance made easy.

GROUP INTERNATIONAL HEALTH PLAN DE MEDICARE



GUIDE D'ASSURANCE DU SALARIÉ 2017 - 2018

Insurance made easy.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	3
2. ADMINISTRATION DE VOTRE PLAN	3
2.1 L'ACCESSIBILITÉ	3
2.2 ADMISSIBILITÉ	3
2.3 SOUSCRIPTION	3
2.4 L'ASSUREUR	3
2.5 LE PLAN COLLECTIF	4
2.6 FRANCHISES ET COASSURANCES	4
2.7 RÉSILIATION OU ANNULATION DE VOTRE PLAN	4
2.8 L'INFORMATION QUE VOUS NOUS AVEZ DONNÉ	4
2.9 LA FRAUDE	4
3. DÉFINITIONS APPLICABLES AU PLAN	4
4. DÉFINITIONS APPLICABLES AUX PRESTATIONS	6
5. CE QUI N'EST PAS COUVERT	8
6. DEMANDES DE REMBOURSEMENT	9
6.1 COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT	9
6.2 PLURALITÉ D'ASSURANCES	12
6.3 RÉOLUTION DES DIFFÉRENDS	12
6.4 EXAMENS MÉDICAUX	12
7. INFORMATIONS IMPORTANTES	12
7.1 COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTÉ	12
7.2 FINANCIAL SERVICES COMPENSATION SCHEME	13
7.3 DROIT ET COMPÉTENCE APPLICABLES	13
7.4 PROCÉDURES JUDICIAIRES	13
7.5 PROTECTION DES DONNÉES	13
7.6 DROITS DES TIERS	13
7.7 SANCTIONS	13

1. INTRODUCTION

Bienvenue chez April International UK. Le Group International Health Plan De Medicare est fourni par nous qui agissons pour le compte de l'Assureur. Le contrat conclu entre vous et nous inclut le **Formulaire de Demande de Plan Collectif**, le **Formulaire de Demande du Salarié** ou la **liste des adhérents**, le Guide d'Assurance de l'Employeur, le présent Guide d'Assurance du Salarié et **vos Attestation**. Vous devez lire le présent Guide d'Assurance en parallèle avec **vos Attestation** pour vous assurer de bien comprendre la couverture que nous accordons.

Le Plan n'indemniserait que les **traitements** admis à bénéficier des **prestations** figurant sur **vos Attestation**, qui ont été reçus au cours de la période de couverture indiquée sur l'**Attestation**. Les **Prestations** sont limitées aux **coûts raisonnables et habituels** (tels que nous les avons déterminés) sur lieu de l'administration du **traitement**. Le Plan collectif fournit la couverture pour les **prestations** indiquées sur **vos Attestation**, et non pas nécessairement pour toutes les **prestations** définies dans le présent Guide. Les **prestations** sont expliquées en détail à la section « Définitions applicables aux **Prestations** » du présent guide. Nous ne pouvons indemniser aucune **prestation** si le Plan collectif n'est pas en vigueur ou si le paiement des primes n'est pas à jour au moment où vous recevez **vos traitement**.

Le Plan ne vise pas à fournir la couverture pour le **traitement** de pathologies qui existaient avant la date de **prise d'effet** indiquée sur **vos Attestation** si la **Souscription** sur la base d'un **Moratoire** ou la **Souscription avec Déclaration Complète de l'État de Santé** s'applique à **vos Plan**. Il s'agit de **Pathologies Préexistantes**, celles-ci sont expliquées en détail au titre des Définitions applicables au Plan. Les **Pathologies Préexistantes** peuvent être couvertes si la **Souscription Sans Prise en Compte des Antécédents Médicaux** s'applique à **vos Plan**. La souscription applicable à **vos Plan** sera indiquée sur **vos Attestation**.

Les mots figurant en caractères **gras** sont importants et ont une signification particulière pertinente au présent Guide d'Assurance. Ces mots sont expliqués clairement au titre des Définitions applicables au Plan et aux **Prestations**.

Nous nous engageons à offrir un niveau de service optimal à la clientèle et nous nous efforçons d'être clairs, justes et précis dans nos communications avec vous. Vous pouvez nous contacter si vous avez besoin de précisions supplémentaires concernant **vos Plan**. Vous devez informer **vos employeur** de tout changement au niveau de vos circonstances personnelles. Nous ferons tout **notre** possible pour vous aider lorsque vous aurez besoin d'avoir recours au **Plan**.

APRIL International UK Limited

Minster House
42 Mincing Lane
Londres
EC3R 7AE
Royaume-Uni

Téléphone: +44 (0)203 418 0470

Télécopie: +44 (0)207 118 1178

Courriel: info@april-international.co.uk

2. ADMINISTRATION DE VOTRE PLAN

2.1 L'ACCESSIBILITÉ

Sur demande, nous pouvons vous fournir les versions en braille, audio ou de gros tirage et autres documents associés y compris le document « Key Facts ». Si vous avez besoin de ces autres versions, vous pouvez nous contacter.

2.2 ADMISSIBILITÉ

Le Group International Health Plan De Medicare (le Plan) est conçu pour les **employeurs** qui ont des **salariés** de toute nationalité qui vivent ou travaillent hors de leur **Pays d'Origine**. Le Plan est également offert à certains **ressortissants locaux** ayant besoin d'une assurance santé internationale lorsque nous avons donné **notre** accord écrit à cet égard.

Le Plan n'est pas offert aux ressortissants des États-Unis d'Amérique ou des Caraïbes qui résident dans leurs **Pays d'Origine**.

Le Plan n'est pas offert aux personnes ou dans les pays où cela constituerait une infraction à toute sanction, interdiction ou restriction imposée par la loi ou les règlements.

La limite d'âge pour l'adhésion au Plan est de 70 ans, sauf en cas d'accord écrit contraire exprès de **notre** part.

Vous devez être en **situation d'activité** à la **date de prise d'effet** de

vos Attestation.

Votre employeur peut offrir une couverture aux **personnes à votre charge** (conjoint / partenaire et/ou vos enfants mariés ou célibataires à condition qu'ils soient âgés de moins de 18 ans (ou de moins de 24 ans s'ils poursuivent leurs études à temps complet)). Nous demanderons une preuve d'études pour les enfants à **charge** âgés de 18 à 24 ans.

Les nouveau-nés peuvent bénéficier de la couverture dès leur naissance. Un Formulaire d'Ajout de Personne à Charge dûment rempli doit nous parvenir dans les 14 jours qui suivent la naissance.

En fonction des conditions de souscription de **vos Plan**, il peut vous être demandé de remplir un **Formulaire de Demande du Salarié**.

Si vous êtes âgé de 65 ans ou plus à la **date de prise d'effet**, vous devrez remplir un **Formulaire de Demande du Salarié pour une Souscription avec Déclaration Complète de l'État de Santé**, sauf accord écrit contraire exprès de **notre** part.

2.3 SOUSCRIPTION

Les conditions de Souscription applicables à **vos Plan** seront indiquées sur **vos Attestation**.

Souscription sur la base d'un **Moratoire**

Vous devez remplir un **Formulaire de Demande du Salarié** avant la **date de prise d'effet** de **vos Plan**.

Souscription sur la base d'un **Moratoire** signifie que vous et toutes **personnes à charge** ne serez pas couverts concernant toutes **pathologies préexistantes**. Après une période de couverture ininterrompue de deux ans, les **pathologies préexistantes** peuvent devenir admissibles au titre de la couverture (à moins que la pathologie ou la **prestation** ne soit expressément exclue du Plan) si, après avoir reçu le **traitement** initial, vous / la **personne à votre charge**

- > n'avez éprouvé aucun symptôme
- > n'avez consulté aucun médecin pour un bilan / le suivi d'une pathologie, pour des examens de suivi, pour un **traitement** ou un avis médical
- > n'avez reçu aucune prescription de médicaments ou pris des médicaments, ce qui inclut les médicaments délivrés sans ordonnance, les régimes particuliers, les injections ou les soins de physiothérapie

pour la **pathologie préexistante** ou toute pathologie apparentée pendant une période ininterrompue de deux ans.

Souscription avec Déclaration Complète de l'État de Santé

Si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, vous devez remplir un **Formulaire de Demande du Salarié pour une Souscription avec Déclaration Complète de l'État de Santé**, sauf en cas d'accord écrit contraire exprès de **notre** part. Nous examinerons les renseignements fournis sur ce **Formulaire de Demande du Salarié pour une Souscription avec Déclaration Complète de l'État de Santé** pour évaluer s'il sera accepté avec ou sans l'application d'**exclusions spécifiques**. Vous devez donc vous assurer de remplir correctement le **Formulaire de Demande du Salarié pour une Souscription avec Déclaration Complète de l'État de Santé**. S'il est fait application d'**exclusions spécifiques**, nous informerons **vos employeur** par écrit ou par courrier électronique et vous devrez nous confirmer par écrit que vous acceptez ces **exclusions spécifiques** avant que le Plan ne puisse prendre effet. Nous pouvons refuser la demande à **notre** entière discrétion. Toute **Pathologie Préexistante** non déclarée sur **vos Formulaire de Demande du Salarié pour une Souscription avec Déclaration Complète de l'État de Santé** ne sera pas couverte par le Plan.

Souscription avec Maintien des Exclusions Médicales Précédentes

Vous devez remplir un **Formulaire de Demande du Salarié** avant la **date de prise d'effet** de **vos Plan**.

La **Souscription avec Maintien des Exclusions Médicales Précédentes** vous permet et permet aux **personnes à charge** de faire inclure toutes **exclusions spécifiques** existantes de **vos** police d'assurance précédente qui était en vigueur immédiatement avant la **date de prise d'effet** de **vos Plan**. Vous devez fournir une copie de **vos Attestation** d'Assurance précédente avant la **date de prise d'effet** du Plan.

Souscription Sans Prise en Compte des Antécédents Médicaux

Vous n'aurez pas besoin de remplir un **Formulaire de Demande du Salarié**. La **Souscription Sans Prise en Compte des Antécédents Médicaux** signifie que les **pathologies préexistantes** seront couvertes par le Plan, sous réserve que la pathologie ou le **traitement** ne soit pas expressément exclu(e) du Plan ni mentionné(e) à la Section « Ce qui n'est pas couvert ».

2.4 L'ASSUREUR

L'Assureur du Plan est Catlin Insurance Company (UK) Ltd., ou Catlin Underwriting Agencies Limited, comme cela est indiqué sur **vos Attestation**.

2.5 LE PLAN COLLECTIF

Vous serez couvert par le **Plan** que **votre employeur** a sélectionné sur le **Formulaire de Demande de Plan Collectif**. Les **personnes à charge** admissibles doivent être couvertes au titre du même **Plan** que **vous**.

Vous / les personnes à votre charge ne pourrez bénéficier que des seules **prestations** décrites sur le **Plan** sélectionné par **votre employeur** et celles-ci seront indiquées sur **votre Attestation**.

Vous serez couvert pour la **Zone Géographique de Couverture** que **votre employeur** a sélectionnée sur le **Formulaire de Demande de Plan Collectif** et le **Formulaire de Demande du Salarié** (le cas échéant) et qui sera indiquée sur **votre Attestation**.

Si **votre employeur** a sélectionné une **Franchise Facultative** sur le **Formulaire de Demande de Plan Collectif**, celle-ci s'appliquera à **vous / aux personnes à votre charge** et sera indiquée sur **votre Attestation**.

Votre employeur a sélectionné la devise du **Plan** qui s'appliquera à la prime due et aux limites de **prestations** figurant sur l'**Attestation**.

2.6 FRANCHISES ET COASSURANCES

Une **franchise / coassurance** s'applique à certaines **prestations** du **Plan** et cela figure sur **votre Attestation**.

Une **franchise / coassurance** est la portion des coûts qui sera payée par **vous**. La **franchise / coassurance** sera appliquée comme cela est indiqué sur **votre Attestation** et s'appliquera à chaque **période d'Attestation**.

Une **franchise** correspondra au montant fixé des coûts que **vous** devrez payer. Une **franchise** peut être appliquée à chaque **demande de remboursement** ou à chaque **prestation**. Elle sera indiquée sur **votre Attestation**. Lorsqu'une **franchise** s'applique à chaque **demande de remboursement**, si celle-ci se prolonge sur une nouvelle **période d'Attestation**, en ce cas, une **franchise** s'appliquera également à la nouvelle **période d'Attestation**. La **franchise** est appliquée individuellement à chaque personne nommément désignée sur une **Attestation**. **Vous** serez remboursé des coûts du **traitement** admissible qui dépasse la **franchise** indiquée sur l'**Attestation**.

Une **coassurance** correspondra à une contribution partielle de **votre** part à tous les coûts du **traitement** admissible engagés pour toutes **prestations** lorsque l'application d'une **coassurance** est indiquée sur l'**Attestation**.

Si une **Franchise Facultative** est indiquée sur **votre Attestation**, elle est appliquée une fois par **période d'Attestation**. La **Franchise Facultative** est appliquée individuellement à chaque personne nommément désignée sur une **Attestation** et à toutes les **prestations** indiquées sur l'**Attestation**, sauf en ce qui concerne une **Évacuation Médicale d'Urgence**. Dès que le montant global des coûts du **traitement** admissible dépasse la **Franchise Facultative** indiquée sur **votre Attestation**, **vous** serez remboursé des coûts du **traitement** admissible ultérieurs. Toute autre **franchise / coassurance** figurant sur l'**Attestation** sera appliquée après la déduction de la **Franchise Facultative**.

2.7 RÉSILIATION OU ANNULATION DE VOTRE PLAN

Si **vous** n'êtes plus un **salarié** en activité du **groupe**, **vous** ne pouvez pas bénéficier de la couverture dans le cadre du **Plan** collectif. **Votre employeur nous** contactera pour **nous** donner la date de **votre** départ. **Votre Attestation / l'Attestation** des **personnes à votre charge** sera annulée à compter de ladite date et **vous** n'aurez plus le droit aux **prestations** indiquées sur **votre Attestation**.

Le **Plan** peut être résilié à compter de toute **Date Anniversaire** par l'**Assureur / l'Employeur**. **Nous** n'invoquerons pas l'annulation en raison de **votre** âge ou de **votre** dossier médical pendant que **vous** êtes assuré dans le cadre du **Plan**.

Nous avons le droit d'annuler votre **plan**, s'il y a une raison forte pour le faire, y compris par exemple :

- (i) Le manque de paiement de la prime par **vous** ou **votre employeur**, ou
- (ii) Un changement de risque qui veut dire que **nous** ne pouvons plus **vous** couvrir, ou
- (iii) **Votre** refus de coopérer ou omission de **nous** fournir aucun document ou information que **nous** demandons, par exemple les détails d'une **demande de remboursement** ;

En **vous** donnons quatorze (14) jours d'avis écrit. Le remboursement de prime payable à **vous/votre employeur** sera calculé à un taux quotidien proportionnel. Le montant dépend de combien de temps le **plan** dure, sauf si **vous** avez fait une **demande de remboursement**, dans ce cas-là, la prime annuelle **nous** est dûe.

2.8 L'INFORMATION QUE VOUS NOUS AVEZ DONNÉ

En décidant d'accepter ce **plan** et en définir les termes y compris les primes, **nous** avons tenu en compte les informations que **vous** nous avez fourni. **Vous** devez faire attention quand vous répondez aux questions que **nous** demandons en vous assurant que l'information fourni est précise et complète.

Si **nous** découvrons que **vous nous** avez fourni délibérément ou

imprudemment une information fausse ou fallacieuse, **nous** avons le droit :

- (a) De traiter **votre plan** comme s'il n'avait jamais existé
- (b) De refuser toutes **demandes de remboursements**
- (c) De garder la prime

Si **nous** découvrons que **vous nous** avez fourni négligemment une information fausse ou fallacieuse, **nous** aurons le droit :

- (i) De traiter **votre plan** comme s'il n'avait jamais existé, de refuser toutes **demandes de remboursements** et de retourner la prime que **vous** avez payé, si **nous** ne **vous** aurions pas fourni de couverture
- (ii) De traiter **votre plan** comme s'il s'était entré dans les termes différés de celui agréé, si **nous vous** aurions fourni une couverture avec des termes différés.
- (iii) De réduire le montant que **nous vous** payons en ce qui concerne les **demandes de remboursements** ; la prime que **vous** avez payée proportionnel à la prime que **nous vous** avons fait payer si **nous vous** aurions fait payer plus

Nous vous en avisons par écrit si (i), (ii) et/ou (iii) appliquent.

S'il n'y a pas une **demande de remboursement** en attente et (ii) et/ou (iii) applique, **nous** aurons le droit :

- (1) De **vous** donner (30) trente jours de préavis que **nous** annulons ce **plan** ; ou
- (2) De **vous** donner préavis que **nous** traitons ce plan et tous les **demandes de remboursements** futures conformément à (ii) et/ou (iii), auquel cas **vous** pouvez **nous** donner (30) jours de préavis que **vous** annulez ce plan.

Si le **plan** est annulé conformément à (1) ou (2), **nous** retournons la prime dû à **vous** en ce qui concerne le solde de la **période de l'attestation**.

2.9 LA FRAUDE

Si **vous/vos personnes à charges**, ou quelqu'un qui agit au nom de **vous**, fait une **demande de remboursement** frauduleuse, par exemple une perte qui est causée frauduleusement et/ou exagérée et/ou supportée par une déclaration frauduleuse ou autre moyens :

- (a) **Nous** ne sommes pas responsable de payer les **demandes de remboursement**
- (b) Il est possible que **nous** récupérons tout montant payé par nous à vous en ce qui concerne une **demande de remboursement** ; et
- (c) Il est possible que **nous** traitons ce **plan** comme annulé, à dater de l'acte frauduleux.

Si **nous** agissons notre droit de (c) au-dessus :

- (i) **Nous** ne sommes pas responsable à **vous** en ce qui concerne un événement correspondant qui se passe après l'acte frauduleux. Un événement correspondant est ce qui engendre **notre** responsabilité sous ce **plan** (comme un fait d'une perte, la fabrication d'une demande de remboursement ou la notification d'une demande de remboursement potentielle ; et
- (ii) Il ne faut que **nous** retournions la prime que **vous** avez payé

3. DÉFINITIONS APPLICABLES AU PLAN

ACCIDENT : un événement soudain et imprévu survenant au cours de la **période de votre attestation**, qui **vous** occasionne des lésions corporelles, dont la cause ou l'une des causes est externe à **votre** propre corps et survient indépendamment de votre volonté.

ASSUREUR : l'Assureur de **votre Plan**. Il sera indiqué sur **votre Attestation**.

ATTESTATION : l'**Attestation** d'Assurance qui **vous** est émise / qui est émise aux **personnes à votre charge** et qui fait partie du contrat conclu entre **vous** et **nous**. L'**Attestation** doit être lue en parallèle avec le présent Guide d'Assurance.

ATTESTATION-CADRE : l'**Attestation** d'Assurance émise à **votre Employeur** et qui fait partie du contrat conclu entre **vous** et **nous**.

AUTORISATION PRÉALABLE : la procédure que **vous** devez suivre pour le **traitement** reçu au titre des **prestations** du **Plan** qui sont indiquées sur **votre Attestation** et pour toute **demande de remboursement** susceptible de dépasser 2 500 £ / 4 250 \$ / 3 500 €.

CARTE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE : la carte qui **vous** est remise pour chaque **période d'Attestation** et qui comporte **votre** nom, **votre** numéro d'**Attestation** et la date d'expiration du **Plan**.

COÛTS RAISONNABLES ET HABITUELS : les coûts qui seraient généralement engagés pour le **traitement** que **vous** recevez à l'endroit où il est administré. **Nous** ne rembourserons qu'à concurrence des coûts généralement engagés pour ce **traitement** audit endroit. En cas de différend concernant les **coûts raisonnables et habituels**, **nous** identifierons le montant généralement facturé en obtenant trois devis pour le **traitement** contesté et **nous** réglerons les coûts en retenant la moyenne des trois devis.

DATE ANNIVERSAIRE : l'anniversaire annuel de la **date de prise d'effet** initiale du **Plan** collectif.

DATE DE PRISE D'EFFET : la date à laquelle **vos** **Attestation** commence initialement et toute **Date Anniversaire** ultérieure si la prime de renouvellement est payée.

DATE D'ÉCHÉANCE : la date à laquelle un paiement de prime trimestriel doit être effectué.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT : une série de **traitements** pour traiter une pathologie diagnostiquée et/ou une **demande de remboursement** concernant des **prestations** relatives à des Soins Dentaires ou de Bien-être.

EMPLOYEUR : l'**employeur** des personnes devant être couvertes par le **Plan** collectif, ou dans le cas d'un **Groupe** de non-salariés acceptés par l'**Assureur**, l'association / l'organisation de parrainage par l'intermédiaire de laquelle le **Plan** est proposé, souscrit ou administré et à qui l'**Attestation-Cadre** est émise.

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES : toute exclusion qui **vous** est appliquée / qui est appliquée à la **personne à votre charge** lorsque la **Souscription avec Déclaration Complète de l'État de Santé** s'applique et qui a été acceptée par **vous**. Les **exclusions spécifiques** sont en supplément des exclusions applicables au **Plan** et elles seront indiquées sur **vos** **Attestation**.

EXPATRIÉ : une personne qui réside hors de son **Pays d'Origine**.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PLAN COLLECTIF : le formulaire rempli par l'**Employeur** avant la **date de prise d'effet** du **Plan**.

FORMULAIRE DE DEMANDE DU SALARIÉ : le formulaire que **vous** avez rempli avant la **date de prise d'effet** de **vos** **Attestation**.

FRANCHISE / COASSURANCE : la portion des coûts que **vous** devez assumer. Une **franchise / coassurance** sera appliquée comme cela est indiqué sur **vos** **Attestation**.

FRANCHISE FACULTATIVE : le montant des frais couverts que **vous** assumerez par **période d'Attestation**, avant qu'une **prestation** ne puisse faire l'objet d'une demande de remboursement au titre du **Plan**. Si une **franchise / coassurance** s'applique également à la **prestation** faisant l'objet de la demande de remboursement, ce montant sera appliqué après l'application de la **Franchise Facultative**.

GRUPE : adhésion à un **Plan** collectif acceptée par l'**Assureur** et qui inclut au moins trois **salariés**. Il comprend un **groupe de salariés** employés par un **employeur** ou des membres de toute Association / organisation ou autre institution et les **personnes à leur charge** ayant été acceptés par l'**Assureur** et qui sont considérés constituer un **Groupe** pour les besoins du présent contrat.

HÔPITAL : tout établissement qui est légalement homologué en tant qu'**hôpital** médical ou chirurgical dans le pays où il est situé et dont les activités principales ne sont pas celles d'une station thermale, d'une hydroclinique, d'un sanatorium, d'une maison de repos ou d'une maison d'accueil pour personnes âgées. Il doit être sous la supervision constante d'un **Médecin** résident.

LIMITE À VIE : la limite applicable à la période complète pendant laquelle **vous** êtes couvert par le **Plan** collectif, indépendamment du nombre de fois que l'**Attestation** est prorogée / renouvelée à une **Date Anniversaire**.

LIMITE GLOBALE GÉNÉRALE : la limite totale regroupant toutes les **prestations** pouvant faire l'objet d'une demande de remboursement par **période d'Attestation** ; elle sera indiquée sur **vos** **Attestation**.

LISTE DES ADHÉRENTS : le tableau qui indique en détail les **salariés** et les **personnes à leur charge** qui sont couverts au titre du **Plan** collectif.

MALADE HOSPITALISÉ : **vous** êtes admis dans un **Hôpital** pour un séjour d'au moins 24 heures.

MÉDECIN / THÉRAPEUTE : un professionnel de la santé / thérapeute légalement agréé et reconnu par la loi du pays dans lequel le **traitement** est fourni et qui, en administrant ce **traitement**, exerce dans le cadre de son agrément et de sa formation.

NIVEAU DE COUVERTURE : le **Plan International**, **Plan International Plus**, le **Plan** dit « Executive », le **Plan** dit « Executive Plus » ou le **Plan** sur Mesure et toute **Franchise Facultative** sélectionnée par **vos** **employeur** sur le **Formulaire de Demande de Plan Collectif** ou à une **Date Anniversaire** ultérieure.

NOUS, NOTRE, NOS : April International UK Limited, agissant pour le compte de l'**Assureur**. **Notre** service d'assistance 24 heures sur 24 est externalisé à un organisme spécialisé qui agit pour **notre** compte / pour le compte de l'**Assureur**.

PATHOLOGIE CHRONIQUE : une maladie ou une affection pour laquelle il n'existe aucun remède connu et/ou qui est susceptible de se prolonger et/ou qui est récurrente et qui nécessite une surveillance, un suivi ou un **traitement** prolongé(e). Le **traitement** des **Pathologies Chroniques** est uniquement couvert au titre des **Prestations** figurant sur **vos** **Attestation**.

PATHOLOGIES PRÉEXISTANTES : toutes pathologies connues (ou pathologies apparentées) qui, au cours des deux ans qui précèdent immédiatement la **date de prise d'effet** initiale de **vos** **Plan** collectif, présentent l'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- > ont fait l'objet d'un diagnostic
- > ont nécessité un **traitement** médical (y compris les remèdes, les médicaments qui peuvent être délivrés sans ordonnance, les régimes particuliers, les injections ou autre interventions ou examens).
- > ont fait l'objet de la demande d'un avis médical, ce qui inclut les examens et les bilans médicaux de routine.
- > auraient dû faire l'objet de la demande d'un avis médical si l'avis clinique agréé avait été suivi.
- > présentent des symptômes non diagnostiqués, qu'ils soient ou non reconnus.

PAYS D'ORIGINE : le pays dont **vous** détenez un passeport. Lorsque **vous** êtes titulaire de plusieurs passeports, le **Pays d'Origine** sera considéré être celui de la nationalité que **vous** avez déclarée sur le **Formulaire de Demande du Salaré** ou que l'**Employeur** a déclarée sur la **liste des adhérents**. Les **personnes à votre charge** auront le même **Pays d'Origine** que **vous**, indépendamment de leur nationalité.

PAYS DE RÉSIDENCE : le pays que **vous** avez déclaré sur **vos** **Formulaire de Demande du Salaré** ou que **vos** **employeur** a déclaré sur la **liste des adhérents** comme étant le pays qui sera **vos** résidence principale pour la durée du **Plan**. Cela figure sur **vos** **Attestation** comme étant le **Pays de Résidence**. **Vous** devez informer **vos** **employeur** si **vous** / des **personnes à votre charge** changez **vos** **Pays de Résidence** temporaire / permanente.

PÉRIODE D'ATTESTATION : la période de couverture indiquée sur **vos** **Attestation**, sauf en cas de résiliation de l'**Attestation** avant sa date d'expiration.

PÉRIODE DE CARENCE : la période pendant laquelle aucune **prestation** n'est payable pour les frais de **traitement** engagés lorsqu'une **période de carence** est indiquée sur l'**Attestation**. **Vous** devez être couvert par le même **Plan** pendant toute la durée de la **période de carence** indiquée avant d'avoir le droit de faire une **demande de remboursement** pour cette **prestation**.

PERSONNES À CHARGE : veut dire **vos** conjoint ou partenaire, et aussi **vos** enfants (non) mariés, (y compris des beaux-enfants, des enfants accueillis et des enfants légalement adoptés) à condition que l'enfant n'a pas plus de 18 ans à la **date de prise d'effet** ou la **date anniversaire** du **plan** (ou à âge maximum de 24 ans si **vous** pouvez fournir la preuve des études que l'enfant continue ses études à plein temps). **Vos** **employeur** doit agréer l'inclusion des **personnes à charge** avant la **date de prise d'effet** du **plan**.

PLAN : le **Plan** que **vos** **employeur** a sélectionné sur le **Formulaire de Demande de Plan Collectif**. **Vous** serez couvert pour les **Prestations** incluses dans ce **Plan** comme cela est indiqué sur **vos** **Attestation**.

PLAN FACULTATIF : l'inscription par un **salaré** est volontaire, ou le **Plan** collectif est parrainé par une Association / organisation.

PLAN OBLIGATOIRE : tout(es) les **salariés** / **personnes à charge** admissibles seront inclus(es) dans le **Plan** collectif.

PRESTATION : toute **prestation** définie au titre de la section « Définitions applicables aux **Prestations** » du présent guide et qui est indiquée sur **vos** **Attestation**. Toute **prestation** qui n'est pas indiquée sur **vos** **Attestation** n'est pas couverte.

RESSORTISSANT LOCAL : toute personne dont le **Pays de Résidence** est le même que le **Pays d'Origine**.

SALARIÉ : une personne qui est en **Situation d'Activité** à plein temps auprès de l'**employeur** ou qui est sous Contrat de Travail. Il ne s'agit pas d'une personne occupant un emploi occasionnel. Cela peut inclure un propriétaire unique ou un partenaire ou un administrateur de l'**Employeur**.

SITUATION D'ACTIVITÉ : un **salaré** sera considéré être en **Situation d'Activité** pendant toute journée au cours de laquelle il exerce alors de manière habituelle toutes les fonctions courantes de son emploi telles qu'elles sont accomplies ou auraient pu être accomplies le dernier jour de travail régulier prévu.

SOCIÉTÉ D'ASSISTANCE : la Société que **vous** devez contacter pour obtenir l'**autorisation préalable** à tout **traitement** concernant des **prestations** lorsque cela est indiqué au titre des Définitions applicables aux **Prestations**. La **Société d'Assistance** est opérationnelle 24 heures sur 24, 365 jours par an.

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER : le **traitement** médical que **vous** recevez lorsque **vous** êtes admis dans un **Hôpital** en tant que **malade hospitalisé** interne.

SOUSCRIPTION AVEC DÉCLARATION COMPLÈTE DE L'ÉTAT DE

SANTÉ : vous nous avez indiqué en détail les antécédents médicaux sur le **Formulaire de Demande du Salaré pour une Souscription avec Déclaration Complète de l'État de Santé** pour nous permettre de décider soit d'accepter soit de refuser **vosre** Demande et si nous devons appliquer des **exclusions spécifiques** à **vosre** **Attestation**.

SOUSCRIPTION AVEC MAINTIEN DES EXCLUSIONS MÉDICALES PRÉCÉDENTES : vous nous avez transmis une copie de **vosre** **Attestation d'Assurance** précédente qui était en vigueur immédiatement avant la **date de prise d'effet** initiale du **Plan** collectif et nous avons accepté d'inclure toutes **exclusions spécifiques** existantes sans qu'aucune autre déclaration médicale ne soit nécessaire pour la souscription.

SOUSCRIPTION SANS PRISE EN COMPTE DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : les **Pathologies Préexistantes** seront couvertes, sous réserve que la pathologie ou le **traitement** ne soit pas expressément exclu(e) au titre de la Section « Ce qui n'est pas couvert » du présent Guide d'Assurance.

SOUSCRIPTION SUR LA BASE D'UN MORATOIRE : vous / les **personnes à vosre charge** ne pouvez faire aucune **demande de remboursement** concernant les **pathologies préexistantes** au titre de **vosre** **Plan**. Toutes les **pathologies préexistantes** sont exclues de la couverture si vous avez rempli un **Formulaire de Demande** sur la base d'un **Moratoire**. Après une période de couverture ininterrompue de deux ans, une **pathologie préexistante** peut devenir admissible au titre de la couverture (à moins que la pathologie ou la **prestation** ne soit expressément exclue) si pendant une période ininterrompue de deux ans, **vous** :

- > n'avez éprouvé aucun symptôme.
- > n'avez consulté aucun médecin pour un bilan, pour des examens de suivi, pour un **traitement** ou un avis médical.
- > n'avez reçu aucune prescription de médicaments ou pris des médicaments, ce qui inclut les médicaments délivrés sans ordonnance, les régimes particuliers, les injections, les soins de physiothérapie pour cette pathologie ou toute pathologie apparentée.

TRAITEMENT : les soins et services médicaux fournis pour diagnostiquer, soulager ou traiter une maladie, une affection ou une lésion et/ou les soins dentaires administrés par un **Médecin** qualifié ou un Dentiste qualifié.

VOUS / VOTRE / VOS : la personne dont le nom figure sur l'**Attestation**.

ZONE GÉOGRAPHIQUE DE COUVERTURE : la **Zone Géographique de Couverture** indiquée sur **vosre** **Attestation**. La Zone Un est le monde entier à l'exclusion des États-Unis d'Amérique et des Caraïbes. Les Caraïbes comprennent Anguilla, Antigua, Aruba, les Bahamas, la Barbade, les Bermudes, Bonaire, les Îles Caïmans, Cuba, Curaçao, la Dominique, la République dominicaine, Grenade, la Guadeloupe, Haïti, la Jamaïque, la Martinique, Montserrat, Porto Rico, Saint-Kitts-et-Nevis, Saba, Saint-Barthélemy, Sainte-Lucie, Saint-Martin, Saint-Vincent, Trinité & Tobago, les Îles Turques-et-Caïques et les Îles Vierges. La Zone Deux est le monde entier.

4. DÉFINITIONS APPLICABLES AUX PRESTATIONS

Les Définitions applicables aux Prestations doivent être lues en parallèle avec vosre Attestation. Vous ne pouvez faire une demande de remboursement que pour les prestations indiquées sur vosre Attestation.

BILAN DE SANTÉ DE ROUTINE : le coût des examens de santé, des tests et des bilans de routine pour le dépistage précoce d'une maladie et affection. Cette **prestation** prévoit la couverture pour les examens cardiovasculaires et neurologiques, examens de frottis cervico-vaginal, mammographies et dépistages de la prostate. **Vous** ne pouvez bénéficier de cette **prestation** qu'à partir de 21 ans et après avoir été couvert pendant une période ininterrompue d'un an au titre d'une **Attestation** qui inclut cette **prestation** (à moins que le **Plan** ne fasse l'objet d'une **Souscription Sans Prise en Compte des Antécédents Médicaux**).

CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE : une ou plusieurs procédures chirurgicales nécessaires pour rétablir l'apparence / la fonction de **vosre** corps à la suite d'un **Accident** ou d'une maladie ayant eu lieu après la **date de prise d'effet** de **vosre** **Attestation** lorsque le **traitement** initial était couvert par le **Plan**. La **Chirurgie Reconstructive** doit être réalisée dans les deux ans qui suivent l'**Accident** initial ou la maladie initiale.

COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE veut dire le **traitement** d'une condition médicale survenant pendant les stades prénataux ou pendant l'accouchement. Un spécialiste ou consultant **vous** fournira le **traitement** pour les conditions diagnostiquées suivantes : la grossesse extra-utérine, la fausse couche, la toxémie gravidique, le môle hydatiforme, la rétention placentaire et l'éclampsie. Elle n'est disponible que pour les grossesses avec une date d'accouchement prévue se situant au moins 10 mois après la **date de prise d'effet** d'une **Attestation** qui inclut cette **prestation** (à moins que le **Plan** a la **Souscription sans prise en compte des Antécédents Médicaux**).

COUVERTURE HORS DE LA ZONE GÉOGRAPHIQUE : une couverture à court terme est disponible pour les urgences médicales ou des épisodes aigus de pathologies existantes couvertes par **vosre** **Plan**, lors de déplacement hors de la **Zone Géographique de Couverture** sélectionnée qui est indiquée sur **vosre** **Attestation**. La couverture est uniquement disponible hors de la **Zone Géographique de Couverture** sélectionnée pendant une durée totale maximum de 60 jours par **période d'Attestation**, à concurrence des limites indiquées sur **vosre** **Attestation**, à condition que **vous** n'ayez pas entrepris le déplacement spécialement dans le but ou dans l'intention de recevoir un **traitement** médical.

ÉVACUATION MÉDICALE D'URGENCE : les frais nécessaires sur le plan médical pour le transport d'urgence et les soins médicaux au cours de ce transport pour **vous** transférer, si **vous** souffrez d'une pathologie grave, à destination de l'**Hôpital** le plus proche disposant des soins appropriés et des installations appropriées, ce qui n'est pas nécessairement à destination de **vosre** **Pays d'Origine**. La **Société d'Assistance** doit être contactée pour approuver et organiser toutes les **Évacuations Médicales d'Urgence**. Dans des situations d'extrême urgence survenant dans des régions isolées ou primitives lorsque la **Société d'Assistance** ne peut pas être contactée au préalable, l'**Évacuation Médicale d'Urgence** doit être déclarée dès que possible. **Nous** paierons les coûts du transport d'une autre personne pour **vous** accompagner lors d'une **Évacuation Médicale d'Urgence** lorsque des **Soins en Milieu Hospitalier** sont nécessaires à la suite d'une **Évacuation Médicale d'Urgence**, ou lorsque l'**Évacuation Médicale d'Urgence** concerne un enfant âgé de 18 ans ou moins.

ÉVACUATION MÉDICALE D'URGENCE – FRAIS SUPPLÉMENTAIRES : les frais d'hébergement d'une personne qui **vous** a accompagné lors d'une **Évacuation Médicale d'Urgence** approuvée, à concurrence des limites indiquées sur **vosre** **Attestation**. Est couvert le coût d'un billet d'avion, aller simple, en classe économique pour **vosre** retour et celui de **vosre** accompagnateur dans **vosre** **pays de résidence** à la suite d'une **Évacuation Médicale d'Urgence** approuvée. Si **vous** recevez des **Soins en Milieu Hospitalier**, nous couvrirons également les frais de taxi de **vosre** accompagnateur à destination et en provenance de l'**hôpital** et **vos** frais d'hébergement, à la suite de **Soins en Milieu Hospitalier**, à concurrence des limites indiquées sur **vosre** **Attestation**.

ÉVACUATION D'URGENCE NON MÉDICALE : les coûts d'évacuation par tout moyen de transport à destination d'un lieu sûr lorsque, selon l'avis de la société spécialisée en gestion de crise, Red24, **vosre** vie est en danger à la suite de troubles politiques ou civils soudains ou dans le cas d'une catastrophe naturelle. Une catastrophe naturelle est un événement dommageable grave ou une force de la nature qui a des conséquences catastrophiques, par exemple, un tremblement de terre, une inondation, un feu de forêt, un ouragan, une tornade, un tsunami ou une éruption volcanique.

GREFFES D'ORGANE ET DE MOELLE OSSEUSE ET TRAITEMENT PAR CELLULES SOUCHES : couverture pour les greffes de rein, de cœur, de cœur-poumon, du foie et de la moelle osseuse et le **traitement** par cellules souches (tant autologue que provenant d'un donneur). Les frais relatifs à l'acquisition des matières qui serviront aux greffes et les frais du donneur ne sont pas couverts.

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT AVEC COMPLICATIONS : les coûts d'un **traitement** se rapportant à des soins prénataux et postnataux et à un accouchement lorsque **vosre** **Médecin** a certifié qu'une intervention chirurgicale ou qu'un **traitement** avec une **hospitalisation** est nécessaire au cours de la grossesse et lorsqu'un accouchement normal mettrait en danger la vie de la mère et/ou celle de l'enfant (des enfants). Il convient d'obtenir l'**Autorisation préalable** de la **Société d'Assistance** pour cette **prestation**. Elle n'est disponible que pour les grossesses avec une date d'accouchement prévue se situant au moins 10 mois après la **date de prise d'effet** d'une **Attestation** qui inclut cette **prestation** (à moins que le **Plan** ne fasse l'objet d'une **Souscription Sans Prise en Compte des Antécédents Médicaux**). Cette **prestation** exclut les coûts de tout **traitement** médical administré au nouveau-né. Les limites indiquées sur **vosre** **Attestation** s'appliquent par grossesse.

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT SANS COMPLICATIONS : les coûts des **traitements** relatifs aux soins prénataux et postnataux et à l'accouchement en ce qui concerne la mère uniquement, lorsqu'aucune intervention obstétricale particulière n'est nécessaire. **Vous** devez obtenir l'**Autorisation préalable** de la **Société d'Assistance** pour cette **prestation**. Elle n'est disponible que pour les grossesses avec une date d'accouchement prévue se situant au moins 10 mois après la **date de prise d'effet** d'une **Attestation** qui inclut cette **prestation** (à moins que le **Plan** ne fasse l'objet d'une **Souscription Sans Prise en Compte des Antécédents Médicaux**). Cette **prestation** exclut les coûts de tout **traitement** médical fourni au nouveau-né. Les limites indiquées sur **vosre** **Attestation** s'appliquent par grossesse.

HÉBERGEMENT D'UN PARENT : les frais d'hébergement à l'**hôpital** pour que **vous** restiez à l'**Hôpital** avec un enfant âgé de 17 ans ou moins qui reçoit des **Soins en Milieu Hospitalier** dans le cadre du **Plan**.

MÉDECINE CHINOISE : les consultations et les remèdes qui **vous** sont donnés par un Praticien agréé en Médecine Chinoise.

MÉDICAMENTS DÉLIVRÉS SUR ORDONNANCE : les médicaments et les fournitures médicales dont la vente et l'utilisation sont légalement restreintes et qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance d'un **Médecin** ; les articles qui peuvent être achetés sans l'ordonnance d'un **Médecin** sont exclus.

ONCOLOGIE, CHIMIOTHÉRAPIE ET RADIOTHÉRAPIE : les consultations, tests diagnostiques et **traitements** que **vous** recevez en tant que **Soins en Milieu Hospitalier, Traitement de Soins de Jour** ou **Services Ambulatoires** qui sont spécifiquement liés au diagnostic et au **traitement** d'une maladie maligne (cancer).

PATHOLOGIES ET ANOMALIES CONGÉNITALES : la **prestation** couvre le **traitement** requis pour soulager les symptômes liés à ou corriger une anomalie congénitale ou une pathologie congénitale ou héréditaire qui est diagnostiquée au cours de l'année qui suit la naissance. Cette **prestation** fait l'objet d'une **limite à vie** qui est indiquée sur **vos Attestation**.

PHYSIOTHÉRAPIE : le **traitement** fourni par un Physiothérapeute agréé qui est prescrit par un **Médecin**. Cette **prestation** est limitée au nombre de séances figurant sur **vos Attestation**.

PRESTATION EN ESPÈCES EN CAS D'HOSPITALISATION : indemnité en espèces de substitution qui peut **vous** être versée lorsque le **traitement** que **vous** recevez est effectué gratuitement dans un **Hôpital** public. Le maximum payable correspond à 30 jours par **période d'attestation**. **Vous** devez obtenir l'**Autorisation préalable** de la **Société d'Assistance** pour cette **prestation**.

PRESTATION RELATIVE À DES CHEVEUX ARTIFICIELS : le coût d'une perruque / d'une pièce capillaire dont **vous** pourriez avoir besoin à la suite d'une série de **traitements** pour un cancer.

PRESTATION RELATIVE AU VIH / SIDA : le coût du **traitement** imputable ou lié au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et/ou toute maladie liée au VIH, y compris le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) ou les complexes liés au SIDA. Si **vous** êtes séropositif pour le VIH, **vous** paierez uniquement à concurrence de la limite de la **prestation relative au VIH / SIDA** pour le **traitement** des pathologies suivantes : Candidose (muguet), Cancer du col de l'utérus, CMN (cytomégalovirus), Méningite cryptococcique, Cryptosporidiose, déficience cérébrale liée au VIH, Sarcome de Kaposi, Lymphome, Mycobacterium avium-intracellulare, Pneumonie y compris la PCP (Pneumonie à Pneumocystis), Thrombocytopenie, Toxoplasmose et Tuberculose. Cette **prestation** fait l'objet d'une **limite à vie** comme cela est indiqué sur **vos Attestation**. **Vous** ne pouvez bénéficier de cette **prestation** qu'après avoir été couvert pendant une période ininterrompue de deux ans au titre d'une **Attestation** qui inclut cette **prestation** (à moins que le **Plan** ne fasse l'objet d'une **Souscription Sans Prise en Compte des Antécédents Médicaux**).

PRESTATIONS RELATIVES AUX VACCINATIONS : les vaccinations qui sont médicalement nécessaires aux fins d'un voyage (y compris les médicaments antipaludiques) et les vaccinations pour la prévention de maladies ou d'affections chez les enfants âgés de 16 ans ou moins : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Oreillons, Rubéole, Méningite de type C, Infection Pneumococcique, Pneumonie à streptocoques, Haemophilus influenzae et Papillomavirus Humain.

PROTHÈSES, AIDES ET APPAREILS MÉDICAUX EXTERNES : les appareils ou les aides qui sont médicalement prescrits dans le cadre du processus de rétablissement qui suit immédiatement les **Soins en Milieu Hospitalier, le Traitement de Soins de Jour** ou le **Traitement au Service des Accidents ou des Urgences**.

PROTHÈSES, AIDES ET APPAREILS MÉDICAUX INTERNES : tout implant, aide médicale ou appareil médical qui est implanté de manière peropératoire.

RAPATRIEMENT OU INHUMATION LOCALE : les frais de préparation et de transport aérien de **vos** dépouille mortelle depuis le lieu du décès à destination de **vos Pays d'Origine**, ou la préparation et l'inhumation ou l'incinération locale de **vos** dépouille mortelle si **vous** décédez hors de **vos Pays d'Origine**. Ces arrangements doivent être pris par la **Société d'Assistance**.

Scans IRM, CT et TEP : le coût de toute imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie assistée par ordinateur (CT) et tomographie par émission de positrons (TEP) prescrite par un **Médecin** traitant.

SERVICES AMBULANCIERS ROUTIERS LOCAUX : le coût du transport nécessaire sur le plan médical à destination d'un **Hôpital** local pour des soins d'urgence ou des **Soins en Milieu Hospitalier**.

SERVICES AMBULATOIRES : tout **traitement** médical que **vous** recevez sans que **vous** soyez un **malade hospitalisé** interne dans un **Hôpital** ou dans tout autre établissement de soins médicaux. Les **Services Ambulatoires** incluent les services fournis ou prescrits par un **Médecin** qui est agréé en tant que Médecin Généraliste, Spécialiste ou Consultant, ainsi que les tests en laboratoire, les procédures de médecine radiographique et nucléaire servant à diagnostiquer et à traiter les pathologies. Les **Services Ambulatoires** incluent également les

Thérapies Complémentaires, la Physiothérapie, les Médicaments Délivrés sur Ordonnance.

SERVICES AMBULATOIRES PSYCHIATRIQUES veut dire le **traitement** médical (qui inclut les **médicaments délivrés sur ordonnance**) qui est fourni à **vous** par un **Médecin** qui est qualifié comme un Médecin Généraliste, Spécialiste ou Consultant pour les troubles psychologiques ou psychiatriques, aussi bien que le **traitement** de l'anxiété, du stress, de la dépression clinique, des crises de panique et des états phobiques. **Vous** ne pouvez bénéficier de cette **prestation** qu'après avoir été couvert pendant une période ininterrompue d'un an au titre d'un **Plan** qui inclut cette **prestation** (à moins que le **Plan** a la **Souscription sans prise en compte des Antécédents Médicaux**).

SERVICES HOSPITALIERS : tous les **traitements** médicaux nécessaires que **vous** recevez lors de **vos** admission en tant que **malade hospitalisé** interne dans un **Hôpital** pour un séjour d'au moins 24 heures, et cela, uniquement lorsque les procédures de diagnostic et/ou les **traitements appropriés** ne sont pas disponibles en **Service Ambulatoire**. **Vous** devez obtenir l'**Autorisation préalable** de la **Société d'Assistance** pour cette **prestation**. Les **Services Hospitaliers** incluent les **coûts raisonnables et habituels**, dans la région où le **traitement** est administré, concernant l'hébergement à l'**Hôpital** à concurrence du coût d'une chambre individuelle, l'hébergement dans le service de soins intensifs, le prix des repas, l'utilisation de toutes installations médicales de l'**Hôpital**, et tous les **traitements** et services médicaux prescrits par un **Médecin**. Sont exclus des **Services Hospitaliers** les coûts liés à l'**Oncologie**, à une **Grefe d'Organe et de Moelle Osseuse** et un **traitement par cellules souches** et à une **Grossesse et un Accouchement avec ou sans Complications**, à l'exclusion d'une grossesse ectopique.

SOINS AU NOUVEAU-NÉ : **traitement** médical reçu par un nouveau-né entre la date de sa naissance et 30 jours après sa sortie de l'**Hôpital**, sous réserve qu'un Formulaire d'Ajout de Personne à Charge ait été rempli pour l'enfant dans les 14 jours qui suivent sa naissance et qu'une **Attestation** ait été émise pour le nouveau-né. Le nouveau-né ne peut bénéficier d'aucune autre **prestation** au cours des 30 jours qui suivent sa sortie de l'**Hôpital**, ensuite les **prestations** du **Plan** sélectionné s'appliqueront.

SOINS DE RÉÉDUCATION : **Soins** ou **Traitement en Milieu Hospitalier** lorsque le but est de rétablir la santé et la mobilité à la suite d'un **Accident**, d'une lésion ou d'une maladie à un état dans lequel **vous** pouvez être autonome. Cette **prestation** fait l'objet d'une **Limite à Vie** comme cela est indiqué sur **vos Attestation**.

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE : les services et **traitements** médicaux, à l'exclusion de l'aide à domicile, fournis par un infirmier diplômé d'État à **vos** domicile lorsqu'ils sont prescrits par un **Médecin** et qu'ils se rapportent directement à une maladie, une lésion ou une pathologie pour laquelle **vous** avez reçu et recevez toujours un **traitement** qui est couvert par le **Plan**. Cette **prestation** sera limitée à 26 semaines par **période d'Attestation**.

SOINS OPTIQUES : le coût d'un examen ophtalmologique annuel par un Optométriste ou un Ophtalmologue et le coût des verres / lentilles pour corriger la vue et celui de montures de lunettes. **Vous** ne pouvez bénéficier de cette **prestation** qu'après avoir été couvert pendant une période ininterrompue d'un an au titre d'une **Attestation** qui inclut cette **prestation** (à moins que le **Plan** ne fasse l'objet d'une **Souscription Sans Prise en Compte des Antécédents Médicaux**).

SOINS PALLIATIFS : les coûts d'hébergement et des soins palliatifs qui **vous** sont administrés dans un Hospice homologué, si **vous** avez reçu un pronostic terminal, à concurrence d'une limite maximum qui est indiquée sur **vos Attestation**, lorsque cela est médicalement prescrit par un **Médecin**.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE EN CAS DE CANCER : les coûts liés à toutes séances de soutien psychologique avec un Conseiller ou un Psychologue agréé et qualifié à la suite du diagnostic de **vos** cancer.

THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES : les consultations qui **vous** sont données par des Ostéopathes, Chiropracteurs, Homéopathes et Acupuncteurs agréés et dûment qualifiés. Le **traitement** doit avoir été recommandé et prescrit par **vos** **Médecin**.

THERAPIES PSYCHIATRIQUES EN SERVICE AMBULATOIRE veut dire le **traitement** de tous troubles psychologiques ou psychiatriques par un Psychiatre Consultant, lorsqu'un **Médecin** **vous** a orienté vers lui. Cela inclut le **traitement** de l'anxiété, du stress, de la dépression clinique, des crises de panique et des états phobiques ainsi que toute thérapie réalisée par un psychologue comportementaliste ou clinicien, sous réserve que la thérapie soit prescrite par un Psychiatre Consultant. **Vous** ne pouvez bénéficier de cette **prestation** qu'après avoir été couvert pendant une période ininterrompue d'un an au titre d'un **Plan** qui inclut cette **prestation** (à moins que le **Plan** a la **Souscription sans prise en compte des Antécédents Médicaux**).

TRAITEMENT AU SERVICE DES ACCIDENTS ET DES URGENCES : tout **traitement** réalisé au service des accidents ou en salle des

urgences dans un **hôpital**, immédiatement à la suite d'un **Accident** ou de la manifestation soudaine d'une pathologie grave.

TRAITEMENT DE SOINS DE JOUR : toute intervention chirurgicale ou médicale que **vous** subissez et qui est effectuée en service ambulatoire, mais pour laquelle **vous** avez besoin d'une période de récupération dans un lit d'**hôpital**.

TRAITEMENT DENTAIRE À LA SUITE D'UN ACCIDENT : le **traitement** nécessaire pour restaurer ou remplacer vos dents naturelles saines qui ont été perdues ou endommagées dans un **Accident** qui est effectué dans les 90 jours qui suivent l'**Accident**. Cette **prestation** ne prévoit pas la couverture pour les dommages causés aux dents par la mastication.

TRAITEMENT DENTAIRE DE ROUTINE : tous les soins dentaires de routine, notamment, les examens dentaires, la prévention et le soulagement de la douleur, y compris les simples plombages, radiographies, **traitements** gingivaux, procédures opératoires, procédures liées à la gnathologie et prothèses. Les prothèses dentaires incluent la restauration de la fonction de prothèses dentaires et la pose de nouvelles prothèses, de couronnes, de bridges et de dents sur pivot. Le **traitement** orthodontique est disponible pour les **personnes à charge** jusqu'à l'âge de 17 ans. La couverture est uniquement disponible si **vous** avez subi un examen dentaire et fait réaliser tous les **traitements** nécessaires au cours de l'année qui précède immédiatement **votre date de prise d'effet**, ou immédiatement avant de faire une demande de remboursement de la **prestation de Traitement Dentaire de Routine** dans le cadre du **Plan**, à savoir, ce qui survient en dernier. La **prestation** est limitée au montant indiqué sur **votre Attestation**.

TRAITEMENT D'UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE : le **traitement** reçu pour une **Pathologie Chronique**.

TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF (THS) : les consultations et les **Médicaments Délivrés sur Ordonnance**, les timbres ou les implants aux seules fins de traiter un état de déséquilibre hormonal pathologique. Le Traitement Hormonal Substitutif utilisé pour traiter les symptômes de la ménopause n'est pas couvert.

TRAITEMENT POST-HOSPITALIER : les **Services Ambulatoires** qui sont liés à une **Demande de Remboursement** admissible que **vous** avez soumise pour des **Soins en Milieu Hospitalier**, à condition que ces **Services Ambulatoires** soient reçus dans les 90 jours qui suivent **votre** sortie de l'**Hôpital**.

TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE EN MILIEU HOSPITALIER : le **traitement** médical que **vous** recevez lorsque **vous** êtes admis en tant que **malade hospitalisé** interne dans une unité de psychiatrie reconnue d'un **Hôpital**, et que le **traitement** est fourni par un Psychiatre agréé. **Vous** devez obtenir l'**Autorisation préalable** de la **Société d'Assistance** pour cette **prestation** et celle-ci est limitée à un maximum de 30 jours par **période d'Attestation**. **Vous** ne pouvez bénéficier de cette **prestation** qu'après avoir été couvert pendant une période ininterrompue d'un an au titre d'une **Attestation** qui inclut cette **prestation** (à moins que le **Plan** ne fasse l'objet d'une **Souscription Sans Prise en Compte des Antécédents Médicaux**).

THERAPIES PSYCHIATRIQUES EN SERVICE AMBULATOIRE veut dire le **traitement** de tous troubles psychologiques ou psychiatriques par un Psychiatre Consultant, lorsqu'un **Médecin vous** a orienté vers lui. Cela inclut le **traitement** de l'anxiété, du stress, de la dépression clinique, des crises de panique et des états phobiques ainsi que toute thérapie réalisée par un psychologue comportementaliste ou clinicien, sous réserve que la thérapie soit prescrite par un Psychiatre Consultant. **Vous** ne pouvez bénéficier de cette **prestation** qu'après avoir été couvert pendant une période ininterrompue d'un an au titre d'un **Plan** qui inclut cette **prestation** (à moins que le **Plan** a la **Souscription sans prise en compte des Antécédents Médicaux**).

VOYAGE DE RETOUR AU DOMICILE PAR COMPASSION : le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique à destination et en provenance de **votre pays d'origine** si un membre de la proche famille décède au cours de la **période d'attestation**. **Vous** ne pouvez bénéficier de cette **prestation** qu'après avoir été couvert pendant une période ininterrompue d'un an. Par membre de la proche famille, il faut entendre un conjoint / partenaire, père / mère, frère, sœur, enfant (y compris un enfant (non) marié, un beau-fils, un enfant accueilli et un enfant légalement adopté) ou petit-enfant.

5. CE QUI N'EST PAS COUVERT

Le **Plan** ne prévoit aucune couverture pour les services, **traitements**, pathologies et activités ci-après ni pour les frais qui y sont liés et aucune **demande de remboursement** ne sera prise en charge pour ce qui suit :

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

> Les **Pathologies Préexistantes**, si la **Souscription** sur la base d'un **Moratoire** ou la **Souscription avec Déclaration Complète de l'État de Santé** s'applique à **votre Plan**.

> Les premiers 1 000 £ / 1 700 \$ / 1 400 € de toute demande de

remboursement concernant des **Services Hospitaliers, Prestation en Espèces en cas d'Hospitalisation, Traitement Psychiatrique en Milieu Hospitalier, Greffe d'Organe et de Moelle Osseuse et Traitement par Cellules Souches, Oncologie, Chimiothérapie et Radiothérapie**, ou toute demande de remboursement qui est susceptible de dépasser 2 500 £ / 4 250 \$ / 3 500 € si l'**Autorisation préalable** n'a pas été demandée avant d'engager ces coûts

- > Les coûts engagés hors de **votre Zone Géographique de Couverture**, sauf comme cela est défini au titre de la section « **Couverture Hors de la Zone Géographique** ».
- > Les services ou **traitements** dans tout établissement de soins à long terme, dans une station thermale, une hydroclinique, un sanatorium, une maison de repos ou une maison d'accueil pour personnes âgées qui n'est pas un **Hôpital**
- > Les coûts liés à des **Soins Infirmiers à Domicile** qui sont dispensés pour des raisons domestiques et ne sont pas requis pour des raisons médicales.
- > Les examens médicaux de routine (ce qui inclut les procédures de diagnostic de routine annuelles, à l'exception de celles qui font partie d'un **Bilan de Santé de Routine**, et lorsque cette **prestation** est indiquée sur **votre Attestation**), y compris la délivrance de certificats médicaux et d'attestations médicales et les examens pour établir l'aptitude à l'emploi ou aux voyages.
- > Les examens de routine des yeux et des oreilles, y compris le coût de lunettes, lentilles de contact et appareils auditifs (à moins que la **prestation des Soins Optiques** ne soit indiquée sur **votre Attestation**).
- > Les **traitements** se rapportant à des anomalies et des maladies congénitales (y compris les pathologies héréditaires) sauf comme cela est défini à la section « **Pathologies et Anomalies Congénitales** » et si cette **prestation** est indiquée sur **votre Attestation**.
- > Les examens et **traitements** relatifs à l'infertilité et à toute forme de procréation assistée.
- > Le **traitement** de tous troubles psychologiques ou psychiatriques et le **traitement** (y compris les **Médicaments Délivrés sur Ordonnance**) de l'anxiété, du stress, de la dépression et des états phobiques, sauf comme cela est défini aux sections « **Traitement Psychiatrique en Milieu Hospitalier** », « **Services Ambulatoires Psychiatriques** » et « **Thérapies Psychiatriques en Service Ambulatoire** » et si ces **prestations** sont indiquées sur **votre Attestation**.
- > Les **traitements**, procédures de diagnostic (y compris l'étude du sommeil) et les **Médicaments Délivrés sur Ordonnance** pour les troubles du sommeil, y compris sans toutefois s'y limiter, l'apnée du sommeil, les problèmes respiratoires liés au sommeil, le ronflement ou l'insomnie.
- > Toute chirurgie esthétique électorale et les complications ultérieures liées à cette chirurgie.
- > Les coûts résultant de lésions auto-infligées, d'un suicide, d'un abus d'alcool ou de drogues, de toxicomanie et le **traitement** de maladies sexuellement transmissibles.
- > Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) ou les complexes liés au SIDA et toutes les maladies imputables et/ou liées à la séropositivité pour le VIH, à moins que la **Prestation relative au VIH / SIDA** ne soit incluse sur **votre Attestation**. Si cette **prestation** est incluse sur **votre Attestation** et si **vous** êtes séropositif pour le VIH, nous paierons uniquement à concurrence de la limite de la **prestation relative au VIH / SIDA** pour le **traitement** des pathologies suivantes : Candidose (muguet), Cancer du col de l'utérus, CMN (cytomégalovirus), Méningite cryptococcace, Cryptosporidiose, déficience cérébrale liée au VIH, Sarcome de Kaposi, Lymphome, Mycobacterium avium-intracellulaire, Pneumonie y compris la PCP (Pneumonie à Pneumocystis), Thrombocytopenie, Toxoplasmose et Tuberculose.
- > Les coûts résultant de la participation à des courses de quelque type que ce soit, sauf les courses à pied et la participation à tous les sports professionnels.
- > Tout **traitement** administré par un membre de la famille et toute autothérapie, ce qui inclut les **Médicaments Délivrés sur Ordonnance**.
- > Tout **traitement** qui n'est pas scientifiquement reconnu ni une pratique établie ou qui n'a pas fait ses preuves ou qui est de nature expérimentale, selon l'avis du corps professionnel compétent.
- > Les **traitements** et/ou invalidités, coûts et frais résultant de la participation à ce qui suit : guerre, émeutes, grèves, lockouts, mouvements populaires, rébellion, révolution, insurrection, acte de terrorisme, prise du pouvoir militaire, usurpation du pouvoir ou tout acte illégal, y compris la peine d'emprisonnement qui en résulte.
- > Le **traitement** résultant du largage d'une ou de plusieurs armes de destruction massive (nucléaires, chimiques ou biologiques) impliquant

ou non une ou plusieurs successions d'explosions.

- > Les lésions ou maladies survenant dans l'exercice de fonctions en tant que membre des forces ou d'une unité policières ou militaires.
- > Tous les coûts qui sont directement ou indirectement causés par ce qui suit, qui en résultent ou auxquels ce qui suit a contribué :
 - des radiations ionisantes ou la contamination radioactive provenant d'un combustible nucléaire quelconque ou de déchets nucléaires quelconques provenant de la combustion d'un combustible nucléaire ;
 - les propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de tout ensemble nucléaire explosif ou d'un composant nucléaire faisant partie d'un tel ensemble.
- > Tous les coûts de **traitement** concernant des frais médicaux engagés après la date d'expiration de l'**Attestation**.
- > Tous les frais de cryopréservation.
- > Tous les frais d'introduction ou de réintroduction de cellules vivantes ou de tissus vivants, sauf comme cela est défini à la section « **Greffes d'Organe et de Moelle Osseuse et Traitement par Cellules Souches** » et si cette **prestation** est incluse sur **vosre Attestation**.
- > Tous les coûts de greffe d'organe sauf comme cela est défini à la section « **Greffes d'Organe et de Moelle Osseuse et Traitement par Cellules Souches** » et si cette **prestation** est incluse sur **vosre Attestation**.
- > Les coûts concernant le **Traitement Hormonal Substitutif (THS)** se rapportant au **traitement** et aux symptômes de la ménopause.
- > Le **traitement** des difficultés d'apprentissage, de l'hyperactivité, du trouble déficitaire de l'attention, de l'orthophonie, des problèmes de développement et des problèmes d'ordre social ou comportemental.
- > Toute contraception ou stérilisation ou tout **traitement** de problèmes sexuels (y compris l'impotence, quelle qu'en soit la cause).
- > Tous les frais liés à des suppléments vitaminiques, à des suppléments minéraux et à d'autres suppléments, y compris les remèdes homéopathiques, qu'ils aient ou non été prescrits.
- > Les coûts liés au **traitement** de l'obésité ou résultant de l'obésité, notamment, les produits amincissants, les pilules amincissantes, les cours de motivation pour maigrir ou la chirurgie bariatrique (y compris les anneaux / sleeves gastriques).
- > Les coûts liés au **traitement** médical nécessaire en conséquence directe et du fait de ne pas avoir suivi le conseil médical donné par un **Médecin**.
- > Les coûts engagés au cours de la **période de carence** d'une **prestation**.

EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ÉVACUATION MÉDICALE D'URGENCE

- > Tous les frais de transport survenant au cours de déplacements entrepris spécialement dans le but d'obtenir un **traitement** médical s'ils ne font pas partie d'une **Évacuation Médicale d'Urgence** approuvée, sauf comme cela est défini à la section « **Services Ambulanciers Routiers Locaux** ».
- > Tous les coûts d'une **Évacuation Médicale d'Urgence** pour laquelle vous n'avez pas obtenu à l'avance l'Autorisation préalable de la

Société d'Assistance, sauf comme cela est défini à la section « **Évacuation Médicale d'Urgence** ».

EXCLUSIONS APPLICABLES AUX SOINS DENTAIRES

- > Tous les **traitements** dentaires, sauf comme cela est défini aux sections « **Traitement Dentaire à la suite d'un Accident** » et « **Traitement Dentaire de Routine** » et lorsque ces **prestations** sont indiquées sur **vosre Attestation**.
- > Toutes les prothèses dentaires électives et les **traitements** dentaires esthétiques électifs.
- > Le coût des métaux précieux utilisés dans le cadre du **traitement** dentaire.

EXCLUSIONS APPLICABLES AUX SOINS DE MATERNITÉ

- > Tout avortement, sauf lorsqu'il existe un risque immédiat pour la vie de la mère.
- > Tout accouchement par césarienne élective.
- > Tous les coûts liés à la grossesse et à l'accouchement, à l'exception d'une grossesse ectopique, à moins que les sections « **Grossesse et Accouchement sans Complications** » et/ou « **Grossesse et Accouchement avec Complications** » ne figurent sur **vosre Attestation**.

6. DEMANDES DE REMBOURSEMENT

6.1 COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Vous devez **nous** adresser, par courrier postal ou électronique, l'avis écrit d'une **demande de remboursement** dès que possible après le commencement du **traitement**. **Vous** devez **nous** notifier toute **demande de remboursement** dès que possible, même si les justificatifs ne sont pas encore disponibles.

Vous devez soumettre un formulaire de **demande de remboursement** séparé et dûment complété pour chaque pathologie. Ce formulaire doit être signé par le **Médecin** traitant. **Vous** devez soumettre les justificatifs complets, les factures originales et reçus originaux dans les meilleurs délais. **Nous** ne rembourserons pas les factures / reçus datant de plus de 180 jours à leur réception.

Lorsque **vous** recevez un **traitement** pour une pathologie / **prestation** couverte par le **Plan**, **vous** pouvez faire une **demande de remboursement** dès le commencement de la série de **traitements** jusqu'à la fin du **traitement** ou jusqu'à l'expiration de **vosre Attestation** ou la résiliation du **Plan**, selon ce qui se produit en premier. Lorsqu'un **traitement** a fait l'objet d'une demande de remboursement de prestation et si, par la suite, **vous** faites une **demande de remboursement** concernant une nouvelle série de **traitements**, qui n'est aucunement liée au **traitement** précédent, il sera considéré que la **Demande de Remboursement** ultérieure constitue une nouvelle **Demande de Remboursement**.

Nous paierons à concurrence des limites indiquées sur **vosre Attestation** en ce qui concerne les frais engagés directement en conséquence de toute lésion corporelle, maladie ou affection que **vous** avez contractée ou de **vosre** état de grossesse (lorsque la **prestation Grossesse et Accouchement avec ou sans Complications** figure sur **vosre Attestation**) au cours de la **période d'Attestation**.

Vous devez contacter la **Société d'Assistance** pour obtenir l'autorisation préalable avant d'engager des coûts pour toutes les demandes de remboursement relevant des prestations suivantes : Services Hospitaliers (traitement en milieu hospitalier), Traitement Psychiatrique en Milieu Hospitalier, Greffes d'Organe et de Moelle Osseuse et Traitement par Cellules Souches, Oncologie, Chimiothérapie et Radiothérapie, toutes les prestations d'Évacuation Médicale d'Urgence et de Grossesse et Accouchement avec ou sans Complications et toute autre demande de remboursement susceptible de dépasser 2 500 £ / 4 250 \$ / 3 500 € par période d'Attestation. En cas d'admission d'urgence dans un Hôpital, il convient d'en aviser la **Société d'Assistance** 24 heures sur 24 dès que possible après l'admission.

SI VOUS NE CONTACTEZ PAS LA SOCIÉTÉ D'ASSISTANCE 24 HEURES SUR 24 POUR OBTENIR UNE AUTORISATION PRÉALABLE, VOUS DEVREZ DE CE FAIT ASSUMER LES PREMIERS 1 000 £ / 1 700 \$ / 1 400 € DE CHAQUE DEMANDE DE REMBOURSEMENT.

SI VOUS NE CONTACTEZ PAS LA SOCIÉTÉ D'ASSISTANCE 24 HEURES SUR 24 AVANT D'ENGAGER DES COÛTS CONCERNANT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT D'ÉVACUATION MÉDICALE D'URGENCE, VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT NE SERA PAS PRISE EN CHARGE, SAUF EN CAS D'EXTRÊME URGENCE LORSQU'IL N'A PAS ÉTÉ POSSIBLE DE CONTACTER AU PRÉALABLE LA SOCIÉTÉ D'ASSISTANCE 24 HEURES SUR 24, MAIS QU'ELLE A ÉTÉ INFORMÉE DÈS QUE POSSIBLE APRÈS L'ÉVACUATION.

6.1 COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT (SUITE)

TYPE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT	CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE	CE QUE NOUS FERONS
<p align="center">DEMANDES DE REMBOURSEMENT DE SOINS EN SERVICE AMBULATOIRE ET DE SOINS DENTAIRES</p> <p>Si un traitement médical ou dentaire est reçu en service ambulatoire.</p>	<p>Un formulaire de demande de remboursement dûment rempli doit être soumis pour chaque demande de remboursement. Vous devez remplir les Sections A, B et E du formulaire de demande de remboursement. Le Médecin / Dentiste doit remplir la Section C ou D du formulaire de demande de remboursement. Un formulaire de demande de remboursement séparé est requis pour chaque pathologie. Il convient de répondre entièrement à toutes les questions – des coches et des tirets ne seront pas acceptés et pourraient retarder le règlement de la demande de remboursement. Si le formulaire de demande de remboursement n'est pas rempli en entier, il sera renvoyé. Nous ne réglerons aucuns frais liés au temps passé à remplir un formulaire de demande de remboursement.</p> <p>Le formulaire de demande de remboursement dûment rempli et accompagné de l'original des factures et/ou reçus doit nous être envoyé à l'adresse suivante :</p> <p align="center">April International UK Minster House 42 Mincing Lane Londres, EC3R 7AE Royaume-Uni</p> <p>Si la demande de remboursement est inférieure à 1 000 £ / 1 700 \$ / 1 400 €, vous pouvez transmettre, par courrier électronique, le formulaire de demande de remboursement et les copies des factures et/ou reçus à :</p> <p align="center">claims@april-international.co.uk</p> <p>Vous devez conserver les documents originaux, car nous nous réservons le droit de les réclamer.</p> <p>Nous devons recevoir l'avis d'une demande de remboursement dès que possible après le commencement du traitement.</p> <p>Nous ne rembourserons pas les factures qui datent de plus de 180 jours.</p>	<p>Après avoir examiné les documents transmis, nous vous enverrons une Explication des Prestations et verserons les frais couverts directement sur le compte bancaire que vous avez indiqué. Les demandes de remboursement peuvent être réglées en toute devise (sous réserve que cette devise puisse être librement achetée par notre Banque) et il ne s'agit pas nécessairement de la devise des factures présentées ou de celle du Plan. En soumettant la première demande de remboursement, vous devez nous indiquer vos coordonnées bancaires complètes (y compris les codes IBAN et SWIFT/ BIC s'il y a lieu) pour que nous puissions faire le nécessaire pour le règlement de la demande de remboursement. Nous appliquerons le taux de change en vigueur à la date à laquelle nous traitons la demande de remboursement. Si une franchise ou une coassurance s'applique au Plan, elle sera déduite des coûts admissibles avant de procéder à tout remboursement. Nous prendrons en charge les frais bancaires applicables au virement des fonds sur votre compte. Nous ne prendrons pas en charge les frais appliqués par votre banque pour la réception des fonds. Si le montant du règlement de la demande de remboursement est inférieur à 50 £ / 100 \$ / 75 €, nous nous réservons le droit de garder ces fonds en compte jusqu'à ce qu'une autre demande de remboursement soit soumise à des fins de règlement.</p>

6.1 COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT (SUITE)

TYPE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT	CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE	CE QUE NOUS FERONS
<p>DEMANDES DE REMBOURSEMENT NÉCESSITANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE Si la demande de remboursement est susceptible de dépasser 2 500 £ / 4 250 \$ / 3 500 € ou si une demande de remboursement est faite pour une prestation relevant des sections suivantes : Services Hospitaliers (traitement en milieu hospitalier), Traitement Psychiatrique en Milieu Hospitalier, Greffes d'Organe et de Moelle Osseuse et Traitement par Cellules Souches, Oncologie, Chimiothérapie et Radiothérapie ; toutes les prestations d'Évacuation Médicale d'Urgence et de Grossesse et Accouchement avec ou sans Complications.</p>	<p>La Société d'Assistance doit être contactée dès que possible</p> <p>Téléphone : +44 (0) 1243 621130</p> <p>Télécopie : +44 (0) 1243 773169</p> <p>Courriel : april-international@cegagroup.com</p>	<p>La Société d'Assistance vous contactera ou contactera votre Médecin traitant pour obtenir les renseignements médicaux nécessaires pour pouvoir confirmer que le traitement requis est couvert par le Plan. Pour tout traitement en milieu hospitalier, elle émettra une Garantie de Paiement au prestataire des soins médicaux pour confirmer ce qui sera couvert par le Plan. L'Hôpital / le Médecin enverra les factures médicales directement à la Société d'Assistance qui effectuera le règlement directement à l'Hôpital / au prestataire des soins médicaux. Si une franchise ou une coassurance est applicable au Plan, elle sera déduite du paiement effectué.</p>
<p>ÉVACUATION MÉDICALE D'URGENCE Dans les cas où il est probable que les services médicaux locaux ne soient pas disponibles pour fournir le traitement médical requis pour une pathologie de nature urgente, critique ou délétère.</p>	<p>Elle doit recevoir les renseignements suivants sur la personne qui recevra le traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Nom et prénoms > Date de naissance > Numéro d'Attestation <p>> Nom et coordonnées de contact du Médecin Traitant</p> <ul style="list-style-type: none"> > Détails de la pathologie > Détails de l'Hôpital, si la demande de remboursement concerne un traitement en milieu hospitalier. <p>Dans des situations d'extrême urgence survenant dans des régions isolées ou primitives lorsque la Société d'Assistance ne peut pas être contactée au préalable, toute Évacuation Médicale d'Urgence doit être déclarée dès que possible.</p>	<p>La Société d'Assistance vous contactera ou contactera votre Médecin traitant pour obtenir les renseignements médicaux nécessaires pour pouvoir évaluer la pathologie et décider si une évacuation médicale est nécessaire, quel moyen de transport utiliser et du meilleur lieu pour recevoir le traitement médical nécessaire. Elle fera le nécessaire pour organiser le transport à destination de l'établissement de soins médicaux retenu. Elle décidera également si un accompagnement médical est requis. La Société d'Assistance règlera les coûts directement à la compagnie aérienne / à la société chargée de l'évacuation / au prestataire des soins médicaux.</p>
<p>RAPATRIEMENT OU INHUMATION LOCALE Si vous / la personne à votre charge décédez alors que vous êtes couverts par le Plan.</p>		<p>La Société d'Assistance demandera les renseignements médicaux en rapport avec le décès et une copie de l'acte de décès. Elle confirmera également si le Rapatriement ou l'Inhumation Locale est couvert(e) par le Plan et aidera à prendre les dispositions pour le rapatriement de la dépouille mortelle. Nous ferons le nécessaire pour régler les frais aux prestataires directement à concurrence des limites indiquées sur votre Attestation. Si une Franchise Facultative s'applique au Plan, elle sera déduite des coûts admissibles avant qu'un remboursement ne soit effectué.</p>
<p>ÉVACUATION NON MÉDICALE Lorsqu'il existe une situation dangereuse pour la vie à la suite de troubles politiques ou civils soudains ou à la suite d'une catastrophe naturelle.</p>		<p>La Société d'Assistance transmettra le dossier à RED24 qui prendra contact avec vous pour évaluer la situation. RED24 prendra les dispositions nécessaires pour vous faire évacuer vers un lieu sûr et nous effectuerons le règlement des coûts engagés directement à RED24.</p>
<p>SERVICE « BEST DOCTORS » Si un deuxième avis médical est sollicité sur le traitement envisagé dans le cadre du Plan pour le traitement médical en cours qui est couvert par le Plan.</p>	<p>Vous devez contacter « Best Doctors » directement au</p> <p>+44 (0) 203 608 9377</p> <p>Il vous sera demandé de donner vos nom et prénoms, date de naissance et numéro d'Attestation. Ce service est totalement confidentiel et n'aura aucune incidence sur le Plan.</p>	<p>La personne chargée du dossier regroupera tous les renseignements pertinents sur le diagnostic médical. Elle demandera l'autorisation de contacter votre Médecin traitant et demandera les rapports médicaux. Ces rapports sont ensuite envoyés à un spécialiste dans le domaine de la pathologie. Ce spécialiste étudiera les renseignements et donnera ses conclusions dans un document confidentiel qui pourra être présenté au Médecin traitant. Nous ne recevrons pas la copie du rapport.</p>

6.2 PLURALITÉ D'ASSURANCES

Si au moment de la présentation d'une **demande de remboursement**, **vous** avez plusieurs polices d'assurance en vigueur, **nous** réglerons **vosre demande de remboursement** uniquement sur une base proportionnelle lorsque **vous** avez le droit à un remboursement provenant de toute autre source en ce qui concerne les mêmes lésions corporelles, maladie, affection, décès ou frais. L'**Assureur** de **vosre Plan** a le droit de faire une demande sur toute autre police d'assurance que **vous** avez en vigueur.

6.3 RÉOLUTION DES DIFFÉRENDS

En cas de divergence d'opinions médicales concernant toute **demande de remboursement**, elle sera résolue entre deux experts médicaux désignés par les deux parties au différend. Toutes divergences d'opinions entre les deux experts médicaux seront soumises à un tiers arbitre ayant été désigné par écrit par les deux experts médicaux au moment de leur désignation.

6.4 EXAMENS MÉDICAUX

Nous / l'**Assureur** devons avoir le droit et la possibilité, par l'intermédiaire de **nos** représentants médicaux, de demander que **vous** **vous** soumettiez à un examen médical quand et aussi souvent que cela pourrait être nécessaire au cours de la durée de toute **demande de remboursement**.

7. INFORMATIONS IMPORTANTES

7.1 COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

Nous avons pour objectif de **vous** offrir un niveau de service optimal à tout moment. Même avec les meilleures intentions, **nous** devons admettre qu'il peut parfois arriver que **vous** estimiez que **nous** n'avons pas atteint cet objectif. Si **vous** avez une question ou un souci au sujet du **Plan**, veuillez suivre les procédures ci-dessous :

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE

Si **vous** souhaitez déposer une plainte officielle en ce qui concerne l'administration de **vosre Plan** ou au présent Guide d'Assurance.

Vous devez contacter April International UK Limited en indiquant **vosre** Nom, Numéro d'**Attestation** ainsi que le détail complet de **vosre** plainte.

Voici les coordonnées de contact :

April International UK
Minster House
42 Mincing Lane
Londres, EC3R 7AE

Téléphone : +44 (0) 203 418 0470
Courriel : info@april-international.co.uk

QUELLE SERA LA MESURE PRISE

Nous accuserons réception de **vosre** question ou souci et **vous** transmettrons une réponse dans un délai de 2 jours ouvrés. **Nous** **vous** indiquerons quelles sont les étapes suivantes si **vous** n'êtes pas satisfait de **notre** réponse. **Nous** **vous** fournirons une copie de **notre** procédure en matière de plaintes par écrit.

SI L'ASSUREUR EST CATLIN INSURANCE COMPANY (UK) LTD

Vous pouvez soumettre la plainte au directeur des plaintes à Catlin Insurance Company (UK) Ltd, à l'adresse suivante :

Complaints Manager
Catlin Insurance Company (UK) Ltd.
20 Gracechurch Street
Londres, EC3V 0BG

Téléphone : +44 (0) 207 743 8487
Courriel : xlcatlinukcomplaints@xlcatlin.com

Catlin Insurance Company (UK) Ltd est agréée par la Prudential Regulation Authority et régie par la Financial Conduct Authority et la Prudential Regulation Authority (Numéro de référence de la société : 423308)

Vous pouvez trouver les détails plus approfondis sur le 'Financial Services Register' (le registre des services financiers britannique) à : www.fca.org.uk

Catlin Insurance Company (UK) Ltd -
Siège social: 20 Gracechurch Street,
Londres, EC3V 0BG. Enregistré en
Angleterre sous le numéro: 5328622

Si **vous** souhaitez déposer une plainte officielle en ce qui concerne une **demande de remboursement** faite au titre de **vosre plan**, **vous** pouvez le faire à tout moment.

SI L'ASSUREUR EST CATLIN UNDERWRITING AGENCIES LIMITED

Vous pouvez soumettre la plainte au directeur des plaintes à Catlin Underwriting Agencies Limited, à l'adresse suivante :

Complaints Manager
Catlin Underwriting Agencies Limited
20 Gracechurch Street, Londres, EC3V 0BG
Téléphone : +44 (0) 207 743 8487
Courriel : xlcatlinukcomplaints@xlcatlin.com

Si **vous** n'êtes toujours pas satisfait, il **vous** sera probablement possible de soumettre la plainte au Lloyd's. Le détail de la procédure du Lloyd's en matière de plaintes figure dans un dépliant intitulé « Your Complaint – How We Can Help (Vosre Plainte – Comment Nous Pouvons Vous Aider) ». Ce dépliant est disponible sur le site www.lloyds.com/complaints et également de Catlin Underwriting Agencies Limited à l'adresse ci-dessus ou de Lloyd's à : Lloyd's Complaints, One Lime Street, Londres, EC3M 7HA.

Catlin Underwriting Agencies est agréée par la Prudential Regulation Authority et régie par la Financial Conduct Authority et la Prudential Regulation Authority (Numéro de référence de la société : 204848)
Vous pouvez trouver les détails plus approfondis sur le 'Financial Services Register' (le registre des services financiers britannique) à : www.fca.org.uk

Catlin Underwriting Agencies Limited,
Siège social: 20 Gracechurch Street,
Londres, EC3V 0BG. Enregistré en
Angleterre sous le numéro 1815126

Vous recevrez une réponse dans les huit (8) semaines qui suivent la réception de **vosre** plainte par l'**Assureur**. La réponse définitive indiquera si **vosre** plainte est acceptée ou refusée. Tout rejet de **vosre** plainte sera dûment motivé.

7.1 COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE (SUITE)

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE

QUELLE SERA LA MESURE PRISE

Si, après avoir épuisé tous les moyens ci-dessus, **vous** n'êtes toujours pas satisfait de l'issue de **votre** plainte, ou si **vous** n'avez pas reçu de réponse dans le délai de huit (8) semaines, **vous** aurez probablement le droit de soumettre **votre** plainte au Financial Ombudsman Services [*Service de Médiation Financière*], dont les coordonnées sont les suivantes :

The Financial Ombudsman Service
Exchange Tower, Londres, E14 9SR

En Grande-Bretagne:
Téléphone: 0800 0234 567
(gratuit pour les personnes qui appelle d'une « ligne fixe », par exemple une ligne fixe à la maison)
Téléphone : 0300 1239 123
(gratuit pour les personnes utilisant un téléphone portable et qui payent des frais mensuels pour les appels aux numéros qui commencent avec 01 ou 02)

En dehors de la Grande-Bretagne :
Téléphone : +44 (0) 207 964 1000
Télécopie : +44 (0) 207 964 1001

Courriel : complaint.info@financial-ombudsman.org.uk
Site Internet : www.financial-ombudsman.org.uk

Le Financial Ombudsman Service [*Service de Médiation Financière*] peut examiner la plupart des plaintes formulées par les consommateurs et les petites entreprises. Pour obtenir de plus amples informations, veuillez contacter ce Service au numéro ou à l'adresse ci-dessus ou consulter son site Internet.

La Commission européenne fournit une base pour résoudre les conflits en ligne qui permet aux clients de soumettre leur plaintes à travers un site centralisé qui transférera la plainte au système correct d'« Alternative Dispute Resolution » (ADR) (un système en Grande-Bretagne pour résoudre les conflits commerciaux). Le système « ADR » pour Catlin Insurance Company (UK) Ltd. et Catlin Underwriting Agencies Limited est Le Financial Ombudsman Service [*Service de Médiation Financière*]. On peut les contacter directement au détails ci-dessus. Pour plus d'informations sur les conflits en ligne, merci de visiter <http://ec.europa.eu/odr>.

Si **vous** n'êtes pas satisfait de l'issue

Ce Service examinera **votre** cas et **vous** transmettra sa décision finale.

7.2 FINANCIAL SERVICES COMPENSATION SCHEME

Catlin Insurance Company (UK) Ltd. est couverte par le Financial Services Compensation Scheme [*Régime Britannique de Compensation des Services Financiers*]. Il est possible que **vous** ayez droit à une compensation dans le cadre de ce Régime si **nous** ne sommes pas en mesure de répondre à **nos** obligations au titre du présent contrat d'assurance. Si **vous** avez droit à une compensation dans le cadre de ce Régime, le niveau et le montant de compensation dépendront de la nature du présent contrat d'assurance. Des Informations complémentaires concernant ce Régime sont disponibles auprès du Financial Services Compensation Scheme (10th Floor, Beaufort House, 15 St. Botolph Street, Londres EC3A 7QU) et en consultant son site Internet : www.fscs.org.uk

7.3 DROIT ET COMPÉTENCE APPLICABLES

Les parties sont libres de choisir la loi qui applique à ce plan. Sauf accord exprès contraire, le contrat d'assurance est régi par le droit anglais et gallois et soumis à la compétence exclusive des tribunaux anglais.

Sauf accord contraire, l'anglais est la langue du présent **Plan**.

7.4 PROCÉDURES JUDICIAIRES

Aucune action ne peut être engagée en droit ou en équité en vue d'obtenir un recouvrement au titre du **Plan** avant l'expiration de 60 jours après la soumission de la justification d'une **demande de remboursement**, conformément au présent Guide d'Assurance. Une

telle action ne peut en aucun cas être engagée à moins qu'elle ait été intentée dans un délai de six ans suivant la date de la **demande de remboursement**.

7.5 PROTECTION DES DONNÉES

Il faut savoir que **nous** traiterons toute information que **vous** avez transmise ou que **votre employeur** a transmise en conformité avec les dispositions de la Loi de 1998 sur la protection des données [*Data Protection Act 1998*] aux fins de fournir l'assurance et de traiter toutes **demandes de remboursement** et plaintes éventuelles, ce qui peut nécessiter la communication de ces informations à autrui.

7.6 DROITS DES TIERS

Toute personne qui n'est pas partie au présent **Plan** ne détient aucun droit de faire exécuter une quelconque condition du présent **Plan** en vertu de la Loi de 1999 sur les Contrats (droits des tiers) [*Contracts (Rights of Third Parties) Act 1999*]. Toutefois, cela n'a aucune incidence sur tout droit ou recours que peut exercer un tiers et qui existe ou est disponible en dehors de cette Loi.

7.7 SANCTIONS

Nous ne fournissons aucune **prestation** au titre de **votre Attestation** dans la mesure où le fait d'accorder une couverture, de payer toute **demande de remboursement** ou de fournir une **prestation** serait en infraction avec toute sanction, interdiction ou restriction imposée par des dispositions législatives ou réglementaires.

april international | UK

Minster House, 42 Mincing Lane,
Londres EC3R 7AE, Royaume-Uni
Téléphone : +44 (0) 203 418 0470 – Télécopie : +44 (0) 207 118 1178
info@april-international.co.uk – www.april-international.co.uk

APRIL International UK Limited est un représentant désigné d'APRIL Medibroker Limited qui est agréé et régi par la Financial Conduct Authority, numéro d'immatriculation 304773. Siège social : Minster House, 42 Mincing Lane, Londres EC3R 7AE, Royaume-Uni. Enregistré en Angleterre sous le numéro 7261287


april
international

Insurance made easy.