

CONDITIONS GENERALES

2010

INFORMATION IMPORTANTE

Les Conditions Générales de la police telles que décrites au Chapitre I sont uniquement valables dans la mesure où celles-ci ne sont pas en contradiction ou en conflit avec les conditions propres aux différents types de couvertures décrites au Chapitre II. En cas de contradiction ou de conflit, les dernières citées prévalent sur les premières.

De plus, les Conditions Particulières prévaudront toujours sur les conditions générales d'ExpatPlus.

1. Délai de réflexion

Si vous n'êtes pas satisfait de cet accord pour n'importe quelle raison, vous pouvez nous le retourner sous un délai de quinze (15) jours à compter de la date d'envoi de la police. Nous annulerons la police et vous rembourserons toutes les primes payées à condition qu'aucune demande de remboursement n'ait été introduite.

2. Changement d'adresse

Veillez nous communiquer immédiatement tout changement d'adresse (y compris d'adresse e-mail) de façon à ce que nous puissions continuer à vous informer des informations importantes et de façon à faciliter le règlement des demandes de remboursement.

3. Bureau de Médiation financière

Vous pouvez faire appel à notre Senior Management si vous n'êtes pas d'accord avec le refus ou avec le règlement d'un sinistre. Si la décision de notre Senior Management ne vous satisfait toujours pas, vous pouvez saisir le Bureau de Médiation financière dans les six (6) mois de la décision de notre Senior Management. L'adresse de ce bureau est la suivante:

Centre belge d'Arbitrage et de Médiation
Rue des Sols, 8
1000 Bruxelles
Belgique
Tél.: + 32 2 515 08 35
Fax: + 32 2 515 08 75
info@cepina-cepani.be

4. Contact

• Notre Centre de Contact se tient à votre disposition pour toute requête ou réclamation relative à la couverture médicale de la présente police d'assurance. Vous pouvez joindre ce centre à l'adresse suivante:

Vanbreda International
Boîte postale 69
2140 Anvers
Belgique
Tél.: + 32 3 217 69 72 (24/7)
Fax: + 32 3 235 83 51
claims@expatplus.com

• Si vous avez d'autres questions, contactez-nous à:

Vanbreda International
Boîte postale 69
2140 Anvers
Belgique
Tél.: + 32 3 217 6529
Fax: + 32 3 663 73 14
info@expatplus.com
www.expatplus.com

Chapitre I: Conditions générales de la police

I-1. Clause de prévalence et objet de l'assurance	6
I-2. Définitions, par ordre alphabétique	6
I-3. Eligibilité et admission à l'assurance	9
I-4. Prise d'effet de la couverture	10
I-5. Délai de réflexion	10
I-6. Durée et résiliation de la police	11
I-7. Suspension et résiliation de la couverture	11
I-8. Prime et augmentation de prime	11
I-9. Retour vers le Pays d'Origine	12
I-10. Devise	12
I-11. Exclusions générales	12
I-12. Guerre et terrorisme	13
I-13. Règlement de litiges	13
I-14. Protection des données	14
I-15. Subrogation	14
I-16. Défense	14
I-17. Procédure de plainte	14
I-18. Législation applicable	15

Chapitre II: Prestations et conditions propres aux différents types de couverture

PLAN DE BASE

II-1. Assurance Internationale Médicale	18
II-2. Evacuation Médicale et Assistance	25
II-3. Responsabilité civile vie privée à l'étranger	29

ASSURANCES COMPLEMENTAIRES

II-4. Traitement Dentaire	32
II-5. Assurance Décès et Invalidité Accidentels	34
II-6. Assurance Incapacité Temporaire	38
II-7. Assurance Incapacité Permanente	40

I-1. Clause de prévalence et objet de l'assurance

1.1. Clause de prévalence

Les Conditions Générales de la police telles que décrites au Chapitre I sont uniquement valables dans la mesure où celles-ci ne sont pas en contradiction ou en conflit avec les conditions propres aux différents types de couvertures décrites au Chapitre II. En cas de contradiction ou de conflit, les dernières citées prévalent sur les premières. En ce qui concerne l'assurance Evacuation Médicale et Assistance, les conditions du Chapitre II prévalent également sur les conditions générales de la police décrites au Chapitre I.

De plus, les Conditions Particulières prévaudront toujours sur les Conditions Générales.

1.2. Objet de l'assurance

Le plan ExpatPlus consiste en plusieurs types de couvertures, lesquelles visent à offrir une protection sociale aux personnes Expatriées.

4. Traitement Dentaire

Cette couverture dentaire peut être souscrite par les personnes qui sont admises au Plan de Base.

5. Décès et Invalidité Accidentels

Cette assurance peut être souscrite comme une couverture complémentaire au Plan de Base et garantit le paiement d'un capital en cas de décès ou d'Invalidité suite à un Accident.

6. Incapacité Temporaire

Cette assurance peut être souscrite comme une couverture complémentaire au Plan de Base et garantit le paiement d'une allocation mensuelle au cas où l'Assuré serait totalement incapable d'exercer ses activités professionnelles en raison d'une Maladie ou d'un Accident.

7. Incapacité Permanente

Cette assurance peut être souscrite comme une couverture complémentaire à l'assurance Incapacité Temporaire et garantit le paiement d'une allocation à l'Assuré qui est atteint d'une Incapacité Permanente suite à une Maladie ou un Accident, en raison de laquelle il reste incapable d'exercer ses activités professionnelles.

PLAN DE BASE

1. Assurance Internationale Médicale

L'Assurance Internationale Médicale rembourse, à concurrence des limites définies dans les conditions générales, les frais Raisonables et Habituels pour les services médicaux Ambulatoires ainsi que pour les Hospitalisations, à condition que ces frais aient été encourus en raison d'une Maladie, d'un Accident ou d'une maternité.

2. Evacuation Médicale et Assistance

Les services d'évacuation médicale d'urgence et de rapatriement sont inclus dans le Plan de Base.

3. Responsabilité Civile Personnelle

La Responsabilité Civile Personnelle de l'Assuré pour les dommages causés à autrui est incluse dans le Plan de Base.

ASSURANCES COMPLEMENTAIRES FACULTATIVES

Les personnes Assurées sous le Plan de Base peuvent aussi souscrire aux assurances complémentaires suivantes.

I-2. Définitions, par ordre alphabétique

'Accident'

Événement soudain, inattendu dont la cause se situe à l'extérieur du corps de la victime, et lequel entraîne des Blessures corporelles. Les événements suivants sont également considérés comme des Accidents:

- tentative de sauver des personnes ou des biens en danger;
- inhalation de gaz ou de vapeurs et une absorption de substances empoisonnées ou corrosives;
- luxations, distorsions, ruptures et déchirures musculaires provoquées par un effort soudain;
- gelure;
- noyade.

'Administrateur'

L'Administrateur est l'Administrateur du plan d'assurance et le Gestionnaire Sinistres.

Vanbreda International SA, Plantin en Moretuslei 299, 2140 Anvers, Belgique ou Boîte postale 69, 2140 Anvers Belgique,

ci-après dénommé l'Administrateur.

‘Affection’

Voir la définition de ‘Maladie’.

‘Affections Préexistantes’

Toutes les Affections médicales ou les Affections s’y rattachant, qui se sont manifestées à un certain moment pendant les cinq (5) années précédant le commencement de la couverture, indépendamment de la recherche d’un conseil ou d’un Traitement Médical éventuel. Toute Affection de cette sorte ou Affection s’y rattachant dont vous, ou vos Personnes à Charge sont au courant, étaient au courant ou auraient raisonnablement pu être au courant, sera considérée comme Affection Préexistante.

‘Ambulatoire’

Un soin ou Traitement Ambulatoire (ou ‘Traitement de Jour’) correspond à un Traitement Médical pour lequel le patient ne doit pas passer la nuit à l’hôpital.

‘Année d’Assurance’

Période de douze (12) mois débutant le jour où la couverture de l’Assuré prend effet.

‘Assisteur’

Compagnie organisant l’évacuation médicale d’urgence et le rapatriement, à savoir Mondial Assistance.

‘Assuré’

La/les personne(s) couverte(s) par le plan d’assurance d’expatriation ou par certaines parties de celui-ci, et dont les noms sont mentionnés dans les Conditions Particulières.

‘Assureur’

La compagnie d’assurance souscrivant les risques couverts par la police d’assurance, Justitia N.V., Plantin en Moretuslei 301, 2140 Anvers, Belgique.

‘Blessure’

Atteinte corporelle causée uniquement par un Accident.

‘Chambre individuelle’

Une chambre à un lit. Une Chambre Individuelle ‘standard’ correspond à la Chambre Individuelle (normale) la moins chère dans un hôpital.

‘Chirurgie’

N’importe laquelle des procédures médicales suivantes:

- incision, excision ou électrocautérisation de n’importe quel organe ou partie du corps, à l’exception des Traitements dentaires;

- réparation, révision ou reconstruction invasive ou non de n’importe quel organe ou partie du corps;
- réduction d’une fracture ou d’une dislocation au moyen d’une manipulation;
- utilisation d’une endoscopie pour retirer une pierre ou un objet du larynx, des bronches, de la trachée, de l’œsophage, de l’estomac, des intestins, de la vessie ou de l’utérus.

‘Chirurgie Ambulatoire’

Chirurgie nécessitant l’utilisation de l’infrastructure chirurgicale traditionnelle et réalisée sur la base de l’entrée et de la sortie le même jour sans passer la nuit à l’hôpital.

‘Conditions Particulières’

Document émis avec chaque police d’assurance, stipulant:

- l’identité du Preneur d’Assurance et de l’Assuré;
- la couverture choisie et l’expiration de la police;
- le montant des primes d’assurance;
- toute convention particulière ou toute autre dérogation aux conditions générales.

‘Dentiste (ou Chirurgien dentaire)’

Personne officiellement qualifiée et autorisée à exercer la dentisterie dans le pays dans lequel le Traitement est administré.

‘Dépenses Médicales Eligibles’

Les dépenses médicales nécessaires engagées à la suite d’une Maladie, d’un Accident ou d’une maternité et ne dépassant pas les limites reprises dans le tableau des garanties.

‘Expat (ou personne Expatriée)’

Une personne habitant et/ou travaillant en dehors de son Pays d’Origine.

‘Franchise’

La (première) partie des dépenses médicales (éligibles), non remboursée par l’Assureur et déduite du montant total (ou des dépenses médicales) sur lequel le remboursement est calculé.

‘Généraliste’

Voir la définition de ‘Médecin de Famille’.

‘Hospitalisation’

Un soin ou Traitement avec Hospitalisation correspond à un Traitement pour lequel le patient doit, pour des raisons médicales, passer la nuit à l’hôpital.

‘Invalidité’

Signifie une Maladie ou un symptôme ou une Affection ou l’Atteinte corporelle découlant d’une cause unique ou d’une série de causes et ayant un caractère permanent.

‘Maladie’

Etat marqué par une détérioration pathologique de l'état de santé normal et confirmé par un Médecin.

‘Maladie Chronique’

Toute Maladie, Affection, Blessure ou tout syndrome qui présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes:

- être par nature récurrente;
- être reconnue de façon générale comme n'étant pas curable;
- ne pas être censée réagir de façon positive au Traitement;
- requérir des soins palliatifs;
- requérir une supervision ou un monitoring prolongé;
- conduire à une Invalidité permanente.

‘Médecin’

Personne qui a obtenu un diplôme d'une école de Médecine reconnue et reprise dans la liste de l'annuaire des Ecoles de Médecines de l'OMS et qui est autorisée à pratiquer la Médecine dans le pays dans lequel le Traitement est administré.

‘Médecin de Famille (Généraliste)’

Un Médecin administrant un Traitement Médical n'exigeant pas de formation de Spécialiste.

‘Médecin Traitant’

Voir la définition de ‘Médecin de Famille’.

‘Médicalement Nécessaire’

Médicalement Nécessaire signifiera un service médical qui:

- correspond au diagnostic et au Traitement Médical habituel pour une Maladie, une Affection ou une Blessure couverte;
- est en accord avec les standards médicaux communément acceptés et les standards professionnels actuels et prouvés de soins médicaux;
- n'est pas rendu pour le confort de l'Assuré ou de son Médecin et ne peut être rendu en dehors de l'hôpital (en cas d'Hospitalisation);
- n'est pas de nature expérimentale ou investigatrice, ni préventive ou d'analyse, et;
- pour lequel les frais de Traitement sont réguliers et Raisonables.

‘Médicaments sur Ordonnance’

Médicaments qui sont nécessaires pour traiter un diagnostic médical confirmé ou une Maladie, et qui ne sont pas disponibles sans prescription d'un Médecin (à l'exclusion donc des médicaments en vente libre, dits ‘OTC’).

‘Pathologie’

Voir définition de ‘Maladie’.

‘Pays d'Accueil’

Le pays où l'Assuré est expatrié, déclaré sur le formulaire d'application.

‘Pays d'Origine’

Le pays où l'Assuré réside normalement ou avait résidé et d'où il/elle s'est expatrié(e) vers un autre pays (déclaré sur le formulaire d'application). Si le Pays d'Origine ne peut pas être nommé suivant cette définition, c'est le pays dont l'Assuré a la nationalité et dont il possède un passeport.

‘Personne à charge’

Le conjoint légal (ou cohabitant légal) et/ou les enfants célibataires de l'Assuré, jusqu'au trente et un (31) décembre de l'année suivant leur vingt-huitième (28e) anniversaire et à condition qu'ils soient financièrement à charge de l'Assuré.

‘Praticien de Médecines parallèles’

Acuponcteur, chiropraticien, homéopathe ou ostéopathe légalement qualifiés et autorisés à pratiquer les Médecines parallèles reconnues par les autorités du pays dans lequel le Traitement est administré.

‘Preneur d'Assurance’

L'employeur ou l'Expatrié individuel souscrivant à l'assurance au bénéfice de l'Assuré et devant payer la prime appropriée à l'Assureur pour le compte de l'Assuré. Le nom du Preneur d'Assurance est mentionné dans les Conditions Particulières.

‘Raisonnable et Habituel’

Les frais médicaux seront considérés comme Raisonables et Habituels s'ils correspondent aux frais habituellement pratiqués par le prestataire des soins de santé pour un service ou une prestation similaire et s'ils n'excèdent pas les frais normaux en vertu des meilleures conditions en vigueur pour un tel service ou une telle prestation dans la localité où le service ou la prestation est administré. Si les frais Habituels en vigueur ne peuvent pas être déterminés en raison de la nature inhabituelle du service ou de la prestation, l'Administrateur déterminera au nom de l'Assureur dans quelle mesure les frais sont Raisonables en tenant compte:

- de la complexité impliquée;
- du degré de compétence professionnelle nécessaire;
- de l'ensemble des autres facteurs pertinents.

‘Remboursement Annuel Maximum’

Le montant maximum de remboursement payable pour toute dépense médicale engagée pour un Traitement de l'Assuré pendant la période d'assurance concernée ne saurait excéder la limite annuelle générale mentionnée dans le tableau des

garanties. Aucun remboursement ne pourra plus être effectué pour le reste de l'Année d'Assurance au cas où la limite annuelle générale aurait été dépassée.

'Salaire'

Le Salaire brut payé à l'affilié au moment de l'entrée en vigueur de son assurance, avant déduction de l'impôt sur le revenu. Le Salaire brut ne comprend aucun avantage en nature, tel que véhicule, logement, bonus ou heures supplémentaires. En cas de sinistre, une preuve de revenus devra être apportée à la satisfaction des Assureurs. Il faut entendre par le Salaire d'un affilié indépendant, le Salaire brut moyen pendant chacune des trois (3) années qui précèdent la date de l'événement donnant droit aux indemnités.

'Spécialiste'

Un Médecin disposant d'une qualification spécialisée ou de compétences dans le domaine ou dans le Traitement de la Maladie ou de la Blessure en cours de Traitement.

'Traitement ou Traitement Médical'

Les examens médicaux et/ou les procédures médicales nécessaires pour la guérison, réalisés ou prescrits par un Médecin.

'Traitement de l'Infertilité'

Le Traitement de l'Infertilité (intervention chirurgicale ou fertilisation in vitro) et toutes les procédures de recherche nécessaires pour établir la ou les causes de l'Infertilité (p. ex.: hystérosalpingographie, laparoscopie, hystérocopie).

'Traitement de Jour'

Traitement dans un hôpital ou dans un centre médical de jour, pour lequel le patient ne doit pas passer la nuit.

'Unité de Soins Intensifs'

Une section de l'hôpital qualifiée d'Unité de Soins Intensifs, maintenue 24 heures sur 24, exclusivement pour les patients dans une situation critique, et équipée pour fournir des soins médicaux et infirmiers particuliers et indisponibles dans une autre section de l'hôpital.

'Urgence médicale'

Une atteinte corporelle accidentelle ou changement subit et immédiat de la condition physique ou mentale d'une personne, qui sans le Traitement ou la procédure prescrite par le Médecin Traitant, pourrait raisonnablement conduire à

la perte de la vie ou d'un membre ou à la détérioration d'une fonction vitale ou au dysfonctionnement permanent d'une partie du corps, comme signalé par le Médecin de garde.

I-3. Eligibilité et admission à l'assurance

3.1. Eligibilité

3.1.1. Expatriés individuels

Le plan ExpatPlus est ouvert aux Expatriés individuels (personnes privées) et leurs ayants droit, dont le Pays d'Origine et/ou le lieu de résidence habituel d'où ils se sont expatriés, se situent au sein de l'Espace économique européen.

3.1.2. Employés Expatriés envoyés en mission à l'étranger par leur employeur

Le plan ExpatPlus est ouvert aux employeurs situés dans l'Espace économique européen pour couvrir leurs employés Expatriés (et leurs Personnes à Charge¹) en mission en dehors de leur Pays d'Origine ou de leur lieu de résidence habituel.

3.2. Admission à l'assurance

3.2.1. Expatriés individuels ('couverture individuelle')

Un questionnaire médical doit être complété pour chaque personne (y compris pour chaque Personne à Charge) et doit être envoyé au moment de l'application par le candidat-Assuré au médecin-conseil de l'Administrateur. Le médecin-conseil peut exclure certains risques, refuser la couverture ou, à son entière discrétion, proposer une prime supplémentaire pour déroger aux exclusions.

3.2.2. Employés Expatriés ('assurance de groupe')

En cas d'affiliation obligatoire par l'employeur et si le nombre d'affiliés n'excède pas cinq (5) employés: un questionnaire médical devra être complété par chaque employé et pour chaque Personne à Charge¹. Il devra être soumis par le candidat-Assuré au médecin-conseil de l'Administrateur. Le médecin-conseil peut exclure certains risques, refuser la couverture ou, à son entière discrétion, proposer une prime supplémentaire pour déroger aux exclusions.

En cas d'affiliation obligatoire par l'employeur pour un groupe de cinq (5) employés ou plus: aucune déclaration de santé ne

¹ Pour la définition des Personnes à Charge, voir l'article I-2. des conditions générales. L'Assurance Internationale Médicale (y inclus la couverture Evacuation Médicale et Assistance) ainsi que la couverture Traitement Dentaire sont ouvertes aux Personnes à Charge. Les couvertures Incapacité Temporaire et Incapacité Permanente ne sont pas ouvertes aux Personnes à Charge. La couverture Décès et Invalidité Accidentels peut, cependant, être souscrite pour le conjoint (ou le partenaire légal) et tout autre adulte à charge (à partir de l'âge de 18 ans) à condition que ces personnes soient également couvertes par le Plan de Base.

sera requise pour l'Assurance Internationale Médicale, ce qui implique l'admission immédiate et complète à l'Assurance Internationale Médicale des employés et de leurs Personnes à Charge. Cependant, en ce qui concerne la couverture Décès et Invalidité Accidentels /Incapacité Temporaire/Incapacité Permanente/Traitement Dentaire, l'Assureur a la possibilité d'exclure certains risques, refuser la couverture ou, à son entière discrétion, proposer une prime supplémentaire pour déroger aux exclusions.

3.3. Extension de l'assurance à de nouvelles Personnes à Charge

L'ajout d'un conjoint/cohabitant légal, conformément aux dispositions de l'art. I-3.2., est possible à condition que l'application soit déposée dans un délai d'un (1) mois suivant la date du mariage/de la cohabitation légale.

L'ajout d'un enfant nouveau-né ou d'un enfant adopté est possible à condition que la demande soit introduite dans les deux (2) mois suivant la date de la naissance ou d'adoption. Si la déclaration d'un nouveau-né n'est pas faite dans les deux (2) mois ou si l'enfant adopté a plus de deux (2) mois au moment de la déclaration, un questionnaire médical doit être rempli et envoyé au médecin-conseil de l'Administrateur. Le médecin-conseil peut proposer une surprime de cent cinquante (150) pour cent afin de racheter les exclusions.

Les primes pour les enfants sont redevables à partir du premier (1er) mois de l'affiliation.

3.4. Limites d'âge pour l'affiliation

Pour les Expatriés individuels, l'affiliation est liée à l'âge minimum de dix-huit (18) ans et à l'âge maximum de soixante (60) ans.

Pour les employés Expatriés, affiliés obligatoirement par leur employeur, aucune limite d'âge spécifique n'est fixée pour l'affiliation au plan d'assurance Maladie. En ce qui concerne les couvertures optionnelles, nous nous référons aux conditions applicables à chaque type de couverture.

3.5. Modification du niveau de couverture ou de la portée géographique

Il est possible d'étendre ou de limiter le niveau de couverture, mais seulement à la date annuelle de renouvellement du contrat. En cas d'ajustement du niveau de couverture, on doit à nouveau remplir le questionnaire médical (si d'application à la date originale d'acceptation).

Un changement de zone géographique demeure toujours possible en fonction du Pays d'Accueil. Il est, cependant, impossible de modifier la zone géographique en zone A pour un seul trimestre (afin de se faire soigner aux USA/Canada).

Le changement de niveau doit être demandé au moins un (1) mois avant la date de renouvellement, en écrivant à l'Administrateur du plan et le changement de territorialité doit être demandé au moins un (1) mois avant la date de changement de Pays d'Accueil, en écrivant à l'Administrateur.

3.6. Poursuite à titre individuel

Si un Expatrié Assuré pendant au moins six (6) mois dans le cadre d'un contrat ExpatPlus groupe souhaite poursuivre la couverture ExpatPlus à titre individuel et qu'il soumet sa demande d'affiliation avant l'expiration de sa couverture de groupe, aucun questionnaire médical ne sera exigé et aucun délai d'attente ne sera applicable. Les articles I-3.4 et I-3.5 n'en demeurent pas moins applicables.

I-4. Prise d'effet de la couverture

La couverture d'assurance prend effet le jour suivant l'acceptation par l'Administrateur:

- du formulaire d'adhésion complété;
- de l'admission du candidat-Assuré à l'assurance par le médecin-conseil, lorsqu'une telle admission médicale est nécessaire conformément aux règles spécifiques d'éligibilité et d'acceptation de chaque couverture d'assurance telles que décrites aux différents chapitres des conditions générales.

Cependant, la couverture ne pourra pas prendre effet avant que la prime initiale ait été dûment reçue par l'Administrateur du plan d'assurance pour le compte de l'Assureur.

En ce qui concerne la déclaration de nouvelles Personnes à Charge, dont il est fait référence à l'art. I-3.3., la couverture d'assurance prend effet le jour suivant l'admission à l'assurance par le médecin-conseil, lorsqu'une telle acceptation médicale est nécessaire (conformément aux règles spécifiques d'éligibilité et d'acceptation de chaque couverture d'assurance telles que décrites aux différents chapitres de ces conditions générales).

Cependant, la couverture ne peut prendre effet avant que les primes initiales aient été dûment reçues par l'Administrateur (pour le compte de l'Assureur).

I-5. Délai de réflexion

Si la présente police a été émise et que l'Assuré décide finalement, pour quelque raison que ce soit, de ne pas souscrire cette police, l'Assuré pourra la renvoyer à l'Administrateur pour la faire annuler à condition de la

renvoyer à l'Administrateur endéans les quinze (15) jours à partir de la date de délivrance de la police. Dans ce cas, l'Assuré aura droit à un remboursement total de la prime déjà payée à condition qu'aucune demande de remboursement n'ait été introduite.

I-6. Durée et résiliation de la police

6.1. Durée de la police

La police d'assurance est conclue pour une durée de trois (3) mois. Elle prend cours le jour de la prise d'effet de la couverture comme stipulé à l'article I-4. ci-dessus, sauf convention contraire des parties (Preneur d'Assurance et Assureur). Au terme de la période de trois (3) mois, la police sera automatiquement renouvelée par reconduction tacite pour des périodes successives de trois (3) mois chacune, sauf convention contraire des parties. Si la date effective de couverture est autre que le premier (1er) jour du trimestre calendrier, la police sera renouvelée le premier (1er) jour du trimestre calendrier suivant.

6.2. Résiliation de la police

La police peut être résiliée par le Preneur d'Assurance en informant l'Assureur par lettre recommandée au moins un (1) mois avant la date de renouvellement de la police. La résiliation de l'assurance Décès et Invalidité Accidentels et/ou de la couverture Incapacité Temporaire et/ou Permanente ne conduira pas automatiquement à la résiliation du Plan de Base, à moins que les parties (Preneur d'Assurance et Assureur) n'en conviennent autrement.

6.3. Aggravation du risque

A l'exception des changements dans l'état de santé de l'Assuré survenus après l'admission à l'assurance, l'Assuré est obligé d'avertir l'Administrateur de tout changement de sa situation qui pourrait accroître le risque de Maladie ou d'Accident (par exemple, une activité professionnelle dangereuse). Dans ce cas, l'Assureur pourra proposer de nouvelles conditions d'assurance (dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la notification de l'aggravation du risque) ou résilier l'assurance (dans un délai d'un (1) mois) de façon rétroactive depuis le début de l'aggravation du risque.

I-7. Suspension et résiliation de la couverture

7.1. Pour l'Assuré, l'assurance de cette police prendra automatiquement fin:

- si la prime due n'est pas payée à la date d'échéance ou dans la période de grâce accordée;
- si l'Assuré est un enfant à charge, au trente et un (31) décembre de l'année dans laquelle il atteint l'âge de vingt-huit (28) ans ou lorsqu'il/elle n'est plus considéré(e) comme Personne à Charge ou à partir de la date de son mariage;
- si la Personne à Charge est l'époux ou le cohabitant légal, à date du divorce ou de la séparation légale de l'Assuré, ou à la fin de la cohabitation légale;
- à la date de décès de l'Assuré.

7.2. Suspension de la couverture et résiliation de l'assurance pour cause de non-paiement de la prime

Au cas où le Preneur d'Assurance n'aurait pas payé la prime à la date d'échéance, l'Assureur aura le droit de suspendre ou de résilier la police d'assurance. L'Assureur notifiera d'abord le Preneur d'Assurance au moyen d'une lettre recommandée, rappelant au Preneur d'Assurance le montant de la prime qui doit être payée et l'informant des conséquences du non-paiement. Si la prime demeure impayée dans les quinze (15) jours suivant la remise ou l'envoi de la lettre recommandée, la couverture d'assurance sera suspendue automatiquement. Il sera mis fin à la suspension lorsque le Preneur d'Assurance aura payé les primes dues. L'Assureur peut résilier la police pendant la période de suspension. Dans ce cas, la résiliation prendra effet au terme de la période de quinze (15) jours, débutant le premier jour de la suspension. Les sinistres encourus durant la période de suspension ne sont pas couverts.

I-8. Prime et augmentation de prime

8.1. Montant et paiement de la prime

Le montant de la prime d'assurance est mentionné dans les Conditions Particulières. La prime est fixée par mois indivisible. Elle est payable trimestriellement et d'avance par le Preneur d'Assurance à l'Assureur (via l'Administrateur du plan d'assurance), à moins qu'il n'en soit convenu autrement entre le Preneur d'Assurance et l'Assureur. Les taxes et les frais tels

que fixés par les lois en vigueur seront ajoutés au montant de la prime et devront être entièrement payés par le Preneur d'Assurance.

8.2. Augmentation de prime

Si l'Assureur augmente le taux de prime, il doit informer le Preneur d'Assurance par écrit de ladite augmentation et de la date à partir de laquelle la nouvelle prime sera effective. Cette notification écrite sera envoyée au Preneur d'Assurance au plus tard le quinze (15) novembre de l'année calendrier d'expiration. Les nouveaux taux de prime seront effectifs à partir de la prochaine date de renouvellement, débutant le ou après le premier (1er) janvier de l'année calendrier suivante.

Si le Preneur d'Assurance n'est pas d'accord avec les nouvelles conditions de prime, il peut mettre fin à la police en notifiant l'Assureur de la résiliation par lettre recommandée envoyée à l'Assureur ou à l'Administrateur du plan d'assurance au moins quinze (15) jours avant la date de renouvellement de sa police.

I-9. Retour vers le Pays d'Origine

Lorsque l'Assuré retourne vivre et/ou travailler dans son Pays d'Origine, mettant de cette manière un terme à la période d'expatriation à l'étranger, l'Assuré ou le Preneur d'Assurance doit informer l'Assureur (via l'Administrateur) par écrit de la date exacte de la réaffectation vers son Pays d'Origine. L'assurance reste en vigueur jusqu'à la prochaine date de renouvellement, mais ne sera plus renouvelée automatiquement. Le Preneur d'Assurance peut, néanmoins, demander (par écrit et avant la date d'expiration) la prolongation de la couverture pour une période supplémentaire de trois (3) mois (sans interruption de couverture), aux conditions en vigueur le premier jour de la période supplémentaire de trois (3) mois. Durant cette période, l'Assuré (ou le Preneur d'Assurance) peut s'affilier à un régime de sécurité sociale local ou chercher une autre assurance privée. Au cas où l'Assuré négligerait d'informer l'Assureur de son retour dans son Pays d'Origine, l'Assureur ne couvrira pas l'Assuré pendant la durée du retour dans son Pays d'Origine.

I-10. Devise

Le plan ExpatPlus peut être souscrit en EUR, GBP, USD ou CHF. Le choix de la devise doit être fait (par le Preneur d'Assurance) avant que la couverture ne prenne effet et ne peut être modifié qu'à la date annuelle de renouvellement du contrat.

Les primes et les sinistres sont payables en EUR, GBP, USD ou CHF, conformément à la devise dans laquelle la police a été conclue.

En ce qui concerne les frais médicaux encourus dans une devise différente de celle de la police, la conversion sera basée sur les taux de change journaliers de la Banque centrale européenne en application à la date à laquelle le service médical a été facturé. L'Administrateur peut régler les factures médicales dans une autre devise (différente de la devise de la police d'assurance), c'est-à-dire la devise originale, notamment en cas de paiement direct aux hôpitaux, dans la mesure où cela est autorisé conformément à la législation locale du pays concerné.

I-11. Exclusions générales

La couverture décrite dans cette police ne s'étend pas aux conséquences d'un acte volontaire ou intentionnel commis par l'Assuré ou son bénéficiaire;

- conséquences de compétitions à risques;
- conséquences d'insurrections ou d'émeutes si l'Assuré ou son bénéficiaire a enfreint les lois applicables en y participant;
- conséquences de rixes, bagarres et toutes sortes de désordres et de mesures prises pour combattre celles-ci, sauf en cas d'autodéfense;
- conséquences liées à la préparation de ou à la participation à des crimes ou infractions;
- conséquences de la consommation de stupéfiants et d'alcool;
- conséquences directes ou indirectes de tout acte communément désigné comme 'risque nucléaire'. Cette exclusion n'est pas applicable aux radiations médicales exigées par un Traitement Médical couvert;
- événements relatifs à des paris ou à des défis;
- frais résultant de toutes sortes de compétitions avec des véhicules motorisés;
- risques aériens: l'assurance couvre l'utilisation en tant que passager, de tous les avions, hydravions ou hélicoptères dûment autorisés pour le transport de personnes pour autant que l'Assuré ne soit pas un membre de l'équipage et n'exerce pas une activité professionnelle ou autre ayant un rapport avec l'avion ou le vol. Cette exclusion ne s'applique, toutefois, pas à l'Assurance Internationale Médicale et la couverture Traitement Dentaire;
- conséquences de guerre ou d'actes de guerre et de terrorisme dans les limites mentionnées à l'article I-12. ci-après. Cette exclusion ne s'applique, toutefois, pas à la couverture frais soins de santé et dentaires.

Important

Pour les exclusions spécifiques supplémentaires relatives à chaque couverture spécifique du plan ExpatPlus, il est fait explicitement référence aux conditions propres aux différents types de couvertures (voir Chapitre II).

I-12. Guerre et terrorisme

Les notions de guerre et de terrorisme sont définies comme suit:

12.1. Guerre

- Conflit armé déclaré ou non entre un Etat et un autre, invasion ou état de siège.
- Sont considérés comme des actes de guerre: les actions de toutes sortes, l'utilisation de la force militaire par une nation souveraine pour parvenir à certaines fins économiques, géographiques, nationalistes, politiques, raciales, religieuses ou autres.
- Guerre civile: conflit armé entre deux ou plusieurs parties appartenant à un seul et même Etat dont les membres sont d'origine ethnique, religieuse ou idéologique différente.
- Sont considérés comme des actes de guerre civile: rébellion armée, révolution, sédition, insurrection, coup d'Etat, les conséquences de la loi martiale et les fermetures des frontières ordonnées par un gouvernement ou par les autorités locales.

12.2. Terrorismisme

Toute utilisation effective ou toute menace d'utilisation de la force ou de la violence en vue de causer ou causant des dégâts, des Blessures, des dommages ou des perturbations;

- perpétration d'un acte dangereux à l'égard de la vie humaine ou de la propriété, contre tout individu, toute propriété ou tout gouvernement avec l'objectif déclaré ou non de poursuivre des intérêts économiques, ethniques, nationalistes, politiques, raciaux ou religieux, que ces intérêts soient déclarés ou non;
- les vols ou autres infractions, essentiellement commis en vue d'un bénéfice personnel et les actes trouvant principalement leur origine dans les relations personnelles existantes entre l'/les auteur(s) et la/les victime(s) ne seront pas considérés comme des actes de terrorisme.
- Le terrorisme inclut tout acte avéré et reconnu par le gouvernement (compétent) comme étant un acte de terrorisme.

En ce qui concerne les risques et les conséquences de guerre et de terrorisme, toutes les conséquences d'une participation

active de l'Assuré (et/ou des Personnes à Charge couvertes) à des opérations de guerre et de terrorisme sont explicitement exclues de la couverture.

Au cas où l'Assuré serait victime d'activités de guerre ou de terrorisme sans la moindre implication active de sa part ou de la part de ses bénéficiaires, l'Assuré est couvert dans les limites et les plafonds de la couverture.

Cependant, la couverture d'assurance n'est pas valable si l'Assuré (ou les Personnes à Charge couvertes) effectue un voyage en provenance ou à destination d'un pays ou d'une région notoirement réputé(e) être en état de guerre ou de guerre civile ou s'il y réside au moment que les dommages (Blessures corporelles ou mort) causés à l'Assuré ou ses Personnes à Charge couvertes surviennent. En cas de litige quant à savoir si un pays est réputé être en état de guerre ou de guerre civile, seule la liste établie par le Foreign and Commonwealth Office (FCO) du Royaume-Uni, reprenant les pays (ou les parties de pays) vers lesquels il est déconseillé de voyager ('advised against all travel'), telle que publiée sur le site web officiel (www.fco.gov.uk), fera foi.

Au cas où l'Assuré se trouverait à l'étranger et qu'il serait surpris par le déclenchement soudain d'une nouvelle guerre ou de situations et d'activités similaires, la couverture d'assurance restera en vigueur durant quatorze (14) jours à partir du début des hostilités.

I-13. Règlement de litiges

13.1. Litiges non médicaux

13.1.1. Règlement de bonne foi/résolution alternative de litiges

Avant tout recours à l'arbitrage, les parties tenteront de régler de bonne foi l'ensemble des litiges et différends qui surviennent entre eux à partir de ou en rapport avec cette police d'assurance. En cas d'échec de telles négociations de bonne foi, les parties peuvent convenir de tenter de résoudre de tels litiges ou différends en utilisant la procédure connue sous le nom de résolution alternative de litige (c'est-à-dire la médiation, la conciliation, la désignation d'un expert ou mini-procès).

13.1.2. Arbitrage

Tous les litiges émanant de ou liés à cette police d'assurance ne pouvant pas être réglés par les deux parties par accord mutuel dans un délai raisonnable ou conformément aux stipulations du paragraphe ci-dessus, peuvent finalement être réglés en vertu des règles d'arbitrage CEPANI (Centre belge d'Arbitrage et de Médiation) par un ou plusieurs

arbitres nommés conformément à ces règles. La juridiction compétente pour l'arbitrage est Anvers (Belgique). Le présent contrat est régi par le droit belge.

La procédure d'arbitrage sera initiée par courrier recommandé adressé par le plaignant à l'autre partie. Ce courrier indiquera le sujet du litige, inclura tous les documents pertinents et toutes les pièces justificatives pour justifier le sinistre. Dans un délai de trente (30) jours après la réception dudit courrier ou d'un délai plus long convenu par les parties, le litige sera soumis pour arbitrage au CEPANI. Les frais d'arbitrage seront pris en charge conjointement par les parties, chacune devant payer cinquante pour cent (50 pour cent) des coûts totaux. Les coûts d'arbitrage ne comprennent pas les frais du conseiller ou de la défense de chaque partie, lesquels demeurent à la charge de chaque partie.

13.2. Litiges médicaux

Au cas où l'Assuré ne serait pas d'accord avec les décisions du médecin-conseil de l'Assureur, il pourra demander à son propre Médecin de lui prêter son assistance. Les Médecins de l'Assureur et de l'Assuré tenteront ensemble de parvenir à un accord sur le litige. Si les deux Médecins ne parviennent pas à se mettre d'accord, ils peuvent conjointement nommer un troisième Médecin en vue de régler le litige. Si les deux (2) Médecins ne peuvent pas s'accorder sur le choix d'un troisième Médecin, celui-ci sera nommé par le président de l'Ordre des Médecins/Conseil provincial d'Anvers en Belgique. Chaque partie doit payer les honoraires de son propre Médecin. Les honoraires du troisième Médecin doivent être payés en deux parts égales par les deux parties.

I-14. Protection des données

La police d'assurance est soumise au respect de la loi belge de 1992 sur la protection des données. Cette loi s'applique pour toute donnée personnelle traitée en rapport avec cette police d'assurance. L'Assureur et l'Administrateur fourniront des garanties suffisantes en ce qui concerne les mesures techniques et organisationnelles régissant le Traitement des données et prendront dès lors les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour assurer la protection contre tout Traitement non autorisé ou illicite de telles données et contre toute perte accidentelle, destruction ou dommage causé à ces données. Ils respecteront les obligations suivantes:

- traiter les données personnelles uniquement pour l'exécution de la présente police d'assurance et pour les objectifs pour lesquels elles ont été transférées à l'Assureur ou à l'Administrateur;

- s'assurer que l'accès aux données et les possibilités de Traitement pour les personnes qui agissent sous leur autorité sont limités au strict nécessaire pour l'exécution de leurs missions et pour les exigences du service qui fait l'objet de la présente police d'assurance;
- ne divulguer des données personnelles à des tiers que dans la mesure où une telle divulgation est nécessaire pour les besoins de la prestation des services couverts par la police d'assurance.

I-15. Subrogation

L'Assureur bénéficie des droits complets de subrogation pour toutes prestations payées dans le cadre de cette police d'assurance.

Dès lors, lorsque l'Assuré est tenu de confirmer ce droit à l'Assureur afin d'aider celui-ci à recouvrer de la part d'une tierce partie tout montant payé ou qui sera payé par l'Assureur à l'Assuré ou tous frais encourus pour le compte de l'Assuré, l'Assuré devra fournir cette confirmation à l'Assureur par écrit.

I-16. Défense

Toute défense inhérente à ce contrat d'assurance, dont l'Assureur pourrait arguer à l'encontre du preneur, peut également être exercée à l'encontre de l'Assuré quel qu'il soit.

I-17. Procédure de plainte

Si un Assuré émet une quelconque plainte concernant la qualité du service reçu sous cette police d'assurance, la procédure suivante est disponible pour rétablir la situation:

En premier lieu, l'Assuré devrait écrire au:

Head of the ExpatPlus Claims Unit, Vanbreda International, boîte postale 69, 2140 Anvers, Belgique.

S'il demeure insatisfait, l'Assuré peut écrire au:

Chief Executive Officer, Vanbreda International, boîte postale 69, 2140 Anvers, Belgique.

S'il demeure insatisfait, l'Assuré peut adresser le cas au Bureau de Médiation financière (voir point 3 sous information importante).

I-18. Législation applicable

Cette police est conclue conformément à la législation belge et régie par les lois belges.

PLAN DE BASE

Tableau des Garanties: Assurance Internationale Médicale

Toutes les garanties s'entendent par bénéficiaire, par année d'assurance (sauf indication contraire). Pour le détail des garanties et des définitions, veuillez consulter les Conditions Générales sur www.expatplus.com.

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Plafond maximum par assuré et par année d'assurance	€ 1.000.000 £ 650.000 \$ 1.250.000 CHF 1.500.000	€ 1.500.000 £ 1.000.000 \$ 1.875.000 CHF 2.250.000	€ 3.000.000 £ 2.000.000 \$ 3.750.000 CHF 4.500.000
Zone géographique	Zone A: Mondiale Zone B: Mondiale à l'exclusion des Etats-Unis et du Canada (Vous êtes couvert en cas d'accident et d'urgence pendant max. 90 jours par année d'assurance.)		
Franchise par assuré et par année d'assurance	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 100 - £ 65 - \$ 125 - CHF 150 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 100 - £ 65 - \$ 125 - CHF 150 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450 € 500 - £ 325 - \$ 625 - CHF 750 € 1.000 - £ 650 - \$ 1.250 - CHF 1.500

1. Hospitalisation (Chirurgie ambulatoire et avec séjour de nuit)

Chambre et pension (un accord préalable est requis)	100% chambre commune ou 80% chambre individuelle	100% chambre individuelle	100% chambre individuelle
Honoraires des médecins (chirurgien, anesthésiste)	100%	100%	100%
Frais médicaux annexes (imagerie médicale, médicaments et pansements et salle d'opération)	100%	100%	100%
Séjour en unité de soins intensifs	100%	100%	100%
Rééducation et convalescence séjour/soin (quand l'admission suit immédiatement l'hospitalisation)	Non remboursé	Non remboursé	100% (max. 28 jours)
Frais de séjour des parents enfant < 16 ans	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250

2. Soins Ambulatoires

Honoraires des médecins (généraliste, spécialiste)	80%	90%	100%
Tests de diagnostic, tests en laboratoire, imagerie médicale (radiographies, IRM et CT)	80%	90%	100%
Médicaments prescrits	80%	90%	100%
Physiothérapie	80% max. € 1.000 80% max. £ 650 80% max. \$ 1.250 80% max. CHF 1.500	90% max. € 2.000 90% max. £ 1.300 90% max. \$ 2.500 90% max. CHF 3.000	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Soins préventifs • Examen physique • Test oculaire de routine • Mammographie • Test frottis • Test PSA • Vaccinations	100% max. € 600 100% max. £ 400 100% max. \$ 750 100% max. CHF 900	100% max. € 800 100% max. £ 535 100% max. \$ 1.000 100% max. CHF 1.200	100% max. € 1.000 100% max. £ 650 100% max. \$ 1.250 100% max. CHF 1.500
Médecine douce, limitée à l'homéopathie, l'acupuncture, la chiropractie, l'ostéopathie	80% max. € 1.000 80% max. £ 650 80% max. \$ 1.250 80% max. CHF 1.500	90% max. € 2.000 90% max. £ 1.300 90% max. \$ 2.500 90% max. CHF 3.000	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Thérapies • Ergothérapie • Logopédie et Orthophonie • Traitement psychiatrique en consultation externe	Non remboursé	50% max. € 1.000 50% max. £ 650 50% max. \$ 1.250 50% max. CHF 1.500	50% max. € 2.000 50% max. £ 1.300 50% max. \$ 2.500 50% max. CHF 3.000

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
3. Autres Traitements Médicaux			
Soins maternité (un délai d'attente de 10 mois) ²			
• Grossesse	Remboursement selon le type de Soins Ambulatoires	Remboursement selon le type de Soins Ambulatoires	Remboursement selon le type de Soins Ambulatoires
• Traitement lié à l'infertilité et à la stérilisation (IVF, ICSI, AI et tous traitements similaires) (limité à la durée de vie)	Non remboursé	Non remboursé	100% max. € 16.800 (4x € 4.200) 100% max. £ 11.200 (4x £ 2.800) 100% max. \$ 21.000 (4x \$ 5.250) 100% max. CHF 25.200 (4x CHF 6.300)
• Accouchement (sans complications)	80% max. € 5.000 80% max. £ 3.250 80% max. \$ 6.250 80% max. CHF 7.500 (100% si accouchement à domicile)	100% max. € 7.500 100% max. £ 5.000 100% max. \$ 9.375 100% max. CHF 11.250	100% max. € 10.000 100% max. £ 6.500 100% max. \$ 12.500 100% max. CHF 15.000
• Accouchement (avec complications)	voir 1. Hospitalisation	voir 1. Hospitalisation	voir 1. Hospitalisation
Oncologie (à l'exclusion de tous les traitements expérimentaux)			
• Hospitalisation et chimio- ou radiothérapie	100%	100%	100%
• Autres coûts	voir 2. Soins Ambulatoires	voir 2. Soins Ambulatoires	voir 2. Soins Ambulatoires
Conditions préexistantes et maladies chroniques ³	Remboursé	Remboursé	Remboursé
Traitement du SIDA / HIV			
• Hospitalisation	100%	100%	100%
• Soins Ambulatoires	80%	90%	100%
Soins infirmiers à domicile	80% max. € 160/jour 80% max. £ 110/jour 80% max. \$ 200/jour 80% max. CHF 240/jour (max. 60 jours)	90% max. € 180/jour 90% max. £ 120/jour 90% max. \$ 225/jour 90% max. CHF 270/jour (max. 60 jours)	100% max. € 200/jour 100% max. £ 135/jour 100% max. \$ 250/jour 100% max. CHF 300/jour (max. 100 jours)
Greffes d'organes (à l'exclusion des coûts du donneur – accord préalable requis)	100% max. € 100.000 100% max. £ 65.000 100% max. \$ 125.000 100% max. CHF 150.000	100% max. € 125.000 100% max. £ 83.500 100% max. \$ 156.250 100% max. CHF 187.500	100% max. € 150.000 100% max. £ 100.000 100% max. \$ 187.500 100% max. CHF 225.000
Dialyse rénale (à l'exclusion de tous les traitements expérimentaux)	100%	100%	100%
Transport par ambulance locale (vers l'hôpital le plus proche)	100% max. € 1.500 100% max. £ 975 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 3.000 100% max. £ 1.950 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500	100% max. € 4.500 100% max. £ 3.000 100% max. \$ 5.625 100% max. CHF 6.750
Traitement dentaire nécessaire à la suite d'un accident			
• Traitement dentaire d'urgence	100% max. € 750 100% max. £ 500 100% max. \$ 937,50 100% max. CHF 1.125	100% max. € 1.000 100% max. £ 650 100% max. \$ 1.250 100% max. CHF 1.500	100% max. € 1.250 100% max. £ 850 100% max. \$ 1.562,50 100% max. CHF 1.875
• Chirurgie dentaire	100% max. € 2.000 100% max. £ 1.300 100% max. \$ 2.500 100% max. CHF 3.000	100% max. € 2.500 100% max. £ 1.625 100% max. \$ 3.125 100% max. CHF 3.750	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500

2 Pour les individus et les entreprises de moins de 5 employés expatriés.

3 L'acceptation de votre dossier est soumise à un questionnaire médical et à l'avis du médecin-conseil. Pour les entreprises de plus de 5 employés expatriés le questionnaire médical peut être supprimé. Les conditions chroniques et préexistantes seront remboursées sur la base des maxima du plan que vous avez choisi et dans la limite du plafond applicable.

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Traitement psychiatrique			
• Hospitalisation	Non remboursé	90% max. € 10.000 90% max. £ 6.500 90% max. \$ 12.500 90% max. CHF 15.000	100% max. € 20.000 100% max. £ 13.500 100% max. \$ 25.000 100% max. CHF 30.000
• Soins Ambulatoires	voir 2. Soins Ambulatoires: Thérapies	voir 2. Soins Ambulatoires: Thérapies	voir 2. Soins Ambulatoires: Thérapies
Frais d'optique (lunettes, montures, lentilles)	80% max. € 100 80% max. £ 65 80% max. \$ 125 80% max. CHF 150	90% max. € 200 90% max. £ 135 90% max. \$ 250 90% max. CHF 300	100% max. € 300 100% max. £ 200 100% max. \$ 375 100% max. CHF 450
Accessoires médicaux (prothèses auditives et orthopédiques)	80% max. € 1.500 80% max. £ 1.000 80% max. \$ 1.875 80% max. CHF 2.250	90% max. € 2.500 90% max. £ 1.650 90% max. \$ 3.125 90% max. CHF 3.750	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500

II-1. Assurance Internationale Médicale

1.1. Objet

L'Assurance Internationale Médicale rembourse - à concurrence des limites définies dans les présentes conditions générales - les frais Raisonables et Habituels pour les services médicaux Ambulatoires ainsi que pour les services médicaux avec Hospitalisation, à condition que ces frais aient été encourus en raison d'une Maladie, d'un Accident ou d'une maternité.

1.2. Eligibilité et admission à l'assurance

En ce qui concerne l'éligibilité et l'admission à l'assurance, il est fait référence aux conditions telles que stipulées à l'article I-3.

1.3. Niveaux de couverture médicale

Il existe trois (3) niveaux de couverture:

- Niveau 1 = 'Globe'
- Niveau 2 = 'Orbit'
- Niveau 3 = 'Universe'

Le niveau choisi par le Preneur d'Assurance est mentionné dans les Conditions Particulières de la police d'assurance. Chaque niveau correspond à un niveau différent de prestations, dont les détails sont mentionnés dans le tableau des garanties ci-dessus. En ce qui concerne le changement de niveau de couverture, il est fait référence à l'article I-3.5.

1.4. Zone géographique de couverture

Le Preneur d'Assurance peut choisir entre deux (2) zones géographiques de couverture:

- couverture mondiale;
- couverture mondiale à l'exception des frais médicaux encourus aux Etats-Unis d'Amérique (USA) et au Canada. Cependant, au cours de voyages d'affaires ou de vacances

ne dépassant pas quatre-vingt-dix (90) jours au total par Année d'Assurance, les frais médicaux encourus aux USA ou au Canada suite à un Accident ou à une Urgence Médicale sont couverts à concurrence des limites de la police. Si la Maladie concernée existait déjà avant le voyage aux USA ou au Canada et si la Maladie était la raison du voyage, les frais médicaux ne sont pas couverts. Les frais liés à la grossesse (et aux complications y afférentes) et/ou à l'accouchement ne seront pas considérés comme frais d'Accident ou d'urgence et ne seront, dès lors, pas couverts.

1.5. Prestations

1.5.1. Définitions

Se référer à l'article I-2.

1.5.2. Description de la garantie

Les frais médicaux éligibles, sujets aux exclusions, limites et plafonds mentionnés dans cette police, sont repris dans le tableau des garanties ci-dessus. L'Assurance Internationale Médicale rembourse les frais Raisonables et Habituels pour les soins Ambulatoires ainsi que pour les services médicaux avec Hospitalisation, à condition que ces frais aient été encourus pour cause de Maladie, d'Accident ou de maternité.

De plus, afin qu'ils puissent être pris en considération pour le remboursement, les Traitements et procédures doivent s'avérer médicalement nécessaires et appropriés (en accord avec le diagnostic établi par un Médecin). Ils doivent être prescrits par un Médecin et exécutés par un Médecin ou par un praticien médical légalement qualifié et dûment autorisé à exercer la Médecine.

Les plafonds de remboursement (c'est-à-dire le montant maximum de remboursement) pour certains types de services médicaux sont - sauf indication contraire dans le tableau des garanties - toujours applicables par Assuré et par Année d'Assurance. Cela signifie que chaque plafond est

applicable pour une période de douze (12) mois de couverture ininterrompue, démarrant à la date de prise d'effet de la couverture de l'Assuré.

1.5.2.1 Hospitalisation

Une acceptation préalable telle qu'il en est fait mention à l'article II-1.6. ci-dessous sera toujours requise, sauf en cas d'urgence. Le non-respect de cette formalité conduira à une diminution du remboursement de vingt-cinq (25) pour cent.

Chambre d'hôpital et pension

Le remboursement des frais Raisonables et Habituels médicalement nécessaires pour la chambre et les repas. Le montant de la garantie sera équivalent aux frais réels déclarés par l'hôpital pour la durée du séjour, mais ne saurait excéder, par journée, le taux d'une chambre privée standard.

Unité de Soins Intensifs

Remboursement des frais Raisonables et Habituels médicalement nécessaires pour la chambre et la pension durant la période d'alitement dans une Unité de Soins Intensifs à l'hôpital. Le montant de la garantie sera équivalent aux frais réels déclarés par l'hôpital.

Aucune prestation pour une chambre d'hôpital en dehors de l'Unité de Soins Intensifs (pension incluse) ne sera payée pour la même période d'alitement.

Honoraires des Médecins

- Honoraires des Chirurgiens

Remboursement des frais Raisonables et Habituels pour toute opération chirurgicale médicalement nécessaire, ne dépassant, toutefois, pas les montants maximums repris dans le tableau des garanties.

- Honoraires des anesthésistes

Remboursement des frais Raisonables et Habituels déclarés par le Médecin anesthésiste pour l'administration médicalement nécessaire de l'anesthésie n'excédant pas les montants maximums stipulés dans le tableau des garanties.

Autres dépenses médicales

- Salle d'opération

Remboursement des frais Raisonables et Habituels pour la salle d'opération et la salle de réanimation utilisée dans le cadre de la procédure chirurgicale.

- Fournitures et services hospitaliers

Remboursement des frais Raisonables et Habituels réellement encourus pour les soins infirmiers généraux, les médicaments prescrits et consommés, les pansements, les attelles, les plâtres, l'imagerie médicale (radiographie, TC, IRM, etc.), auxiliaires médicaux, les examens de laboratoire,

les électrocardiogrammes, la physiothérapie, le Traitement logopédique, le Traitement orthophoniste, la thérapie occupationnelle, l'ergothérapie.

Logement parental

Remboursement, dans les limites des montants maximums stipulés dans le tableau des garanties, des frais de repas et de logement afin d'accompagner un enfant mineur (maximum seize (16) ans) Assuré durant une période d'Hospitalisation.

Prestation en espèces en cas d'Hospitalisation

La prestation en espèces en cas d'Hospitalisation est l'indemnité journalière versée uniquement lorsque la chambre, la pension et le Traitement sont dispensés gratuitement. Cette indemnité s'élève à 75 EUR/50 GBP/93,75 USD/112,50 CHF par nuit (Globe) ou 100 EUR/65 GBP/125 USD/150 CHF par nuit (Orbit et Universe) avec un maximum de soixante (60) nuits.

Convalescence et revalidation

Les soins de convalescence et de revalidation (dans un centre reconnu et lorsque l'admission est médicalement nécessaire) sont couverts lorsque l'admission suit immédiatement (dans les cinq (5) jours) une Hospitalisation pour Maladie ou opération chirurgicale et pour une durée maximale de vingt-huit (28) jours.

1.5.2.2 Traitement Ambulatoire

Cette garantie comprend le remboursement des frais Ambulatoires réels dans la limite des montants maximums stipulés dans le tableau des garanties (si d'application).

1.5.2.3 Honoraires des Médecins

Consultation d'un Généraliste, Médecin de Famille, Spécialiste légalement enregistré dans les registres professionnels, suite à une Maladie ou à une Blessure, lorsqu'aucune Hospitalisation n'est nécessaire.

Examens de diagnostic

Remboursement des frais Raisonables et Habituels prescrits par un Généraliste qualifié dans la limite des montants maximums repris dans le tableau des garanties, pour les examens médicalement nécessaires (électrocardiogramme, radiographies, tests de laboratoire, etc.) effectués dans le but d'établir un diagnostic concernant une Maladie ou une Blessure liée à une Invalidité.

Médicaments prescrits

Seuls seront remboursés les médicaments prescrits par un Médecin et non disponibles sans prescription. Les médicaments en délivrance libre, les médicaments inhérents à un style de vie, les produits diététiques, les vitamines et les compléments alimentaires ne seront pas remboursés.

En ce qui concerne les vaccinations, les conditions pour Soins préventifs et prestations de santé s'appliquent (voir ci-dessous).

Soins préventifs et prestations de santé

- soins pour les bébés;
- vaccinations (adultes et enfants);
- un (1) check-up physique pour les adultes par Année d'Assurance;
- un (1) contrôle de la vue par Année d'Assurance;
- une (1) mammographie (bilatérale) par Année d'Assurance pour les Assurés de sexe féminin à partir de l'âge de trente-cinq (35) ans;
- un (1) frottis par Année d'Assurance pour les Assurés du sexe féminin à partir de l'âge de trente-cinq (35) ans;
- un (1) examen de la prostate par Année d'Assurance pour les Assurés de sexe masculin à partir de l'âge de cinquante (50) ans.

Physiothérapie

La physiothérapie prescrite par un Médecin, incluant la physiothérapie de 'Mensendieck', est couverte à condition que la prescription médicale indique clairement la nécessité de ce genre de physiothérapie et à condition que le Médecin Traitant soit un Médecin physiothérapeute certifié.

Traitements pratiqués par un praticien de Médecine parallèle

- chiropraticien;
- ostéopathe;
- acuponcteur;
- homéopathe.

Ces Traitements doivent être prescrits par un Médecin.

1.5.2.4 Autres Traitements Médicaux

Ces prestations offrent un remboursement des dépenses réelles encourues en tenant compte des sous-limites et du maximum annuel par personne par Année d'Assurance pour:

Grossesse

Les frais sont remboursés en fonction du type de soin Ambulatoire.

Accouchement

Le montant assuré inclut le remboursement des honoraires des Médecins, de la chambre d'hôpital ainsi que de toutes les dépenses médicales encourues à l'occasion du séjour à l'hôpital.

Ces césariennes électives sont exclues de la couverture.

Cependant, une césarienne médicalement nécessaire est couverte comme une Hospitalisation. Tout autre accouchement avec complications est également couvert comme Hospitalisation.

Traitement de l'Infertilité

- Diagnostic permettant d'établir l'Infertilité

Procédures investigatrices nécessaires afin d'établir la cause de l'Infertilité.

- Traitement de l'Infertilité

Les dépenses relatives au Traitement de l'Infertilité sont couvertes tant pendant l'Hospitalisation qu'au cours des Traitements Ambulatoires aux conditions suivantes:

- il doit s'agir d'une Infertilité primaire;
- maximum quatre (4) tentatives par Assuré et par vie humaine du sexe féminin sont remboursées;
- maximum 4.200 EUR/2.800 GBP/5.250 USD/6.300 CHF par tentative;
- l'âge maximum de Assuré ne peut être supérieur à quarante (40) ans;
- les dépenses relatives au don de sperme ou d'ovules ne sont pas couvertes;
- les dépenses relatives à une mère porteuse ne sont pas couvertes;
- une autorisation préalable du médecin-conseil de l'Assureur est toujours nécessaire.

- Dépenses relatives à la stérilisation

Une (1) stérilisation par Assuré et par vie humaine.

- Plafond

Aucune limitation n'est applicable en ce qui concerne le nombre de tentatives d'insémination artificielle (IA) et d'autres Traitements similaires.

- Délai d'attente

Il existe un délai d'attente de dix (10) mois pour les frais médicaux en matière de Grossesse, Accouchement et Traitement de l'Infertilité ce qui signifie que seuls les frais encourus à partir du onzième (11e) mois après l'admission à l'assurance peuvent être pris en compte pour le remboursement. Ce délai d'attente peut être supprimé pour des groupes. Une telle suppression n'est valable que si elle est explicitement mentionnée dans les Conditions Particulières du contrat de groupe en question.

Traitement du cancer

Lorsqu'un cancer a été diagnostiqué chez un Assuré, l'Assureur remboursera les dépenses Raisonables et Habituelles médicalement nécessaires pour le Traitement du cancer dans un centre légal de cancérologie, dans les limites des maximums prévus dans le tableau des garanties. Ces Traitements (p. ex.: radiothérapie, chimiothérapie excluant les Traitements expérimentaux, consultations, examens, médicaments) doivent être administrés dans le cadre d'un

Traitement Ambulatoire ou hospitalier dans un hôpital ou un centre officiel de cancérologie après le diagnostic, le séjour à l'hôpital ou l'opération chirurgicale.

Le cancer est défini comme la croissance et la prolifération incontrôlables de cellules malignes et l'invasion et la destruction des tissus normaux pour laquelle un Traitement ou une opération majeure interventionniste (excluant les procédures endoscopiques seules) est considéré comme nécessaire. Le cancer doit être confirmé par preuve histologique de malignité.

Transplantation d'organe

Sont couvertes les dépenses Raisonables et Habituelles nécessaires pour la transplantation d'un organe dont l'Assuré est le receveur. Ces prestations seront remboursées durant la période de validité de la police d'assurance et ne peuvent dépasser en aucun cas les montants maximums repris dans le tableau des garanties. Le montant assuré comprend les honoraires des Médecins, la chambre d'hôpital (chambre privée standard) et toutes les autres dépenses médicales relatives au séjour à l'hôpital. L'autorisation préalable du médecin-conseil de l'Assureur est toujours nécessaire.

Les dépenses suivantes sont exclues de la couverture:

- frais relatifs à la recherche d'un donneur;
- frais relatifs à l'acquisition d'un organe (si un prix est réclamé pour l'organe);
- frais relatifs à l'extraction de l'organe chez le donneur.

Dialyses rénales

Si l'Assuré est atteint d'une déficience rénale telle que définie ci-dessous, l'Assureur remboursera les frais Raisonables et Habituels pour le Traitement Médicalement nécessaire des dialyses rénales à l'hôpital ou dans un centre de dialyse agréé, dans les limites spécifiées dans le tableau des garanties. De tels Traitements (dialyse excluant les consultations, examens, médicaments) doivent être administrés dans le cadre d'un Traitement Ambulatoire ou hospitalier.

Il faut entendre par déficience rénale le stade final d'une déficience rénale chronique et irréversible des deux reins résultant en la nécessité d'une dialyse rénale.

Les Traitements expérimentaux sont exclus de la couverture.

Accessoires médicaux

Remboursement des dépenses relatives aux prothèses auditives, les fournitures orthopédiques et béquilles, les membres artificiels, les chaises roulantes, etc.

Ambulance locale vers l'hôpital le plus proche

Remboursement des frais Raisonables et Habituels engagés pour le transport (aller et retour) en ambulance locale, jusqu'à l'hôpital (incluant une personne accompagnatrice)

le plus proche. Aucun remboursement n'aura lieu lorsque l'Assuré n'est pas hospitalisé. Le remboursement est sujet aux limites reprises dans le tableau des garanties.

Soins psychiatriques

Les soins psychiatriques Ambulatoires ne sont remboursés que lorsqu'ils sont prescrits ou prodigués par un Médecin. Le montant assuré comprend les honoraires des Médecins et/ou les honoraires de Traitement par un Généraliste, mais ne comprend pas les médicaments. Les médicaments sont couverts conformément aux conditions décrites pour les médicaments prescrits.

Les dépenses suivantes sont également assujetties aux mêmes limites que les soins psychiatriques Ambulatoires: ergothérapie, logopédie et/ou orthophonie, thérapie.

Traitement dentaire suite à un Accident

La Chirurgie dentaire n'est couverte que lorsqu'elle est nécessaire pour restaurer les dommages aux dents naturelles.

1.6. Accord préalable

L'ensemble des Traitements médicaux pendant l'Hospitalisation (à l'exception des admissions en urgence), ainsi que les Traitements de Chirurgie Ambulatoire et de soins de jour sont soumis à un accord préalable. Cela signifie qu'en cas d'Hospitalisation non urgente, de Chirurgie Ambulatoire ou de Traitement de Jour, pour lesquels le diagnostic de l'état de santé a été établi plus de cinq (5) jours avant l'admission effective à l'hôpital (ou avant le début du Traitement des soins de jour ou de la Chirurgie Ambulatoire), l'Administrateur doit être informé par écrit au plus tard cinq (5) jours avant l'exécution du Traitement (en cas d'accouchement, cinq (5) jours avant l'accouchement).

Les informations suivantes sont obligatoires:

- diagnostic;
- description du Traitement Médical requis;
- nom et adresse de l'hôpital où le Traitement sera administré;
- durée prévue du séjour à l'hôpital;
- coût estimé du Traitement.

En cas d'Hospitalisation d'urgence, l'Administrateur doit être informé le plus rapidement possible (normalement dans les quarante-huit (48) heures) et au plus tard avant la sortie de l'hôpital.

En cas de non-respect de ces exigences d'accord préalable, l'Assureur diminuera le remboursement de vingt-cinq (25) pour cent. Ceci implique que le remboursement des frais médicaux sera réduit à soixante-quinze (75) pour cent du montant auquel l'Assuré aurait normalement droit s'il/elle avait respecté les obligations imposées.

1.7. Restrictions et exclusions

Outre les exclusions mentionnées à l'article I-11 sont également exclus, les Traitements ou services suivants:

- Traitements considérés comme étant expérimentaux/ investigateurs conformément aux normes médicales professionnelles ainsi que les Traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires;
- Traitements médicaux non prescrits;
- Traitements de Médecine parallèle et/ou alternative autres que ceux explicitement mentionnés dans le tableau des prestations médicales;
- cures de rajeunissement et cures thermales, Traitement cosmétique et repos de convalescence;
- structures destinées aux personnes âgées, principalement soins de garde, services éducatifs et de revalidation;
- frais résultant de la maternité, la grossesse et l'accouchement durant les dix (10) premiers mois qui suivent la date d'admission de l'assurance, à moins que cette exclusion ne soit explicitement supprimée dans les Conditions Particulières;
- médicaments non prescrits;
- médicaments OTC ('over-the-counter', en vente libre), produits 'life style', produits diététiques, vitamines, compléments alimentaires et produits alimentaires, aliments pour bébé, eaux minérales, produits tonifiants, produits cosmétiques, etc.;
- frais liés à la stérilisation (à moins que ce ne soit indiqué dans le tableau des garanties);
- médicaments contraceptifs et de contrôle de naissance, même s'ils sont prescrits par un Médecin;
- coûts liés à un avortement sauf en cas de nécessité médicale absolue;
- Traitements cosmétiques/esthétiques à l'exception des Traitements réparateurs après un Accident;
- les coûts de procédures chirurgicales liés à la Chirurgie de correction oculaire (kératectomie et kératotomie, y compris les procédures LASIK et LASEK), sauf en cas de Maladie réfractive de la cornée, auquel cas, ces frais sont couverts comme tous les autres frais chirurgicaux;
- cours de rattrapage;
- frais liés à une césarienne élective lors de l'accouchement;
- opérations de changement de sexe et frais liés aux Traitements y afférents;
- lunettes solaires et Traitements orthoptiques;
- participation à tous types de sports soit comme professionnel, soit sous contrat percevant une rémunération, ainsi que tout entraînement préparatoire.

1.8. Procédure de remboursement/coordination des prestations — autres assurances/paiement des sinistres

1.8.1. Procédure de remboursement

Chaque demande de remboursement doit être soumise à l'Administrateur, par écrit, en utilisant les formulaires spéciaux disponibles auprès de l'Administrateur le plus rapidement possible après la survenance de l'événement donnant lieu aux frais de santé. Chaque demande de remboursement doit être accompagnée des documents justificatifs originaux, y compris toutes les factures pertinentes et preuves de paiement.

En cas d'Accident, l'Assuré doit, en outre, fournir les informations supplémentaires suivantes:

- date et description détaillée des circonstances et du lieu de l'Accident;
- identité des personnes impliquées ainsi que des témoins et des personnes éventuellement responsables;
- procès-verbal officiel des autorités locales (police ou autre).

1.8.2. Coordination des prestations — autres assurances

Si l'Assuré a droit à un remboursement de la part d'un autre Assureur ou d'un régime de sécurité sociale, la couverture, selon les conditions de l'art. II-1.5., sera appliquée sur la différence entre les dépenses éligibles et le remboursement effectué par l'autre Assureur.

Cependant, dans le cas où ExpatPlus est offert comme assurance complémentaire à l'autre Assureur (et ceci est reflété dans la prime d'ExpatPlus), le montant remboursé par l'autre Assureur sera déduit du remboursement déterminé en accord avec les conditions de l'art. II-1.5.

En tout cas, l'Assuré doit annexer à son formulaire (de demande de remboursement) les copies des factures médicales pertinentes ainsi que les notes de règlement originales (avec les détails des montants remboursés) fournies par l'autre Assureur ou par le régime de sécurité sociale concerné.

Le remboursement total ne pourra jamais dépasser le montant total des frais effectivement encourus par l'Assuré.

1.8.3. Paiement des sinistres médicaux

L'Administrateur effectuera le remboursement des frais médicaux Raisonables et Habituels couverts (jusqu'à concurrence des limites définies dans ces conditions générales) après la réception du formulaire de demande de remboursement et des pièces justificatives écrites des frais médicaux (factures originales des prestations médicales, etc.).

Les remboursements seront versés à l'Assuré, mais si ce dernier est décédé, le paiement sera effectué à la seule discrétion des Assureurs, à toute personne prouvant suffisamment avoir droit au paiement.

Les prestations peuvent être directement attribuées aux hôpitaux.

1.9. Renseignements et examens médicaux

Si la souplesse du règlement des sinistres liés à la couverture fournie par la police d'assurance l'exige, et conformément à la législation belge concernant la protection des données à caractère personnel, l'Assuré est obligé de fournir (directement ou via son Médecin) toutes les informations médicales nécessaires demandées par l'Assureur par l'intermédiaire de l'Administrateur. Les informations confidentielles peuvent être envoyées sous enveloppe scellée au médecin-conseil de l'Administrateur.

Si l'Assureur l'estime nécessaire pour l'évaluation d'un sinistre, il peut demander qu'un examen médical de l'Assuré soit exécuté par un Médecin nommé par l'Assureur, aux frais de ce dernier. L'Assuré peut demander à son propre Médecin d'être présent lors de cet examen, étant entendu que les honoraires de ce Médecin seront pris en charge par l'Assuré.

Au cas où l'Assuré et/ou les personnes à sa charge ne respecteraient pas les obligations ci-dessus visant à fournir les informations médicales demandées ou l'examen, l'Assureur peut refuser le paiement des prestations.

1.10. Prescription

Tout sinistre devra être déclaré à l'Administrateur le plus tôt possible. Pour certains traitements, un accord préalable est requis (Art. II-1.6.).

En tous cas, tout sinistre doit être déclaré à l'Administrateur dans les trois (3) ans après la survenance de l'événement donnant lieu au remboursement. Au-delà de ce délai de maximum trois (3) ans, aucun remboursement ne sera versé par l'Assureur.

Tableau des Garanties: Evacuation Médicale et Assistance

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
4. Evacuation Médicale et Assistance			
Evacuation / Rapatriement			
• Evacuation médicale d'urgence vers l'hôpital le plus proche ou rapatriement médical	100%	100%	100%
• Frais d'hébergement de l'assuré et d'une personne assurée (max. 10 jours)	€ 100 / jour £ 65 / jour \$ 125 / jour CHF 150 / jour	€ 100 / jour £ 65 / jour \$ 125 / jour CHF 150 / jour	€ 100 / jour £ 65 / jour \$ 125 / jour CHF 150 / jour
• Frais de transport d'un accompagnant assuré et des enfants mineurs si laissés sans surveillance	100% aller simple	100% aller simple	100% aller simple
Hospitalisation d'urgence en dehors de votre pays de résidence (> 5 jours pour les adultes; > 2 jours pour les enfants)			
• Frais de transport d'un membre de famille non-assuré	100%	100%	100%
• Frais d'hébergement (max. 10 jours)	€ 100 / jour £ 65 / jour \$ 125 / jour CHF 150 / jour	€ 100 / jour £ 65 / jour \$ 125 / jour CHF 150 / jour	€ 100 / jour £ 65 / jour \$ 125 / jour CHF 150 / jour
Assistance retour anticipé			
• Frais de transport en cas d'hospitalisation d'urgence du conjoint ou enfant (engageant le pronostic vital)	100%	100%	100%
• Frais de transport suite au décès de l'un de vos membres de famille du 1 ^{er} degré			
Envoi d'un collaborateur de remplacement (frais de transport)	100%	100%	100%
Envoi de médicaments sur place	100%	100%	100%
Frais de Recherche et/ou de Secours	€ 1.500 £ 1.000 \$ 1.875 CHF 2.250	€ 1.500 £ 1.000 \$ 1.875 CHF 2.250	€ 1.500 £ 1.000 \$ 1.875 CHF 2.250
Soutien psychologique (2 entretiens téléphoniques / assuré)	Remboursé	Remboursé	Remboursé
Avance de fonds à l'étranger en cas de vol de vos papiers d'identité, titres de transport etc.	€ 400 £ 260 \$ 500 CHF 600	€ 400 £ 260 \$ 500 CHF 600	€ 400 £ 260 \$ 500 CHF 600
Assistance décès			
• Rapatriement du corps	100%	100%	100%
• Frais de transport des membres assurés de la famille	100%	100%	100%
5. Responsabilité Civile Personnelle⁴			
Plafond tous dommages confondus / événement	max. € 4.500.000 max. £ 3.000.000 max. \$ 5.625.000 max. CHF 6.750.000	max. € 4.500.000 max. £ 3.000.000 max. \$ 5.625.000 max. CHF 6.750.000	max. € 4.500.000 max. £ 3.000.000 max. \$ 5.625.000 max. CHF 6.750.000
Dommages corporels causés à des tiers / sinistre	max. € 4.500.000 max. £ 3.000.000 max. \$ 5.625.000 max. CHF 6.750.000	max. € 4.500.000 max. £ 3.000.000 max. \$ 5.625.000 max. CHF 6.750.000	max. € 4.500.000 max. £ 3.000.000 max. \$ 5.625.000 max. CHF 6.750.000
Dommages matériels causés à des tiers / sinistre	max. € 450.000 max. £ 300.000 max. \$ 562.500 max. CHF 675.000	max. € 450.000 max. £ 300.000 max. \$ 562.500 max. CHF 675.000	max. € 450.000 max. £ 300.000 max. \$ 562.500 max. CHF 675.000
Franchise / sinistre	€ 75 £ 50 \$ 100 CHF 112,50	€ 75 £ 50 \$ 100 CHF 112,50	€ 75 £ 50 \$ 100 CHF 112,50

4 Responsabilité Civile Personnelle incluse : - pour les individus si le pays d'origine et/ou d'accueil se trouve dans l'EEE;
- pour les entreprises si le titulaire de la police réside dans l'EEE.

II-2. Evacuation Médicale et Assistance

2.1. But et admission

Le but de cette couverture est de fournir aux Assurés les services mentionnés à l'art. II-2.3., et plus particulièrement les services médicaux d'évacuation et de rapatriement partout dans le monde.

Chaque personne acceptée par l'assurance Maladie ExpatPlus et âgée de moins de soixante-quinze (75) ans peut automatiquement bénéficier de ces services.

Cependant, les nouveau-nés ne sont couverts par la couverture d'évacuation sanitaire d'urgence et de rapatriement qu'à partir de leur trente et unième (31e) jour.

2.2. Définitions

Cet article établit la liste des définitions pertinentes pour cette couverture et qui ne sont pas repris au Chapitre I, art. 2.

'Famille'

Ascendants, descendants et enfants à charge de moins de vingt-huit (28) ans.

'Frais funéraires'

Frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagement spécifique au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement et de cercueil du modèle le plus simple, nécessaire au transport et conforme à la législation locale, à l'exclusion des frais d'inhumation, d'embaumement et de cérémonie.

2.3. Description des prestations

Pour les montants et limites spécifiques relatives à cette couverture, il y a lieu de se référer au tableau des garanties.

2.3.1. Assistance rapatriement, Maladie, Accident et événements imprévus

Si l'état de santé de l'Assuré nécessite un rapatriement, l'Assisteuse vous assiste de la façon suivante:

- organisation et prise en charge de son retour ou de son transport vers un hôpital;
- organisation et prise en charge de son retour à domicile, soit dans son Pays d'Origine, soit dans son pays de séjour;
- organisation et prise en charge du transport vers l'hôpital le plus proche du domicile de l'Assuré et/ou le mieux équipé pour prodiguer les soins exigés par l'état de santé de l'Assuré;

- Dans ce dernier cas, si l'Assuré le souhaite, l'Assisteuse peut organiser et prendre en charge ensuite, dès que l'état de santé de l'Assuré le permet, le retour dans le pays de séjour de l'Assuré;
- organisation et prise en charge du retour d'un accompagnant Assuré et des enfants mineurs. L'Assisteuse organise et prend également en charge, après accord de son service médical, le voyage d'un Assuré vers un autre Assuré en vue d'accompagner ce dernier. L'Assisteuse couvre le retour au domicile des enfants mineurs qui voyageaient avec l'Assuré si aucun membre majeur de la famille de l'Assuré n'est présent sur place à leurs côtés et si le rapatriement de l'Assuré a lieu plus de vingt-quatre (24) heures avant la date de retour initial des enfants mineurs;
- remboursement des frais d'hébergement de l'Assuré et des personnes à sa charge (sur présentation des justificatifs et dans les limites figurant dans le tableau des garanties) à partir de la date d'immobilisation de l'Assuré jusqu'à son rapatriement dans le Pays d'Origine.

Tous les frais médicaux (frais d'Hospitalisation, visites médicales, paiements des garanties et remboursement) seront gérés et réglés par l'Administrateur.

L'Assisteuse sera responsable de la mise en œuvre des services relatifs aux Urgences Médicales tels que les Hospitalisations et les rapatriements. L'Administrateur devra être avisé des Hospitalisations urgentes, délivrera les garanties de paiement et sera responsable de la bonne gestion du dossier. Les Hospitalisations urgentes ou non ne nécessitant pas de rapatriement seront directement gérées par l'Administrateur.

Important

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical de l'Assuré.

Les Médecins de l'Assisteuse se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le Médecin Traitant habituel de l'Assuré, afin de réunir les informations permettant de prendre des décisions les mieux adaptées à l'état de santé de l'Assuré.

Le rapatriement de l'Assuré est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Si l'Assuré refuse de suivre les décisions prises par le service médical de l'Assisteuse, il décharge l'Assisteuse de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd tout droit à une prestation ou une indemnisation de la part de l'Assisteuse.

Par ailleurs, l'Assisteuse ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi encourus.

2.3.2. Hospitalisation sur place

L'Assisteur couvre le billet de retour, pour qu'un membre de la famille de l'Assuré se rende à son chevet si l'Assuré est hospitalisé plus de cinq (5) jours (plus de quarante-huit (48) heures pour les enfants mineurs ou les personnes handicapées qui ne sont pas accompagnés par un membre de la famille majeur pendant leur séjour).

En outre, sur présentation des justificatifs et dans la limite du montant figurant dans le tableau des garanties, les frais d'hébergement supplémentaires encourus par cette personne seront remboursés.

Cette prestation ne peut pas être cumulée avec la garantie 'Assistance et couverture retour anticipé d'une personne accompagnante Assurée et des enfants mineurs'.

2.3.3. Assistance retour anticipé

L'Assisteur organise et prend en charge, dans la mesure où les moyens initialement prévus pour le retour de l'Assuré dans son Pays d'Origine ne peuvent pas être utilisés, les frais du voyage retour dans les cas suivants:

- en cas de Maladie ou d'Accident entraînant une Hospitalisation d'urgence du conjoint de droit ou de fait de l'Assuré, de l'un de ses descendants mineurs ou handicapés, ne participant pas au voyage et vivant dans le Pays d'Origine de l'Assuré, débutant pendant la durée du séjour de l'Assuré ou engageant le pronostic vital selon l'avis du service médical de l'Assisteur;
- afin d'assister aux obsèques, suite au décès du conjoint de droit ou de fait de l'Assuré, de l'un de ses ascendants, descendants, frères, sœurs, de son tuteur légal, de la personne placée sous sa tutelle, ne participant pas au voyage, vivant dans le Pays d'Origine de l'Assuré et âgé de moins de quatre-vingt-cinq (85) ans.

2.3.4. Assistance en cas d'interruption de la mission professionnelle de l'Assuré

En cas d'interruption de la mission professionnelle de l'Assuré suite à un événement couvert, l'Assisteur prend en charge les frais de transport encourus par l'entreprise de l'Assuré pour permettre à un collaborateur de remplacement de poursuivre la mission interrompue.

2.3.5. Envoi de médicaments sur place

Sous réserve de l'accord du Médecin Traitant prescripteur de l'Assuré, l'Assisteur couvre les frais d'envoi de médicaments qui ne sont pas disponibles sur place à condition que:

- ces médicaments soient indispensables à un Traitement Médical en cours;
- aucun médicament équivalent ne peut être prescrit sur place;

- les règlements sanitaires ou douaniers nationaux ou internationaux ne s'opposent pas à une telle expédition.

Les médicaments seront envoyés dans les meilleurs délais. L'Assisteur ne peut, toutefois, pas être tenu pour responsable des délais imputables aux organismes de transport sollicités ni d'une éventuelle indisponibilité des médicaments.

2.3.6. Frais de recherche et/ou de secours

L'Assisteur rembourse les frais de recherche en mer ou en montagne et/ou les frais de secours encourus dans la limite des maximums figurant dans le tableau des garanties.

2.3.7. Soutien psychologique

En cas de traumatisme important suite à une Maladie ou à un Accident couvert, l'Assisteur met à la disposition de l'Assuré son service d'écoute et d'accompagnement téléphonique à concurrence de deux (2) appels.

2.3.8. Assistance événements imprévus

2.3.8.1 Communication avec la famille et l'entreprise de l'Assuré

Si l'Assuré ne peut plus communiquer avec sa famille ou son entreprise, mais a réussi à joindre l'Assisteur, ce dernier transmettra les messages urgents.

2.3.8.2 Vols des papiers d'identité, des cartes de crédit, des titres de transport ou de documents professionnels de l'Assuré

Si les documents d'identité, les cartes de crédit et/ou les titres de transport de l'Assuré sont volés:

- l'Assisteur peut le conseiller sur les démarches à entreprendre;
- l'Assisteur peut joindre les institutions financières pour faire opposition sur les comptes de l'Assuré, dans la mesure où l'Assuré donne procuration écrite dans ce sens par fax;
- si l'Assuré ne dispose plus d'aucun moyen de paiement, l'Assisteur lui accorde une avance de fonds d'un montant ne pouvant excéder le plafond mentionné dans le tableau des garanties.

Dans ce cas, l'Assuré dispose d'un délai de trois (3) mois, à compter de la mise à disposition des fonds, pour rembourser à l'Assisteur cette avance ou les frais encourus par l'Assisteur au nom de l'Assuré. Passé ce délai de trois (3) mois, l'Assisteur est en droit d'exiger, en outre, des frais et intérêts légaux.

2.3.9. Assistance en cas de décès

En cas de décès de l'Assuré, l'Assisteur organise et/ou prend en charge:

2.3.9.1 Transport du corps

- le transport du corps du lieu de mise en bière au lieu d'inhumation dans le Pays d'Origine ou au lieu d'enterrement sur place;
- les frais nécessaires pour le transport du corps;

2.3.9.2 Frais de transport des membres de famille

les frais supplémentaires de retour des membres Assurés de la famille du défunt dans le Pays d'Origine dans la mesure où les moyens initialement prévus pour leur retour ne peuvent plus être utilisés du fait du décès.

2.3.10. Assistance complémentaire Expat

L'Assuré a accès à un site Internet dédié lui permettant de consulter les informations sanitaires et géopolitiques de la zone géographique de son Pays d'Accueil, notamment la liste d'établissements de soins et des praticiens, ainsi que toutes les informations pratiques (traduction de termes médicaux, liste des ambassades...), les liens vers des prestataires de services (p. ex. loueurs de voitures), des plans d'aéroports, des plans de villes et un guide comportemental du pays dans lequel l'Assuré se trouve.

2.4. Exclusions

2.4.1. Sont exclus de la couverture:

- les frais encourus sans l'accord préalable de l'Assisteur;
- les conséquences d'une Maladie en cours de Traitement non consolidée pour laquelle l'Assuré est en convalescence;
- les conséquences d'une Maladie survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic ou de Traitement;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de Traitement, récidives) d'une Maladie ayant donné lieu à deux (2) rapatriements précédents;
- les conséquences d'une Maladie ou de lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place;
- la grossesse (sauf complication nette et imprévisible), l'interruption volontaire de grossesse, les fécondations in vitro et leurs conséquences;
- l'évacuation/le rapatriement suite à un état psychiatrique;
- les conséquences:
 - de situations à risque infectieux en contexte épidémique;
 - de l'exposition à des agents biologiques infectieux;
 - de l'exposition à agents chimiques type gaz de combat;
 - de l'exposition à des agents incapacitants;
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du Pays d'Accueil de l'Assuré, sauf survenance subite après son arrivée sur le lieu de contamination;
- la participation de l'Assuré à tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires;

- le non-respect par l'Assuré d'interdictions officielles ainsi que le non-respect par l'Assuré des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive;
- les conséquences d'un Accident survenu lors de la pratique par l'Assuré d'un sport aérien (y compris le deltaplane, le parapente, le planeur) ou de l'un des sports suivants: Skelton, bobsleigh, saut à ski, alpinisme avec passage en cordée, varappe, plongée sous-marine avec appareil autonome, spéléologie, saut à l'élastique, parachutisme;
- les frais expressément non mentionnés comme donnant lieu à un remboursement, ainsi que les frais de restauration et toute dépense pour lesquels l'Assuré ne pourrait fournir de justificatif.

2.4.2. En outre, l'Assisteur n'assure jamais les conséquences des circonstances et événements suivants:

- la guerre civile ou étrangère, les émeutes, les mouvements populaires, les grèves, les prises d'otage, la manipulation d'armes;
- la participation volontaire à des paris, crimes ou rixes, sauf en cas de légitime défense;
- tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant;
- les actes intentionnels et fautes dolosives, y compris le suicide et les tentatives de suicide;
- la consommation d'alcool, de drogues et de toute substance stupéfiante non prescrite par un Médecin;
- les événements dont la responsabilité pourrait incomber soit à l'organisateur du voyage en application des titres VI et VII de la loi française n° 92-645 du 13 juillet 1992 fixant les conditions d'exercice des activités d'organisation et de vente de séjours, soit au transporteur, notamment en raison de sécurité aérienne et/ou de surréservation;
- le refus de l'Assuré d'embarquer sur le vol initialement prévu par l'organisme habilité.

2.5. Engagement financier de l'Assisteur

L'organisation par l'Assuré ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-dessus ne peut donner lieu à un remboursement que si l'Assisteur en a été prévenu préalablement et a donné son accord exprès, notamment sur les moyens à utiliser, en communiquant par fax, e-mail, télégramme ou télex, un numéro de dossier. Les frais exposés seront alors remboursés sur présentation de justificatifs, dans la limite de ceux que l'Assisteur aurait engagés pour organiser le service.

2.6. Subrogation

L'Assisteur est subrogé jusqu'à concurrence des indemnités payées et des services fournis par lui dans les droits et actions du Preneur d'Assurance ou de l'Assuré contre toute personne responsable de faits ayant motivé son intervention.

Lorsque les prestations fournies en exécution du contrat seront couvertes en tout ou en partie par un régime de caisse nationale de sécurité sociale ou par toute autre institution, l'Assisteur sera subrogé dans les droits et l'action de l'Assuré contre lesdits régimes ou institutions.

2.7. Prescription

Toute action découlant de la couverture Evacuation Médicale et Assistance est prescrite dans un délai de deux (2) ans à compter de la date de l'événement.

2.8. Procédure en cas de sinistres

2.8.1. Demande d'assistance

L'Assuré doit contacter l'Assisteur ou faire contacter l'Assisteur par un tiers, dès que la situation de l'Assuré le laisse supposer un retour anticipé ou une évacuation d'urgence ou des dépenses entrant dans le champ de cette couverture.

L'Assisteur est disponible vingt-quatre (24) heures sur vingt-quatre (24) et sept (7) jours sur sept (7) par téléphone au + 32 3 217 69 78.

L'Assuré recevra immédiatement un numéro de dossier et l'Assisteur lui demandera de:

- préciser le numéro de contrat n° 241 676;
- d'indiquer l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut joindre l'Assuré, ainsi que les coordonnées des personnes qui s'occupent de lui;
- permettre aux Médecins de l'Assisteur l'accès à toutes les informations médicales qui concernent l'Assuré.

2.8.2. Demande de remboursement

Afin de bénéficier du remboursement des frais encourus par l'Assuré avec l'accord de l'Assisteur, l'Assuré doit fournir tous les documents justificatifs permettant d'établir le bien-fondé de sa demande.

Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par l'Assisteur ne donnent pas droit à un remboursement ni à une indemnité compensatoire.

2.8.3. Prise en charge d'un transport

Lorsque l'Assisteur organise et prend en charge un transport au titre de ses garanties, il est effectué en train 1re classe et/ou en avion classe touriste ou encore en taxi, selon la décision de l'Assisteur. Dans ce cas, l'Assisteur devient propriétaire des billets initiaux et l'Assuré s'engage à les restituer à

l'Assisteur ou à rembourser le montant dont il a pu obtenir le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ces titres de transport.

2.9. Cadre des interventions d'assistance

L'Assisteur intervient dans le cadre des lois et règlements nationaux et internationaux et ses prestations sont subordonnées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités administratives compétentes.

Par ailleurs, l'Assisteur ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des services convenus à la suite d'un cas de force majeure ou d'événements mentionnés à l'art. II-2.4.

II-3. Responsabilité civile vie privée à l'étranger

3.1. Objet

L'Assisteur garantit les conséquences financières de la responsabilité civile que l'Assuré peut encourir, en application de la législation ou de la jurisprudence du pays dans lequel se trouve l'Assuré, en raison des dommages:

- corporels;
- matériels;
- immatériels consécutifs à des dommages corporels ou matériels garantis, résultant d'un Accident survenu au cours de la vie privée de l'Assuré et causés à un tiers par le fait de l'Assuré, le fait de personnes dont il est responsable ou le fait des choses ou des animaux dont il a la garde.

3.2. Subsidiarité

La garantie est acquise à l'Assuré durant son séjour à l'étranger uniquement dans les pays où il ne bénéficie pas d'une assurance de responsabilité civile souscrite ailleurs.

3.3. Montant de la garantie

Les garanties sont accordées dans la limite des plafonds figurant dans le tableau des garanties, étant entendu que:

- la limite par événement figurant dans le tableau des garanties constitue le montant maximum garanti pour un (1) même événement, tous dommages confondus: corporels, matériels, immatériels directement consécutifs;
- dans tous les cas, une Franchise par sinistre de 75 EUR/50 GBP/100 USD/112,50 CHF sera appliquée.

3.4. Exclusions de la garantie

Outre les exclusions mentionnées à l'art. I-11., sont également exclues les conséquences:

- des dommages causés aux membres de la famille de l'Assuré, à ses préposés, salariés ou non, dans l'exercice de leurs fonctions ou à toute autre personne ayant la qualité d'Assuré au titre du présent contrat;
- des dommages causés aux animaux ou aux objets qui appartiennent à l'Assuré ou qui lui sont loués, prêtés ou confiés;
- des dommages causés par:
 - tout véhicule terrestre à moteur répondant à la définition de l'article L 211-1 du Code des assurances;
 - tout véhicule terrestre construit en vue d'être attelé à un véhicule terrestre à moteur;
 - tout appareil de navigation aérienne, maritime ou fluviale;

- des dommages résultant de la pratique de la chasse, de tous sports mécaniques (automobile, motocyclette et plus généralement tout véhicule terrestre à moteur), de tous sports aériens;
- des dommages causés aux tiers et résultant de l'organisation, la préparation ou la participation à une compétition organisée sous l'égide d'une fédération sportive, soumise à autorisation administrative ou à une obligation d'assurance légale;
- des dommages occasionnés au cours de l'activité professionnelle de l'Assuré ou lors de sa participation à une activité organisée par une association sans but lucratif, une institution ou une collectivité;
- de la responsabilité contractuelle de l'Assuré;
- de la responsabilité que l'Assuré peut encourir en raison d'un incendie, d'une explosion ou d'un dégât des eaux.

En outre, les amendes ainsi que toutes condamnations pécuniaires prononcées à titre de sanction et ne constituant pas la réparation directe d'un dommage corporel ou matériel ne sont jamais garanties.

3.5. Application des procédures dans le temps

Le fonctionnement de la garantie dans le temps est précisé par la loi n° 2003-706 du 1er août 2003.

La garantie déclenchée par le fait dommageable couvre l'Assuré contre les conséquences pécuniaires de sa responsabilité, dès lors que le fait dommageable survient entre la prise d'effet initiale de la garantie et sa date de résiliation ou d'expiration quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre.

3.6. Procédure en cas de sinistre

- L'Assuré ne doit accepter aucune reconnaissance de responsabilité, ni aucune transaction sans l'accord de l'Assisteur. Toutefois, l'aveu d'un fait matériel ou l'exécution d'un simple devoir d'assistance ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité. L'Assuré doit déclarer à l'Assisteur le sinistre, par écrit, dans les cinq (5) jours ouvrés à compter du jour où il en a eu connaissance, sauf en cas fortuit ou de force majeure. Passé ce délai, si l'Assisteur subit un préjudice du fait de la déclaration tardive, l'Assuré perd tout droit à une indemnité.
- En cas de procédure engagée contre l'Assuré, l'Assuré donne à l'Assisteur tout pouvoir pour diriger le procès et exercer toute voie de recours devant les juridictions civiles ou pour associer l'Assisteur à la défense de l'Assuré et exercer les voies de recours sur les intérêts civils devant les juridictions pénales. L'Assuré doit transmettre à l'Assisteur, dès réception, toute convocation, assignation, acte extrajudiciaire et élément de procédure qui lui serait adressé ou signifié. En cas de retard dans la transmission de ces pièces, l'Assisteur peut réclamer à

l'Assuré une indemnité proportionnelle au préjudice subi (art. L 113-11 du Code des assurances).

Si l'Assuré manque à ses obligations postérieurement au sinistre, l'Assisteur indemnise les tiers lésés et leurs ayants droit, mais il peut agir contre l'Assuré pour recouvrer les sommes versées.

3.7. Dispositions prévues en cas d'attribution d'une rente à une victime par décision judiciaire

Si une acquisition des titres est ordonnée pour sûreté du versement d'une rente, l'Assisteur constitue cette garantie à hauteur du montant de sa prise en charge.

Si aucune garantie n'est ordonnée, la valeur de la rente en capital est calculée d'après les règles applicables pour le calcul de la réserve mathématique de cette rente. Si cette valeur est inférieure au montant de la garantie de l'Assisteur, la rente est intégralement à sa charge. Si elle est supérieure, seule la partie de la rente correspondant en capital au montant de la garantie de l'Assisteur est à sa charge.

ASSURANCES COMPLEMENTAIRES

II-4. Traitement Dentaire

4.1. Éligibilité

L'assurance Traitement Dentaire est uniquement ouverte aux personnes qui sont admises à l'Assurance Internationale Médicale.

Le choix de souscrire l'assurance Traitement Dentaire doit s'effectuer au niveau familial en ce sens que tous les membres d'une même famille, c'est-à-dire l'Assuré et ses Personnes à Charge qui sont admis à l'Assurance Internationale Médicale, doivent:

- souscrire l'assurance Traitement Dentaire ou non (c'est-à-dire tous les membres de la famille ou aucun);
- opter pour le même plan dentaire ('Basic' ou 'Comprehensive').

Si la couverture facultative soins dentaires a été souscrite, elle doit être maintenue pendant au moins un (1) an (à moins qu'il ne soit mis fin au contrat d'assurance).

4.2. Etendue territoriale de l'assurance

En ce qui concerne les Assurances Internationale Médicale et Traitement Dentaire, le Preneur d'Assurance a la liberté de choisir entre deux (2) zones géographiques de couverture:

- couverture monde entier
- couverture monde entier à l'exception des dépenses encourues aux USA/Canada.

Toutefois, les dépenses médicales engendrées directement par un Accident ou une Urgence Médicale lors d'un séjour aux USA ou au Canada ne dépassant pas quatre-vingt-dix (90) jours au total seront remboursées dans les limites de la couverture. Les frais ne seront pas couverts lorsque la condition médicale justifiant des soins médicaux existait avant le voyage et constituait l'objet du voyage aux USA ou au Canada.

4.3. Garanties

Seuls les frais jugés Raisonnable et Habituel peuvent être pris en considération pour le remboursement et sont sujets aux limites et plafonds mentionnés dans le tableau des garanties ci-après.

4.3.1. Soins dentaires de base

La couverture soins dentaires de base comprend maximum deux (2) consultations périodiques de routine par an, les

Traitements prophylactiques, les plombages, les Traitements canalaires, l'extraction, le Traitement paradentaire, le Traitement de la paradentose, le Traitement des gencives, etc.

4.3.2. Soins dentaires majeurs

La couverture soins dentaires majeurs couvre les bridges, les implants dentaires, le Traitement orthodontique et les prothèses dentaires (dentiers, couronnes, inlays). Le montant couvert comprend les honoraires du dentiste (ou Chirurgien dentaire). La Chirurgie dentaire tombe également sous la définition des soins dentaires majeurs.

4.4. Délai d'attente et limite d'âge

- Un délai d'attente de douze (12) mois s'applique pour tous les soins dentaires majeurs. Il est possible de déroger au délai d'attente pour les groupes. Cette dérogation est uniquement valable si elle est explicitement mentionnée dans les Conditions Particulières.
- Le Traitement orthodontique est uniquement couvert s'il a commencé avant l'âge de quinze (15) ans.

4.5. Autres conditions

Outre les conditions générales de la police telles que stipulées au Chapitre I des conditions générales, les conditions de l'art. II-1.8. jusqu'à l'art. II-1.10. inclus s'appliquent également à l'assurance dentaire.

Tableau des Garanties: Traitement Dentaire

	BASIC	COMPREHENSIVE
Plafond annuel par assuré	€ 3.000 £ 2.000 \$ 3.750 CHF 4.500	€ 5.000 £ 3.250 \$ 6.250 CHF 7.500
Soins dentaires de base	80% jusqu'à € 1.500 80% jusqu'à £ 1.000 80% jusqu'à \$ 1.875 80% jusqu'à CHF 2.250	100% jusqu'à € 2.500 100% jusqu'à £ 1.625 100% jusqu'à \$ 3.125 100% jusqu'à CHF 3.750
Soins dentaires Majeurs Les traitements orthodontiques sont seulement couverts lorsqu'ils sont initiés avant l'âge de 15 ans. Un délai d'attente de 12 mois s'applique pour tous soins dentaires majeurs.	60% jusqu'à € 1.500 60% jusqu'à £ 1.000 60% jusqu'à \$ 1.875 60% jusqu'à CHF 2.250	80% jusqu'à € 2.500 80% jusqu'à £ 1.625 80% jusqu'à \$ 3.125 80% jusqu'à CHF 3.750

II-5. Assurance Décès et Invalidité Accidentels

5.1. Objet et éligibilité

L'assurance Décès et Invalidité Accidentels a pour but de garantir:

- le paiement d'un capital forfaitaire en cas de décès suite à un Accident
ou
- le paiement d'un capital forfaitaire en cas d'Invalidité permanente de minimum vingt (20) pour cent suite à un Accident.

L'assurance Décès et Invalidité Accidentels peut être souscrite pour ou par l'Expatrié ainsi que par ses Personnes à Charge adultes, comme définies au Chapitre I.

5.2. Prescription pour la déclaration d'Accident, l'évaluation des sinistres et le paiement des prestations

5.2.1. Prescription pour la déclaration d'Accident

Tout Accident provoquant (ou qui peut provoquer) l'Invalidité permanente ou le décès de l'Assuré doit être déclaré par écrit à l'Assureur ou à l'Administrateur dans un délai maximum de quinze (15) jours après l'Accident.

La déclaration de l'Accident doit contenir l'information détaillée sur la cause de l'Accident et la nature des Blessures.

5.2.2. Prescription pour l'évaluation des sinistres et le paiement des prestations

En cas de Décès Accidentel, survenant dans les douze (12) mois après la date de l'Accident provoquant le décès, il sera versé un capital forfaitaire aux bénéficiaires désignés de l'Assuré décédé, tels qu'indiqués sur le formulaire 'Désignation des bénéficiaires'.

En cas d'Invalidité permanente, l'Invalidité doit être reconnue médicalement au plus tard un (1) an après la date de l'Accident. Cependant, si l'état de santé de l'Assuré n'est pas complètement stabilisé au bout de deux (2) ans après la date de l'Accident, le degré de l'Invalidité permanente sera évalué sur la base de l'état de santé de l'Assuré à la fin de cette période de deux (2) ans.

5.3. Montant de la garantie assurée

Le montant de la garantie assurée est précisé dans les Conditions Particulières. Cependant, le montant minimal assurable s'élève à 50.000 EUR/32.500 GBP/62.500 USD/75.000 CHF et peut être porté à un montant assurable maximum de

500.000 EUR/325.000 GBP/625.000 USD/750.000 CHF. Les primes et les prestations (sommes forfaitaires) sont calculées sur la base du montant assuré.

5.4. Prestations assurées

5.4.1. Décès suite à un Accident

En cas de décès de l'Assuré, suite à un Accident, le capital forfaitaire à payer par l'Assureur (aux bénéficiaires de l'Assuré) sera égal à cent (100) pour cent du montant assuré, mentionné dans les Conditions Particulières.

Si l'Assureur a payé une prestation pour une Invalidité permanente suite à un Accident, la prestation à payer en cas de décès (dans le délai mentionné à l'article II-5.2. causé par le même Accident provoquant l'Invalidité vient en déduction du montant déjà payé pour l'Invalidité.

5.4.2. Invalidité permanente suite à un Accident

En cas d'Invalidité permanente de l'Assuré, suite à un Accident, le capital forfaitaire à payer par l'Assureur (à l'Assuré) sera égal au montant assuré (comme mentionné dans les Conditions Particulières), multiplié par le degré d'Invalidité (pourcentage), le dernier étant déterminé conformément au tableau d'Invalidité ci-après. L'Invalidité permanente d'un degré inférieur à vingt (20) pour cent ne remplit pas la condition requise pour le paiement d'une prestation.

Si l'Invalidité permanente suite à l'Accident s'élève à vingt (20) pour cent ou plus de vingt (20) pour cent conformément au tableau d'Invalidité ci-après, la prestation s'élève au pourcentage correspondant (%) du montant assuré.

5.5. Evaluation du degré de l'Invalidité permanente et utilisation du tableau d'Invalidité

5.5.1. Tableau d'Invalidité

Le tableau suivant sera appliqué afin de déterminer le degré d'Invalidité.

Tableau d'Invalidité

Paralysie totale	100%	
Cécité totale	100%	
Maladie mentale incurable	100%	
Amputation ou la perte permanente de l'utilisation:		
a) des deux bras ou des deux mains;	100%	
b) des deux jambes ou des deux pieds;	100%	
c) d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied.	100%	
Toute perte de vue avec l'enlèvement de l'œil	50%	
Perte de vue d'un œil	45%	
Perte d'os du crâne formant un trou dans le crâne:		
a) d'au moins 6 cm ² ;	40%	
b) de 3 à 6 cm ² ;	20%	
c) de moins de 3 cm ² .	10%	
Perte auditive totale et incurable des deux oreilles	100%	
Perte auditive totale et incurable d'une oreille	50%	
Amputation de la mâchoire inférieure		
a) totale	70%	
b) partielle (branche droite plus la totalité ou la moitié de l'os du maxillaire)	40%	
Perte des dents de la mâchoire supérieure et inférieure et de leurs alvéoles (impossibilité de fixer la prothèse dentaire)	10 to 30%	
Prothèse possible avec amélioration fonctionnelle établie	1 to 10%	
	Droit	Gauche
Perte totale de la main ou du bras	75%	60%
Paralysie totale du membre supérieur	65%	55%
Paralysie totale du nerf circonflexe	20%	15%
Paralysie totale du nerf médiane	45%	35%
Paralysie totale du nerf cubital du coude	30%	25%
Paralysie totale du nerf de la main	20%	15%
Paralysie totale du nerf radial au-dessus du triceps	40%	30%
Ankylose complète de l'épaule:		
a) avec immobilisation de l'omoplate;	65%	55%
b) avec mobilité de l'omoplate.	35%	25%
Fracture du bras supérieur: (pseudo-arthrose constituée)	30%	25%
Perte totale du mouvement du coude:		
a) en position défavorable;	40%	35%
b) en position favorable.	25%	20%
Fracture non-consolidée de l'avant-bras: (pseudo-arthrose constituée)		
a) les deux os;	25%	20%
b) un os.	10%	8%
Perte totale du mouvement du poignet		
a) en position défavorable (flexion, prolongements obligatoires ou supination);	40%	30%
b) en position favorable (rectitude ou pronation).	20%	15%

Amputation du pouce			
a) totale;	20%	18%	
b) partielle (phalange).	10%	8%	
Ankylose du pouce			
a) totale;	15%	12%	
b) partielle (phalange).	10%	8%	
Amputation de l'index			
a) totale;	16%	14%	
b) deux phalanges;	12%	10%	
c) une phalange.	6%	5%	
Amputation du deuxième doigt	12%	10%	
Amputation du troisième doigt	10%	8%	
Amputation du quatrième doigt	8%	6%	
Paralysie totale des membres inférieurs			60%
Paralysie totale du sciatique poplité interne			30%
Paralysie totale du sciatique poplité externe			30%
Paralysie totale des deux sciatiques poplités			40%
Raccourcissement d'un membre inférieur			
a) d'au moins 5 centimètres;		30%	
b) de 3 à 5 centimètres;		20%	
c) de 1 à 3 cm.		10%	
Ankylose complète de la hanche			
a) en position défavorable (flexion, adduction ou abduction);		60%	
b) en position droite.		40%	
Amputation du fémur			
a) moitié supérieure et la jambe;		60%	
b) moitié inférieure et la jambe.		50%	
Fracture non-consolidée du fémur ou des deux os des jambes (pseudo-arthrose constituée)		50%	
Ankylose complète du genou			
a) en flexion (de 130 degrés);		50%	
b) en rectitude ou presque en rectitude.		25%	
Gonarthrose chronique selon le degré d'atrophie musculaire	3 to 20%		
Rupture non-consolidée de la rotule avec gros écartement des fragments et gêne considérable des mouvements d'extension de la jambe		40%	
Amputation d'une jambe		50%	
Ankylose tibio-tarsienne		15%	
Amputation d'un pied:			
a) totale (désarticulation tibio-tarsienne);		50%	
b) sub-astragale;		40%	
c) media-tarian;		35%	
d) tarso-métatarsien.		30%	
Amputation de tous les orteils		20%	
Amputation du grand orteil		10%	
Amputation d'un orteil autre que le grand orteil		3%	
Ankylose du grand orteil		3,5%	

5.5.2. Caractère permanent de l'Invalidité

Afin de remplir les conditions requises pour le paiement de la prestation assurée, l'Invalidité doit avoir un caractère permanent, ce qui signifie qu'elle a été déterminée d'un point de vue médical, que la continuation du Traitement Médical ne provoquera aucune amélioration significative de l'état de santé du patient, et que l'Invalidité sera définitive et irréversible.

5.5.3. Etat d'infirmité préexistant

Un état d'infirmité préexistant des membres ou d'organes ne sera pas pris en considération pour l'évaluation des Blessures causées par l'Accident.

5.5.4. Degré maximum de l'Invalidité

Le degré maximum de l'Invalidité ne peut excéder cent (100) pour cent. En aucun cas la somme à payer par l'Assureur ne peut excéder cent (100) pour cent de la somme assurée.

5.5.5. Blessures multiples affectant le même membre

En cas de Blessures ou d'infirmités multiples résultant du même Accident ou d'Accidents successifs, chaque Blessure ou infirmité sera évaluée séparément. Néanmoins, la somme des Blessures ou infirmités affectant un membre ne peut pas conduire à un degré d'Invalidité qui excède le degré d'Invalidité correspondant à la perte totale du membre affecté.

5.5.6. Infirmités non mentionnées dans le tableau d'Invalidité

En ce qui concerne les infirmités non mentionnées dans le tableau d'Invalidité, le degré de l'Invalidité sera déterminé par référence aux événements ou infirmités enregistrés: le tableau d'Invalidité sera appliqué comme indication pour évaluer le degré de l'Invalidité par analogie avec les événements enregistrés.

La somme payable ne sera en aucun cas inférieure au montant à payer pour un même événement ou infirmité analogue raisonnable, enregistré dans le tableau d'Invalidité.

5.5.7. Perte fonctionnelle totale d'un membre

La perte fonctionnelle totale d'un membre sera considérée égale à la perte du membre lui-même.

5.5.8. Personnes gauchères

Les personnes gauchères, ayant indiqué qu'elles sont gauchères sur la déclaration de l'état de santé, recevront des prestations liées au membre supérieur droit en lieu et place du membre supérieur gauche, et vice versa.

5.5.9. Faits aggravants

En cas d'aggravation des conséquences d'un Accident suite à une infirmité, une Maladie ou des circonstances qui n'ont pas

de lien causal avec l'Accident, le degré d'Invalidité ne peut être supérieur au degré qui aurait été déterminé si l'Accident avait frappé un organisme sain.

5.6. Exclusions supplémentaires

Outre les exclusions mentionnées aux articles I-11. et I-12., les exclusions suivantes seront également appliquées à l'assurance Décès et Invalidité Accidentels:

- les Accidents liés à des actes manifestement imprudents et/ou téméraires de l'Assuré ou les Accidents qu'il a causés ou provoqués intentionnellement;
- les conséquences de suicide ou tentatives de suicide;
- les Accidents résultant d'un état d'ivresse ou de l'usage de stupéfiants non prescrits, sauf s'il est établi par l'Assuré ou par ses bénéficiaires qu'il n'y avait pas de lien causal entre un tel état et l'Accident;
- les Accidents provoqués par des radiations ionisantes autres que les radiations médicales exigées par le Traitement Médical couvert;
- l'Invalidité et/ou le décès suite à une Maladie.

5.7. Obligations à remplir par l'Assuré

5.7.1. Déclaration d'Accident

Tout Accident qui cause ou qui peut causer l'Invalidité ou le décès doit être déclaré à l'Assureur (par l'intermédiaire de l'Administrateur) par écrit dans les quinze jours suivant l'Accident.

La déclaration doit contenir toutes les informations concernant l'Accident, notamment:

- lieu, date et circonstances détaillées dans lesquelles l'Accident s'est produit;
- noms et adresse des personnes concernées;
- noms et adresse des témoins et/ou des personnes éventuellement responsables;
- le rapport officiel des autorités locales (p. ex.: rapport de police ou autres documents pertinents).

Un certificat médical, indiquant la nature et la mesure des Blessures de l'Assuré et la durée probable de l'Invalidité, doit être joint à cette déclaration.

5.7.2. Modification du degré d'Invalidité

Toute modification du degré d'Invalidité doit être communiquée par l'Assuré à l'Assureur (par l'intermédiaire de l'Administrateur) endéans un (1) mois. En cas de manquement à cette obligation, l'Assuré devra rembourser à l'Assureur toute somme perçue indûment.

5.7.3. Informations médicales

L'Assuré autorisera son Médecin Traitant à communiquer au médecin-conseil de l'Assureur toutes informations pertinentes concernant son état de santé.

5.7.4. Force majeure

Il n'y aura pas de déchéance de couverture si l'Assuré peut prouver que les obligations, telles que stipulées dans cet article, n'ont pas été remplies à la suite de circonstances complètement indépendantes de sa volonté (force majeure) ou si sa bonne foi ne peut être mise en question.

5.8. Paiement de la prestation

Lors de la prise d'effet de la police, le Preneur d'Assurance doit fournir à l'Administrateur le formulaire 'Désignation des bénéficiaires' dûment rempli et signé.

En cas de décès suite à un Accident, l'Assureur paiera le capital forfaitaire aux bénéficiaires désignés (ou aux héritiers légaux si aucun bénéficiaire n'a été déclaré sur ledit formulaire) endéans un (1) mois après avoir reçu:

- les documents mentionnés à l'art. II-5.7.1.; et
- une copie de l'acte de naissance du défunt ou un certificat d'état civil; et
- l'acte original de décès; et
- un certificat médical, établi par un Médecin, mentionnant la cause du décès.

Avant que le sinistre ne puisse être payé, les bénéficiaires doivent prouver qu'il y a un lien causal entre l'Accident et le décès. La charge de la preuve incombe aux bénéficiaires.

En cas d'Invalidité permanente suite à un Accident, l'Assureur payera la somme forfaitaire assurée à l'Assuré. Les documents suivants doivent être fournis à l'Administrateur:

- les documents mentionnés à l'art. II-5.7.1;
- une copie de l'acte de naissance de l'Assuré concerné ou un certificat d'état civil;
- un certificat médical détaillé, établi par le Médecin Traitant, mentionnant la cause de l'Invalidité, accompagné de tous les documents pertinents nécessaires en vue d'évaluer l'Invalidité (art. II-5.5. ci-dessus).

Le paiement de la garantie assurée sera effectué dans un délai d'un (1) mois, dès que tous les documents ont été reçus par l'Administrateur et que l'état de santé de l'Assuré concerné est suffisamment stabilisé pour permettre au médecin-conseil de l'Assureur d'évaluer le degré de l'Invalidité (suivant les conditions mentionnées à l'art. II-5.5. 'Evaluation du degré de l'Invalidité permanente').

II-6. Assurance Incapacité Temporaire

6.1. Objet et éligibilité

L'assurance Incapacité Temporaire a pour but de garantir à l'Assuré, après le délai d'attente tel que défini ci-après, le paiement d'une allocation mensuelle durant une période de maximum deux (2) ans, au cas où l'Assuré serait entièrement incapable d'exercer ses occupations professionnelles.

L'assurance Incapacité Temporaire peut uniquement être souscrite pour ou par un Expatrié et non par les Personnes à Charge (conjoint ou cohabitant légal/enfants).

6.2. Acceptation médicale

Pour souscrire à l'assurance Incapacité Temporaire, le candidat-Assuré doit être accepté par le médecin-conseil de l'Assureur.

Si l'on souscrit l'assurance Incapacité Temporaire à une date ultérieure à celle de la couverture médicale, un nouveau questionnaire médical devra être rempli.

6.3. Prestation d'Incapacité Temporaire

L'assurance Incapacité Temporaire prévoit une allocation mensuelle au cas où l'Assuré (suite à un Accident ou une Maladie) serait complètement incapable d'exercer ses occupations professionnelles (c'est-à-dire la profession habituelle au début de l'incapacité).

6.4. Délai d'attente

L'allocation sera payée après un délai d'attente de quatre-vingt-dix (90) jours (pendant lequel les prestations ne sont pas payées) d'incapacité de travail totale ininterrompue. Le délai d'attente devra commencer à partir de la date de début de l'incapacité, comme déterminée par le Médecin Traitant.

6.5. Evaluation de l'incapacité

L'incapacité doit être étayée par des preuves médicales suffisantes et doit être signalée par l'Assuré ou son Médecin au médecin-conseil de l'Assureur.

Le médecin-conseil de l'Assureur a le droit de demander des informations supplémentaires pertinentes et/ou de soumettre l'Assuré à un examen médical en vue d'évaluer l'incapacité.

6.6. Montant et durée du versement de la prestation

Le montant de l'allocation mensuelle en cas d'incapacité totale de l'Assuré à exercer son occupation professionnelle est mentionné dans les Conditions Particulières.

L'allocation minimale s'élève à 1.000 EUR/650 GBP/1.250 USD/1.500 CHF (allocation mensuelle). Le montant assuré

ne peut pas excéder quatre-vingts (80) pour cent du Salaire (mensuel) brut et ne peut excéder le montant de 10.000 EUR/6.500 GBP/12.500 USD/15.000 CHF par mois.

Le Preneur d'Assurance devra fournir à l'Administrateur du plan d'assurance une copie de la dernière fiche de Salaire de l'Assuré.

L'allocation sera payée après un délai d'attente de quatre-vingt-dix (90) jours, à condition que l'Assuré soit inapte à exercer sa profession, et ce, pour une période maximale de deux (2) ans.

6.7. Reprise partielle du travail

Les personnes qui (après le délai d'attente de quatre-vingt-dix (90) jours) reçoivent l'allocation mensuelle et dont l'état de santé s'est amélioré de telle sorte qu'elles sont aptes à reprendre leur travail partiellement peuvent continuer à recevoir une allocation (pendant une période maximale de deux (2) ans après le délai d'attente).

Néanmoins, le montant de cette allocation sera réduit et calculé en multipliant la garantie (totale mensuelle) assurée par le pourcentage de l'incapacité (restante). Si l'incapacité est inférieure à trente (30) pour cent, l'allocation sera suspendue.

6.8. Rechute

En cas de rechute, le paiement de l'allocation reprendra sans application d'un nouveau délai d'attente. Il faut entendre par rechute, l'incapacité survenant dans les trois (3) mois suivant la fin de l'incapacité couverte par cette police d'assurance et causée par la même Maladie ou le même Accident.

Pour toute incapacité supplémentaire résultant d'une autre cause, un nouveau délai d'attente de quatre-vingt-dix (90) jours devra être appliqué.

6.9. Paiement de la prestation

L'allocation d'incapacité devra être payée à l'Assuré à la fin de chaque mois. La première allocation d'incapacité sera versée pour la première fois à la fin du mois suivant l'expiration du délai d'attente. Si l'incapacité prend fin dans le courant du mois, l'allocation sera proportionnelle au nombre de jours écoulés dans ce mois.

Les paiements cesseront si l'une des occasions suivantes se présente:

- lorsque le degré d'incapacité est inférieur à trente (30) pour cent;
- en cas de décès de l'Assuré;
- à la fin de la période de deux (2) ans de paiement des allocations;
- en cas de résiliation de la police en raison du non-paiement de la prime;

- à la prochaine échéance après le soixante-cinquième (65e) anniversaire de l'Assuré;
- lorsque l'Assuré reprend complètement son travail.

6.10. Exclusions supplémentaires

Outre les exclusions générales mentionnées aux articles I-11. et I-12., les exclusions suivantes s'appliquent à l'assurance Incapacité Temporaire.

6.10.1. Congé de maternité et d'accouchement

Le congé de maternité et l'incapacité temporaire suite à un accouchement ne sont pas couverts. Ils ne seront pas pris en considération pour le calcul d'aucun délai d'attente et ne donneront lieu à aucune prestation.

Au cas, toutefois, où l'Assurée percevrait des prestations pour Incapacité Temporaire pour des raisons autres que l'accouchement et le congé de maternité durant la période où le congé de maternité débute, les paiements seront suspendus pour continuer seulement après la fin du congé de maternité et uniquement au cas où l'Assurée serait toujours incapable de continuer son travail.

Si, à la date d'expiration du congé de maternité normal d'une Assurée, une condition sanitaire existe qui empêche l'Assurée de continuer entièrement sa profession habituelle (incapacité de travail totale), le délai d'attente commencera à courir à partir de cette date.

6.10.2. Sports dangereux

L'incapacité résultant de tout sport pratiqué dans un but professionnel, même dans le cadre d'une activité complémentaire, ou toute participation aux concours sportifs, ou toute pratique des sports réputés être hasardeux et dangereux, tels que:

- rugby;
- compétitions de sports d'hiver et courses;
- sports aériens (excepté les montgolfières);
- grand jeu de chasse (en ce compris le safari);
- spéléologie et plongée en grottes;
- alpinisme, hors chemins officiels;
- course terrestre et nautique avec des véhicules à moteur (excepté la pratique récréative et non compétitive du jet-ski, ski nautique récréatif ou rallyes touristiques sans impératif de temps ou de vitesse);
- rafting, canyoning, saut à l'élastique et sports similaires.

6.11. Obligations à remplir par l'Assuré et/ou le Preneur d'Assurance

6.11.1. Déclaration de l'incapacité

L'incapacité d'exercer la profession habituelle suite à une Maladie ou à un Accident doit être déclarée par écrit par le

Preneur d'Assurance à l'Administrateur dans les meilleurs délais et au plus tard le quatre-vingt-onzième (91e) jour de l'incapacité. Un rapport médical, établi par le Médecin Traitant de la personne incapable et indiquant le caractère et le degré de l'incapacité de l'Assuré, ainsi que la durée probable de l'incapacité, doit simultanément être envoyé à l'Administrateur, à l'attention du médecin-conseil de l'Assureur. Une justification de revenus sera, en outre, exigée.

6.11.2. Modification du degré d'incapacité

Toute modification du degré d'incapacité doit être communiquée par l'Assuré ou son Médecin au médecin-conseil de l'Assureur (par l'intermédiaire de l'Administrateur) endéans un (1) mois. En cas de manquement à cette obligation, l'Assuré devra rembourser à l'Assureur toute somme indûment perçue.

6.11.3. Informations médicales

L'Assuré autorisera son Médecin Traitant à communiquer toutes informations pertinentes concernant l'état de santé de l'Assuré au médecin-conseil de l'Assureur.

6.11.4. Force majeure/bonne foi

Il n'y aura pas de déchéance de couverture si l'Assuré peut prouver que les obligations, telles que stipulées par cet article, n'ont pas été remplies à la suite de circonstances complètement indépendantes de sa volonté (force majeure) ou si la bonne foi de l'Assuré ne peut être mise en question.

II-7. Assurance Incapacité Permanente

7.1. Objet et éligibilité

7.1.1. Objet

Le but de la couverture Incapacité Permanente est de garantir le paiement d'une allocation mensuelle à l'Assuré (âge maximal soixante-cinq (65) ans) qui est atteint d'une Incapacité Permanente provoquée par une Maladie ou un Accident, l'empêchant d'exercer entièrement ou partiellement sa profession, avec pour conséquence une perte totale ou partielle de revenus.

L'assurance couvre l'Incapacité Permanente provoquée par une Maladie ou un Accident, d'un degré supérieur à trente-trois virgule trente-trois (33,33) pour cent.

Au cas où le degré excéderait soixante-six virgule soixante-sept (66,67) pour cent, et que l'Assuré aurait besoin de l'aide d'une tierce personne pour exécuter les activités essentielles de la vie quotidienne, l'assurance garantit le paiement supplémentaire d'une somme forfaitaire, selon les dispositions décrites ci-après.

7.1.2. Éligibilité

La couverture Incapacité Permanente peut uniquement être souscrite comme une assurance complémentaire (supplément) à la couverture Incapacité Temporaire. La couverture en cas d'Incapacité Permanente ne peut être souscrite que pour ou par un employé Expatrié et n'est pas accessible aux personnes à sa charge (conjoint ou cohabitant légal/enfants).

7.2. Acceptation médicale

La souscription à la couverture en cas d'Incapacité Permanente est soumise à l'acceptation des candidats-Assurés par le médecin-conseil de l'Assureur.

7.3. Définition d'Incapacité Permanente (suite à une Maladie ou un Accident)

7.3.1. Incapacité

Un Assuré est considéré comme victime d'une Incapacité suite à une Maladie ou un Accident, si:

- sa capacité au travail, c'est-à-dire la capacité à exécuter sa profession (métier pratiqué au moment où l'Incapacité se manifeste) ou toute autre activité lucrative pour laquelle il est raisonnablement qualifié de par sa formation, son éducation ou son expérience;
- et
- sa capacité à fonctionner en général a été diminuée en raison de la Maladie ou de l'Accident concerné. Afin de

pouvoir prétendre aux rentes, il doit être médicalement établi que l'Incapacité de l'Assuré a un caractère permanent et que le degré (la combinaison des degrés) d'Incapacité professionnelle et d'Invalidité fonctionnelle excède 33,33 pour cent selon le tableau d'Incapacité ci-après (article II-7.6.).

7.3.2. Incapacité Permanente

'Permanente' signifie que la poursuite du Traitement Médical ne mènera à aucune amélioration significative de l'état de santé de la personne; l'Incapacité est donc définitive et irréversible.

7.4. Délai d'attente

La couverture en cas d'Incapacité Permanente est un supplément à la couverture en cas d'Incapacité Temporaire.

Le paiement de la rente commence donc au plus tôt après que les versements des allocations payées par l'Assureur dans le cadre de l'assurance Incapacité Temporaire sont échus.

7.5. Évaluation du degré d'Incapacité

Le degré d'Incapacité Permanente sera déterminé au moyen d'un examen médical.

A cet effet, l'Assureur (ou l'Administrateur désigné) nommera un Médecin pour déterminer le degré d'Incapacité en accord avec le tableau d'Incapacité ci-après.

7.6. Montant de la rente et durée du paiement

7.6.1. Calcul du montant de la rente mensuelle d'Incapacité

Allocation à l'Assuré

Le montant de l'allocation est mentionné dans les Conditions Particulières. En aucun cas, le montant de l'allocation ne sera supérieur à l'allocation mensuelle versée dans le cadre de la couverture en cas d'Incapacité Temporaire.

Degré d'Incapacité Permanente de moins de 33,33 pour cent
Aucune rente ne sera versée pour les Incapacités inférieures à 33,33 pour cent (=1/3).

Degré de l'Incapacité Permanente compris entre 33,33 pour cent (=1/3) et 66,67 pour cent (= 2/3)

Si le degré de l'Incapacité, tel que déterminé aux articles II-7.3. et II-7.5. ci-dessus, est compris entre 33,33 pour cent et 66,67 pour cent, le montant de la rente sera calculé comme suit: $((3 \times n) - 1) \times \text{rente assurée}$, 'n' étant le degré d'Incapacité (%).

Degré de l'Incapacité Permanente supérieur à 66,67 pour cent (=2/3)

Si le degré de l'Incapacité, tel que déterminé aux articles II-7.3. et II-7.5. ci-dessus, excède 66,67 pour cent, le montant de la rente sera égal à la rente assurée (cent (100) pour cent).

Tableau d'Invalidité

Degré d'invalidité professionnelle	Degré d'invalidité fonctionnelle								
	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%						36,59	40,00	43,27	46,42
20%				36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30%			36,54	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40%			40,00	46,2	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50%		35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60%		37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70%		39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80%		41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90%		43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100%	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

7.6.2. Indemnité forfaitaire supplémentaire en cas de nécessité d'une tierce personne

Si, dès le début de l'Incapacité (c'est-à-dire dès le début du paiement de la rente d'Incapacité), le degré d'Incapacité Permanente excède 66,67 pour cent, et que l'Assuré a, dès le début de l'Incapacité, besoin de l'aide d'une tierce personne pour pouvoir effectuer les activités quotidiennes suivantes:

- s'alimenter (manger de la nourriture préparée);
- s'habiller;
- se laver;
- rester continent;
- se déplacer (aller d'un lit à une chaise ou vice versa, se déplacer sur les surfaces situées au même niveau);
- l'Assureur versera à l'Assuré une indemnité forfaitaire supplémentaire unique de 25.000 EUR/16.250 GBP/31.250 USD/37.500 CHF.

7.6.3. Indexation annuelle de la rente d'Incapacité

La rente d'Incapacité mensuelle sera sujette à une augmentation annuelle de deux (2) pour cent.

Cette indexation sera appliquée pour la première fois dès la fin du premier mois de la première année calendrier suivant le premier versement.

7.6.4. Durée du paiement

Les rentes sont payées pour la dernière fois à la fin du mois où l'Assuré:

- atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans;
- décède;
- reprend le travail;
- quel que soit l'événement qui se produit en premier lieu.

7.7. Paiement de l'indemnité

La rente d'Incapacité est payable mensuellement à terme échu. Avant que le premier paiement ne puisse être effectué, l'Administrateur doit avoir reçu une copie de l'acte de naissance de l'Assuré ou d'un certificat d'état civil.

7.8. Exclusions supplémentaires

Outre les exclusions générales mentionnées aux articles I-11. et I-12., les exclusions suivantes s'appliquent à la couverture en cas d'Incapacité Permanente:

Incapacités résultant de tout sport pratiqué dans un but professionnel, même dans le cadre d'une activité complémentaire, ou toute participation rémunérée aux concours sportifs, ou toute pratique non rémunérée des sports réputés être dangereux, tels que:

- rugby;
- compétitions de sports d'hiver et courses;
- sports aériens (excepté les montgolfières);
- grand jeu de chasse (en ce compris le safari);
- spéléologie et plongée en grottes;
- alpinisme, hors des chemins officiels;
- course terrestre et nautique avec des véhicules à moteur (excepté la pratique récréative et non compétitive du jet-ski, ski nautique récréatif ou rallyes touristiques sans impératif de temps ou de vitesse);
- rafting, canyoning, saut à l'élastique et sports similaires.

7.9. Obligations à remplir par l'Assuré

7.9.1. Evaluation de l'Incapacité-informations médicales

L'Incapacité doit être étayée par des preuves médicales suffisantes, à présenter par l'Assuré ou par son Médecin au médecin-conseil de l'Assureur.

L'Assuré autorise son Médecin à communiquer au médecin-conseil de l'Assureur toutes informations pertinentes sur son état de santé.

Le médecin-conseil de l'Assureur a le droit de demander des informations supplémentaires importantes et/ou de soumettre l'Assuré à un examen médical pour évaluer son degré d'Incapacité. Une justification de revenus sera, en outre, exigée.

7.9.2. Modification du degré de l'Incapacité

Toute modification du degré de l'Incapacité doit être communiquée par l'Assuré à l'Assureur (par l'intermédiaire de l'Administrateur) dans un délai d'un (1) mois. En cas de manquement à cette obligation, l'Assuré devra rembourser toutes les rentes indûment perçues à l'Assureur.

CONDITIONS GENERALES

Pour plus d'informations et un conseil professionnel, prenez contact avec nous.

ExpatriPlus
P.O. Box 69
2140 Antwerpen
Belgique
Tél. + 32 3 217 65 29
Fax + 32 3 663 73 14
E-mail info@expatplus.com

www.expatriplus.com



is a product of

