

Conditions générales d'assurance

Conditions générales d'assurance

Index

Base contractuelle

1. Cadre de l'assurance	2
2. Conditions générales d'assurance	2 - 13
2.1 Vie de la Police d'Assurance.....	2 - 8
2.1.1 Déclarations à la souscription de la Police d'Assurance et tout au long de sa durée	
2.1.1.1 Déclarations à la souscription de la Police d'Assurance	
2.1.1.1.1 Obligation de déclarer	
2.1.1.1.2 Omission d'une déclaration ou d'une information ou inexactitude	
2.1.1.1.2.1 Omission ou inexactitude intentionnelle	
2.1.1.1.2.2 Omission ou inexactitude involontaire	
2.1.1.2. Déclarations au cours de la Police d'Assurance	
2.1.1.3. Cumul d'assurances	
2.1.1.4. Droit de rétractation	
2.1.2. Entrée en vigueur et date d'effet	
2.1.3. Durée	
2.1.4. Primes	
2.1.4.1 Modalités de paiement	
2.1.4.2 Conséquences en cas de retard de paiement	
2.1.4.3. Modification de tarif ou des conditions d'assurance	
2.1.5. Prestations	
2.1.5.1 Délais d'attente	
2.1.5.2 Délais pour déclarer un sinistre	
2.1.5.3. Obligations et formalités en cas de Sinistre	
2.1.5.4 Paiement des prestations d'assurance	
2.1.5.5 Subrogation	
2.1.5.6 Délai de prescription	
2.1.6. Fin de la Police d'Assurance	
2.2. Résiliation.....	9 - 11
2.2.1. Résiliation automatique	
2.2.2. Résiliation facultative	
2.2.2.1 Résiliation par le preneur d'assurance	
2.2.2.2 Nullité de la Police d'Assurance et résiliation par l'Assureur	
2.2.3. Formalités de résiliation et délais de préavis	
2.2.4. Remboursement des primes en cas de résiliation	
2.2.5. Limitation de la responsabilité	
2.2.6. Force majeure	
2.3 Dispositions diverses.....	11 - 14
2.3.1. Preneurs d'Assurance multiples	
2.3.2. Autorisation de traitement des données	
2.3.3. Notifications	
2.3.4. Litiges	
2.3.5. Droit applicable et juridiction compétente	
2.3.6. Législations locales	
2.3.7 Pas de couverture d'assurance en cas de sanctions, d'interdictions ou de restrictions	
2.3.8 Communication	
2.3.9 Rapport de solvabilité et de situation financière	
2.3.10. Fonds de garantie	
3. Glossaire	15 - 17



Base contractuelle

La Police d'Assurance est conclue auprès de Foyer Global Health S.A. (ci-après L'Assureur), une société d'assurance établie au Luxembourg sous la forme d'une *société anonyme* dont le siège social est situé au 12, Rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, immatriculée sous le numéro B134471 au Registre de Commerce et des Sociétés du Luxembourg et placée sous la surveillance du Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg ; +352226911-1 ; caa@caa.lu).

Les dispositions relatives aux droits et obligations mutuels de l'Assureur, du Preneur d'Assurance et de l'Assuré au titre de la Police d'Assurance sont régis par les documents suivants, dans leur version en vigueur qui forment collectivement la police d'assurance :

- le Formulaire d'adhésion
- les présentes *Conditions générales d'assurance*;
- le *glossaire* figurant à la fin des présentes *Conditions générales d'assurance*;
- les *Conditions Particulières* et les *documents médicaux pertinents annexes*;
- les Conditions Spéciales ;
- le cas échéant, les Conditions Générales des Services d'Assistance Médicale et d'Assistance Additionnelle et ;
- le règlement général sur la protection des données

En cas d'incohérences entre les Conditions générales d'assurance, les Conditions Spéciales et les Conditions Particulières, les Conditions Particulières prévaudront sur les Conditions Spéciales et les Conditions générales d'assurance, et les Conditions Spéciales prévaudront sur les Conditions générales d'assurance.

1. Cadre de l'assurance

Les conditions juridiques d'assurance régissant la couverture d'assurance énoncée dans la police d'assurance et les prestations qui en découlent sont déterminées par la Police d'assurance dans sa version en vigueur, en conjonction avec toutes les dispositions légales applicables pertinentes.

2. Conditions générales d'assurance

2.1 Vie de la Police d'Assurance

2.1.1.2.1. Déclarations à la souscription de la Police d'Assurance et tout au long de sa durée

2.1.1.1 Déclarations à la souscription de la Police d'Assurance

2.1.1.1. Obligation de déclarer

Le Preneur d'Assurance et les assurés sont tenus de répondre de manière sincère et exhaustive à toutes les questions posées par l'Assureur.

Lors de la souscription de la Police d'Assurance, Le Preneur d'Assurance et les assurés ont l'obligation de déclarer avec exactitude, toutes les circonstances dont ils ont connaissance et qui constituent des éléments pertinents d'appréciation du risque assuré par l'Assureur.

La Police d'Assurance est établie en fonction de ces déclarations et les primes associées sont déterminées en conséquence.

2.1.1.2. Omission d'une déclaration ou d'une information ou inexactitude

2.1.1.2.1. Omission ou inexactitude intentionnelle

Toute omission ou inexactitude intentionnelle entraîne la nullité de la Police d'Assurance dès lors qu'elle a pour conséquence d'induire l'Assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque.



Dans de telles circonstances, les primes payées demeureront acquises par l'Assureur.

2.1.1.2.2 Omission ou inexactitude involontaire

Lorsque la violation de l'obligation de déclaration n'est pas intentionnelle, la Police d'Assurance n'est pas nulle, et l'Assureur peut, dans un délai d'un mois à compter du jour où il a pris connaissance de la déclaration, proposer une modification de la Police d'Assurance, qui prendra effet au moment de cette prise de connaissance.

Cependant, si l'Assureur démontre qu'en cas d'une déclaration correcte du risque il n'aurait en aucun cas conclu la Police d'Assurance, l'assureur peut résilier ladite Police d'Assurance dans un délai d'un mois à compter du jour où il a pris connaissance de la violation de l'obligation de déclaration.

Si le *preneur d'assurance* refuse la modification de la Police d'Assurance ou si cette proposition n'est pas acceptée dans un délai d'un mois après réception de la proposition, l'Assureur peut résilier la Police d'Assurance dans un délai de quinze jours calendaires.

En cas de violation de l'obligation de déclaration imputable au *preneur d'assurance*, et si un *sinistre* survient avant que la modification ou la résiliation de la Police d'Assurance soit effective, l'Assureur est seulement tenu de fournir sa *prestation* qu'au prorata de la prime payée par le Preneur d'Assurance et la prime qui aurait dû être payée en cas de déclaration correcte du risque.

Cependant, si l'Assureur démontre qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque réellement divulgué lors du *sinistre*, la *prestation* liée à ce *sinistre* se limite au remboursement des primes payées.

2.1.1.2 Déclarations au cours de la Police d'Assurance

Le Preneur d'Assurance, ainsi que chaque assuré, ont l'obligation de déclarer toutes les circonstances susceptibles d'entraîner une aggravation sensible et durable du risque assuré.

Lorsque, au cours de la Police D'assurance, le risque de survenance d'un Sinistre est aggravé de telle sorte que si la circonstance aggravante avait existé au moment de la souscription de la Police d'Assurance, l'Assureur n'aurait conclu la Police d'Assurance qu'à des conditions différentes, l'Assureur doit, dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ladite circonstance aggravante, proposer une modification de la Police d'Assurance avec effet rétroactif à la date de l'aggravation.

Si l'Assureur prouve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, il peut résilier la Police d'Assurance dans le même délai.

Si le Preneur d'Assurance refuse la proposition de modification de la Police d'Assurance soumise par l'Assureur ou si, après un délai d'un mois à compter de la réception de la proposition en question, celle-ci n'a pas été acceptée, l'Assureur peut résilier la Police d'Assurance dans un délai de quinze jours calendaires.

Si un Sinistre survient avant que la modification de la Police d'Assurance ou la résiliation de la Police d'Assurance n'ait pris effet, et si le Preneur d'Assurance a rempli l'obligation visée au paragraphe 1 du présent article 2.1.1.2, l'Assureur est tenu de verser les Prestations convenues.

Si un Sinistre survient et que le Preneur d'Assurance n'a pas rempli l'obligation visée au paragraphe 1 du présent article 2.1.1.2 :

- a) L'Assureur est tenu de verser les Prestations convenues, si le défaut de déclaration n'est pas imputable au Preneur d'Assurance ;
- b) L'Assureur n'est tenu de verser les Prestations qu'au prorata entre la prime effectivement versée par le Preneur d'Assurance par rapport à la prime que le Preneur d'Assurance aurait dû payer s'il avait été tenu compte de l'aggravation, si le défaut de déclaration n'est pas imputable au Preneur d'Assurance. Cependant, si l'Assureur prouve qu'il n'aurait en aucune circonstance assuré le risque aggravé, sa responsabilité en cas de Sinistre se limite au remboursement des primes payées relatives à la période postérieure à l'aggravation en question ;



- c) si le Preneur d'Assurance a agi avec une intention frauduleuse, l'Assureur peut refuser de verser la Prestation. Les primes dues jusqu'au moment où l'Assureur a pris connaissance de la fraude sont exigibles par l'Assureur à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du présent article 2.1.1.2 ne s'appliquent pas en cas de modification ultérieure de l'état de santé de l'Assuré.

2.1.1.3 Cumul d'assurances

Si une autre Police d'Assurance santé assortie de prestations obligatoires a été souscrite en plus de la présente Police d'Assurance, cette assurance santé obligatoire prévaut sur la Police d'Assurance.

2.1.1.4. Droit de rétractation

Lorsque la Police d'Assurance est conclue à distance, le Preneur d'Assurance dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour se rétracter, sans pénalité et sans indication de motif.

Le délai pendant lequel le Preneur d'Assurance peut s'exercer le droit de rétractation commence à courir :

- à partir de la date à laquelle la Police d'Assurance est conclue à distance, ou
- à partir de la date à laquelle le Preneur d'Assurance reçoit la Police d'Assurance si cette date est postérieure à celle visée au premier tiret.

Si le preneur d'assurance exerce son droit de rétractation, il doit en informer l'assureur avant l'expiration du délai de rétractation de 14 jours au moyen d'une lettre recommandée envoyée à l'adresse de l'assureur indiquée dans les présentes Conditions générales d'assurance. Ce délai est considéré comme respecté si la notification est envoyée avant l'expiration du délai de rétractation, le cachet de la poste faisant foi.

La rétractation a pour effet de libérer le Preneur d'Assurance de toute obligation découlant de la Police d'Assurance, à l'avenir.

Lorsque le Preneur d'Assurance exerce son droit de rétractation, il peut être tenu de payer, dans les meilleurs délais, la couverture d'assurance effectivement fournie par l'Assureur conformément à la Police d'Assurance, à condition que le montant dû ait été dûment communiqué au Preneur d'Assurance. L'exécution de la Police d'Assurance ne peut commencer qu'après que le Preneur d'Assurance a donné son accord. Le montant à payer :

- ne doit pas dépasser un montant proportionnel aux services d'assurance déjà fournis par rapport à l'ensemble des services prévus par la Police d'Assurance ;
- ne doit en aucun cas être interprété comme une pénalité.

L'Assureur n'est pas en droit de demander un quelconque paiement si, avant l'expiration du délai de rétractation, il a commencé l'exécution de la Police d'Assurance sans avoir été préalablement invité à le faire par le Preneur d'Assurance.

L'Assureur est tenu de rembourser au Preneur d'Assurance, dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 30 jours calendaires, toutes les sommes reçues du Preneur d'Assurance conformément à la Police d'Assurance, à l'exception du montant dû par le Preneur d'Assurance pour la couverture d'assurance effectivement fournie visée aux paragraphes précédents. Ce délai de 30 jours commence à courir à la date à laquelle l'Assureur reçoit la notification de rétractation. Si le remboursement n'est pas effectué dans un délai de 30 jours calendaires, le montant dû est majoré du taux d'intérêt légal applicable à compter du premier jour suivant l'expiration dudit délai de paiement.

Le Preneur d'Assurance doit restituer à l'Assureur, dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 30 jours calendaires, les sommes et/ou biens reçus de l'Assureur, à l'exception des Prestations d'assurance dues au titre de la période d'assurance si celle-ci a déjà commencé à la demande du Preneur d'Assurance. Ce délai de 30 jours commence à courir à la date à laquelle la poste a apposé son cachet à la notification de rétractation du Preneur d'Assurance. Si le remboursement n'est pas effectué dans les 30 jours calendaires, la somme due est majorée de plein droit, du taux d'intérêt légal en vigueur, à compter du premier jour suivant l'expiration du délai de paiement.



2.1.2 Entrée en vigueur et date d'effet

La Police d'Assurance est réputée avoir été souscrite à partir de la date de signature du formulaire d'adhésion et des conditions particulières par l'assureur, le preneur d'assurance et l'assuré.

Toutefois, la police d'assurance, la couverture ainsi que les prestations qui y sont prévues entrent en vigueur à la date d'effet.

Aucune prestation n'est versée pour des sinistres survenus avant l'entrée en vigueur de la *police d'assurance*.

Les prestations de l'assurance des frais de santé pour le nouveau-né prennent effet immédiatement après sa naissance, sans délai d'attente ni évaluation du risque à condition que, à la date de naissance de l'enfant, le parent ait été assuré pendant au moins 3 mois en vertu d'une Police d'Assurance, et que l'assureur reçoive le nouveau formulaire d'adhésion incluant le nouveau-né en tant qu'assuré au plus tard 2 mois après la naissance. Dans ce cas, les prestations pour le nouveau-né s'appliquent rétroactivement à partir de la naissance de l'enfant. Les prestations d'assurance accordées au nouveau-né à la suite d'un nouveau formulaire d'adhésion ne peuvent pas être plus élevées ou plus étendues que les prestations accordées aux parents en tant qu'assurés dans le cadre de la police d'assurance existante. Les nouveau-nés ne peuvent être assurés qu'aux tarifs et conditions applicables à toute nouvelle police d'assurance au moment de la naissance et conformes.

Si un enfant mineur est adopté, une évaluation individuelle des risques médicaux sera effectuée à des fins d'assurance. Pour des raisons techniques, une majoration pouvant atteindre 500% du taux tarifaire peut être appliquée après l'évaluation des risques.

2.1.3. Durée

La Police d'Assurance est conclue pour une durée d'un an et est ensuite renouvelée tacitement par période d'un an, sauf si l'une des parties s'oppose au renouvellement conformément selon les formalités et délais de préavis prévus à l'article 2.2.3 des présentes *Conditions générales d'assurance*.

2.1.4 Primes

2.1.4.1 Modalités de paiement

Sauf stipulation contraire, les primes, frais et taxes légalement autorisées doivent être payés d'avance au siège social de l'assureur et/ou à l'agent désigné par l'assureur à cet effet. Le paiement est requis de la part du *preneur d'assurance*.

Lorsque la Police d'Assurance couvre plusieurs risques assurés, le montant total des primes dues au titre de la Police d'Assurance est considéré comme constituant une seule prime indivisible.

La prime est une prime annuelle pouvant être payée en différentes mensualités. La première prime est due à compter de la date de la signature des Conditions Particulières par le Preneur d'Assurance.

Les primes suivantes sont dues à la date de renouvellement de la Police d'Assurance.

Les modalités de paiement des primes sont précisées dans le Formulaire d'adhésion. Toute modification des modalités de paiement nécessite l'accord exprès et écrit de l'Assureur.

Pour les nouveau-nés qui sont déjà des Assurés le jour de leur naissance, les primes sont dues à partir de la date de naissance de l'enfant.

2.1.4.2 Conséquences en cas de retard de paiement

En cas de non-paiement des primes ou d'une partie de la prime dans un délai de 60 jours civils suivant la date d'échéance, les *prestations de la police d'assurance* seront suspendues après un délai de grâce de 30 jours civils suivant l'envoi, par l'assureur, d'une lettre recommandée au *preneur d'assurance* à son dernier domicile connu. L'assureur enverra également cette lettre recommandée à la dernière adresse électronique connue du *preneur d'assurance*.



La lettre recommandée contient une mise en demeure de l'assureur adressée au preneur d'assurance, l'informant de régler l'intégralité des primes dues. En outre, la lettre précise la date d'échéance et le montant total des primes impayées, ainsi que les conséquences en cas de non-paiement après l'expiration du délai de grâce mentionné ci-dessus.

Les sinistres survenant pendant la période de suspension suivant le délai de grâce ne donneront lieu à aucun versement des prestations par l'assureur.

L'assureur a le droit de résilier la Police d'Assurance 10 jours civils après l'expiration du délai de grâce de 30 jours susmentionné.

Si la police d'assurance n'est pas résiliée, elle reprendra effet pour les futurs sinistres qu'à partir de la première heure du jour suivant la date à laquelle l'assureur ou, l'agent désigné par celui-ci à cette fin, reçoit le paiement des primes dues ou lorsque le montant total de la prime annuelle est fractionné, le paiement des fractions correspondantes qui ont été notifiées au preneur d'assurance comme impayées, ainsi que les primes non perçues pendant la période de suspension et, le cas échéant, les frais de traitement et de recouvrement.

La suspension des prestations n'affecte pas le droit de l'assureur de réclamer ultérieurement les primes dues, à condition que le preneur d'assurance ait reçu une mise en demeure l'informant que les primes sont exigibles et que la police d'assurance ainsi que les prestations qui en découlent restent suspendues. Cependant, ce droit est limité aux primes dues pour 2 années consécutives.

Si la Police d'assurance est suspendue en raison de non-paiement des primes ou de fractions de primes pendant une période ininterrompue de 2 ans, elle sera automatiquement résiliée à l'expiration de cette période.

2.1.4.3. Modification de tarif ou des conditions d'assurance

Si l'assureur entend modifier les tarifs ou les conditions générales, il ne peut effectuer ces changements que conformément aux dispositions de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur les contrats d'assurance et à toute modification légale ultérieure de cette loi.

2.1.5. Prestations

2.1.5.1 Délai d'attente

Les délais d'attente commencent à courir à partir de la date d'entrée en vigueur.

Sans préjudice des conditions particulières, les délais d'attente spécifiques suivants s'appliquent à la Police d'assurance :

- En cas de grossesse (ainsi que les complications qui y sont liées), d'accouchement, de services psychiatriques, de psychothérapie et de prestations dentaires majeures, le délai d'attente est de 10 mois.
- En cas de traitement médical de l'infertilité, le délai d'attente est de 24 mois pour les deux conjoints ou partenaires.

En cas de modification de la Police d'Assurance visant à améliorer les prestations fournies, les délais d'attente s'appliqueront aux nouvelles prestations octroyées dans le cadre de la police d'assurance modifiée.

2.1.5.2 Délais pour déclarer un sinistre

Nonobstant les dispositions de l'article 2.1.5.6 des présentes Conditions générales d'assurance, le preneur d'assurance et/ou l'assuré doivent notifier sans délai tout sinistre à l'assureur.

2.1.5.3. Obligations et formalités en cas de sinistre

L'assuré doit prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter ou limiter les conséquences des de tout sinistre.



Le *preneur d'assurance et/ou l'assuré doit*, sans délai, fournir toutes les informations et tous les documents pertinents à l'*assureur* ou à son agent, le cas échéant, et répondre à toutes les demandes de l'*assureur et/ou* de son agent pour permettre à l'*assureur* de déterminer les circonstances et l'étendue du sinistre.

A la demande de l'*assureur*, l'*assuré* est tenu de se soumettre à un examen par une autorité médicale désignée par l'*assureur*.

En cas de non respect le *preneur d'assurance et/ou l'assuré* de l'une des obligations prévues aux articles 2.1.5.2 et 2.1.5.3 des présentes *Conditions générales d'assurance*, entraînant une perte pour l'*assureur*, ce dernier a le droit de réduire proportionnellement les *prestations d'assurance* dues en vertu de la *police d'assurance en réponse* à la perte subie.

Si le *preneur d'assurance et/ou l'assuré ne respectent pas l'une des obligations prévues aux articles 2.1.5.2 et 2.1.5.3 des présentes Conditions générales avec une intention frauduleuse*, l'*assureur a le droit de refuser la couverture prévue par la police d'assurance et de refuser le paiement de tout prestation d'assurance*.

2.1.5.4 Paiement des prestations d'assurance

Si le *preneur d'assurance ou l'assuré a également droit à des prestations d'une caisse d'assurance maladie nationale ou d'un autre organisme d'assurance*, l'*assureur est tenu de couvrir uniquement les frais engagés, par le preneur d'assurance ou l'assuré, qui dépassent les prestations déjà reçue de cette autre caisse d'assurance, institution ou organisme d'assurance*.

L'*assureur ne doit payer que si les pièces justificatives et les informations demandées au preneur d'assurance et à l'assuré sont fournies à l'assureur*. Ces documents deviennent alors la propriété de l'*assureur*. L'*assureur se réserve également le droit d'archiver les documents en question conformément aux règles et à la réglementation en vigueur*.

Les factures et les preuves de paiement présentées par le *preneur d'assurance et/ou l'assuré* doivent être des documents originaux conformes à la législation du pays d'émission. Ces factures et preuves de paiement peuvent être envoyées à l'*assureur* par courrier, e-mail, fax ou via un téléchargement sur le portail client, à condition qu'elles soient lisibles et que la qualité de transmission des documents soit suffisante pour leur traitement.

Nonobstant ce qui précède, l'*assureur* peut à tout moment demander à recevoir les documents justificatifs originaux.

Si un autre assureur et/ou une autre institution a contribué aux frais de remboursement, il suffit de présenter les doubles des factures et des preuves de paiement, à condition qu'un document attestant du montant remboursé par l'autre assureur et/ou institution soit également fourni à l'*assureur*.

Toutes les factures doivent comporter les informations suivantes : nom, prénom et date de naissance de l'*assuré* (et, le cas échéant, des personnes coassurées), une déclaration exacte de la *maladie* (diagnostic) ou une description détaillée de l'ensemble de la *maladie* ou une référence à une codification reconnue au niveau international (par exemple, International Classification of Diseases), ainsi qu'une liste détaillée des coûts liés au traitement médical pour lequel des prestations doivent être fournies, avec les données de traitement et les prix unitaires. Pour les soins dentaires, les dents traitées ou remplacées et les services associés doivent être indiqués.

Toute ordonnance doit contenir les informations suivantes : nom, prénom et date de naissance de l'*assuré* (et, le cas échéant, des coassurés), le *médicament* prescrit, le prix et la référence de paiement. Les ordonnances doivent être accompagnées de la facture du *médecin* comprenant le diagnostic médical et/ou a facture des *médicaments* et remèdes.

Si l'*assuré demande une indemnité journalière pour un séjour stationnaire effectué sans demande de remboursement des frais*, il doit soumettre un certificat de traitement stationnaire qui doit contenir le nom, le prénom et la date de naissance de la personne traitée, la désignation de la *maladie* et la date d'admission et de



sortie.

L'assureur a le droit d'exiger que les documents justificatifs et les informations soient soumis sur ses propres formulaires. Ces formulaires doivent correctement complétés par le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* et l'*autorité médicale* concernée, le cas échéant.

L'assureur a le droit de rembourser les *prestations à la personne qui lui* soumet les documents justificatifs et les informations en bonne et due forme. En cas de doute, l'assureur verse le montant du remboursement au *preneur d'assurance* et ce versement libère effectivement l'assureur de ses obligations correspondantes au titre de la *police d'assurance*.

Les frais de santé engagés en devises étrangères sont convertis en euros au taux de change en vigueur à la date de soumission des documents justificatifs à l'assureur.

Tous les documents justificatifs et informations doivent être soumises en anglais, français ou allemand. Les frais engagés par l'assureur pour la traduction des documents et informations présentés dans une autre langue peuvent être déduits des *prestations d'assurance* conformément à la *police d'assurance*.

Les droits aux *prestations d'assurance* prévus par la *police d'assurance* ne peuvent être cédés, transférés ou mis en gage.

2.1.5.5 Subrogation

L'assureur est subrogé dans tous les droits et actions que le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* peut faire valoir à l'encontre d'un tiers dans le cadre d'une *demande de prestations*, pour le montant des *prestations* versées par l'assureur à cet égard.

Si, en raison d'actes ou d'omissions du *preneur d'assurance* ou de l'*assuré*, la subrogation susmentionnée cesse de produire ses effets au bénéfice de l'assureur, ce dernier peut exiger le remboursement des *prestations* versées en vertu de la *police d'assurance* proportionnellement au préjudice subi.

La subrogation ne doit pas avoir pour conséquence pour l'*assuré* de n'être indemnisé que partiellement pour le paiement des *prestations* prévues par la *police d'assurance*. Dans ce cas, l'*assuré* peut faire valoir ses droits, pour les montants qui lui sont encore dus, en priorité auprès de l'assureur.

Sauf en cas de mauvaise foi de sa part. L'assureur n'a aucun droit de recours contre les descendants, ascendants, conjoints et beaux-parents en ligne directe de l'*assuré*, ainsi qu'à l'encontre des personnes vivant sous le même toit que l'*assuré*, de ses hôtes et de son personnel domestique. Cependant, l'assureur peut engager des poursuites judiciaires contre les personnes susmentionnées dans la mesure où leur responsabilité est effectivement couverte par une *police d'assurance*.

2.1.5.6 Délai de prescription

Le délai de prescription pour toute action en justice découlant de la *police d'assurance* ou en rapport avec celle-ci est de 3 ans.

Le délai de prescription commence à courir à partir de la date à laquelle l'évènement donnant lieu à l'action en justice en question se produit. Si la personne habilitée à intenter une action en justice peut prouver qu'elle a eu connaissance de l'évènement donnant suite à cette action à une date ultérieure, le délai de prescription commence à courir à cette date, sans toutefois dépasser 5 ans à compter de la date de survenance de l'évènement donnant suite à cette action, sauf en cas de fraude.

Le délai de prescription s'applique également aux mineurs ou aux autres personnes dépourvues de capacité juridique.

Aucun délai de prescription ne s'applique à l'*assuré* qui, en raison de force majeure, est dans l'impossibilité d'agir dans le délai prescrit.

Si le sinistre a été signalé en temps voulu, le délai de prescription est interrompu jusqu'à ce que l'assureur ait



informé par écrit le preneur d'assurance ou l'assuré de sa décision concernant le sinistre.

2.1.6 Fin de la police d'assurance

Les droits au paiement des *prestations d'assurance* en vertu de la *police d'assurance* s'éteignent automatiquement à la date de résiliation de la police d'assurance, même pour les *demandes de prestations* qui sont déjà survenues et/ou celles qui ont été notifiées à l'*assureur* avant la date de résiliation.

2.2 Résiliation

2.2.1 Résiliation automatique

La police d'assurance prend fin automatiquement si elle a été suspendue sans interruption pendant 2 ans.

La police d'assurance prend fin à l'égard d'un assuré individuel si l'une des conditions d'assurabilité liées au tarif cesse de s'appliquer pour cet assuré.

La police d'assurance prend fin automatiquement en cas de décès du preneur d'assurance. Cependant, les assurés survivants peuvent renouveler la police d'assurance en désignant un nouveau preneur d'assurance, à condition que cette désignation soit déclarée à l'assureur dans les 2 mois suivant le décès du preneur d'assurance initial.

En cas de divorce ou d'une séparation, la police d'assurance n'est pas résiliée automatiquement et reste en vigueur.

2.2.2 Résiliation facultative

En cas de couverture d'assurance ou de risques assurés multiples, la résiliation peut porter sur une ou plusieurs de ces couvertures d'assurances et/ou risques.

2.2.2.1 Résiliation par le preneur d'assurance

Le preneur d'assurance peut résilier la police d'assurance dans son ensemble ou mettre fin à certaines garanties assurée ou tarifs à chaque renouvellement de la police d'assurance après avoir reçu l'avis de paiement de l'assureur l'informant du renouvellement de la police d'assurance, de la date d'échéance de la prochaine prime et du droit de résiliation du preneur d'assurance. La lettre de résiliation doit être envoyée par le preneur d'assurance à l'assureur au plus tard dans un délai de 30 jour calendaire après la date du cachet de la poste sur l'avis de paiement susmentionné. La résiliation prend effet le deuxième jour ouvrable suivant la date de l'envoi de la lettre de résiliation, le cachet de la poste faisant foi, mais pas avant la date de renouvellement de la police d'assurance.

En cas de modification des présentes conditions générales conformément à l'article 2.1.4.3 des présentes conditions générales, le preneur d'assurance peut résilier la police d'assurance dans un délai d'un mois à compter de la date du cachet de la poste de la lettre de notification de l'assureur informant le preneur d'assurance de la modification en question. La résiliation prend effet un mois suivant la date de notification de résiliation par l'huissier, la date indiquée sur l'accusé de réception de la lettre de résiliation ou le jour suivant la remise de la lettre de résiliation à la poste, selon le cas.

En cas d'augmentation de la prime conformément à l'article 2.1.4.3 des présentes conditions générales, le preneur d'assurance a le droit de résilier la police d'assurance dans un délai de 60 jours suivant la date du cachet de la poste de la lettre de notification de l'assureur informant le preneur d'assurance de l'augmentation de la prime en question. La résiliation prend effet le deuxième jour ouvrable suivant la date d'envoi de la lettre de résiliation (le cachet de la poste faisant foi), mais pas avant la date de renouvellement de la police d'assurance.

Le preneur d'assurance peut également résilier la police d'assurance dans son intégralité si l'assureur a résilié un ou plusieurs risques assurés couverts par la police d'assurance. La résiliation doit être effectuée dans un délai d'un mois à compter de la date du cachet de la poste de la lettre de résiliation de l'assureur et prend effet dans un délai d'un mois à compter de la date de notification de la lettre de résiliation du preneur d'assurance par l'huissier, de la date indiquée sur l'accusé de réception ou du jour suivant celui de l'envoi de la lettre de



résiliation du preneur d'assurance, selon le cas.

Si le preneur d'assurance résilie l'ensemble de la police d'assurance ou la résilie pour un ou plusieurs assurés individuels, les assurés peuvent renouveler la police d'assurance en désignant un nouveau preneur d'assurance, à condition que cette désignation soit déclarée à l'assureur dans les 2 mois suivant la résiliation en question. La résiliation ne prend effet que si le preneur d'assurance prouve à l'assureur que les assurés concernés ont été informés de l'avis de résiliation du preneur d'assurance.

2.2.2 Nullité de la Police d'assurance et résiliation par l'assureur

Si, de manière frauduleuse, un risque donné est assuré en vertu d'une ou de plusieurs polices d'assurance, y compris une police d'assurance à prime excessive, la police d'assurance est nulle et sans effet. Dans ce cas, l'assureur agissant de bonne foi, peut conserver les primes perçues à titre de compensation pour toute perte subie.

Sans préjudice des autres causes de résiliation prévues dans la police d'assurance, l'assureur peut résilier la police d'assurance avec effet immédiat si le preneur d'assurance ou un assuré a obtenu, ou a tenté d'obtenir, de manière frauduleuse des prestations de la police d'assurance. Ce droit de résiliation s'éteint s'il n'est pas exercé dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle l'assureur a été informé des faits ayant motivés la résiliation.

Si la police d'assurance couvre plusieurs assurés et que les conditions de résiliation de la police d'assurance ne sont remplies que pour certains assurés, l'exercice des droits de résiliation susmentionnés peut être limité aux assurés concernés.

2.2.3 Formalités de résiliation et délais de préavis

Toute résiliation de la police d'assurance doit être effectuée par lettre recommandée, par notification par huissier ou par la remise de la lettre de résiliation contre accusé de réception.

Sauf disposition contraire, la résiliation prend effet après un délai d'un mois suivant la date de notification de la lettre de résiliation par l'huissier, de la date figurant sur l'accusé de réception de la lettre de résiliation ou du lendemain de la remise de la lettre de résiliation aux services postaux, selon le cas.

2.2.4 Remboursement des primes en cas d'annulation

Quel que soit le motif de la résiliation, les primes payées par le *preneur d'assurance* pour la période d'assurance postérieure à la date effective de la résiliation doivent être remboursées dans les 30 jours suivant la date effective de la résiliation. Une fois ce délai de 30 jours écoulé, les intérêts légaux courent de plein droit.

2.2.5 Limitation de la responsabilité

En l'absence de négligence grave ou de faute intentionnelle de sa part, l'assureur ne sera pas responsable envers le preneur d'assurance ou l'assuré de toute perte, réclamation, responsabilité, dépense ou dommage découlant d'un acte ou d'une omission de l'assureur dans le cadre de la prestation de services ou de l'exécution de toute action en vertu de la police.

2.2.6 Force majeure

L'assureur n'est pas responsable de tout acte ou toute omission liée à l'exécution de ses obligations ou à l'exercice de ses droits en vertu de la police d'assurance dans la mesure où cet acte ou cette omission résulte d'événements échappant au contrôle raisonnable de l'assureur (Force Majeure), y compris, mais sans s'y limiter, une émeute, une guerre, une insurrection, un conflit civil ou militaire, un sabotage, un conflit social, une grève, un lock-out, un incendie, une inondation ou un dégât des eaux, un cas de force majeure, une action gouvernementale ou la menace d'une telle action par toute autorité, une contrainte légale, une fraude ou une falsification, un accident, une explosion, défaillance mécanique, défaillance informatique ou systémique, panne d'équipement, panne ou dysfonctionnement des moyens de communication ou interruption de l'alimentation électrique, loi locale ou étrangère, procédure judiciaire, décret, réglementation, ordonnance ou autre action de tout gouvernement local ou étranger, autorité, tribunal, organisme d'autorégulation,



institution gouvernementale, local ou étranger.

Dans l'intérêt de toutes les parties, L'Assureur doit se confirmer aux règles et réglementations locales, européennes et internationales applicables, y compris les réglementations en matière de sanction. L'assureur n'est pas tenu d'accorder ou de fournir des prestations d'assurance ou de garantir une couverture d'assurance en vertu de la présente police d'assurance si l'exécution de la couverture d'assurance ou la fourniture d'un service expose l'assureur au risque d'encourir une sanction, une pénalité, une interdiction ou une restriction en vertu de ces règles et réglementations.

2.3 Dispositions diverses

2.3.1 Preneurs d'assurance multiples

S'il y a plusieurs *preneurs d'assurance*, tous sont conjointement et individuellement responsables de l'exécution des obligations découlant de la *police d'assurance*.

Après toute résiliation partielle de la police d'assurance ou toute autre réduction de la couverture de la police d'assurance qui ne met pas fin à la police d'assurance dans son intégralité, le paragraphe précédent s'applique uniquement aux obligations restantes des preneurs d'assurance et de manière proportionnelle à la réduction.

2.3.2 Autorisation de traitement des données

Le *preneur d'assurance*, agissant non seulement en son nom propre mais aussi au nom et pour le compte des autres *assurés*, autorise l'*assureur* à traiter les données médicales ou sensibles le concernant mais aussi celles des autres *assurés*, même si cela est nécessaire pour l'exécution et la réalisation de la police d'assurance. Le *preneur d'assurance* s'engage à ce que les assurés consentent, acceptent et autorisent le traitement correspondant de leurs données médicales et sensibles aux fins d'exécution et de réalisation de la police d'assurance

2.3.3 Notifications

Toute notification de l'assureur au preneur d'assurance est réputée avoir été valablement signifiée si elle est envoyée par la poste à la dernière adresse connue du preneur d'assurance, telle qu'elle figure dans les registres de l'assureur. S'il existe plusieurs preneurs d'assurance, toute notification de l'assureur envoyée à l'un d'entre eux est réputée avoir été valablement signifiée à tous.

Les notifications de l'assureur au preneur d'assurance sont réputées avoir été reçues par le preneur d'assurance 10 jours civils après la date du cachet de la poste de leur envoi par l'assureur.

Les notifications adressées à l'assureur doivent être envoyées au siège social de l'assureur dont l'adresse figure dans les présentes *Conditions Générales*.

2.3.4 Litiges

En cas de litige lié à la police d'assurance, l'*assuré* doit déposer une réclamation écrite :

- ▶ Soit auprès de la **direction générale de l'assureur**,
- ▶ Soit auprès du **Médiateur des assurances** : c/o : Association des Compagnies d'Assurances et de Réassurances du Grand-Duché de Luxembourg, 12 rue Erasme, L-1468 Luxembourg, s
- ▶ Soit auprès du **Médiateur de la consommation** : Union Luxembourgeoise des Consommateurs, 55 rue des Bruyères, L-1274 Howald,
- ▶ Soit auprès du **Service National du Médiateur de la Consommation** : Service National du Médiateur de la Consommation, 6 rue du Palais de Justice L-1841 Luxembourg
- ▶ Soit auprès du **Commissariat aux Assurances** : Commissariat aux Assurances, 11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg,

Cela n'affecte pas la possibilité pour l'*assuré* d'intenter une action en justice.



Veillez également consulter la procédure détaillée du règlement extrajudiciaire des plaintes (annexée aux conditions générales) disponible sur le site Web de l'assureur à l'adresse suivante : <https://www.foyerglobalhealth.com/>].

2.3.5 Droit applicable et juridiction compétente

La police d'assurance est régie et interprétée conformément au droit luxembourgeois. Les questions qui ne sont pas expressément mentionnées dans les présentes conditions générales, sont régies par les dispositions applicables du droit luxembourgeois.

Tous les litiges découlant de la police d'assurance ou en rapport avec celle-ci sont soumis à la compétence exclusive des tribunaux de Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg, sans préjudice de l'application des règlements européens ou des traités ou accords internationaux.

Pour toute réclamation en responsabilité civile délictuelle contre l'assureur, Les tribunaux de Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg, ont une compétence exclusive.

2.3.6 Législation locale

Le preneur d'assurance et/ou l'assuré peuvent être tenus de se conformer à une législation et des obligations locales en matière d'assurance maladie. La couverture fournie par la police d'assurance ne prétend pas se conformer à cette législation et à ces obligations locales en matière d'assurance maladie et ne se substitue pas à tout régime d'assurance maladie obligatoire qui pourrait être imposé au preneur d'assurance et/ou à l'assuré.

Le preneur d'assurance et l'Assuré reconnaissent, acceptent et consentent expressément au fait que l'Assureur ne peut être tenu responsable de toute violation de toute législation ou obligation locale en matière d'assurance maladie auxquelles le preneur d'assurance et/ou l'Assuré peuvent être soumis. De plus, le preneur d'assurance et l'assuré reconnaissent, acceptent et consentent expressément d'indemniser et de dégager l'Assureur de toute perte, dommage, coût, pénalité, charge ou autre action découlant de ces législations ou obligations locales en matière d'assurance maladie obligatoire.

Dans ce contexte, le preneur d'assurance et l'assuré s'engagent à vérifier et à garantir que la conclusion de la police d'assurance est conforme aux dispositions légales qui leur sont applicables.

2.3.7 Pas de couverture d'assurance en cas de sanctions, d'interdictions ou de restrictions

[Alt. 1 - Industrial clients etc.]

L'Assureur n'est pas censé fournir une couverture et n'est pas tenu de payer une demande de remboursement ou de fournir une prestation en vertu du présent contrat dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle demande ou la fourniture d'une telle prestation exposerait l'Assureur à une sanction, une interdiction ou une restriction, y compris, mais sans s'y limiter, aux lois, règlements ou résolutions en matière de sanctions financières, économiques et commerciales adoptées par toute autorité compétente, y compris, mais sans s'y limiter, les Nations Unies, l'Union Européenne, les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni et toute autre juridiction concernée par le présent contrat d'assurance.

Personnes sanctionnées

L'Assureur ne fournira pas de couverture, n'acceptera pas de paiement de prime de la part de, et ne sera pas tenu de payer toute demande de remboursement ou de fournir toute prestation à une personne sanctionnée telle que désignée par une autorité compétente.

La couverture d'une personne assurée, y compris les membres éligibles et les personnes à leur charge, sera immédiatement suspendue et/ou résiliée, selon le cas, si elles sont désignées comme personnes sanctionnées par une autorité compétente.



Juridictions sanctionnées

L'Assureur ne fournira pas de couverture et ne sera pas tenu de payer toute demande de remboursement ou de fournir toute prestation liée à une couverture impliquant une juridiction sanctionnée.

Cela signifie (i) qu'aucune couverture ne peut être fournie lorsqu'un pays ou un territoire sanctionné est impliqué de quelque manière que ce soit, (ii) qu'aucun paiement de prime, paiement d'une demande de remboursement ou prestation ne peut être effectué à partir ou sur un compte bancaire ouvert dans une juridiction sanctionnée ou dans une banque contrôlée par le gouvernement d'une juridiction sanctionnée, et (iii) qu'aucune garantie de paiement ne peut être fournie par l'Assureur à un prestataire établi dans une juridiction sanctionnée ou dont l'actionariat est composé de ressortissants ou de résidents d'une juridiction sanctionnée ou de personnes sanctionnées, quelle que soit leur participation actionnariale.

Les ressortissants ou résidents d'une juridiction sanctionnée et les personnes ayant voyagé dans une juridiction sanctionnée dans le passé seront uniquement couverts lorsqu'ils se trouvent physiquement en dehors des juridictions sanctionnées et à condition qu'ils ne soient pas considérés comme des personnes sanctionnées.

Aucune évacuation ou rapatriement d'une personne assurée ne sera effectué à partir d'une juridiction sanctionnée.

La liste des juridictions sanctionnées, qui évolue et est régulièrement mise à jour, comprend notamment l'Afghanistan, le Belarus, l'Iran, le Myanmar (Birmanie), la Corée du Nord, la Russie, les régions d'Ukraine occupées ou annexées par la Russie (y compris la Crimée, Donetsk, Kherson, Louhansk, Sébastopol et Zaporizhzhia), le Sud-Soudan, la Syrie et le Yémen. La dernière liste des juridictions sanctionnées est disponible dans le centre de téléchargement IDD de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://foyerglobalhealth.com/general-and-special-conditions-of-our-products/>

Juridictions soumises à des restrictions

L'Assureur ne fournira pas de garanties de paiement aux hôpitaux et n'effectuera pas de paiements sur des comptes bancaires ouverts dans une juridiction soumise à des restrictions.

Aucune évacuation ou rapatriement d'une personne assurée ne sera effectué à partir d'une juridiction soumise à des restrictions.

La liste la plus récente des juridictions soumises à des restrictions, qui évolue et est régulièrement mise à jour, est disponible à l'adresse suivante : dans le centre de téléchargement IDD de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://foyerglobalhealth.com/general-and-special-conditions-of-our-products/>

Mise à jour des Conditions générales

L'Assureur se réserve le droit de modifier les conditions du contrat d'assurance et de la couverture immédiatement et sans préavis en cas de changement de la situation politique d'une juridiction visée, y compris, mais sans s'y limiter, sa désignation comme juridiction soumise à des restrictions ou sanctionnée ou l'évolution des sanctions imposées à cette juridiction.

Responsabilité de l'Assureur

L'Assureur ne peut être tenu responsable d'aucun type de dommage, qu'il soit financier, physique ou psychologique, résultant d'un refus de couverture ou d'un non-paiement d'une demande de remboursement ou d'une prestation impliquant une personne sanctionnée ou une juridiction sanctionnée ou soumise à des restrictions.

Cas de défaillance du Souscripteur



Si le Souscripteur a fourni des informations incomplètes ou incorrectes sur une personne assurée, y compris, mais sans s'y limiter, des informations sur son identification et/ou sa localisation géographique, l'Assureur peut, à son entière discrétion, soit exiger du Souscripteur qu'il prenne les mesures correctives nécessaires dans un délai déterminé, soit suspendre la couverture et/ou résilier la couverture immédiatement pour un motif valable et sans préavis, conformément aux dispositions pertinentes présentes dans le contrat de groupe.

[Alt. 2 - Humanitarian aid]

L'Assureur n'est pas censé fournir une couverture et n'est pas tenu de payer une demande de remboursement ou de fournir une prestation en vertu du présent contrat dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle demande ou la fourniture d'une telle prestation exposerait l'Assureur à une sanction, une interdiction ou une restriction, y compris, mais sans s'y limiter, aux lois, règlements ou résolutions en matière de sanctions financières, économiques et commerciales adoptées par toute autorité compétente, y compris, mais sans s'y limiter, les Nations Unies, l'Union Européenne, les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni et toute autre juridiction concernée par le présent contrat d'assurance.

Aucune évacuation ou rapatriement d'une personne assurée d'une juridiction sanctionnée ou soumise à des restrictions ne peut être garanti.

La liste des juridictions sanctionnées, qui évolue et est régulièrement mise, comprend notamment l'Afghanistan, la Biélorussie, l'Iran, le Myanmar (Birmanie), la Corée du Nord, la Russie, les régions de l'Ukraine occupées ou annexées par la Russie (y compris la Crimée, Donetsk, Kherson, Louhansk, Sébastopol et Zaporizhzhia), le Sud-Soudan, la Syrie et le Yémen. La dernière liste des juridictions sanctionnées est disponible dans le centre de téléchargement IDD de l'Assureur à l'adresse suivante <https://foyerglobalhealth.com/general-and-special-conditions-of-our-products/>.

La dernière liste des juridictions soumises à des restrictions, qui évolue et est régulièrement mise à jour, est disponible dans le centre de téléchargement IDD de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://foyerglobalhealth.com/general-and-special-conditions-of-our-products/>.

2.3.8 Communication

Le *preneur d'assurance* et l'*Assuré* exigent expressément que les présentes *Conditions Générales d'Assurance* et, plus généralement, la *Police d'Assurance* et tous les documents et informations liées soient fournis au *Preneur d'assurance* et à l'*Assuré* en français. Le *Preneur d'Assurance* et l'*Assuré* confirment expressément qu'ils ont une parfaite compréhension de la langue française.

La correspondance et, de manière générale, tous les autres types de communication entre l'*assureur*, le *preneur d'assurance* et l'*assuré* doivent être rédigés en anglais.

2.3.9. Rapport sur la solvabilité et la situation financière

Le rapport sur la solvabilité et la situation financière publié périodiquement par l'assureur est disponible sur le site Web de l'assureur à l'adresse suivante : <https://www.foyerglobalhealth.com>.

2.3.10. Fonds de garantie

En vertu du droit luxembourgeois, les *prestations* accordées par la *police d'assurance* ne sont soumises à aucun fonds de garantie statutaire spécifique. Toutefois, toute demande de paiement de *prestations survenant* en vertu de la police d'assurance est protégée par le triangle de sécurité constitué par la législation luxembourgeoise obligatoire régissant le dépôt des provisions techniques sous-jacentes à la *police d'assurance*, le contrôle y afférent par le Commissariat aux Assurances et les *privilèges* statutaires applicables.



3. Glossaire

Services d'Assistance additionnelle	Services d'assistance additionnelle décrit dans les conditions générales d'assistance médicale et d'assistance additionnelle et régis par celles-ci.
Formulaire d'adhésion	Formulaire de demande d'assurance santé contenant la proposition d'assurance au sens de la législation applicable, signée par le preneur d'assurance et, le cas d'échéant, l'assuré.
Sinistre	<p>Le traitement médicalement nécessaire d'un assuré à la suite d'une maladie, ou à une blessure corporelle, prescrit et administrée par une autorité médicale. Le sinistre commence à la date du début du traitement et prend fin lorsqu'un examen médical est effectué par une autorité médicale confirme que le traitement n'est plus nécessaire. Si le traitement doit être prolongé en raison d'une maladie ou aux suites d'une blessure corporelle qui ne sont pas en relation directe avec le traitement en cours, un nouveau sinistre est réputé être survenu.</p> <p>Si les prestations consistent en des indemnités journalières, de telles prestations ne sont dues que si le sinistre entraîne une incapacité permanente de travail. Le sinistre prend fin lorsque l'incapacité de travail et le traitement ne sont plus nécessaires. Si l'incapacité de travail est causée par plusieurs maladies ou blessures corporelles survenues simultanément, les indemnités journalières ne seront versées qu'une seule fois.</p>
Pansement	Matériau appliqué sous formes de bandages.
Médicament	Substances actives utilisées seules ou en combinaison avec d'autres substances pour un diagnostic traiter une maladie, affection, blessure corporelle ou plaintes pathologiques. Les denrées alimentaires, les cosmétiques et les articles de toilette ne sont pas considérés comme des médicaments. Les médicaments doivent être prescrits par un médecin et délivrés par une pharmacie. Les médicaments sont couramment appelés « médicaments » ou « produits pharmaceutiques ».
Date d'effet	Date à laquelle la police d'assurance ainsi que la couverture et les prestations qui en découlent entrent en vigueur, c'est-à-dire à la date et à l'heure indiquées dans les Conditions Particulières ou à la date du paiement de la première prime d'assurance, la date la plus tardive étant retenue, sans préjudice de tout délai d'attente applicable.
Glossaire	Termes définis faisant partie intégrante des conditions générales et de la police d'assurance.
International Classification of Diseases (ICD Codes)	Codes de classification utilisés dans le cadre de la Classification Internationale des Maladies, système international de codage et de classification de tous les diagnostics connus.



Incapacité de travail	Lorsque l'assuré est temporairement incapable d'effectuer son activité professionnelle habituelle ou toute autre activité lucrative. L'incapacité de travail doit être signalée par une autorité médicale.
Police d'assurance	Cadre contractuel de l'assurance santé constitué par les Conditions Générales avec ce glossaire, les Conditions Spéciales, les Conditions Particulières, le Formulaire d'adhésion et les Conditions Générales des Services d'Assistance Médicale et d'Assistance Additionnelle, le cas échéant.
Assureur	Compagnie d'assurance émettrice de la police d'assurance, à savoir [Foyer Global Health S.A.], a compagnie d'assurance santé établie au Luxembourg dont le siège social est situé [12, Rue Léon Laval, L-3372 Leudelange], immatriculée sous le numéro [B134471] au Registre de Commerce et des Sociétés du Luxembourg et placée sous la surveillance du Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg; +352226911-1; caa@caa.lu).
Médicament	Toute substance ou composition ayant des propriétés curatives liées à une maladie.
Service d'Assistance medicale	Services d'assistance médicale décrit dans les conditions générales d'assistance médicale et d'assistance additionnelle et régis par celles-ci.
Autorité médicale	Personne autorisée à exercer la médecine sur la base d'un diplôme médical reconnu et officiel. Il/elle peut établir un diagnostic lié à une maladie et/ou à une blessure corporelle.
Traitement médical	Mesures thérapeutiques et de diagnostic classées comme des services médicaux comprenant des conseils médicaux, des aides et interventions ainsi que des médicaments et pansements, visant à identifier, atténuer ou guérir une maladie ou une blessure corporelle, et qui sont considérées comme médicalement nécessaires, sur la base de résultats médicaux objectifs et de connaissances scientifiques au moment du traitement.
Médicalement nécessaire	Toutes les actions qui sont appropriées pour guérir ou soulager une maladie.
Conditions particulières	Conditions spécifiques à chaque police d'assurance individuelle.
Conditions spéciales	Conditions précisant l'étendue de la couverture d'assurance santé et les prestations souscrites dans le cadre de la police d'assurance.



Début du traitement	Date à laquelle débute un traitement médical, prescrit et administré par une autorité médicale, à la suite d'une maladie ou d'une blessure corporelle.
Maladie	La dégradation de l'état de santé physique ou mentale dont la cause et les symptômes peuvent être constatés par une autorité médicale permettant ainsi un diagnostic et d'administrer un traitement médical. Cette dégradation ne doit pas être due à une blessure corporelle. .
Prestation	Remboursement des coûts et dépenses liés aux soins de santé et/ou le paiement des indemnités journalières par l'assureur à l'assuré à la suite d'un sinistre couvert par la police d'assurance.
Blessures Corporelles	Evènement soudain, affectant l'assuré et échappant à son contrôle, provoquant une blessure corporelle, dont la cause est externe au corps de l'assuré et les symptômes peuvent être déterminés et objectivement constatés par une autorité médicale afin de diagnostiquer et administrer un traitement médical.
Assuré	Personne désignée dans les conditions particulières comme étant la personne dont la santé est assurée conformément à la police d'assurance.
Preneur d'assurance	Personne qui souscrit la police d'assurance.
Conditions générales d'assistance médicale et d'assistance additionnelle	Conditions régissant les services auxiliaires que l'assureur peut accepter de fournir au preneur d'assurance et/ ou à l'assuré en lien avec la couverture d'assurance fournie dans le cadre de la police d'assurance notamment en ce qui concerne les traitements médicaux.
Délai d'attente	Délai qui suit la date d'effet de la Police d'assurance au cours de laquelle aucune couverture ni prestation n'est fournie pour les risques soumis à un délai d'attente.

