

# Assurance Internationale d'Hospitalisation et de Santé

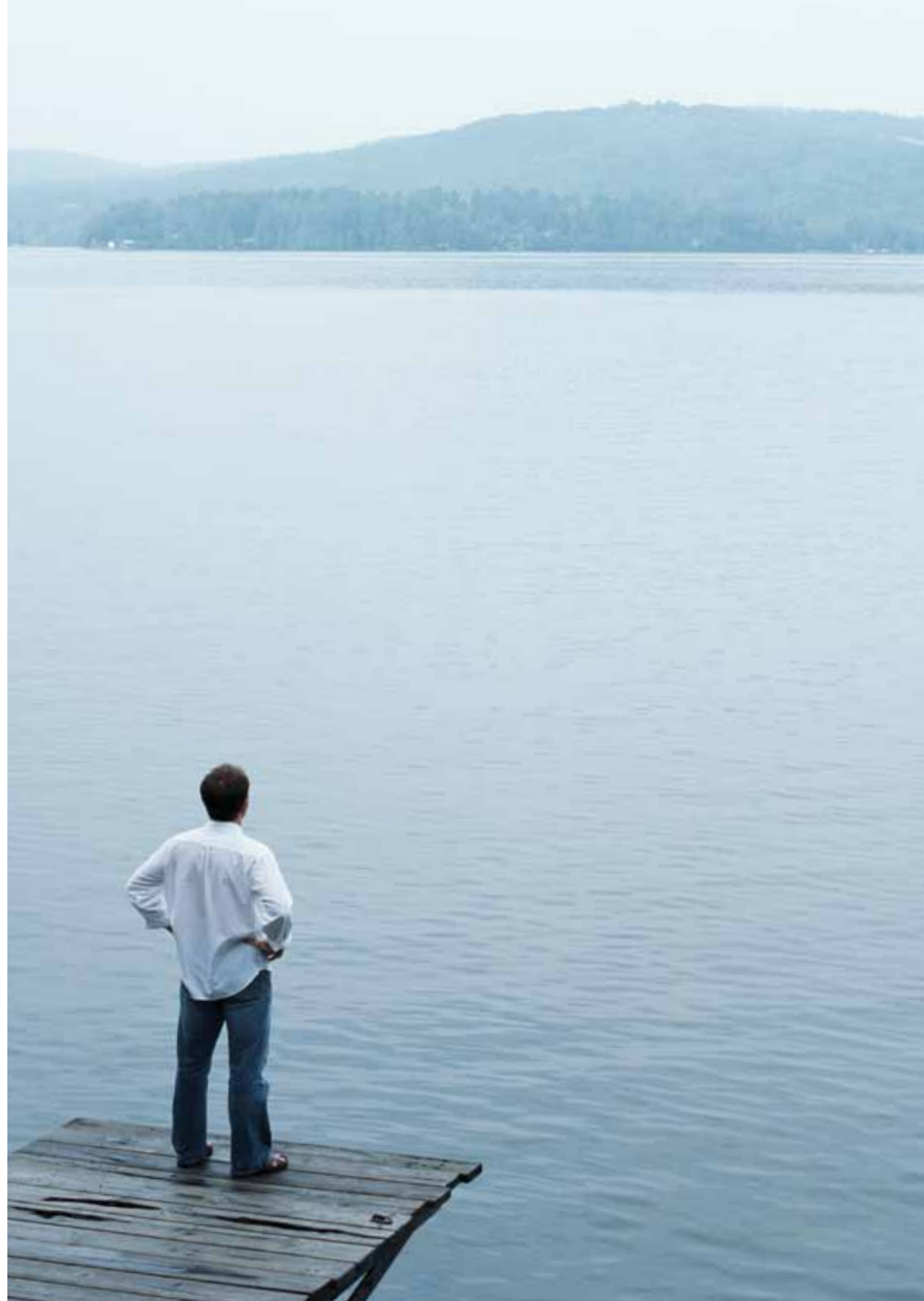
Valable à partir de 2011 - EUR



# Sommaire

- 4 Votre santé avant tout
- 8 Découvrez la différence ihi Bupa
- 12 Personnalisation de votre assurance
- 14 Que se passe-t-il en cas de traitement ?
- 20 Vos services en ligne ihi Bupa
- 21 Liste de Remboursements
- 27 Conditions Générales d'Assurance
- 39 Glossaire

*Nous cherchons à prendre en compte les besoins particuliers de certains de nos affiliés. En outre, nous pouvons vous faire parvenir notre correspondance et notre matériel publicitaire en braille, en gros caractères ou en version audio. Veuillez nous indiquer la solution que vous préférez.*



# Votre santé avant tout

A photograph of a woman with short grey hair, wearing a light blue cardigan and blue pants, sitting cross-legged on a green mat on a beach. She is looking upwards with a serene expression. In the background, two other people are also sitting on mats, and the ocean and mountains are visible under a clear sky.

Nos options sont  
garanties  
renouvelables à vie,  
quel que soit votre âge et quoi  
qu'il vous arrive sur le plan  
de votre santé

Que vous soyez dans votre pays d'origine ou que vous viviez et travailliez à l'étranger, il est important que vous pensiez à votre santé.

Où que vous vous trouviez dans le monde et quoi qu'il arrive, votre famille et vous devez avoir l'assurance de pouvoir obtenir l'aide nécessaire pour accéder rapidement à un traitement médical optimal et à des soins appropriés. Vous avez besoin de savoir que vous serez pris en charge et traité dans les meilleurs délais et que les frais encourus seront couverts, tandis que vous vous concentrez sur votre convalescence. Aussi le choix d'une assurance santé internationale adéquate pour votre famille et pour vous-même fait-il partie des décisions les plus importantes de votre vie.

Les assurances santé internationales, une spécialité d'ihl Bupa ! Nous offrons un excellent service à nos affiliés dans le monde entier. Nous les aidons en prenant en charge leurs frais de traitement et en leur offrant une assistance professionnelle en cas de maladie et/ou d'accident.

En tant que client d'ihl Bupa, vous êtes certain d'être toujours traité avec respect, et non comme un simple numéro. Toute personne et toute situation étant, à nos yeux, différentes, nous cherchons à vous apporter les réponses et les solutions les mieux adaptées pour satisfaire à vos besoins spécifiques.

Avec une assurance santé ihl Bupa, vous avez la certitude de disposer d'une assurance de haute qualité pour votre famille et pour vous-même et d'obtenir l'aide d'un expert lorsque vous en avez besoin.

### ihi Bupa, votre expert en assurance santé

ihi Bupa fait partie du Groupe Bupa, une organisation internationale d'assurance santé qui contribue à garantir à ses affiliés une vie plus longue, plus saine et plus heureuse. Dix millions de personnes de par le monde, issues de 115 nationalités et de 190 pays, font confiance aux excellents services de notre organisation dans le domaine des soins privés. Ne devant pas rémunérer d'actionnaires, nous réinvestissons nos bénéfices dans nos activités.

ihi Bupa possède de nombreuses années d'expérience en matière d'assurance santé pour les expatriés, les ressortissants locaux et leurs familles aux quatre coins de la planète. Au fil des ans, nous sommes devenus une véritable société internationale, qui compte des bureaux dans de nombreux pays et dispose d'un vaste réseau de courtiers et de fournisseurs de soins de santé.

C'est à son souci de la qualité et de la satisfaction de sa clientèle qu'ihi Bupa doit sa réputation dans le domaine de l'assurance santé.



# Découvrez la différence ihi Bupa

## Flexibilité et liberté de choix

- L'Assurance Internationale d'Hospitalisation et de Santé est extrêmement flexible : vous choisissez les modules de garantie qui vous conviennent, à vous et à chaque membre de votre famille.
- Vous pouvez recevoir un traitement partout dans le monde, dans votre pays de résidence ou dans tout autre pays de votre choix.
- Vous pouvez librement choisir un hôpital, une clinique, un médecin ou un spécialiste agréé de votre choix.

## Soins fournis par des experts

- L'équipe d'ihl Bupa offre un service personnel et professionnel.
- Originaires de nombreux pays, nos employés basés à Copenhague possèdent, en grande majorité, une formation ou une expérience professionnelle internationale. Le résultat : une compagnie véritablement internationale, qui connaît la langue et la culture des différents pays du monde où vous pourriez avoir besoin de son assistance.
- ihi Bupa emploie un grand nombre de médecins et de professionnels des soins de santé.





Même si l'on vous découvre une  
maladie  
congénitale,  
héréditaire ou  
chronique,  
votre garantie reste inchangée

#### Conseils et assistance 24 heures sur 24

- Nous pouvons prendre en charge tous les aspects pratiques de votre traitement pour vous permettre de vous concentrer sur votre convalescence.
- Vous avez accès à notre Medical Centre, situé à Copenhague, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an. Une équipe de conseillers chevronnés se tient à votre disposition en cas d'hospitalisation prévue ou d'urgence.
- Les médecins de notre équipe interne peuvent vous conseiller dans tous les domaines, des simples symptômes au traitement de diagnostics plus complexes.
- Nos conseillers et nos médecins-conseils sont toujours là pour vous aider à bénéficier de soins et d'un traitement adéquats.
- Nous sommes toujours prêts à vous assister et à vous guider durant une période qui s'avère difficile et souvent confuse.

#### Nous vous facilitons la tâche

- Nous parlons un grand nombre de langues.
- Nos polices, nos primes et nos formulaires sont faciles à comprendre.
- Vous pouvez accéder au site myPage, qui vous permet de consulter en ligne les informations liées à votre police et de recevoir votre courrier d'Ihi Bupa.
- Pour les remboursements, aucun formulaire de demande n'est requis.

#### Services en ligne pour un parfait contrôle

- Discutez en ligne avec nos conseillers clientèle
- Consultez les détails de votre police
- Réglez votre prime
- Envoyez vos demandes de remboursement par courrier électronique
- Choisissez de recevoir tous vos documents et toute votre correspondance en ligne
- ... et bien plus encore !

# Personnalisation de votre assurance

Les exigences en matière d'assurance santé varient d'un pays à l'autre et d'un affilié à l'autre. C'est pourquoi l'Assurance Internationale d'Hospitalisation et de Santé vous permet de personnaliser votre régime d'assurance en l'adaptant à vos besoins spécifiques.

## Assurance d'hospitalisation

**Assurance de base pour les traitements reçus pendant votre séjour à l'hôpital**

L'assurance d'hospitalisation vous garantit la prise en charge des soins hospitaliers essentiels requis, que le traitement soit prévu ou qu'il s'agisse d'une urgence.

Vous pouvez choisir cette garantie avec une franchise distincte ou la combiner à l'un de nos quatre modules facultatifs.



## Choisissez votre franchise

La franchise est votre contribution annuelle à vos frais de traitement, qui est déduite de vos remboursements.

EUR
0
350
1 050
4 000
8 000
16 000

Vous pouvez choisir de souscrire votre assurance avec ou sans franchise, dans l'une des trois devises.

Souscrire une assurance avec une franchise permet de réduire votre prime.

La franchise ne s'applique pas aux modules Évacuation médicale et Rapatriement et/ou Soins dentaires et optiques.



**Vous pouvez choisir un ou plusieurs de nos quatre modules facultatifs**

### Médecine de Ville

#### Module 1

Soins médicaux qui ne requièrent pas d'hospitalisation : consultations chez un médecin, spécialiste ou thérapeute et bilans de santé annuels.

### Produits Auxiliaires

#### Module 2

Médicaments sur ordonnance, aides auditives et location d'appareils tels qu'un fauteuil roulant.

### Évacuation Médicale et Rapatriement

#### Module 3

Évacuation médicale lorsqu'il s'avère impossible de recevoir des soins locaux de qualité adéquate (par exemple, évacuation par avion ou hélicoptère) et prise en charge d'un accompagnateur (ami ou membre de votre famille).

### Soins Dentaires et Optiques

#### Module 4A et 4B

Vous pouvez choisir deux niveaux de couverture Soins dentaires de routine et spéciaux, lunettes et lentilles de contact.



**Votre Assurance Internationale d'Hospitalisation et de Santé personnalisée**

Remarque ! La Liste de Remboursements décrit en détail les prestations couvertes par les différentes modules et les limites de remboursement.

# Que se passe-t-il en cas de traitement ?

## Soins hospitaliers prévus

Dans la mesure où vous nous contactez préalablement à une hospitalisation prévue ou non urgente, nous pouvons prendre en charge tous les aspects pratiques liés à votre hospitalisation, de sorte que vous puissiez vous concentrer sur votre convalescence.

- Nous contrôlerons votre garantie et confirmerons que votre traitement est couvert par votre assurance.
- Si vous le souhaitez, nous pouvons vous aider à trouver le lieu de traitement adéquat. Il vous suffit de nous envoyer des informations médicales concernant votre maladie et nous vous indiquerons le nom d'un fournisseur de traitement ou spécialiste adéquat dans les pays et/ou villes de votre choix.
- Nous confirmerons à l'hôpital que votre traitement est couvert, et délivrerons une garantie de paiement correspondant à votre couverture.
- Notre personnel médical vous propose également ses conseils et son aide pour que vous soyez certain de recevoir les soins les plus appropriés.
- Dans la mesure du possible, nous réglerons directement la facture avec l'hôpital.

Les frais liés à la notification de votre hospitalisation sont pris en charge par ihi Bupa (par exemple, votre appel téléphonique à ihi Bupa depuis un autre pays).



Deux enfants  
âgés de moins de dix ans  
sont couverts  
gratuitement  
pour chaque adulte assuré

Douze mois après l'entrée en vigueur de la police du parent,

les nouveau-nés sont couverts dès la naissance, quel que soit leur état de santé,

à l'exception des enfants adoptés ou des enfants nés à la suite d'un traitement de l'infertilité et/ou mis au monde par une mère de substitution



### Hospitalisation d'urgence

Veillez nous informer de votre hospitalisation le plus rapidement possible, soit directement, soit via le médecin en charge du traitement ou un membre de votre famille. Lorsque vous nous contactez, veuillez nous indiquer la date d'hospitalisation, le diagnostic, le traitement et la date de sortie prévue. Nous veillerons à ce qu'il n'y ait aucun malentendu concernant votre garantie, et collaborerons étroitement avec l'hôpital pour vous garantir que vous recevez les soins adéquats.

### Évacuation médicale

*Couverte uniquement si vous avez choisi le module Évacuation médicale et Rapatriement.*

Si les soins requis en cas de maladie et/ou blessure grave aiguë ne sont pas disponibles là où vous vous trouvez, ihi Bupa prendra en charge les frais de transport. Les évacuations médicales et les rapatriements doivent être préalablement autorisés et organisés par ihi Bupa. Vous devez nous informer avant d'entamer le transport, soit directement, soit via le médecin en charge du traitement.

Nos médecins-conseils choisiront un lieu de traitement adéquat et le moyen de transport approprié (par exemple, service d'ambulance aérien ou routier, avion ou hélicoptère) en consultation avec le médecin en charge du traitement, et nous organiserons immédiatement votre évacuation.

Nous organisons les transports de lit à lit : par exemple, depuis un lieu donné, nous organisons

vos transports routier et aérien jusqu'à l'hôpital d'accueil. Nous veillons à ce que vous soyez correctement accompagné et organisons des escortes médicales et non médicales. Bien entendu, nous tenons également toutes les parties intéressées (famille, médecins, etc.) informées en permanence.

### Autres traitements

*Couverts uniquement si vous avez choisi le(s) module(s)*

*Prestations hors hospitalisation, Médicaments et Produits Auxiliaires et/ou Soins dentaires et optiques.*

Si vous avez besoin de recevoir un traitement sans hospitalisation (tel qu'une consultation chez votre médecin ou un spécialiste), de prendre des médicaments sur ordonnance ou de passer une visite de contrôle chez le dentiste, vous devez régler la facture et nous l'envoyer en vue de son remboursement. Afin que nous puissions traiter votre demande de remboursement, veuillez nous transmettre toutes les informations suivantes :

- factures acquittées et clairement détaillées, indiquant le nom de l'assuré, le diagnostic, le service fourni, la date du service et le montant payé ;
- vos factures de médicaments, accompagnées de l'ordonnance correspondante indiquant le diagnostic, le nom de l'assuré, la date et le montant payé ;
- un avis médical plus détaillé, indiquant le diagnostic et les soins médicaux en cas de traitement inhabituel.

### Calcul de votre remboursement

Lorsque nous vous remboursons, vos prestations sont versées conformément aux plafonds indiqués dans la Liste de Remboursements et, le cas échéant, aux franchises que vous avez choisies. La franchise est votre contribution annuelle à vos frais de traitement, qui est déduite de vos remboursements. La franchise s'applique séparément pour chaque personne figurant sur votre police.

Il est important que vous nous envoyiez toutes vos factures, même si leur valeur respective est inférieure à la franchise restante. Le cas échéant, nous ne les rembourserons pas, mais elles entreront dans le calcul de votre franchise.

Si vous nous envoyez les avis de remboursement et les factures originales réclamées auprès d'une autre compagnie d'assurance santé privée (par exemple, régime d'assurance local), nous les ajouterons au calcul de votre franchise si les prestations sont couvertes par votre Assurance Internationale d'Hospitalisation et de Santé.

Vous recevrez un avis de remboursement précisant le calcul de votre franchise et le montant du remboursement.

Nous pouvons vous rembourser dans la plupart des devises.

N'oubliez pas d'indiquer votre numéro de police dans toute correspondance avec ihi Bupa.



Quels que soient votre profession,  
vos loisirs et vos activités sportives,  
nous ne limitons pas votre garantie. Même les sports  
professionnels et à haut risque sont couverts.

### Demande de remboursement électronique : nous vous facilitons la tâche

Vous pouvez choisir d'envoyer votre demande de remboursement à ihi Bupa par courrier électronique. Pour ce faire, il vous suffit de scanner vos factures et reçus correspondants originaux et de nous les envoyer à l'adresse [eclaim@ihi.com](mailto:eclaim@ihi.com). Veuillez indiquer le numéro de votre police dans le champ Objet de votre message électronique.

Vous n'êtes pas obligé de nous soumettre un formulaire d'indemnisation lorsque vous nous transmettez une demande de remboursement. Toutefois, si vous préférez utiliser un tel formulaire pour vous assurer que nous disposons de toutes les informations nécessaires pour évaluer votre demande, vous pouvez télécharger le formulaire sur notre site web.

Il est à noter qu'en cas de demande de remboursement électronique, nous vous enverrons votre avis de remboursement par courrier électronique. Aucun exemplaire papier de vos avis de remboursement ne vous sera envoyé.

### Délais d'attente

Votre garantie entre immédiatement en vigueur à la date de commencement :

- en cas de maladie ou blessure grave aiguë ;
- en cas de transfert chez ihi Bupa depuis une assurance santé internationale équivalente d'une autre compagnie.

### Autres délais d'attente

- De manière générale, vous devez attendre quatre semaines à compter de la date de commencement de votre assurance. Nous ne remboursons aucun frais pris en charge durant cette période.
- Le délai de carence est de 12 mois en cas de grossesse ou d'accouchement.
- Si vous optez pour le module Soins dentaires et optiques (module 4), un délai d'attente de 24 mois s'applique pour les soins orthodontiques à compter de la date de commencement de ce module.

# Vos services en ligne ihi Bupa

## Services en ligne

Sur [www.ihicom.com](http://www.ihicom.com), vous pouvez accéder à une série de services et à une vaste base d'informations et de conseils, tels que :

- discussion en direct en ligne avec nos conseillers clientèle ;
- service de rappel (indiquez votre question et nous vous rappellerons) ;
- localisateur d'établissements pour vous aider à trouver un hôpital dans votre région ou dans un pays spécifique ("Facility Finder") ;
- informations sur la procédure de remboursement ;
- foire aux questions ("Questions & Answers").

## Gérez votre police sur myPage

Visitez le site [www.ihicom.com](http://www.ihicom.com) et inscrivez-vous au service myPage pour accéder aux informations relatives à votre police :

- guides produits et formulaires ;
- tous vos documents, tels que documents de votre police, renouvellements, avis de prime, accusés de réception et lettres de remboursement ;
- récapitulatif complet de votre police (par exemple, personnes figurant sur celle-ci et combinaison des modules choisis) ;
- avis de remboursement ;
- paiement de votre prime.

## Devenez client en ligne !

En choisissant de devenir client en ligne, vous recevrez tous les documents et toute la correspondance d'ihicom Bupa via votre page personnelle myPage. Nous vous tiendrons au courant, par courrier électronique, des informations publiées sur myPage. Visitez le site [www.ihicom.com/services](http://www.ihicom.com/services) ou connectez-vous à votre page myPage pour vous inscrire. Il est à noter qu'il vous incombe de contrôler tous les documents et toute la correspondance en ligne et de nous informer en cas de modification de votre adresse électronique.

### Bénéficiez de 15 % de remise sur une assurance voyage ihi Bupa

En tant que titulaire d'une Assurance Internationale d'Hospitalisation et de Santé, vous bénéficiez de 10 % de remise si vous souscrivez une assurance voyage temporaire ou annuelle et d'une remise supplémentaire de 5 % si vous souscrivez en ligne. Nos assurances voyage ne comprenant aucune franchise, nous nous permettons d'ajouter vos remboursements à ce titre au calcul de la franchise liée à votre Assurance Internationale d'Hospitalisation et de Santé.

# Liste de Remboursements

Valables à partir du 1er janvier 2011



Veillez noter que la Liste de Remboursements fait partie des *Conditions Générales d'Assurance*. Aussi, nous vous recommandons vivement de lire cette Liste de Remboursements ainsi que les *Conditions Générales d'Assurance*.

Les mots écrits en *italique* dans la Liste de Remboursements et dans les Conditions Générales d'Assurance sont des « termes bien définis » qui sont spécifiques à votre couverture. Veuillez vérifier leur signification dans le Glossaire à la fin de ce guide.

# Assurance d'Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation sont remboursés à 100 % des frais réels. Si vous avez choisi une formule avec *franchise*, vous serez remboursé après déduction de celle-ci. Dans tous les cas, le remboursement ne dépassera pas les montants indiqués ci-dessous ou ne dépassera pas la couverture annuelle par personne et par année d'assurance de EUR 1.500.000.

## Tous les montants sont en EUR

Hospitalisation	100%
Chambre semi-privée/privée*	100%
Soins intensifs	100%
Chambre et pension pour un parent accompagnant un enfant assuré*	100%
<i>Chirurgie</i>	100%
Traitements médicaux, examens de laboratoire et radiographies	100%
Medicaments durant l'hospitalisation	100%
Stimulateur cardiaque	100%
Traitement psychiatrique	100%
Les examens préliminaires et le traitement dans le cadre d'une hospitalisation sont couverts un mois avant l'entrée à l'hôpital. Les examens postérieurs et le traitement dans le cadre d'une hospitalisation sont couverts jusqu'à 90 jours après la sortie de l'hôpital. Toute physiothérapie à la suite d'une intervention chirurgicale est soumise à l'évaluation et à l'autorisation préalable de <i>la Compagnie</i> .	

Soins en Regime Ambulatoire dans un Hopital ou une Clinique	
<i>Chirurgie</i>	100%
Chimiothérapie, radiothérapie	100%
Dialyse	100%
Autres soins en régime ambulatoire seront remboursés sous Module 1 Médecine de Ville	

Maternité	L'Assurance d'Hospitalisation	L'Assurance d'Hospitalisation Médecine de Ville inclus
Accouchement normal, accouchement avec complications et accouchement par césarienne facultative, frais de traitement pré- et postnatal inclus Maximum par accouchement	100% 5.200	100% 8.800
Accouchement par césarienne prescrite, frais de traitement pré- et postnatal inclus Maximum par accouchement	100% 9.650	100% 11.500
Accouchement/césarienne suite à un traitement de fertilité d'un enfant (conformément à l'Art. 12.2h des <i>Conditions Générales d'Assurance</i> ), frais de traitement pré- et postnatal exclus, maximum	100% 4.000	100% 6.500
La <i>franchise</i> choisie sera déduite des tarifs maximum pour maternité mentionnés ci-dessus		

\*conformément au glossaire: "Hébergement hospitalier"

Accouchement a Domicile ou dans une <i>maison de naissance</i>	
Généraliste/spécialiste, sage-femme	145
Soins à domicile suite à un accouchement à domicile ou dans une <i>maison de naissance</i>	435
Les frais d'examen pré- et postnataux sont remboursés dans le cadre du Module 1 Médecine de Ville	
Transplantations d'Organes	
Transplantations d'organes	100%
Par diagnostic et pour toute la période de traitement, tout frais inclus, au maximum Couverture uniquement pour les transplantations d'organes humains L'origine de l'organe doit être approuvée au préalable par <i>la Compagnie</i>	270.000
Traitement au Service des Urgences	
Traitement au service des urgences, en cas de maladie aiguë ou de blessure	100%
Transport Local en Ambulance	
Transport à et de l'hôpital sur prescription médicale	100%
Par année d'assurance, au maximum	1.500
Rééducation	
Rééducation médicalement prescrite dans un centre de rééducation agréé à la suite d'une <i>hospitalisation</i> (doit être approuvé au préalable par <i>la Compagnie</i> )	100%
Maximum par jour pendant maximum trois mois au cours d'une maladie	330
Soins à Domicile	
Les soins à domicile prescrits par un médecin et administrés par un infirmier agréé seront remboursés (doit être approuvé au préalable par <i>la Compagnie</i> )	100%
Maximum par jour pendant maximum 40 jours par année d'assurance	130
Compensation Hospitalière	
Si la chambre, les repas et le traitement sont sans charge dû à un accord special, compensation maximum par nuit	90
Au maximum 60 nuits par année d'assurance (doit être approuvé au préalable par <i>la Compagnie</i> )	
Traitement Dentaire d'Urgence	
Traitement dentaire d'urgence dû à un accident grave nécessitant une <i>hospitalisation</i>	100%
En cas de doute, la décision sera prise par le dentiste-conseil de <i>la Compagnie</i>	

# Module 1

## Medecine de Ville

Les frais médicaux sont remboursés à 100 % des frais réels. Si vous avez choisi une formule avec *franchise*, vous serez remboursé du montant dépassant votre *franchise*. Dans tous les cas le remboursement ne dépassera pas le montant indiqué ci-dessous ou ne dépassera pas la couverture annuelle par personne et par année d'assurance de EUR 35.000.

### Tous les montants sont en EUR

Médecins Généralistes et Spécialistes	
Médecin généraliste, par consultation	105
Consultation médecin traditionnel chinois, par consultation (si chargée/facturée séparément) Maximum par année d'assurance EUR 200	20
Ophthalmologiste et oto-rhino-laryngologiste/Autres spécialistes, par consultation	110
Psychiatre, par consultation	125
L'indemnisation des frais est limitée à un maximum de 15 consultations au cours d'une période de 30 jours	
Thérapeutes	
Conseils diététiques, orthophoniste, par consultation Maximum quatre consultations par année d'assurance	50
Physiothérapie, ergothérapie par consultation	75
Par année d'assurance au maximum	1.050
Chiropracteur/ostéopathe, par consultation	65
Par année d'assurance au maximum	1.050
<b>Bilan de Santé, par année d'assurance, tout frais inclus</b>	<b>275</b>
Autres Traitements Médicaux	
Examens de laboratoire	450
Examens de radiographie	450
ECG	450
Scanner et examens endoscopiques, par examen	850
Injection et vaccination, par injection/vaccination	85
Traitements d'acupuncture et d'homéopathie	55
Les traitements d'acupuncture et d'homéopathie ne sont couverts que s'ils sont pratiqués par un médecin officiellement autorisé dans le pays où le traitement est pratiqué	
Assistance spéciale	290
<b>Intervention Chirurgicale</b>	<b>100%</b>

# Module 2

## Medicaments et Produits Auxiliaires

Les remboursements de ce module sont effectués selon les tarifs mentionnés ci-dessous. Si vous avez choisi une *franchise*, vous serez remboursé du montant dépassant votre *franchise*.

### Tous les montants sont en EUR

Prothèses Auditives	
Les prothèses auditives prescrites par un médecin, maximum par prothèse	300
Au maximum deux prothèses auditives sont remboursées par année d'assurance jusqu'à un maximum annuel de	600
Autres Produits Auxiliaires	
Echarpes et bandages	100%
Semelles orthopédiques	100%
Location de matériel	100%
Médicaments	
Médicaments sur ordonnance et médecine traditionnelle chinoise	100%
La médecine traditionnelle chinoise pratiquée par un médecin traditionnel chinois est remboursée à raison de dix séances par année d'assurance, jusqu'à un maximum annuel de EUR 250. Limité aux médecins traditionnels chinois agréés et autorisés à pratiquer localement.	
Il n'y a pas de remboursement pour les médicaments homéopathiques ou naturopathiques ainsi que les médicaments qui auraient pu être achetés sans ordonnance	
Les médicaments ainsi que les frais pour d'autres auxiliaires médicaux sont remboursés jusqu'à un maximum annuel de	2.250

# Module 3

## Evacuation Médicale et Rapatriement

L'assurance Evacuation Médicale & Rapatriement couvre le transport au lieu de traitement adéquat le plus proche si vous êtes victime d'une maladie ou *blessure grave*.

### Tous les montants sont en EUR

Evacuation Médicale & Rapatriement	
Frais de transport par avion ou hélicoptère	100%
La personne accompagnant l'assuré	100%
Le voyage retour au domicile/pays d'origine dans les trois mois qui suivent la fin du traitement	100%
Les dispositions officielles obligatoires en cas de décès comme l'embaumement et le cercueil en zinc. Transport du cercueil/de l'urne	100%
Les frais sont couverts jusqu'au montant annuel de votre police d'assurance	
Dans tous les cas, nous devons être informés avant que le transport ait lieu, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant	
L'Evacuation Médicale & Rapatriement doit être approuvée au préalable par la Compagnie	

## Modules 4A and 4B Soins Dentaires et Optique

Les remboursements sous ces deux modules sont effectués entre 50 et 80 % sans toutefois dépasser respectivement le maximum de EUR 5.000 (Module 4A) et de EUR 7.500 (Module 4B).

### Tous les montants sont en EUR

	Module 4A	Module 4B
<b>Routine Dental Treatment</b>	80%	80%
Examen, maximum	20	40
Détartrage, maximum	40	60
Obturation par dent, maximum	60	110
Traitement radiculaire par dent, maximum	70	140
Extraction par dent, maximum	40	100
<i>Chirurgie</i> , maximum	73	174
Radiographie, maximum	40	50
Anesthésie, maximum	15	20
Traitement spécial, maximum	40	80
<b>Traitement Dentaire Special</b>	50%	50%
Ponts		
Couronnes		
Traitement parodontal		
Orthodontie		
Prothèses dentaires		
Traitement dentaire spécial, par année d'assurance, maximum	2.000	3.000
	Module 4A	Module 4B
<b>Lunettes et Verres de Contact</b>	80%	80%
Une paire de lunettes (les montures ne sont pas couvertes), par année d'assurance, maximum	160	220
Verres de contact, par année d'assurance, maximum	100	130
Les verres pour des lunettes de soleil et les montures ne seront pas remboursés		

# Conditions Générales d'Assurance

Valables à partir du 1er janvier 2011



Les mots écrits en *italique* dans les *Conditions Générales d'Assurance* sont des « termes bien définis » qui sont spécifiques à votre couverture. Veuillez vérifier leur signification dans le Glossaire à la fin de ce guide.

# Index

<b>Art. 1</b>	Acceptation du contrat d'assurance
<b>Art. 2</b>	Date de commencement du contrat
<b>Art. 3</b>	Délais d'attente relatifs à la souscription de nouveaux contrats d'assurance et aux extensions de la couverture
<b>Art. 4</b>	Personnes couvertes par l'assurance
<b>Art. 5</b>	Portée géographique de la couverture
<b>Art. 6</b>	Prestations couvertes par l'assurance
<b>Art. 7</b>	Assurance d'Hospitalisation
<b>Art. 8</b>	Module 1 - Médecine de Ville
<b>Art. 9</b>	Module 2 - Médicaments et Produits Auxiliaires
<b>Art. 10</b>	Module 3 - Evacuation Médicale et Rapatriement
<b>Art. 11</b>	Module 4A et 4B - Soins Dentaires et Optique
<b>Art. 12</b>	Exclusions de couverture
<b>Art. 13</b>	Déclaration de sinistre
<b>Art. 14</b>	Prestations de tiers, coordination
<b>Art. 15</b>	Paiement des primes
<b>Art. 16</b>	Informations nécessaires pour la Compagnie
<b>Art. 17</b>	Cession, résiliation et expiration de l'assurance
<b>Art. 18</b>	Recours
<b>Art. 19</b>	Confidentialité
<b>Art. 20</b>	FSCS (Fonds de garantie du système bancaire britannique)
<b>Art. 21</b>	Droit applicable
<b>Glossaire</b>	

## Art. 1

### Acceptation du contrat d'assurance

1.1 : Bupa Insurance Limited, ci-après dénommée *la Compagnie*, doit accepter la souscription de l'assurance. Pour que la souscription soit acceptée et pour que *la Compagnie* devienne votre assureur, la demande de souscription doit être soumise à l'approbation de *la Compagnie*, et la prime nécessaire doit être payée à *la Compagnie*.

1.2 : Pour que la souscription de l'assurance soit acceptée par *la Compagnie* aux *conditions standards*, le *souscripteur* doit jouir d'une bonne santé au moment de l'acceptation et ne doit pas souffrir ou avoir souffert de maladies, que ce soit des affections récurrentes, des traumatismes, des blessures, des infirmités ou des incapacités physiques, et le *souscripteur* doit être âgé de moins de 60 ans au moment de l'acceptation.

Si les conditions de l'Article 1.2 ne sont pas remplies, *la Compagnie* peut offrir l'assurance à des *conditions spéciales*. Toutefois, cette disposition ne s'applique que pour le *souscripteur* âgé de moins de 80 ans, au moment de l'acceptation. Si *la Compagnie* décide d'offrir l'assurance à des *conditions spéciales*, le *preneur d'assurance* recevra un contrat dans lequel ces conditions sont stipulées.

1.3 : En cas de changement survenu dans l'état de santé du *souscripteur* après la signature de la demande et avant l'approbation de celle-ci, le *souscripteur* est tenu de notifier immédiatement *la Compagnie* d'un tel changement.

1.4 : Le choix de devise de l'assurance est définitif et ne peut pas être changé après l'acceptation de la demande de souscription par *la Compagnie*.

## Art. 2

### Date de commencement du contrat

2.1 : L'assurance entre en vigueur le jour de l'approbation de la demande par *la Compagnie*. La *date de commencement* est indiquée dans les *documents de police d'assurance*. *La Compagnie* et le *preneur d'assurance* peuvent s'accorder sur une autre date.

## Art. 3

### Délais d'attente relatifs à la souscription de nouveaux contrats d'Assurance et aux extensions de la couverture

3.1 : Lors de la souscription d'un nouveau contrat d'assurance, le droit aux remboursements régi par le nouveau contrat ne prendra effet que quatre semaines après la *date de commencement* de l'assurance. Cependant cette disposition ne s'applique pas lorsque le *preneur d'assurance* peut justifier du transfert d'un contrat équivalent auprès d'une autre compagnie d'assurance-maladie internationale.

3.1.1 : En cas de *maladie aiguë et grave* ou de *blessures graves*, le droit à l'indemnisation prend toutefois effet dès la *date de commencement* du contrat.

3.1.2 : En outre, les délais d'attente ci-dessous s'appliquent au contrat d'assurance :

a) pour les frais résultant d'une grossesse et de l'accouchement et de leurs conséquences, le droit à l'indemnisation ne prendra effet que 12 mois après la *date de commencement* de l'assurance.

b) pour les frais résultant de l'orthodontie, le droit à l'indemnisation ne prendra effet que 24 mois après la *date de commencement* de l'assurance.

3.2 : *L'assuré* peut changer sa couverture d'assurance à l'échéance principale en respectant un délai d'un mois de préavis écrit à *la Compagnie* et en satisfaisant les conditions d'admission stipulées dans l'Article 1.

3.3 : *La Compagnie* procédera au traitement de l'extension de la couverture comme une nouvelle demande de souscription selon l'Article 1.

3.4 : En cas de souscription étendue dans le cadre du même contrat, le droit à l'indemnisation du contrat étendue ne prendra effet que quatre semaines après la *date de commencement* du contrat étendue. La couverture précédente s'applique pendant le délai d'attente. Les Articles 3.1.2 a) et b) s'appliquent également à ce cas toutefois.

3.4.1 : En cas de *maladie aiguë et grave* ou de *blessures graves*, le droit à l'indemnisation sous la couverture étendue prend toutefois effet dès la *date de commencement* de l'extension.

#### Art. 4

##### Personnes couvertes par l'Assurance

4.1 : *L'assurance* couvre la (les) personne(s) assurée(s) et désignée(s) dans les *documents de police d'assurance*, y compris les enfants y inscrits.

4.2 : Les enfants âgés de moins de dix ans peuvent être assurés gratuitement si les *conditions standards* du contrat ont été accomplies, voir l'Article 1.2. Un maximum autorisé de deux enfants gratuits par adulte payant et un total autorisé de quatre enfants gratuits par police d'assurance.

4.2.1 : La couverture des enfants gratuits s'exerce, en plus, à condition :

- que l'enfant soit inscrit auprès de *la Compagnie*,
- que l'une des personnes assurées ait le droit de garde de l'enfant, et
- que l'enfant soit officiellement inscrit à la même adresse que l'assuré ayant le droit de garde de l'enfant.

4.3 : Une demande de souscription doit être présentée pour les nouveaux-nés.

4.3.1 : Si *l'assurance* de l'un des parents est valable depuis 12 mois au minimum, le nouveau-né peut être assuré sans tenir compte de l'Article 1.2 et sans présentation d'une *demande de souscription*, voir cependant l'Article 12.2 h). Une copie de l'acte de naissance doit toutefois être présentée dans les trois mois suivant la naissance.

Si l'acte de naissance n'est pas transmis à *la Compagnie* dans les trois mois qui suivent la naissance, un Questionnaire Médical doit être présenté pour l'enfant, qui sera soumis à la procédure de souscription standard conformément à l'Article 1.2. L'enfant sera inscrit à compter de la date de la signature du Questionnaire Médical.

4.3.2 : En case d'adoption, l'assuré doit remplir un Questionnaire Médical concernant l'enfant adopté.

#### Art. 5

##### Portée géographique de la couverture

5.1 : Sauf stipulation contraire sur le *document de police d'assurance*, *l'assurance* couvre l'assuré dans le monde entier.

#### Art. 6

##### Prestations couvertes par l'Assurance

6.1 : *L'assurance* couvre les frais médicaux de l'assuré conformément à la couverture du/des module(s) choisi(s) selon les *taux de remboursement* en vigueur. Les *taux de remboursement* en vigueur ressortent de la Liste de Remboursements.

6.2 : L'indemnisation aura lieu sur la présentation des factures acquittées et détaillées, comportant le numéro de police d'assurance et lorsque ces factures ont été acceptées par *la Compagnie* en tant que couvertes par *l'assurance*.

6.3 : Si l'option de *franchise* a été choisie, les frais seront remboursés lorsque le montant dépasse le montant de la *franchise* annuelle. La *franchise* n'est réduite que du montant qui autrement aurait été payé conformément à la Liste de Remboursements en vigueur. La *franchise* s'applique par personne et par année d'assurance.

6.3.1 : Si au moins trois membres de famille assurés sont impliqués dans un accident, seulement une *franchise*, la plus élevée, sera appliquée.

6.4 : Les médecins généralistes et spécialistes, dentistes, etc., effectuant les traitements doivent être agréés dans le pays où ils exercent leur profession (conformément à l'Art. 12.2p). En outre, la méthode doit être approuvée par les autorités de la santé publique du pays dans lequel le traitement a lieu. Les méthodes de traitement qui ne sont toujours pas approuvées par les autorités de la santé publique, mais qui font l'objet de recherche scientifique, seront couvertes uniquement si elles ont été approuvées au préalable par les médecins-conseil de *la Compagnie*.

6.5 : Le montant de l'indemnisation ne peut en aucun cas dépasser le montant figurant sur la facture. Si *l'assuré* reçoit une indemnisation de *la Compagnie* qui excède le montant auquel il a droit, *l'assuré* est tenu de rembourser immédiatement le montant excédant. Autrement *la Compagnie* laissera en dépôt le montant excédant dans un compte quelconque entre *l'assuré* et *la Compagnie*.

6.6 : L'indemnisation est limitée aux frais normaux, usuels et raisonnables en application dans la région ou le pays dans lequel le traitement a lieu.

6.7 : Toute remise qui a été négociée directement entre *la Compagnie* et les prestataires sera utilisée par *la Compagnie* spécifiquement pour le bénéficiaire générale des personnes assurées dans le produit d'assurance.

6.8 : Tout paiement extraordinaire est uniquement laissé au jugement de *la Compagnie*. Si *la Compagnie* effectue un paiement auquel *l'assuré* n'a pas droit selon les *Conditions Générales d'Assurance*, celui-ci comptera toutefois dans la couverture maximale annuelle par personne et par année d'assurance.

#### Art. 7

##### Assurance d'Hospitalisation

7.1 : L'Assurance d'Hospitalisation est le module de base et il est obligatoire avant que tout autre module supplémentaire puisse être ajouté. De plus, les conditions ci-dessous s'y appliquent :

7.1.1 : L'Assurance d'Hospitalisation couvre les frais médicaux liés à *l'hospitalisation* de *l'assuré* conformément à la *franchise* choisie et aux *taux de remboursement* en vigueur indiqués dans la Liste de Remboursements. Afin d'obtenir une indemnisation sous ce module, *l'assuré* doit être hospitalisé.

7.1.2 : *La Compagnie* doit être notifiée immédiatement de tout séjour à l'hôpital, conformément à l'Article 13.3.

#### Art. 8

##### Module 1 - Médecine de Ville

8.1 : Si *l'assurance* a été étendue avec l'assurance supplémentaire Médecine de Ville module 1, les conditions ci-dessous s'y appliquent :

8.1.1 : Le Module 1 peut être souscrit uniquement comme un supplément à l'Assurance d'Hospitalisation.

8.1.2 : Le Module 1 couvre les frais de traitement ambulatoire de l'assuré conformément à la franchise choisie et aux taux de remboursement en vigueur indiqués dans la Liste de Remboursements.

8.1.3 : Tout frais de traitement en régime ambulatoire doit être rapporté en présentant à la Compagnie les factures acquittées et détaillées, munies du numéro de police d'assurance. Les factures des médecins doivent également contenir un diagnostic.

#### Art. 9

##### Module 2 - Médicaments & Produits Auxiliaires

9.1 : Si l'assurance a été étendue avec l'assurance supplémentaire Médicaments & Produits Auxiliaires module 2, les conditions ci-dessous s'y appliquent :

9.1.1 : Le Module 2 peut être souscrit uniquement comme un supplément à l'Assurance d'Hospitalisation.

9.1.2 : Le Module 2 couvre les frais de médicaments et de produits auxiliaires en dehors de l'hôpital conformément à la franchise choisie et aux taux de remboursement en vigueur indiqués dans la Liste de Remboursements.

9.1.3 : Tout frais de médicaments et de produits auxiliaires doit être rapporté en présentant à la Compagnie des factures acquittées et détaillées, munies du numéro de police d'assurance.

Une copie de l'ordonnance doit être jointe aux factures de médicaments.

#### Art. 10

##### Module 3 - Evacuation Médicale & Rapatriement

10.1 : Si l'assurance a été étendue avec l'assurance supplémentaire Evacuation Médicale & Rapatriement module 3, les conditions ci-dessous s'y appliquent :

10.1.1 : Le Module 3 peut être souscrit uniquement comme un supplément à l'Assurance d'Hospitalisation.

10.1.2 : Le Module 3 couvre les frais raisonnables de l'évacuation médicale / rapatriement de l'assuré dans le cas de maladie aiguë et grave, blessures graves ou décès conformément aux taux de remboursement en vigueur indiqués dans la Liste de Remboursements.

10.1.3 : L'évacuation médicale / le rapatriement est couvert à condition que le médecin responsable du traitement et le médecin-conseil de la Compagnie s'accordent sur la nécessité de transférer l'assuré, et qu'ils s'accordent sur le lieu de transfert de l'assuré que ce soit dans son pays de résidence / son pays d'origine ou un autre lieu de traitement approprié.

En cas de désaccord, la décision des médecins-conseils de la Compagnie prime toute autre décision.

Les frais d'évacuation liés à un transport admissible ne sont couverts que si le transport est organisé par la Compagnie.

10.1.4 : L'assurance couvre les frais de transport raisonnables et nécessaires pour une personne accompagnante.

10.1.5 : La garantie ne couvre qu'un transport par événement de maladie.

10.1.6 : Le Module 3 s'applique seulement, si la maladie en question est couverte par le contrat.

10.1.7 : Dans le cas où l'assuré serait évacué / rapatrié pour recevoir des soins médicaux, il et, la personne accompagnante éventuelle, sera / seront remboursés(es) des frais de voyage de retour au pays de résidence / pays d'origine de l'assuré. Le voyage de retour doit avoir lieu dans les trois mois qui suivent la fin du traitement. Seulement les frais

de transport correspondant au coût d'un billet d'avion classe économique, au maximum, sont couverts.

10.1.8 : Dans le cas où l'assuré a reçu un traitement couvert par l'assurance, mais a atteint la phase terminale, l'assuré et la personne accompagnante éventuelle seront remboursés pour les frais de voyage de retour au pays de résidence de l'assuré.

10.1.9 : En cas de décès, les frais de rapatriement du défunt ainsi que les frais dus aux dispositions obligatoires telles que l'embaumement ou un cercueil en zinc seront remboursés. Les héritiers légaux peuvent choisir l'une des options suivantes :

a) crémation du défunt et rapatriement de l'urne ou

b) rapatriement du défunt.

10.1.10 : La Compagnie ne peut pas être tenue responsable des retards ou des restrictions de transport dus aux conditions météorologiques, à des problèmes mécaniques, ou restrictions imposées par les autorités ou par le pilote ou à des conditions échappant au contrôle de la Compagnie.

#### Art. 11

##### Module 4A & 4B - Soins Dentaires et Optique

11.1 : Si l'assurance a été étendue avec l'assurance supplémentaire Soins Dentaires et Optique Module 4, les conditions ci-dessous s'y appliquent :

11.1.1 : Le Module 4 peut être souscrit uniquement comme un supplément à l'Assurance d'Hospitalisation.

11.1.2 : Le Module 4 couvre les frais de traitement dentaire et les frais de lunettes et de verres de contact conformément aux taux de remboursement en vigueur indiqués dans la Liste de Remboursements.

11.1.3 : Tout frais de traitement dentaire, lunettes et verres de contact doit être rapporté en présentant à la Compagnie des factures acquittées et détaillées, munies du numéro de police d'assurance.

#### Art. 12

##### Exclusions de couverture

12.1 : L'assurance ne couvre pas les frais résultant des maladies ou blessures connues par le preneur d'assurance et / ou l'assuré lors de la demande de souscription, sauf en cas d'accord de la Compagnie.

12.2 : En outre, la Compagnie n'est pas tenue de rembourser les frais concernant, causés par ou résultants de :

a) chirurgie et traitement esthétique, à moins que cela soit médicalement prescrit et accepté par la Compagnie,

b) opérations dues à l'obésité,

c) maladies vénériennes, SIDA et les maladies en relation avec le SIDA ou avec les anticorps VIH (séropositivité). Sont toutefois couvertes : les maladies en relation avec le SIDA ou avec les anticorps VIH (séropositivité) si elles ont été contractées suite à une transfusion sanguine effectuée après la date de commencement du contrat, ou lors d'un accident survenu pendant l'exercice de l'une des professions suivantes uniquement : médecin, dentiste, infirmière, personnel de laboratoire, personnel hospitalier auxiliaire, assistant médical et dentaire, personnel ambulancier, sage-femme, sapeur-pompier, policier et agent pénitentiaire. L'assuré est tenu d'informer la Compagnie dans un délai de 14 jours suivant un tel accident et de produire en même temps un test d'anticorps VIH négatif,

d) consommation ou abus quelconque d'alcool, de drogues et/ou de médicaments, à moins qu'il ne

puisse être prouvé que la maladie ou la blessure est sans rapport avec ladite consommation ou ledit abus,

e) automutilation intentionnelle,

f) contraception, y compris stérilisation,

g) interruption volontaire de grossesse sauf en cas de prescription par un médecin,

h) tout examen ou traitement de fertilité quel qu'il soit, y compris le traitement hormonal, insémination ou examen et toute démarche y liée, y compris les frais afférents à la grossesse, au traitement pré- et postnatal au(x) nouveau(x)-né(s). En conséquence, il faut présenter une demande de souscription pour les enfants nés suite à un traitement de fertilité et / ou nés d'une mère porteuse et suivre la procédure générale de souscription conformément à l'Article 1,

i) problèmes sexuels/questions liées à la sexualité : problèmes sexuels, tels que l'impuissance (quelle qu'en soit la cause), ou changements de sexe ou réassignements sexuels chirurgicaux,

j) tous soins expérimentaux, ne faisant pas partie d'un traitement médical ou chirurgical y compris séjour en maison de santé,

k) traitement par naturopathes ou homéopathes ou médicaments naturopathiques ou homéopathiques et d'autres méthodes de traitement non-conventionnels à moins qu'elles ne soient mentionnées dans la Liste de Remboursements,

l) certificats médicaux,

m) traitement des maladies au cours du service militaire,

n) traitement des maladies ou accidents résultants directement ou indirectement de la participation active dans les événements tels que :

guerre, invasion, acte d'un ennemi étranger, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), guerre civile, actes de terrorisme, rébellion, révolution, insurrection, émeutes civiles, pouvoir militaire ou usurpé, loi martiale, révoltes ou actes d'une autorité constituée légalement, ou opérations de l'armée ou des services navals ou aériens (que la guerre soit déclarée ou non),

o) réactions nucléaires ou retombées radioactives,

p) traitement effectué par un médecin ou établissement non reconnu,

q) épidémies placées sous le contrôle des autorités publiques,

r) traitement par un psychologue,

s) traitement ou chirurgie visant à corriger des troubles de la réfraction (dus, par exemple, à la myopie, à l'hypéropie/l'hypermétropie, à l'astigmatisme et à la presbytie), tels que le traitement au laser, la kératotomie réfractive et la photokératectomie réfractive, l'extraction du cristallin ou les lentilles intraoculaires accomodatives.

#### **Art. 13** **Déclaration de sinistre**

13.1 : Toute demande d'indemnisation des frais de traitement par un médecin généraliste ou spécialiste, de traitement à l'hôpital et des médicaments doit être adressée à *la Compagnie*, accompagnée des factures acquittées et détaillées, munies du numéro de police d'assurance.

Toutes les factures médicales transmises à *la Compagnie* sont scannées dès leur réception. Il n'est pas possible de récupérer la facture transmise.

*La Compagnie* se réserve le droit d'exiger, à tout moment, de l'assuré qu'il lui fournisse les factures originales.

13.2 : Toute demande doit être adressée à *la Compagnie* immédiatement et au plus tard trois mois après que la personne assurée ait eu connaissance des circonstances à l'origine de la demande d'indemnisation.

13.3 : *La Compagnie* doit être notifiée immédiatement de tout séjour à l'hôpital, et la notification doit comprendre le diagnostic du médecin. Toute notification doit être effectuée par téléphone, fax ou e-mail et *la Compagnie* remboursera tous les frais à ce sujet.

#### **Art. 14** **Prestations de tiers, coordination**

14.1 : Si l'assuré a droit à des prestations publiques ou à d'autres prestations par un tiers, il est tenu d'en informer *la Compagnie* lors de la demande d'indemnisation. La couverture aux termes de la présente assurance sera alors réputée secondaire auxdites prestations publiques ou tierces.

14.2 : Dans ces circonstances *la Compagnie* coordonnera les paiements avec les autres compagnies et *la Compagnie* ne sera responsable que pour sa proportion relative.

14.3 : Si les frais médicaux sont couverts intégralement ou en partie par un tiers qui que ce soit - gouvernemental ou non, *la Compagnie* ne sera pas responsable du montant couvert.

14.4 : Le *preneur d'assurance* et l'*assuré* sont tenus de coopérer avec *la Compagnie* et de notifier *la Compagnie* immédiatement de toute prestation ou droit d'action contre des tiers.

14.5 : En outre, le *preneur d'assurance* et l'*assuré* sont tenus de mettre entièrement au courant *la Compagnie*, de faire une démarche raisonnable pour demander une prestation à un tiers et de prendre les mesures nécessaires pour protéger les intérêts de *la Compagnie*.

14.6 : En tout état de cause, *la Compagnie* jouit d'un droit entier de subrogation.

#### **Art. 15** **Paiement de prime**

15.1 : Les primes sont fixées par *la Compagnie* et doivent être payées d'avance. *La Compagnie* ajuste le montant des primes une fois par an, à partir de la date de *renouvellement*, en s'appuyant sur les modifications de la couverture et / ou sur l'évolution des *sinistres* dans la classe d'assurance en question au cours de l'année précédente.

15.2 : La prime dépend de l'âge de l'*assuré* et sera donc également ajustée à la première *date d'échéance* après l'anniversaire de l'*assuré*. Dans le cas où un enfant assuré aura dix ans, une prime pro rate sera calculée à la *date d'échéance* précédente l'anniversaire de l'enfant.

15.3 : L'échéance du paiement de la première prime est la *date du commencement de l'assurance*. Le *preneur d'assurance* peut choisir entre un paiement annuel, semestriel ou trimestriel.

15.4 : Les changements concernant le mode de paiement des primes doivent être communiqués par écrit à *la Compagnie* 30 jours avant la date de *renouvellement*.

15.5 : Le paiement de la prime doit être effectué dans un délai de dix jours après la *date d'échéance* de la prime.

15.6 : Le *preneur d'assurance* est responsable du paiement ponctuel de la prime à *la Compagnie*. Si *la Compagnie* n'a pas reçu le paiement de la

prime dans le délai de dix jours suivant la *date d'échéance*, la responsabilité de *la Compagnie* s'éteint.

15.7 : L'attention du *preneur d'assurance* est attirée sur l'Article 6.5 concernant le paiement des montants dûs.

15.8 : Il est possible que vous deviez régler d'autres frais, impôts, droits ou taxes (tels que l'impôt sur prime) selon la législation en vigueur dans votre pays de résidence. Le cas échéant, le montant de ces frais et autres sera inclus dans le montant total de votre facture. Les frais peuvent être exigibles à compter de la date du commencement de l'assurance ou de la date annuelle marquant la date de commencement. Sauf spécification légale contraire, vous êtes tenu de régler ces frais lors du paiement de vos primes.

#### Art. 16 Informations nécessaires pour la compagnie

16.1 : Le *preneur d'assurance* et / ou l'*assuré* sont dans l'obligation d'informer par écrit *la Compagnie* concernant d'éventuels changements de noms, d'adresse ou de couverture maladie avec une autre compagnie, y compris une compagnie affiliée. *La Compagnie* doit aussi être informée en cas de décès du *preneur d'assurance* ou d'un *assuré*. *La Compagnie* ne sera pas responsable des conséquences éventuelles, si le *preneur d'assurance* et / ou l'*assuré* omettent d'informer *la Compagnie* de tels changements.

16.2 : Le *preneur d'assurance* et / ou l'*assuré* sont aussi dans l'obligation de transmettre à *la Compagnie* toutes les informations raisonnablement requises pour que *la Compagnie* puisse gérer au mieux les demandes de remboursement du *preneur d'assurance* et / ou de l'*assuré*, y compris les factures originales si *la Compagnie* en fait la demande.

16.3 : En plus, *la Compagnie* doit être autorisée à demander des renseignements concernant l'état de santé de l'*assuré* et à contacter les hôpitaux, les médecins etc. traitant ou ayant traité l'*assuré* lors d'une maladie ou de troubles physiques ou mentaux. En outre, *la Compagnie* doit être autorisée à demander les dossiers médicaux et autres déclarations et rapports écrits concernant l'état de santé de l'*assuré*.

#### Art. 17 Cession, résiliation et expiration de l'assurance

17.1 : Sans accord préalable et écrit de *la Compagnie*, aucune partie ne sera en mesure de mettre en gage ou de transférer les droits de l'*assurance*.

17.2 : Le *renouvellement* de l'*assurance* se fera automatiquement chaque année à l'échéance principale.

17.2.1 : Le *preneur d'assurance* peut résilier le contrat d'*assurance* à compter de la fin d'un mois calendaire, en respectant un préavis écrit d'un mois.

17.3 : Si, au moment de la conclusion de la police d'*assurance* ou à un moment ultérieur, le *preneur d'assurance* et / ou l'*assuré*, de manière frauduleuse, ont changé des documents originaux, ont donné de fausses informations ou ont tû des faits pouvant être considérés comme importants pour *la Compagnie*, le contrat d'*assurance* sera nul et n'engagera pas *la Compagnie*.

17.4 : Si, au moment de la conclusion de la police d'*assurance* ou à un moment ultérieur, le *preneur d'assurance* et / ou l'*assuré* ont délivré de fausses informations, le contrat d'*assurance* sera nul et *la Compagnie* sera libérée de ses responsabilités si, sur la base des informations justes et complètes, *la Compagnie* n'aurait pas conclu le contrat. Au cas où *la Compagnie* aurait tout de même conclu le contrat, mais à des conditions différentes, *la*

*Compagnie* reste responsable dans la mesure où elle aurait couvert les engagements en conformité avec les primes convenues.

17.4.1 : Au cas où le contrat d'*assurance* est considéré comme nul selon l'Article 17.3 ou l'Article 17.4, *la Compagnie* se réserve le droit de prélever une taxe de service correspondant à un pourcentage donné de la prime payée.

17.5 : Au cas où le *preneur d'assurance* et / ou l'*assuré*, au moment de la conclusion du contrat, ne savaient pas et n'auraient pas dû savoir que les informations communiquées à *la Compagnie* étaient fausses, *la Compagnie* reste responsable, comme si les fausses informations n'avaient jamais été délivrées.

17.6 : *La Compagnie* peut suspendre ou terminer un produit d'*assurance* à la *date d'échéance* principale de l'*assurance* en respectant un préavis de trois mois, et dans ce cas une *assurance* équivalente sera présentée à l'*assuré*.

17.7 : La responsabilité de *la Compagnie* au titre de l'*assurance* s'éteint automatiquement à l'expiration, à l'annulation ou à la résiliation de l'*assurance*, y compris la responsabilité liée au remboursement des frais médicaux relatifs à un traitement en cours, à des dommages indirects ou aux séquelles d'une blessure ou d'une maladie survenue ou traitée durant la période d'*assurance*.

En conséquence, le droit aux remboursements d'un assuré s'éteint à l'expiration, à l'annulation ou à la résiliation de l'*assurance*. Pour donner droit à un remboursement, les demandes de remboursement de frais médicaux pris en charge durant la période d'*assurance* doivent être introduites dans les six mois qui suivent la date d'expiration, d'annulation ou de résiliation de l'*assurance*.

#### Art. 18 Recours

18.1 : Recours

Nous recevons toujours avec plaisir vos commentaires concernant des aspects de votre garantie d'*assurance* que vous avez particulièrement appréciés ou qui vous ont posé des problèmes. En cas d'ennui, nous avons mis en place une simple procédure pour vous assurer que votre recours est traité aussi rapidement et efficacement que possible.

Pour tout commentaire ou recours, vous pouvez appeler le service clientèle d'ihl Bupa au +45 33 15 30 99. Vous pouvez également nous envoyer un message électronique à l'adresse ihl@ihl.com ou nous écrire à l'adresse postale suivante:

ihl Bupa  
Palægade 8  
1261 Copenhague K  
Danemark

18.2 : Seconde instance  
Si nous n'avons pas pu résoudre votre problème et si vous souhaitez introduire un recours en seconde instance, veuillez vous adresser au responsable d'ihl Bupa en matière de recours (Complaint Manager) au +45 33 15 30 99 ou à l'adresse postale suivante :

ihl Bupa  
Palægade 8  
1261 Copenhague K  
Danemark

Vous pouvez également envoyer un message électronique à l'adresse suivante :  
Complaints-Global@ihl.com

Il est très rare que nous ne parvenions pas à régler un problème. Toutefois, le cas échéant, il est

possible que vous puissiez saisir une organisation indépendante en vue de faire examiner votre recours. L'organisation à saisir dépend de la nature de votre recours et de l'adresse du bureau d'ihl Bupa qui a donné lieu au recours. Nous vous fournirons toutes les informations utiles en temps voulu. Dans la plupart des cas, il s'agira soit de l'instance de recours danoise en matière d'assurance (Ankenævnet for Forsikring), soit du Médiateur britannique (Financial Ombudsman Service).

Pour toute information supplémentaire sur l'instance de recours danoise en matière d'assurance, vous pouvez :

- lui écrire à l'adresse postale  
Anker Heegaards Gade 2, 1,  
1572 Copenhague V  
Danemark ;
- appeler ses services au +45 33158900 ;
- visiter le site [www.ankeforsikring.dk](http://www.ankeforsikring.dk).

Pour toute information supplémentaire sur le Médiateur britannique, vous pouvez :

- lui écrire à l'adresse  
South Quay Plaza  
183 Marsh Wall  
Londres  
E14 9JR  
Royaume-Uni ;
- appeler ses services au 0845 080 1800 ou  
+44 (0) 20 7964 1000 ;
- visiter le site [www.financial-ombudsman.org.uk](http://www.financial-ombudsman.org.uk).

Veuillez nous indiquer si vous souhaitez recevoir une copie intégrale de notre procédure de recours. (Aucune des procédures décrites n'affecte vos droits juridiques.)

#### **Art. 19**

##### **Confidentialité**

19.1 : La confidentialité des informations relatives aux patients ou aux clients est d'une importance capitale pour les sociétés du Groupe Bupa. À cette fin, ihl Bupa respecte strictement la législation sur la protection des données et les directives sur la confidentialité dans le domaine médical en vigueur au Royaume-Uni. Bupa fait parfois appel à des tiers pour traiter les données en son nom. Un tel traitement, qui peut être opéré en dehors de l'EEE (Espace économique européen), est soumis aux restrictions contractuelles en matière de confidentialité et de sécurité, en sus des obligations imposées par la législation britannique sur la protection des données.

#### **Art. 20**

##### **FSCS**

##### **(Fonds de garantie du système bancaire britannique)**

20.1 : Nous sommes couverts par le FSCS (Fonds de garantie du système bancaire britannique). Dans le cas improbable où nous ne pourrions pas honorer nos obligations financières, il est possible que le FSCS puisse vous dédommager si vous résidez habituellement dans un pays de l'EEE (Espace économique européen). Pour en savoir plus, veuillez appeler le FSCS au +44 (0) 20 7892 7301 ou visiter le site [www.fscs.org.uk](http://www.fscs.org.uk).

#### **Art. 21**

##### **Droit applicable**

21.1 : Votre police est régie par le droit danois. Tout litige ne pouvant être autrement résolu sera soumis aux juridictions du Danemark. En cas de litige quant à l'interprétation du présent document, la version en langue anglaise est réputée faire foi et primer toute version du document dans une autre langue. Vous pouvez à tout moment en obtenir un exemplaire en appelant notre service clientèle au +45 33 15 30 99 ou en envoyant un message électronique à l'adresse suivante : [ihl@ihl.com](mailto:ihl@ihl.com).

# Glossaire

Valables à partir du 1er janvier 2011



Les définitions contenues dans ce Glossaire font partie intégrante des Conditions Générales d'Assurance.

## A

### Antécédents médicaux

L'histoire médicale y compris les maladies et les conditions mentionnées dans le Questionnaire Médical, qui pourraient influencer la décision de la *Compagnie* d'accepter l'assurance ou non ou d'imposer des *conditions spéciales*.

### Assurance

Les *Conditions Générales d'Assurance* et les *documents de la police d'assurance* qui représentent le contrat d'assurance et qui déterminent le cadre de l'assurance, la prime, la *franchise* et les *taux de remboursement*.

### Assuré

Le *preneur d'assurance* et / ou tous les *assurés* mentionnés sur les *documents de police d'assurance* en vigueur.

## B

### Blessure grave

Une *blessure grave* ne sera déterminée qu'après examen et accord commun du médecin traitant et du médecin-conseil de la *Compagnie*.

## C

### Chirurgie

Un traitement / intervention chirurgicale qui n'inclut pas d'examens endoscopiques ou de scanning même si ces examens peuvent nécessiter une anesthésie.

### Compagnie, la

Bupa Insurance Limited, société immatriculée en Angleterre sous le numéro 3956433. Notre siège se situe à : Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way, Londres WC1A 2BA, Royaume-Uni.

### Compensation Hospitaliere

Cette prestation est versée en lieu et place de toute autre prestation par nuit où vous suivez gratuitement un traitement avec hospitalisation admissible.

Pour réclamer cette prestation, veuillez demander à l'hôpital de signer et de tamponner une lettre indiquant que vous avez bénéficié d'un traitement gratuit.

### Conditions Générales d'Assurance

Les échéances et les conditions liées à l'assurance souscrite.

### Conditions spéciales

Réserves, limitations ou *conditions spéciales* appliquées à nos *conditions standards* comme déterminés dans les *documents de police d'assurance*.

### Conditions standards

Les *conditions standards* de la *Compagnie* sans réserves, limitations ou conditions spéciales.

## D

### Date d'échéance

Date à laquelle la prime doit être payée.

### Date de commencement

La date indiquée sur les *documents de la police d'assurance* à partir de laquelle l'assurance commence sauf avis contraire mentionné dans les *Conditions Générales d'Assurance*.

### Date de renouvellement

La *date de l'échéance* principale de la police d'assurance.

### Délai d'attente

Une période définie à partir de la *date du commencement* de la police d'assurance pendant laquelle l'assurance ne couvre pas sauf recours à la spécification sous l'Article 3.

### Demande de souscription

Le Formulaire de Souscription et le Questionnaire Médical.

### Document

Toute information écrite concernant l'assurance y inclus factures, *documents de police d'assurance*, etc.

### Documents de police d'assurance

Documents indiquants le genre d'assurance choisi, la prime annuelle, la *franchise* et toutes *conditions spéciales*.

## F

### Franchise

Le montant indiqué sur les *documents de la police d'assurance* que tout assuré accepte de prendre à sa charge chaque année d'assurance avant d'être remboursé par la *Compagnie*.

## H

### Hébergement hospitalier

Remboursement d'une chambre dont le prix n'est pas supérieur à celui facturé par l'hôpital pour une chambre individuelle standard avec salle de bains privée. Les frais liés aux repas et aux boissons de l'assuré sont également couverts. Les frais sont remboursés pendant la durée d'hospitalisation médicalement nécessaire pour l'exécution du traitement pour lequel l'assuré a été admis et pour tout parent accompagnant (dans la mesure où cela est couvert par l'assurance).

### Hospitalisation

*Chirurgie* ou traitement médical dans un hôpital ou une clinique lorsqu'il est médicalement nécessaire d'occuper un lit une nuit.

## I

### ihl Bupa (y compris nous/notre/nos)

Bupa Insurance Limited. ihl Bupa est une identité commerciale de Bupa Insurance Limited.

## M

### Maison de naissance

Établissement médical souvent associé à un hôpital et conçu pour fournir un cadre intime et chaleureux pour les accouchements.

### Maladie aiguë et grave

Une *maladie aiguë et grave* ne sera déterminée qu'après examen et accord commun du médecin traitant et du médecin-conseil de la *Compagnie*.

### Médecin ou établissement non reconnu

- traitement fourni par un praticien qui n'est pas reconnu par les autorités compétentes du pays où le traitement se déroule comme possédant des connaissances spécialisées ou des qualifications pour le traitement de la maladie, du trouble ou de la blessure à traiter ;
- traitement dans un hôpital quelconque ou par un praticien quelconque ou autre fournisseur de soins de santé auquel nous avons indiqué par écrit que nous ne le reconnaissons plus aux fins de nos régimes d'assurance ;
- traitement fourni par une personne quelconque ayant le même domicile que l'assuré ou faisant partie de la famille immédiate de l'assuré ou par une entreprise détenue par l'une de ces personnes.

## P

### Pays de résidence

Tout pays dans lequel l'assuré est jugé résider par les autorités compétentes.

### Phase terminale

Quand la mort s'approche inévitablement et l'évaluation médicale mène à une substitution de tout traitement actif en faveur d'un traitement palliatif et au soutien du patient et de sa famille. Cette décision doit être confirmée par le médecin-conseil de *la Compagnie*.

### Preneur d'assurance

La personne identifiée comme le *preneur d'assurance* sur le Formulaire de Souscription.

## R

### Régime ambulatoire

*Chirurgie* ou traitement médical dans un hôpital ou une clinique lorsqu'il n'est pas médicalement nécessaire d'occuper un lit.

### Renouvellement

Le *renouvellement* automatique de *l'assurance* à la date d'anniversaire.

## S

### Sinistre

La demande de remboursement, couverte entièrement ou en partie par *l'assurance*. A cet égard, la décision de *la Compagnie* est basée sur la date du traitement et non sur la date de la blessure / maladie.

### Souscripteur

Une personne inscrite sur le Formulaire de Souscription et sur le Questionnaire Médical comme sollicitateur d'assurance.

### Subrogation

Le droit de l'assureur d'insister sur sa voie de recours contre un tiers et le droit de l'assureur à revendiquer auprès de l'assuré la somme avancée dans le cas où l'assureur aurait avancé des frais à un tiers pour le compte de l'assuré.

## T

### Taux de remboursement

Le montant maximum qui sera remboursé pour des frais médicaux pendant une année à partir de la *date de commencement* ou à partir de chaque date de *renouvellement*, voir les *Conditions Générales d'Assurance*.



Valables à partir du 1er janvier 2011



Le monde de Bupa

[www.ihl.com](http://www.ihl.com) • [www.bupa-intl.com](http://www.bupa-intl.com)

**Appelez le  
« Medical Centre »  
d'ihl Bupa pour une aide  
médicale et un service  
d'urgence 24 heures  
sur 24 :**

Tel. : +45 33 15 33 00  
Fax : +45 33 32 25 60  
E-mail : [emergency@ihl.com](mailto:emergency@ihl.com)

**Appelez le service clientèle  
d'ihl Bupa pour toute  
question concernant votre  
police, vos paiements, votre  
couverture, etc :**

**Ouvert de 8h00 à 22h00  
(CET) tous les jours  
ouvrables**

Tel. : +45 33 15 30 99  
Fax : +45 33 32 25 60  
E-mail : [ihl@ihl.com](mailto:ihl@ihl.com)

**Palægade 8  
DK-1261 Copenhague K  
Danemark**

**Les appels seront  
enregistrés et pourront  
être évalués**

**Adresses européennes :**

**Bupa International**

Russell House  
Russell Mews  
Brighton BN1 2NR  
UK

**Bupa Cyprus**

3 Ioannis Polemis Street  
PO Box 5 11 60  
3502 Limassol  
Chypre

**Bupa Denmark, filial af Bupa  
Insurance Limited, England**

Palægade 8  
DK-1261 Copenhague K  
Danemark

**Bupa France**

Nice Etoile 30  
Avenue Jean Médecin  
F-06000, Nice, France

**Bupa Malta**

120 The Strand  
Gzira, Malte

**Bupa Spain**

Edif. Santa Rosa 1-D  
C/ Santa Rosa 20  
Los Boliches  
E-29640 Fuengirola (Málaga)  
Espagne



ihl Bupa est une identité commerciale de Bupa Insurance Limited, immatriculée en Angleterre sous le numéro 3956433.  
Siège : Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way, Londres WC1A 2BA, RU  
Bupa Insurance Limited est agréée et réglementée par l'Autorité britannique des services financiers, Financial Services Authority (UK)

