

Règlement du Plan groupe

1. Introduction

Les garanties fournies seront déterminées en lisant le Règlement ci-inclus ainsi que le Certificat d'assurance (le Certificat) délivré à chaque Assuré. Toute prestation ne figurant pas sur le Certificat n'est pas fournie. Les primes d'assurance seront payées en livres sterling, en dollars américains ou en euros. La devise de base pour l'établissement de la police d'assurance est la livre sterling.

L'Assurance prendra effet lorsque le souscripteur aura reçu l'accord de l'Assureur. Ce dernier

deviendra et restera assuré conformément aux termes, dispositions et conditions énoncés dans le Certificat et le Règlement.

Le représentant légal de l'Assuré devra avoir le droit d'agir au nom de l'Assuré si ce dernier devient invalide ou décède. Les prestations sont payables à l'Assuré ou aux prestataires agréés de soins médicaux et dentaires qui ont fourni à l'Assuré les traitements et les services nécessaires du point de vue médical qui sont pris en charge.

Les prestations sont limitées aux honoraires habituels et raisonnables généralement pratiqués dans la région où le traitement a été administré.

Le paiement des prestations est assuré par des gestionnaires de demandes de remboursement, nommés par l'Assureur, et spécialisés dans la gestion des demandes de remboursement de frais médicaux.

2. Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent au Plan :

Accident : tout événement soudain et imprévisible se produisant pendant la période de garantie, ayant pour conséquence une blessure corporelle, et dont la cause est externe au propre corps de la victime et survient sans que la victime ne puisse rien y faire.

Acte chirurgical en hôpital de jour : tout acte chirurgical pratiqué en consultation externe mais pour lequel une période de récupération en milieu hospitalier est requise.

Assuré : tout individu qui a effectivement rempli un Formulaire de souscription au Plan, ou dont le nom figure sur ce Formulaire, et pour lequel la date de prise d'effet de la couverture a été confirmée, ou à qui il a été délivré un Certificat d'assurance.

Assureur : L'assureur du régime est Catlin Underwriting Agencies Limited.

Chirurgie reconstructive : est couverte lorsqu'elle est nécessaire pour permettre au patient de recouvrer son apparence/une fonction à la suite d'un accident ou d'une maladie survenu postérieurement à la date d'entrée en vigueur de votre Certificat et lorsque le traitement initial était couvert par le Régime. L'intervention de Chirurgie reconstructive doit avoir lieu dans un délai de deux ans à compter de l'accident initial ou de la maladie initiale.

Couverture hors zone : est une couverture de courte durée disponible lorsque vous voyagez en dehors de la Zone géographique sélectionnée par la Personne assurée. La couverture n'est disponible à l'extérieur de la Zone géographique sélectionnée que pour une durée totale maximale de 30 jours par Période de certificat, sous réserve des plafonds indiqués dans le Certificat et sous réserve, en tout état de cause, que le voyage n'ait pas été effectué spécifiquement dans le but ou avec l'intention de bénéficier d'un traitement médical. Cette couverture s'applique uniquement aux troubles médicaux présentant un caractère d'urgence et aux épisodes sévères de troubles médicaux existants couverts.

Demande de remboursement : demande de remboursement d'un traitement médical destiné à traiter une maladie diagnostiquée.

Employé : désigne une Personne Assurée qui est en Service Actif à temps complet auprès de l'Employeur ou aux termes d'un Contrat de Travail. Il ne s'agit pas d'une personne qui occupe un emploi occasionnel. La définition peut inclure un propriétaire unique ou un partenaire ou administrateur de l'Employeur.

Employeur : Il s'agit de la Personne Assurée ou, dans le cas d'un Groupe non-salarié accepté par l'Assureur, il s'agit de l'organisme de parrainage par le biais duquel le Plan est proposé, établi ou géré et à qui la Police Cadre est émise.

Évacuation médicale d'urgence : frais médicalement justifiés liés à l'évacuation d'urgence et aux soins médicaux pratiqués lors du transport d'un Assuré présentant un état

médical critique vers l'hôpital le plus proche disposant des installations et des services de soins appropriés, cet hôpital ne se trouvant pas nécessairement dans le pays de résidence de l'Assuré. Devant un tel cas d'urgence, la Société d'assistance, joignable 24 heures sur 24, doit être contactée immédiatement afin de lui demander son accord pour toute Évacuation médicale d'urgence. En cas d'urgence dans une région retirée ou primitive dans laquelle la Société d'assistance ne peut être contactée au préalable, l'Évacuation médicale d'urgence doit être signalée le plus rapidement possible. L'assureur se réserve le droit de décider de l'endroit vers lequel l'assuré doit être transporté. L'assureur réglera les coûts de transport raisonnables pour une seule autre personne accompagnant le patient lors d'une Évacuation médicale d'urgence lorsque cette mesure est considérée comme nécessaire.

Lorsque l'état de santé ne justifie pas un transport sanitaire aérien, le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique est couvert par le Plan.

Forfait journalier : prestation en espèces qui peut être payée lorsque le traitement est délivré dans un hôpital public à titre gracieux. La durée maximum prise en charge par période d'assurance est de 30 jours.

Frais Conformés aux Usages Locaux et Raisonnables : désigne les frais qui seraient habituellement facturés pour le traitement dispensé sur le lieu où le traitement est reçu. L'Assureur remboursera uniquement jusqu'à hauteur des frais habituellement facturés pour ledit traitement sur ledit lieu. En cas de différend, l'Assureur identifiera le montant habituellement facturé en obtenant trois devis pour le traitement contesté et réglera les dépenses d'après une moyenne des trois devis.

Frais médicaux d'urgence – Frais supplémentaires : comprend les coûts d'hébergement d'une personne accompagnante demeurée auprès de la Personne assurée lors d'une Évacuation médicale autorisée à concurrence des plafonds indiqués sur le Certificat. Le coût de deux billets d'avion aller simple pour le retour de la Personne assurée et de la personne accompagnante vers le pays de résidence après une Évacuation médicale d'urgence approuvée est couvert.

Franchise/Coassurance : la part des frais restant à la charge de l'Assuré. La franchise/coassurance est appliquée conformément aux dispositions du Certificat.

Franchise volontaire : désigne le montant de frais couverts, sélectionné sur le Formulaire de demande d'adhésion, que doit payer la Personne assurée pour chaque Période de certificat. Si la prestation réclamée est couverte par une coassurance, il sera fait application du montant couvert par la coassurance avant d'appliquer la Franchise volontaire.

Greffes d'organe et de moelle osseuse et traitement de cellules souches : fournit une couverture pour les greffes

de reins, du cœur, du cœur et des poumons, du foie et de moelle osseuse et le traitement de cellules souches (qu'il s'agisse de prélèvements autologues ou réalisés sur un donneur) à concurrence du plafond par greffe indiqué dans le Certificat. Les dépenses se rapportant à l'acquisition des organes greffés et les dépenses du donateur ne sont pas couvertes.

Groupe : désigne l'adhésion à un Plan Collectif qui est acceptée par l'Assureur et comporte au moins trois salariés. Cette adhésion comprend un groupe de salariés employés par un employeur ou des membres d'une Organisation Syndicale ou de toute Association ou autre institution, ainsi que les personnes à leur charge, acceptés par l'Assureur et considérés comme formant un Groupe pour l'application du présent contrat.

Grossesse à risques : grossesse et accouchement au cours desquels un médecin a attesté qu'une procédure chirurgicale ou un traitement nécessitant une période d'hospitalisation s'est avéré nécessaire lors de la grossesse, et dans le cadre de laquelle un accouchement par les voies naturelles aurait mis la vie de la mère et/ou de l'enfant en danger. Dans la mesure du possible, tous les frais doivent être préalablement acceptés par la Société d'assistance, joignable 24 heures sur 24, ou, en cas d'urgence, dès que cela est raisonnablement possible.

Grossesse normale : grossesse et accouchement (soins pré et post-natals compris) de la mère uniquement, pour laquelle aucune procédure obstétricale spécifique n'est requise.

Hébergement des parents accompagnants : frais d'hébergement en hôpital d'un parent accompagnant un enfant âgé de 17 ans ou moins admis à l'hôpital.

Hôpital : tout établissement légalement enregistré comme hôpital ou clinique dans le pays dans lequel il est situé et dont les principales activités ne sont pas celles d'un centre thermal, d'une clinique thermique, d'un sanatorium, d'une maison de santé ou d'une maison de retraite. Cet établissement doit être sous la supervision constante d'un médecin résident.

Hospitalisation : comprend tous les traitements médicaux, à l'exception des greffes d'organe, administrés au seul Assuré uniquement lorsqu'une procédure de diagnostic appropriée et/ou des traitements ne sont pas disponibles dans le cadre de consultations externes et lorsque l'Assuré est officiellement admis dans un Hôpital pour une période supérieure ou égale à 24 heures. Une entente préalable (voir définition) est obligatoire pour toutes les demandes de remboursement de frais d'hospitalisation. Les frais d'hospitalisation comprennent les sommes raisonnables et habituelles généralement facturées dans la région où le traitement est administré pour le paiement de l'hébergement en hôpital (le prix d'une chambre seule peut être compris dans la garantie), les frais de repas, tous les frais liés à l'utilisation des installations médicales et tous

Règlement du Plan groupe

les frais liés aux traitements et soins médicaux prescrits par un Médecin. Lorsqu'une unité de soins intensifs ainsi que des services de radiothérapie, de chimiothérapie et de tomodynamométrie sont médicalement justifiés, les sommes raisonnables et habituelles généralement facturées sont prises en charge. Les frais d'hospitalisation excluent tous les frais liés à la grossesse, à l'exception des grossesses extra-utérines.

IRM et tomodynamométrie : coût des examens pratiqués à l'aide d'un dispositif d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et d'un tomodynamomètre (scanner CT) prescrits par un médecin traitant.

Limites globales : prestations cumulées totales dont le remboursement peut être demandé par un Assuré lors de chaque période de garantie. Ces limites globales sont mentionnées sur le Certificat.

Médecin/Thérapeute : médecin/thérapeute officiellement enregistré reconnu par la loi du pays dans lequel le traitement est administré et qui, en administrant un tel traitement, exerce dans la limite de son enregistrement et de sa formation.

Médicaments de prescription : ils comprennent les médicaments dont la vente et l'utilisation sont légalement limitées à la prescription d'un Médecin, et qui ne constituent pas des produits pouvant être obtenus sans ordonnance médicale.

Oncologie, chimiothérapie et radiothérapie : comprend les frais hospitaliers correspondant aux analyses et aux médicaments spécifiquement liés au diagnostic et au traitement d'une maladie maligne (cancer).

Pathologies Préexistantes : désigne toute pathologie connue (ou pathologie apparentée) qui présente dans la période de deux ans précédant immédiatement l'entrée en vigueur de la police d'assurance une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- elle a été diagnostiquée ;
- elle a nécessité un traitement médical (médicaments, régimes spéciaux, injections ou autres procédures ou investigations) ;
- elle a nécessité un avis médical voire des examens médicaux de routine ;
- elle aurait nécessité un avis médical si un avis clinique reconnu avait été suivi ;
- elle présentait des symptômes non diagnostiqués, reconnus ou non.

Après deux périodes de garantie consécutives, les maladies pré-existantes sont intégrées aux garanties (sauf si la maladie ou la prestation spécifique est exclue) si, lorsque le traitement a été prescrit pour la première fois, l'Assuré n'a :

- présenté aucun symptôme ;
- consulté aucun médecin pour un examen de contrôle, des examens de suivi, un traitement médical ou un avis médical ;
- ne s'est vu prescrire ou n'a pris aucun médicament, y compris des médicaments en vente libre, des régimes spéciaux, des injections, des séances de physiothérapie pour cette maladie ou pour toute autre maladie en rapport pendant une période sans interruption de deux ans.

Pays de résidence : le pays déclaré sur le Formulaire de souscription/Certificat d'assurance comme étant le Pays de résidence.

Pays d'origine : pays dont l'Assuré détient un passeport. Lorsque l'Assuré détient plusieurs passeports, le pays d'origine sera défini par la nationalité que l'Assuré aura déclarée sur son formulaire de souscription. On partira du principe que le pays d'origine des personnes à charge est le même que celui de la personne ayant souscrit l'assurance.

Personne à charge : désigne le/la conjoint(e) ou concubin(e) de l'Assuré, et/ou les enfants, enfants d'un autre lit, enfants adoptifs et enfants légalement adoptés non mariés, qui dépendent de l'Assuré pour assurer leur subsistance, à condition sans exception que lesdits enfants ne soient pas âgés de plus de 18 ans à la date d'adhésion ou de renouvellement du Régime d'Assurance (ou 24 ans si un justificatif attestant que l'enfant poursuit des études à

plein temps est produit).

Physiothérapie : elle doit être pratiquée, sur prescription d'un médecin, par un Physiothérapeute officiellement enregistré.

Plan Facultatif : désigne un plan dont l'inscription par un salarié/membre est facultative.

Plan Obligatoire : désigne un plan dans le cadre duquel toutes les personnes admissibles seront incluses.

Police Cadre : désigne le contrat d'assurance qui est émis à l'Employeur ou à l'organisme de parrainage, conformément à la définition.

Prestation Bien-être : fournit une couverture du coût des bilans de santé, des analyses et des examens de routine réalisés en vue du dépistage précoce de maladies et d'affections et comprend les tests cardiovasculaires et neurologiques, les tests de Papanicolaou par frottis cervical, les mammographies et les tests de dépistage de maladies de la prostate. Cette prestation est disponible uniquement pour les personnes assurées âgées de plus de 21 ans et après deux années de couverture ininterrompue dans le cadre d'un Régime qui inclut cette prestation.

Prestation VIH/SIDA : comprend le coût du traitement découlant du ou apparenté au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et/ou une maladie apparentée au VIH, y compris syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou syndrome associé au SIDA (SAS) et la couverture est sous réserve d'une limite maximale de durée de vie ainsi qu'il est stipulé sur l'Attestation. Lorsque ladite prestation est incluse dans l'assurance, elle est disponible uniquement après que l'Assuré ait souscrit deux années de couverture continue en vertu d'un Régime d'Assurance qui inclut ladite prestation.

Prothèses, appareils et dispositifs médicaux : sont couverts sous réserve des plafonds indiqués sur votre Certificat. Les termes « prothèses/appareils et dispositifs médicaux internes » désignent tous les implants et appareils ou dispositifs médicaux implantés lors d'une intervention. Les termes « prothèses/appareils et dispositifs médicaux externes » désignent les dispositifs ou appareils prescrits par un médecin dans le cadre du processus de guérison succédant immédiatement à un traitement dans un service hospitalier, en chirurgie ambulatoire ou dans un service des urgences.

Rapatriement ou obsèques locales : frais liés à la préparation et au transport par voie aérienne du corps de l'Assuré du lieu de décès vers son Pays d'origine, ou à la préparation et aux obsèques locales ou à la crémation du corps d'un Assuré décédé en dehors de son Pays d'origine. De tels arrangements doivent être effectués par la Société d'assistance joignable 24 heures sur 24. Cette prestation n'est pas disponible aux personnes souscrivant au Plan à l'âge de 65 ans ou plus.

Service Actif : Un salarié sera considéré être en Service Actif tout jour où il accomplit alors de la manière habituelle toutes les tâches ordinaires relevant de son emploi qui sont ou auraient pu être accomplies le dernier jour normal de travail.

Soins à domicile : ils comprennent les soins médicaux, à l'exclusion de l'aide à domicile, dispensés par un(e) infirmier(ère) diplômé(e) d'État au domicile de l'Assuré sur prescription d'un médecin et directement liés à une blessure ou à une maladie pour laquelle l'Assuré a reçu et reçoit actuellement un traitement couvert par les conditions générales du Plan. La garantie est limitée à 26 semaines par période de garantie.

Soins de maternité : traitements prénatals, accouchement et traitements post-natals administrés à l'Assurée dans le cadre d'une grossesse normale ou à risques dans les limites indiquées sur le Certificat pour chaque grossesse. Lorsque cette prestation est incluse au titre du Certificat, elle s'appliquera uniquement aux états de grossesse dont la date d'accouchement est prévue au moins dix mois après la date de prise d'effet des Prestations de Soins de Maternité de la Personne Assurée.

Soins dentaires à la suite d'un accident : soins nécessaires pour restaurer ou remplacer des dents naturelles saines perdues ou endommagées lors d'un Accident et prodigués dans les 90 jours suivant ce dernier.

Soins dentaires de routine : tous soins dentaires de

routine (examen des dents, prévention et soulagement de la douleur comprenant plombages simples, rayons X, traitement des gencives, procdures opératoires et gnathologiques et prothèses). Les prothèses dentaires incluent la restauration de la fonction des prothèses dentaires et l'installation de nouvelles prothèses, couronnes, bridges et dents sur pivot.

Les traitements orthodontiques sont pris en charge pour les personnes assurées de moins de 16 ans. Cette garantie ne s'applique qu'aux Assurés qui ont effectué un examen dentaire et ont effectué tous les traitements nécessaires au cours des douze mois précédant immédiatement la souscription au Plan, ou précédant immédiatement la demande de remboursement des prestations de Traitement dentaire de routine dans le cadre du Plan, selon la date la plus récente. La prestation est limitée aux montants indiqués sur le Certificat.

Soins de rééducation : désigne les traitements médicaux dispensés dans le cadre d'une hospitalisation ou tout autre soin dont le but est de restaurer la santé et la mobilité du patient après une blessure ou une maladie de manière à ce que l'Assuré redevienne autonome. Ladite prestation est sous réserve d'une limite maximale de durée de vie ainsi qu'il est stipulé sur l'Attestation.

Soins d'urgence et soins médicaux en cas d'accident : soins prodigués au service des blessés ou aux urgences d'un hôpital immédiatement après un Accident.

Soins externes : traitements médicaux dispensés à l'Assuré alors que ce dernier n'est pas admis dans un Hôpital ou dans tout autre établissement de soins médicaux. Les soins externes comprennent les soins délivrés ou prescrits par un Médecin généraliste, un Médecin spécialiste ou Médecin-conseil, les analyses biologiques, les examens radiologiques et de médecine nucléaire utilisés pour diagnostiquer et traiter les maladies. Les Soins externes comprennent également les Thérapies complémentaires, la Physiothérapie et les Médicaments de prescription, tels que définis par ailleurs.

Soins néonataux : traitement reçu à l'hôpital par un nouveau-né à compter de sa date de naissance et jusqu'à 30 jours après sa sortie de l'hôpital, à la condition qu'un formulaire de souscription ait été complété pour l'enfant dans un délai de 14 jours à compter de sa date de naissance et qu'un Certificat d'assurance ait été délivré concernant le nouveau-né. Aucune autre prestation n'est proposée pour les nouveau-nés avant le 30ème jour suivant la sortie de l'hôpital lorsque les prestations et le règlement du Plan s'appliquent.

Soins palliatifs : fournit une couverture des coûts d'hébergement et des soins palliatifs dispensés dans un Centre de soins palliatifs enregistré, à concurrence de 15 jours, dans le cas où les soins ont été prescrits par un Médecin et où la Personne assurée a fait l'objet d'un pronostic indiquant qu'elle se trouvait en phase terminale.

Soins psychiatriques dans le cadre d'une hospitalisation : sont couverts à concurrence de 30 jours par Période de certificat, sous réserve que le traitement soit dispensé par un Psychiatre inscrit à l'Ordre dans une unité de soins psychiatriques d'un hôpital reconnu. Tous les traitements doivent faire l'objet d'une autorisation préalable de la Société d'assistance 24h/24. Cette prestation est disponible uniquement après une période d'une année de couverture continue.

Soins psychiatriques en consultation externe : est fournie à l'égard des honoraires de Psychiatre, lorsque le patient est recommandé par un Médecin en vue du traitement d'un trouble psychologique ou psychiatrique, de l'anxiété, du stress, de la dépression clinique et d'états phobiques. La couverture comprend également la thérapie dispensée par un psychologue clinicien ou comportementaliste, sous réserve que cette thérapie soit prescrite par un Psychiatre. Lorsque cette prestation est incluse dans le Certificat, elle s'appliquera uniquement aux traitements dispensés après une période d'une année de couverture continue.

Thérapies complémentaires : traitements administrés par des ostéopathes, des chiropracteurs, des homéopathes et des acupuncteurs enregistrés et dûment qualifiés, et devant être obligatoirement recommandés et prescrits par un médecin.

Transport local en ambulance : comprend les frais de

transport en ambulance nécessaires vers un hôpital local afin d'y être emmené aux urgences ou d'y être hospitalisé.

Traitement des Pathologies Chroniques : désigne le traitement d'une pathologie/maladie chronique qui est une affection ou maladie pour laquelle il n'existe pas de traitement curatif connu et/ou qui est susceptible de perdurer ou de réapparaître et qui nécessite un contrôle, une surveillance ou un traitement prolongé(e). Les coûts sont éligibles uniquement en vertu des prestations stipulées sur l'Attestation.

Traitement Post-Hospitalier : désigne le traitement de suivi en consultation externe qui est apparenté à une demande de remboursement éligible en vertu des Soins Hospitaliers à condition que le traitement soit reçu dans les 90 jours suivant la sortie de l'Hôpital.

3. Administration

Annulation : Si toute demande de remboursement s'avère à tout égard non fondée ou frauduleuse ou si des moyens frauduleux ou manœuvres frauduleuses sont employés par l'Assuré ou toute personne agissant pour son compte pour faire valoir une prestation en vertu des présentes, l'assurance sera alors annulée sur-le-champ et l'ensemble des prestations et des primes seront perdues. Le Régime d'Assurance sera annulé sur-le-champ si tout fait déterminant n'a pas été divulgué ou a été présenté de manière inexacte à la prise d'effet du Régime d'Assurance.

Arbitrage : Toute divergence d'avis médical en relation avec les résultats d'un accident ou d'une maladie sera réglée entre deux experts médicaux désignés par écrit par les deux parties au différend. Toute divergence d'avis entre les deux experts médicaux sera portée devant un arbitre qui aura été préalablement désigné par écrit par les deux experts médicaux.

Changement de niveau de couverture/zone géographique : le changement de niveau de couverture ne peut être réalisé qu'à la date de renouvellement. Si l'Assuré relève son niveau de couverture au moment du renouvellement, tout délai de carence commencera à courir à partir de la date à laquelle il l'a relevé. Il n'est possible de changer qu'une seule fois de zone géographique par période de garantie et à condition que l'Assuré déménage dans un pays compris dans la nouvelle zone géographique sélectionnée.

Coordination des prestations : Le Régime d'Assurance fournira un remboursement uniquement proportionnel si l'Assuré bénéficie de toute autre assurance en vigueur ou est habilité à percevoir une indemnisation provenant de toute autre source eu égard aux mêmes préjudice corporel, maladie, affection, décès ou frais. L'Assureur jouit de la plénitude des droits de subrogation.

Date d'Echéance désigne la date d'entrée en vigueur ou de renouvellement de la couverture ainsi qu'il est stipulé sur l'Attestation.

Eligibilité : Sont admissibles les personnes salariées ou les personnes travaillant à leur compte de toutes nationalités qui sont âgées de moins de 65 ans à la date d'inscription. Le Régime d'Assurance est proposé aux personnes de

Vaccins infantiles : couverture pour les enfants assurés de 16 ans ou moins, dans la limite maximum figurant au Certificat d'assurance eu égard aux vaccins infantiles tels que ceux contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la polio, les oreillons, la rubéole, la méningite C, les infections pneumococciques, la bactérie Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenza de type b (Hib) et le papillomavirus humain (PVH).

Voyage vers le Pays d'origine pour raisons familiales : couvre le coût d'un billet de retour en classe économique vers le Pays d'origine en cas de décès d'un membre de la famille proche pendant la Période du certificat. Cette prestation est disponible uniquement lorsque la Personne assurée dispose d'une couverture ininterrompue depuis au moins un an. L'expression « membre de la famille proche »

toute nationalité. Le Régime d'Assurance n'est pas proposé aux ressortissants américains, canadiens ou caribéens qui résident dans leur Pays d'Origine, ni aux personnes soumises à des contrôles des changes ou réglementations locales relatives aux licences d'assurances.

Les personnes à charge sont également éligibles à une adhésion. Les nouveau-nés seront éligibles à une assurance dès la naissance. Les prestations disponibles pour les nouveau-nés sont telles que définies à la section Soins des Nouveau-nés et jusqu'aux limites stipulées dans l'Attestation. Pour bénéficier de la couverture, un Formulaire Ajout de Personnes à Charge doit être rempli dans les 14 jours suivant la naissance. Les personnes à charge doivent choisir le même Régime d'Assurance que celui du souscripteur.

Entrée en vigueur et renouvellement : L'assurance entrera en vigueur à compter de la date spécifiée sur l'Attestation. Les primes sont redevables à ou avant la date de prise d'effet du Régime d'Assurance. Au renouvellement, les primes sont redevables avant la Date d'Echéance afin d'éviter toute résiliation de la couverture.

Après l'enregistrement et sous réserve d'un renouvellement continu, la couverture cessera automatiquement à la première Date d'Echéance qui suit le 65^e anniversaire ou à la fin de l'emploi/l'adhésion, à savoir à la première de ces deux dates. La résiliation de l'assurance par le Salarié/membre assuré entraîne également la résiliation de la couverture pour les Personnes Assurées qui sont à sa Charge, sauf accord contraire de l'Assureur.

Le Régime d'Assurance est un contrat annuel qui, sauf résiliation, sera renouvelé chaque année à l'anniversaire de la Date d'Echéance sous réserve du Règlement et des primes en vigueur à chaque renouvellement et de toute modification pouvant être énoncée par écrit par l'Assureur.

Le renouvellement sera effectué par le paiement par la Personne assurée/l'Employeur, avant la Date d'Echéance, de la prime de renouvellement requise et son acceptation par l'Assureur.

Examens : L'Assureur aura le droit et la possibilité par l'intermédiaire de son représentant médical d'examiner tout Assuré chaque fois et aussi souvent que cela peut être raisonnablement nécessaire pendant la durée de toute

désigne votre conjoint, parent, frère, sœur, enfant ou petit-enfant.

Zone géographique : la Zone géographique choisie par l'Assuré et pour laquelle la prime appropriée a été payée et dont il est fait mention sur le Certificat d'assurance.

La Zone 1 couvre le monde entier hors États-Unis et Caraïbes. Les Caraïbes comprennent Anguilla, Antigua, Aruba, les Bahamas, la Barbade, les Bermudes, Bonaire, les îles Caïman, Cuba, Curaçao, la Dominique, la République Dominicaine, Grenade, la Guadeloupe, Haïti, la Jamaïque, la Martinique, Montserrat, Porto Rico, Saba, Saint-Barthélemy, St Kitts-Nevis, Ste Lucie, Saint-Martin, St Vincent, Trinidad et Tobago, Îles Turques-et-Caïques et les îles Vierges.

La Zone 2 correspond au monde entier.

Demande de Remboursement. De plus, l'Assureur aura le droit d'exiger une autopsie en cas de décès, lorsque ceci n'est pas interdit par la loi.

Procédure judiciaire : Aucune action en justice ne sera intentée pour dommages-intérêts en vertu du Régime d'Assurance avant l'expiration d'un délai de 60 jours après soumission de la pièce justificative de demande de remboursement conformément aux exigences du Règlement. Aucune dite action ne sera également intentée à moins d'être engagée dans les six ans suivant la date de la Demande de Remboursement.

Les parties sont libres de choisir le droit s'appliquant au présent contrat d'assurance. Sauf accord spécifique contraire, le présent contrat d'assurance sera régi par le droit anglais et soumis à la compétence exclusive des tribunaux d'Angleterre et du Pays de Galles. Sauf accord contraire, la langue du présent contrat d'assurance sera l'anglais.

Résiliation de la Couverture : Le Régime d'Assurance peut être résilié avec prise d'effet à compter de toute Date d'Echéance par l'une ou l'autre des parties. L'Assureur, tout en agissant en qualité d'Assureur de MediCare, n'invoquera pas une annulation en raison de l'âge ou des antécédents médicaux d'un Assuré pendant la période d'assurance en vertu du Régime d'Assurance. Les conditions de renouvellement seront toutefois sous réserve des primes et du Règlement proposés par l'Assureur.

Si le Plan est résilié par l'Employeur à toute autre date que la Date d'Echéance, un remboursement de prime proportionnelle sera accordé par l'Assureur.

L'ensemble des primes seront exigibles avant la Date d'Echéance. Faute de paiement à ou avant la Date d'Echéance, le contrat sera résilié avec prise d'effet à compter de la Date d'Echéance.

Retour dans le pays d'origine : les garanties restent applicables lorsqu'un Assuré retourne dans son Pays d'origine, sauf dans le cas de ressortissants américains et canadiens dont les garanties seront automatiquement annulées au bout de trois mois consécutifs passés dans leur pays d'origine. Les garanties ne seront applicables dans le Pays d'origine que si la prime d'assurance incluant la zone géographique en question a été payée.

4. Demandes de Remboursement

Autorisation Préalable : L'ensemble des frais d'hospitalisation et toute autre demande de remboursement susceptibles d'excéder 2.500 £/ 4.250 \$/ 3.250 € au cours de toute période d'assurance doivent être autorisés et convenus par la Société d'Assistance 24 h/24 h avant d'être encourus. En cas d'hospitalisation d'urgence, la Société d'Assistance doit être informée dans les 72 heures. Tout non-respect de la présente exigence affectera le règlement de votre demande de remboursement. Si une autorisation préalable n'est pas obtenue, l'Assuré aura à sa charge une franchise de 1.000 £/1.700 \$/1.300 € pour toute demande de remboursement.

Notification et pièce justificative de demande de remboursement : L'Assuré doit signifier une notification écrite d'une demande de remboursement 90 jours au

plus tard à compter du début du traitement, auprès de l'Assureur ou de l'administrateur désigné des demandes de remboursement. Un formulaire de demande de remboursement séparé doit être soumis pour chaque pathologie.

Ladite notification doit être signifiée même lorsque les originaux des documents à l'appui ne sont pas encore disponibles. Une notification écrite doit être suivie, lorsque disponibles, d'un formulaire de demande de remboursement de l'Assureur dûment rempli, signé par le Médecin traitant et des originaux des documents à l'appui, factures et reçus dans les plus brefs délais raisonnables et dans tous les cas dans les 90 jours suivant le traitement. Les photocopies ne sont pas acceptées. Tout(e) facture/ reçu datant de plus de 180 jours reçu(e) par l'Assureur ou

l'administrateur désigné des demandes de remboursement ne sera pas remboursé(e).

La charge de la preuve incombe à l'Assuré.

Lorsqu'un Assuré suit un traitement médical pour une maladie, il peut demander un remboursement à compter du début du traitement et jusqu'à ce qu'il soit médicalement confirmé que le traitement n'est plus nécessaire ou jusqu'à l'expiration de la période d'assurance, ou la résiliation de la présente assurance, soit la première échéance. Lorsqu'une indemnisation est demandée pour un traitement médical reçu et l'Assuré demande ultérieurement un remboursement pour un nouveau traitement, qui n'est aucunement apparenté au traitement précédent, la Demande de Remboursement ultérieure sera considérée comme une nouvelle Demande de Remboursement.

Règlement du Plan groupe

A la réception d'une pièce justificative de demande de remboursement, l'Assureur procédera à un remboursement jusqu'aux limites stipulées dans

l'Attestation pour les frais nécessairement encourus en conséquence directe du préjudice corporel, de la maladie, de l'affection (ou grossesse, si une prestation Soins

Maternité est incluse dans l'assurance) de l'Assuré pendant la période de validité de l'assurance.

5. Exclusions

Les traitements, maladies, activités et éléments suivants ainsi que les dépenses y afférent sont exclus de l'assurance et l'Assureur ne saurait être tenu responsable des :

- les États préexistants (selon la définition ci-devant) à moins de renonciation à cette exclusion au titre du Certificat ;
- tous les coûts engagés en dehors de la Zone géographique, sauf dans les cas relevant de la définition de la Couverture hors zone ;
- frais de transport supportés lors de voyages spécifiquement effectués en vue de bénéficier d'un traitement médical en dehors du cadre d'une Évacuation médicale d'urgence, sauf en cas de Transport local en ambulance (pour plus de détails, veuillez vous référer à la définition d'une Évacuation médicale d'urgence) ;
- frais d'Évacuation médicale d'urgence non préalablement approuvés par la Société d'assistance désignée, sauf disposition contraire prévue dans le Règlement ;
- soins ou traitements reçus dans un quelconque établissement de soins longue durée, centre thermal, clinique thermale, sanatorium, maison de soins ou maison de retraite non assimilés à un Hôpital, tel que défini dans le présent Règlement ;
- tous les frais liés aux soins à domicile pour raisons domestiques et non médicalement nécessaires ;
- examens médicaux de routine (y compris les procédures annuelles de diagnostic de routine autres que les prestations de médecine préventive, telles que définies ci-avant, lorsque la médecine préventive figure au Certificat d'assurance), entre autres les vaccins, (autres que les Vaccins infantiles tels que définis ci-avant lorsque les Vaccins infantiles figurent au Certificat d'assurance), la délivrance de certificats médicaux et attestations médicales et les examens d'aptitude à un emploi ou à un voyage ;
- les examens de routine des yeux et des oreilles, y compris les frais de lunettes, lentilles de contact et prothèses auditives ;
- traitements relatifs à des anomalies ou à des maladies congénitales (Les malformations congénitales comprendront les pathologies héréditaires) ;
- tous les soins dentaires autres qu'un traitement dentaire de routine ou un traitement dentaire d'urgence, tel que défini, sont inclus dans le Certificat ;
- prothèses dentaires à caractère esthétique ;
- coûts des métaux précieux utilisés dans le cadre de soins dentaires ;
- les tests et traitements liés à l'infertilité et à toute forme

- de procréation médicalement assistée ;
- avortements, sauf si la vie de la mère est immédiatement menacée ;
- accouchements par césarienne effectués par choix ;
- frais liés à la grossesse et à l'accouchement, sauf en cas de grossesse extra-utérine, à moins que la prestation Soins de maternité soit incluse dans le Certificat ;
- traitement de troubles psychologiques ou psychiatriques et traitement de l'anxiété, du stress, de la dépression et des états phobiques (sauf lorsque le certificat d'assurance porte la mention Soins psychiatriques en consultation externe), autre qu'une hospitalisation en isolement relevant de la définition des Soins psychiatriques dans le cadre d'une hospitalisation ;
- traitements, procédures diagnostiques, (y compris étude du sommeil) et médicaments délivrés sur ordonnance liés aux troubles du sommeil, y compris mais sans s'y limiter : apnée du sommeil, troubles respiratoires du sommeil, ronflement et insomnie ;
- actes de chirurgie esthétique et des conséquences de ces actes ;
- frais résultant d'une auto-mutilation, d'une tentative de suicide, de l'abus d'alcool, de la toxicomanie ou de l'abus de médicaments et le traitement des maladies sexuellement transmissibles ;
- le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), le syndrome associé au SIDA (SAS) et l'ensemble des maladies causées par et/ou apparentées à une séropositivité au virus VIH, à moins qu'une Prestation VIH/SIDA ne soit incluse dans l'assurance ;
- frais résultant de la pratique de courses autres que les courses à pied, et de tous les sports professionnels ;
- frais liés à un traitement prescrit par un membre de la famille ou toute autre automédication, y compris s'il s'agit de Médicaments de prescription ;
- un traitement qui n'est pas scientifiquement reconnu, ou n'est pas une pratique établie, ou est non éprouvé ou expérimental, tel que considéré par l'organisme professionnel compétent ;
- demandes de remboursement de traitements et/ou d'invalidités, de coûts et de dépenses liés à la participation à une guerre, à une émeute, à une grève, à un lock-out, à un mouvement populaire, à une rébellion, à une révolution, à une insurrection, à des actes de terrorisme, à des faits d'armes ou à des coups d'État ou à toute autre activité illégale, y compris de l'emprisonnement en résultant ;
- demandes de remboursements résultant du lancement

- d'armes de destruction massive (nucléaires, chimiques ou biologiques), que ce lancement soit suivi d'une explosion ou non ;
- blessures et des maladies survenant pendant que l'Assuré est au service de forces de police ou de forces armées ;
- coûts directement ou indirectement causés par ou favorisés par ou découlant de :
 - rayonnements ionisants ou contamination par radioactivité provenant de tout combustible nucléaire ou de tout déchet nucléaire généré par la combustion d'un combustible nucléaire ;
 - propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de tout dispositif nucléaire explosif ou de tout composant nucléaire ;
- demandes de remboursement et des coûts liés à des traitements reçus après la date d'expiration du Certificat ;
- coûts d'acquisition et d'implantation d'un cœur artificiel et de dispositifs mono ou bi-ventriculaires ;
- frais de cryoconservation ;
- tous les frais d'introduction et de réintroduction de cellules vivantes ou de tissus vivants, sauf dans les cas relevant de la définition des Greffes d'organes et de moelle osseuse et traitement de cellules souches ;
- tous les coûts se rapportant à une greffe d'organes, sauf dans les cas relevant de la définition des Greffes d'organes et de moelle osseuse et du traitement de cellules souches ;
- les coûts se rapportant à l'hormonothérapie de substitution liée au traitement et aux symptômes de la ménopause ;
- traitements liés aux difficultés d'apprentissage, hyperactivité, trouble déficit de l'attention, orthophonie et thérapie développementale et troubles sociaux ou du comportement ;
- frais liés à la contraception, à la stérilisation ou à tout traitement lié à des troubles sexuels (y compris l'impuissance, quelle qu'en soit la cause) ;
- tous frais liés aux vitamines, minéraux et autres suppléments, y compris les remèdes homéopathiques, qu'ils aient été prescrits ou non ;
- tous frais liés au traitement de l'obésité ou découlant de celle-ci, tels que ceux concernant les aides-minceur, médicaments, réunions et cours destinés à l'amaigrissement ou la chirurgie de l'obésité (anneaux gastriques et gastroplastie compris)

6. Procédure de réclamation

Nous visons à offrir à nos clients à tout moment un niveau de service élevé. En dépit de nos efforts, nous devons admettre qu'il peut arriver qu'en qualité de client, vous ayez le sentiment que nous n'avons pas atteint cet objectif. Si vous avez un quelconque motif de réclamation, veuillez contacter en premier lieu le président-directeur général de MediCare en indiquant votre numéro de certificat. Si vous n'êtes toujours pas satisfait et souhaitez formuler une réclamation, vous pourrez le faire à tout moment en portant l'affaire devant le responsable des réclamations de Catlin Underwriting Agencies Limited, dont les coordonnées sont indiquées ci-après.

Responsable des réclamations
Catlin Underwriting Agencies Limited
20 Gracechurch Street,
Londres EC3V 0BG

Numéro de téléphone : +44 (0)20 7743 8487
Courriel : Catlinukcomplaints@catlin.com

Une fois que Catlin aura examiné votre réclamation, si vous n'êtes toujours pas satisfait, vous pourrez, sous certaines conditions, porter votre réclamation devant la Lloyd's. Vous trouverez des informations détaillées sur les procédures de réclamation de la Lloyd's dans le livret « Your Complaint – How We Can Help » (« Votre réclamation - L'aide que nous pouvons vous apporter ») consultable à l'adresse www.lloyds.com/complaints (disponible uniquement en anglais) et également disponible à l'adresse indiquée ci-dessus. Une fois que la Lloyd's aura examiné votre réclamation, si vous n'êtes toujours pas satisfait, vous pourrez être autorisé à porter votre réclamation devant le Service du médiateur financier (Financial Ombudsman Service), dont les coordonnées sont les suivantes :

The Financial Ombudsman Service
South Quay Plaza
183 Marsh Wall
Londres E14 9SR

Ligne d'assistance téléphonique : +44 (0)800 023 4567
Standard : +44 (0)20 7964 1000
Courriel : complaint.info@financial-ombudsman.org.uk

La présente procédure de réclamation est sans préjudice de votre droit d'agir en justice.