



## Votre contrat d'assurance : GlobalFusion

À partir de :

**2948€**

Âge limite de 69 ans

Prise en charge des frais médicaux à concurrence de 3 350 000 € (y compris COVID-19)

12 mois, renouvelable une fois



Excellent  Trustpilot

Ce contrat GlobalFusion vous offre une couverture optimale lors de votre expatriation avec des garanties qui se rapprochent de celles de la sécurité sociale.

### NOS GARANTIES



Assistance rapatriement



Frais médicaux



Maternité

### COTISATION PAR PERSONNE

SELON DEVIS ÉTABLI PAR VOTRE  
CONSEILLER



## LES GARANTIES, MONTANTS & LIMITES (1/5)



Frais médicaux en cas d'hospitalisation à l'étranger (y compris COVID-19) :

Pays de la zone A  
Pays de la zone B  
Pays de la zone C

3 350 000€

Urgence dentaire due à un accident

Couvert

Urgence dentaire due à une douleur soudaine et inattendue à des dents naturelles saines

Jusqu'à 70€

Urgence dentaire Sections dentaires non urgentes D4, D5 et D6 combinées :

i) Capital assuré maximal par année civile i) 500 €  
ii) Franchise annuelle pour soins dentaires ii) 35 €  
iii) Franchises annuelles maximales par famille et par année civile iii) 2  
- Après 6 mois de couverture continue

Traitement de classe I\* :

- Préventif et diagnostique
- Urgence Palliative

Traitement

- comprend jusqu'à deux examens dentaires par année civile incluant le grattage, le nettoyage et le polissage.
- Après 6 mois de couverture continue

\* Se référer au libellé de la police pour les détails complets et la liste.

Couverture à 90 %, franchise dentaire annuelle supprimée

Traitement de classe II\* :

- Radiographies et rayons X
- Chirurgie orale et extractions
- Obturations composées de routine, restaurations, couronnes, inlays, bridges et réparations prothétiques.
- Endodontie et canaux radiculaires
- Parodontie et maladies des gencives
- Services de restauration mineurs
- Après 6 mois de couverture continue

\* Se référer au texte de la police pour les détails complets et la liste.

70% Couverture, après la franchise pour Dentaire annuelle

Traitement de classe III\* :

- Services de prosthodontie, y compris : appareils, ponts, prothèses complètes et partielles qui remplacent les dents naturelles manquantes qui ont été extraites pendant que la personne est couverte par ce régime.
- Traitement de restauration majeure, y compris : Couronnes, jaquettes, services liés à l'or requis lorsque les dents ne peuvent être restaurées à l'aide d'un autre matériau d'obturation.
- Après 6 mois de couverture continue

\* Se référer au libellé de la police pour les détails complets

50% Couverture, après la franchise pour Dentaire annuelle

Soins de la vue

Non soumis à la franchise annuelle ou à la coassurance (Prestation payable par 24 mois)

Examens - jusqu'à 70 €  
Matériel - jusqu'à 100 €

Chirurgie, chirurgiens, consultants, deuxième avis chirurgical, praticiens, infirmières, traitements, services et fournitures fournis couramment et frais annexes

Inclus

## LES GARANTIES, MONTANTS & LIMITES (2/5)

Hospitalisation / Chambre et pension	Inclus
Unité de soins intensifs	Inclus
Frais d'anesthésiés à l'intervention chirurgicale	Inclus
Tests et procédures de diagnostic Procédures, radiographies, pathologie et IRM/CT Scans	Inclus
Pansements et équipement médical durable	Inclus
Tests, traitements et consultants pour le cancer, y compris la couverture de la radiothérapie.	Inclus
Médicaments prescrits et médicaments Y compris la chimiothérapie Limite combinée par période d'assurance pour les services aux patients hospitalisés, aux patients de jour et aux patients externes.	Jusqu'à 150 000€ par période d'assurance
Physiothérapie	Inclus
Hôpital parental Logement	Inclus
Dispositifs de prothèse	Inclus
Transplantations	1 340 000 € Limite à vie
Prestations en espèces de l'hôpital d'État	200 € par nuit ; jusqu'à 60 nuits
Soins ambulatoires, y compris : Médecin de famille, traitement et orientation, spécialistes et consultants, radiographies, pathologie, tests et procédures de diagnostic. *Ne dépend pas de l'admission	Inclus
Maladie en salle d'urgence, franchise supplémentaire de 250 \$ si elle n'est pas admise (ne s'applique pas au sous-plan Bronze). Suppression de la franchise supplémentaire en cas d'admission en tant que patient hospitalisé ou en tant que patient de jour.	Inclus
Accident aux urgences	Inclus
Indemnité complémentaire d'accident	335 € par accident
Chirurgie ambulatoire	Inclus
IRM, CAT Scan, Echocardiographie, Endoscopie, Gastroscopie Colonoscopie, Cystoscopie	Inclus
	Inclus
Pansements prescrits pour les patients externes et équipement médical durable	Inclus

## LES GARANTIES, MONTANTS & LIMITES (3/5)

### \*LISTE DES PAYS DES DIFFÉRENTES ZONES :

Médicaments prescrits et médicaments  
Y compris la chimiothérapie  
Limite combinée par période d'assurance pour les services  
aux patients hospitalisés, aux patients de jour et aux  
patients externes.

En dehors des États-Unis :  
Jusqu'à 200 000 € par période d'assurance.  
Aux États-Unis : Couverture complète et obligation d'utiliser  
la carte de médicaments prescrits en consultation externe.  
Co-paiement : 20 \$ pour les médicaments génériques, 40  
\$ pour un médicament de marque lorsque le générique  
n'est pas disponible et n'est pas soumis à la franchise  
annuelle ou à la coassurance en cas d'utilisation de la  
carte de médicaments sur ordonnance pour patients  
externes.  
Pas de couverture si la carte de médicaments  
d'ordonnance pour patients externes n'est pas utilisée.



Physiothérapie, homéopathie, chiropractie et ostéopathie.

Maximum d'une visite par jour  
Maximum de 45 visites  
Jusqu'à 3 000 € par période d'assurance

Thérapies de médecine complémentaire :  
Acupuncture, aromathérapie, phytothérapie, magnétisme,  
massage, vitamines, médecine traditionnelle chinoise.

Jusqu'à 135 €

Traitement du SIDA/VIH

Jusqu'à 3 350 € par période d'assurance d'assurance  
33 500 € Limite à vie

Soins infirmiers à domicile

Limite de 45 jours : jusqu'à 100 € par visite

Réhabilitation

Couverture complète jusqu'à 90 jours

Établissement de soins prolongés

Couverture complète jusqu'à 90 jours

Soins palliatifs

Couverture complète jusqu'à 180 jours

Bien-être et santé des adultes Check  
- comprend un test auditif, un test de la vue et  
Vaccinations/Inoculations  
(Non soumis à la franchise annuelle ou coassurance)  
- Après 12 mois de couverture continue couverture  
(6 mois pour Platine)

Jusqu'à 170€

Bilan de santé et bien-être de l'enfant (moins de 18  
ans)  
- comprend un test auditif, un test de la vue et des  
vaccins/ inoculations (non soumis à la franchise  
annuelle ou à la coassurance).  
- Après 12 mois de couverture continue (6 mois pour  
Platinum)

Jusqu'à 270€



Ambulance locale d'urgence

Couvert

Évacuation d'urgence et transport vers l'établissement  
hospitalier approprié le plus proche.

Couverture couverte  
Non soumis à Franchise annuelle ou de coassurance

Accompagnement d'un parent, voyage et hébergement

6 700€ Limite à vie

Crémation/enterrement ou restitution de la dépouille  
mortelle

16 750 € Limite à vie  
-Non soumis à Franchise annuelle ou de coassurance

Transport à distance  
- pour le transport supplémentaire pour le traitement  
en cours une fois stabilisé

Pas couvert

## LES GARANTIES, MONTANTS & LIMITES (4/5)

### \*LISTE DES PAYS DES DIFFÉRENTES ZONES :

Sécurité et politique Évacuation et rapatriement	Pas couvert
Couverture mondiale des accidents et urgences en dehors de la région (Le traitement aux États-Unis doit être effectué dans le réseau PPO)	30 jours maximum
Blessure sportive au lycée	Non couvert
Plongée récréative	Couvert
Service d'information médicale	Non applicable
Services mondiaux de conciergerie et d'assistance	Non applicable
Protection contre le terrorisme Limite à vie Plans Platinum uniquement	Non couvert
Complément de couverture pour les sports i) Sports extrêmes répertoriés ii) Sports amateurs *Non-professionnels (Régimes Gold Plus et Platinum seulement)	i) 16,750 € Limites à vie ii) 6 700 € Limite à vie



Maternité - Disponible uniquement pour les femmes assurées - Après 10 mois de couverture continue *Toutes les prestations sont réduites de 50 % pour les naissances survenant au cours du 11e ou 12e mois de couverture continue.	Couverture complémentaire facultative supplémentaire Prime applicable
Maternité Franchise annuelle	Section F1 & F2 : Non soumis à la franchise annuelle ou à la coassurance.
Limite à vie	33 500 € Limite à vie
Accouchement normal - Y compris le traitement des naissances prématurées, les soins pré et postnatals et les soins courants.	*Jusqu'à 3 350 €
Césarienne	*Jusqu'à 5 025 €
Bien-être du nouveau-né et du bébé - Non soumis à la franchise annuelle, à la franchise maternité ou à la coassurance annuelle - pour les 12 premiers mois de la vie	134€
Couverture pour les nouveau-nés y compris les malformations congénitales non héréditaires et les anomalies congénitales réactive	*Jusqu'à 167 500 € pour les 31 premiers jours.



Option de souscription médicale complète* : Option de souscription médicale complète* : - Après 24 mois de couverture continue - Conditions déclarées et acceptées (sauf exclusion contraire ou conditions appliquées comme indiqué par écrit)	Jusqu'à 3 350 € 33 500 € Limite à vie
- Option de souscription flexible disponible - Avenant émis si applicable.	Jusqu'à 3 350 € 33 500 € Limite à vie

## LES GARANTIES, MONTANTS & LIMITES (5/5)

### \*LISTE DES PAYS DES DIFFÉRENTES ZONES :

Option d'inscription et de souscription de moratoire\*

- Après 24 mois de couverture continue : sous réserve d'une période de 24 mois sans traitement, symptômes, médicaments ou consultation (voir l'avenant pour plus de détails)\*.

Inclus

- Disponible pour les assurés jusqu'à 64 ans

Conditions chroniques nouvellement diagnostiquées

Couvert

Mental/Nerveux

Jusqu'à 6 700 €

- Après 12 mois de couverture continue

33 500 € Limite à vie



Franchise et  
coassurance  
annuelle

Options de franchise annuelle

Néant

- Par personne assurée, par période d'assurance

de 168 € à 6 700 €

Coassurance dans le réseau PPO des États-Unis et du Canada

Pas de coassurance

Coassurance en dehors des États-Unis et du Canada

Pas de coassurance

Coassurance payable par l'assuré à l'intérieur des États-Unis et du Canada

20% du prochain

- Lorsque le traitement est effectué en dehors du réseau PPO des États-Unis et du Canada (pas de coassurance pour les traitements non traitement hospitalier non urgent si vous faites appel à un prestataire de Concierge Provider)

3 350 € de dépenses admissibles après la franchise annuelle, puis aucune coassurance jusqu'au maximum global par période d'assurance.

### \*LISTE DES PAYS DES DIFFÉRENTES ZONES :



Pays

Pays couverts par la Sécurité sociale européenne et pour les résidents des pays concernés par la Carte Européenne d'Assurance Maladie. Sous réserve de l'éligibilité à celle-ci et de sa validité :

Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède

PAYS DE LA ZONE A :

PAYS DE LA ZONE B :

Monde entier sauf États-Unis, Canada, Chine, Hong Kong, Macao, Japon, Singapour et Taiwan

PAYS DE LA ZONE C :

Monde entier

## LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES (1/6)

Chez YUPWEGO on est transparent ! Retrouvez ci-dessous l'ensemble des exclusions du contrat de notre partenaire afin de pouvoir prendre une décision éclairée et partir sereinement en voyage.

- Les frais encourus pour un Traitement dentaire (à l'exception de ce qui est prévu dans les sections dentaires), un Traitement orthodontique, une gingivite, une maladie des gencives de quelque nature que ce soit, ou une parodontite ; les dommages causés aux prothèses dentaires lorsqu'elles ne sont pas portées ; les facettes dentaires (sauf si elles sont endommagées à la suite d'un Accident) ; le blanchiment des dents de quelque nature que ce soit ; les rendez-vous dentaires manqués ; Les frais de services et de fournitures (y compris les couronnes, les prothèses dentaires et les ponts) pour remplacer des dents extraites ou manquantes avant la couverture (sauf dans le cadre du Sous-plan Platine uniquement, à moins que votre certificat d'assurance ne confirme que vous avez payé la prime supplémentaire applicable pour la couverture complémentaire facultative des soins dentaires et de la vue, auquel cas la couverture est fournie conformément à la Section D.
- A l'exception de ce qui est prévu dans le tableau des garanties, les Traitements, fournitures, examens ou ajustements liés aux lunettes de correction de la vue, aux lunettes ou aux lentilles de contact ; la réfraction des yeux pour quelque raison que ce soit ; les défauts oculaires dégénératifs naturels ou non médicaux, y compris mais sans s'y limiter la myopie, la presbytie et l'astigmatisme ; ou toute chirurgie corrective pour des défauts de vision dégénératifs non médicaux ou naturels et toute chirurgie oculaire, telle que, sans s'y limiter, la kératotomie radiale, lorsque le but principal est de corriger ou de tenter de corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme. Toutefois, nous paierons les frais admissibles pour une chirurgie corrective de la vue consécutive à une blessure.
- Le traitement, les fournitures, l'examen ou l'ajustement d'appareils auditifs ; la fourniture, l'entretien ou l'ajustement d'implants auditifs ou de greffes auditives ; ou toute chirurgie corrective pour des défauts auditifs dégénératifs naturels ou non médicaux.
- Les frais encourus pour le traitement de l'articulation temporomandibulaire, à moins qu'ils ne soient requis à la suite d'un accident.
- Applicable au Sous-Plan Bronze : Toute condition préexistante ;
- Applicable aux sous-plans Argent, Or et Or Plus : Toute affection préexistante ; toutefois, si vous avez déclaré vos affections préexistantes par écrit dans la demande que nous avons acceptée, et que nous avons accepté de fournir une couverture par écrit, et que vous avez été assuré de manière continue dans le cadre de votre régime pendant au moins 24 mois consécutifs précédant immédiatement la survenance de frais admissibles pour toute affection préexistante, alors une couverture limitée est fournie en vertu de la section B20 des présents termes de la police ;
- Applicable aux sous-régimes Platinum : Toute affection préexistante ; toutefois, si vous avez déclaré vos affections préexistantes par écrit dans la demande que nous avons acceptée, et si nous avons accepté de fournir une couverture par écrit, alors la couverture est fournie en vertu de la section B20 des présentes conditions générales.
- Toute condition non divulguée.
- Toute affection chronique qui est une affection préexistante.
- Applicable aux sous-régimes Bronze, Argent, Or et Or Plus : Tous les troubles congénitaux et les conditions découlant de ou résultant de ceux-ci
- Applicable au Sous-Plan Platine uniquement : Tous les troubles congénitaux et les conditions qui en découlent et qui dépassent le plafond de 167 500 € et/ou qui sont survenus après les 31 premiers jours de vie.
- 167 500 € et/ou qui sont survenus après les 31 premiers jours de vie.
- Applicable aux sous-plans Bronze, Silver, Gold et Gold Plus : Le traitement de toute condition de : allergies ; asthme ; toute condition du sein ou de la prostate ; amygdalectomie ; adénoïdectomie ; hémorroïdes ou hémorroïdectomie ; tout trouble du système reproducteur ; hystérectomie ; maladie du disque intervertébral ; hernie ; calculs biliaires ou rénaux ; qui :
  - existent, ou
  - se manifestent, ou
  - impliquent des procédures qui ont lieu ou sont recommandées, pendant les 180 premiers jours de couverture de votre régime, à compter de la date d'entrée en vigueur initiale.
- Veuillez noter : la couverture des traitements liés à l'une de ces pathologies peut être limitée ou exclue séparément ou davantage en vertu de l'exclusion et de la définition des pathologies préexistantes et/ou de la limitation et de la définition des pathologies chroniques.
- Cures de repos, institutionnalisation, isolement, quarantaine ou soins en sanatorium.
- Tous les frais pour tout Traitement, service ou fourniture qui sont :
  - n'ont pas été engagés, obtenus ou reçus par Vous pendant la Période d'assurance ;
  - ne nous sont pas présentés pour paiement au moyen d'une preuve de sinistre complète dans les cent quatre-vingts (180) jours suivant la date à laquelle ils ont été engagés. (180) jours à compter de la date à laquelle ces frais ont été engagés ;
  - non administrés ou ordonnés par un Médecin ;
  - non médicalement nécessaires ;
  - fournis gratuitement ou pour lesquels vous n'êtes pas responsable.
- Vous n'êtes pas autrement responsable ;
- D'un montant supérieur aux frais raisonnables et habituels ;
- fournis par ou sous la direction ou la recommandation d'un physiothérapeute, homéopathe, chiropracteur ou ostéopathe, à moins qu'ils ne soient commandés à l'avance par un médecin ;
- effectués ou fournis par un membre de la famille de l'Assuré personne assurée ;
- qui ne sont pas expressément inclus comme frais admissibles dans une section de couverture du présent régime, ci-dessus ;
- fournis par une personne qui réside ou a résidé avec l'Assuré ou au domicile de l'Assuré ;

## LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES (2/6)

Chez YUPWEGO on est transparent ! Retrouvez ci-dessous l'ensemble des exclusions du contrat de notre partenaire afin de pouvoir prendre une décision éclairée et partir sereinement en voyage.

- requis ou recommandés à la suite de complications ou de conséquences découlant de ou liées à un Traitement, une Blessure, une Maladie ou une fourniture reçue avant la couverture de cette assurance ou qui est exclue de la couverture ou qui n'est autrement pas assurée dans le cadre de votre Plan ; ou
- tout Traitement en milieu hospitalier qui aurait pu être fourni en tant que patient de jour ou en tant que patient externe.
- Les frais encourus pour des chirurgies ou des traitements ou des fournitures qui sont :
  - Expérimentales, expérimentales ou à des fins de recherche ; et/ou
  - liées à la médecine génétique, aux tests génétiques, aux tests de surveillance et/ou aux procédures de dépistage du bien-être pour des conditions génétiquement prédisposées indiquées par la médecine génétique ou les tests génétiques, y compris, mais sans s'y limiter, l'amniocentèse, le dépistage génétique, l'évaluation des risques, les chirurgies préventives et prophylactiques recommandées par les tests génétiques, et/ou toute procédure utilisée pour déterminer ou prévenir une prédisposition génétique, fournir des conseils génétiques ou administrer une thérapie génique.
  - Confinement principalement pour recevoir des soins de garde ou des soins éducatifs.
  - L'éducation ou la formation visant à restaurer Votre capacité à fonctionner de manière normale ou presque normale à la suite d'un État pathologique ; y compris, mais sans s'y limiter, la thérapie professionnelle, l'ergothérapie et l'orthophonie.
  - Les traitements ou fournitures reçus dans un établissement de santé, une clinique de cure naturelle, une station thermale, une ferme de santé ou un établissement similaire, ou un lit privé enregistré comme une maison de retraite rattachée à un tel établissement ou un hôpital lorsque l'hôpital est effectivement devenu votre domicile ou votre résidence permanente ou lorsque l'admission est organisée entièrement ou partiellement pour des raisons domestiques.
  - Les frais encourus pour toute intervention chirurgicale, tout traitement ou toute fourniture en rapport avec, découlant de ou en relation avec, pour ou à la suite de :
    - la perte de poids ou la modification du poids, l'obésité (y compris, mais sans s'y limiter, l'obésité morbide), la pose de dents et toutes les formes ou procédures de chirurgie bariatrique, quel que soit leur nom, ou leur inversion, y compris, mais sans s'y limiter, la dérivation intestinale, la dérivation gastrique, l'anneau gastrique, la gastroplastie verticale, la diversion biliopancréatique, l'échange duodénal ou la réduction ou l'agrafage de l'estomac ; ou l'inversion par la chirurgie d'un tel Traitement ; ou l'ablation de graisse ou d'autres tissus excédentaires de toute partie du corps, que ce soit ou non à des fins médicales ou psychologiques, et tout Traitement consécutif associé ;
    - Toute prescription médicale relative à un régime spécial, au contrôle du poids, à l'alimentation des enfants, aux fournitures pour bébés ou aux suppléments de vitamines et de minéraux (à moins qu'ils ne soient expressément couverts par le présent document) ; ou toute médecine alternative (telle que celle des optométristes et des podiatres, les médicaments sans ordonnance, les vitamines, les extraits alimentaires ou les suppléments nutritionnels) ; les thérapies à base de vitamines ou de plantes ; les médicaments non approuvés par la U. Les médicaments non approuvés par la Food and Drug Administration des États-Unis ou l'Agence européenne des médicaments, ou qui sont considérés comme des produits « hors étiquette » ; les médicaments en vente libre ou les médicaments non prescrits par un médecin ; les médicaments en vente libre sans ordonnance, même s'ils sont prescrits par un médecin ;
- tout traitement pour une maladie ou une blessure nécessitant un produit médical, un service, une intervention chirurgicale, une procédure chirurgicale, un médicament sur ordonnance, une drogue, un produit biologique, un équipement médical durable ou un dispositif non approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) ou l'Agence européenne des médicaments (EMA), lorsqu'une autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) est en place et émise par la Food and Drug Administration (FDA) ou l'Agence européenne des médicaments (EMA).
- Les frais encourus dans un hôpital ou un établissement lorsque la personne assurée sort de l'hôpital ou de l'établissement contre l'avis médical de son médecin et quitte l'établissement avant d'avoir atteint un point final du traitement médicalement nécessaire.
- Les frais encourus pour l'aggravation d'une maladie ou d'une blessure après que l'assuré a quitté l'hôpital ou l'établissement contre l'avis médical ou a reçu une autorisation de sortie contre l'avis médical.
- Applicable au sous-plan Platine seulement : Tout médicament acheté dans une pharmacie américaine admissible au programme de la carte RX universelle.
- Applicable au Sous-Plan Bronze uniquement : Le traitement des troubles mentaux ou nerveux est exclu.
- Applicable au Sous-Plan Argent seulement : Le traitement des troubles mentaux ou nerveux en milieu hospitalier est exclu. Les traitements ambulatoires pour les troubles mentaux ou nerveux sont exclus jusqu'à ce que vous ayez maintenu la couverture de ce régime pendant au moins douze (12) mois consécutifs.
- Applicable aux sous-régimes Gold, Gold Plus et Platinum : Les traitements des troubles mentaux ou nerveux sont exclus jusqu'à ce que vous ayez maintenu la couverture de ce régime pendant au moins douze (12) mois consécutifs.
- Tout trouble du sommeil, y compris l'apnée du sommeil (arrêt temporaire de la respiration pendant le sommeil), le ronflement, la fatigue, le décalage horaire ou le stress lié au travail.
- Orthoptique, thérapie visuelle ou entraînement visuel des yeux.
- Toute maladie ou traitement des pieds, y compris, mais sans s'y limiter : les chaussures orthopédiques ; les dispositifs orthopédiques prescrits à fixer ou à placer dans les chaussures ; le traitement des pieds faibles, tendus, plats, instables ou déséquilibrés ; les métatarsalgies, les éperons osseux, les orteils en marteau ou les oignons ; et tout traitement ou fourniture pour les cors, les callosités ou les ongles d'orteil ; à condition, toutefois, que les demandes de remboursement pour les traitements ou fournitures pour les pieds puissent être éligibles à la couverture de cette assurance à notre seule discrétion et sous réserve de toutes les autres conditions de ce plan lorsqu'elles sont liées à :
  - une blessure au pied résultant d'un accident couvert par le présent régime ;

## LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES (3/6)

Chez YUPWEGO on est transparent ! Retrouvez ci-dessous l'ensemble des exclusions du contrat de notre partenaire afin de pouvoir prendre une décision éclairée et partir sereinement en voyage.

- une maladie pour laquelle une chirurgie du pied est médicalement nécessaire et considérée comme la seule méthode de traitement appropriée; médical durable ou un dispositif non approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) ou l'Agence européenne des médicaments (EMA), lorsqu'une autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) est en place et émise par la Food and Drug Administration (FDA) ou l'Agence européenne des médicaments (EMA).
- Les frais encourus dans un hôpital ou un établissement lorsque la personne assurée sort de l'hôpital ou de l'établissement contre l'avis médical de son médecin et quitte l'établissement avant d'avoir atteint un point final du traitement médicalement nécessaire.
- Les frais encourus pour l'aggravation d'une maladie ou d'une blessure après que l'assuré a quitté l'hôpital ou l'établissement contre l'avis médical ou a reçu une autorisation de sortie contre l'avis médical.
- Applicable au sous-plan Platine seulement : Tout médicament acheté dans une pharmacie américaine admissible au programme de la carte RX universelle.
- Orthoptique, thérapie visuelle ou entraînement visuel des yeux
- Toutes maladie ou traitement des pieds, y compris, mais sans s'y limiter : les chaussures orthopédiques; les dispositifs orthopédiques prescrits à fixer ou à placer dans les chaussures ; le traitement des pieds faibles, tendus, plats, instables ou déséquilibrés ; les métatarsalgies, les éperons osseux, les orteils en marteau ou les oignons ; et tout traitement ou fourniture pour les cors, les callosités ou les ongles d'orteil, à condition, toutefois, que les demandes de remboursement pour les traitements ou fournitures pour les pieds puissent être éligibles à la couverture de cette assurance à notre seule discrétion et sous réserve de toutes les autres conditions de ce plan lorsqu'elles sont liées à :
  - une blessure au pied résultant d'un accident couvert par le présent régime ;
  - une maladie pour laquelle une chirurgie du pied est médicalement nécessaire et considérée comme la seule méthode de traitement appropriée ;
- la perte de cheveux, y compris, mais sans s'y limiter, les perruques, les traitements capillaires, les greffes de cheveux ou tout médicament qui promet de favoriser la croissance des cheveux, qu'il soit ou non prescrit par un médecin ;
- Tout programme d'exercice, qu'il soit ou non prescrit ou recommandé par un Médecin ;
- L'exposition à tout rayonnement nucléaire ou atomique non médical, et/ou à une ou plusieurs matières radioactives, à une contamination chimique ou à une contamination par radioactivité provenant de quelque matière nucléaire que ce soit ou de la combustion de combustible nucléaire, à l'asbestose ou à toute condition connexe ;
- Le service dans l'armée, la marine ou l'armée de l'air en temps de guerre déclarée, ou sous les ordres d'opérations de type guerre ou de rétablissement de l'ordre public, ou tout état pathologique survenu lors d'un exercice d'entraînement militaire, naval ou aérien.
- Les traitements ou fournitures relatifs à, découlant directement ou indirectement de, en relation avec, pour, ou à la suite de : tout effort visant à maintenir un donneur en vie pour une procédure de transplantation, que la procédure de transplantation soit ou non une Transplantation couverte ; toute dépense de transplantation encourue en dehors de Notre réseau indépendant approuvé de systèmes de transplantation gérés ; ou les coûts encourus en relation avec la localisation d'un organe de remplacement ou tous les coûts encourus pour le prélèvement de l'organe du donneur, les coûts de transport de celui-ci et tous les coûts administratifs associés.
- Toute Transplantation couverte en sus d'une (1) au cours de toute Période d'assurance de douze (12) mois, à l'exception des frais de retransplantation s'ils sont encourus au cours de l'Hospitalisation initiale de la Transplantation couverte.
- Tout organe ou tissu ou toute autre transplantation ou services, traitements ou fournitures connexes, sauf s'ils sont spécifiquement couverts par les présentes ;
- Tout dispositif artificiel ou mécanique conçu pour remplacer temporairement ou définitivement des organes humains, à moins qu'il ne soit spécifiquement couvert par le présent document ;
- Les frais encourus pour tout traitement ou fourniture qui favorise, améliore, prévient ou corrige ou tente de favoriser, d'améliorer, de prévenir ou de corriger l'impuissance, la performance sexuelle ou le dysfonctionnement sexuel ou toute conséquence de ceux-ci.
- Applicable aux sous-plans Bronze, Silver, Gold et Gold Plus : Tous les frais liés à la maternité, à la grossesse, y compris les frais de soins prénatals, d'accouchement, de soins postnatals et de soins aux nouveau-nés, y compris les complications de la grossesse, les fausses couches, les complications de l'accouchement et/ou les complications des nouveau-nés.
- Applicable au Sous-Plan Platine uniquement : Les frais liés à la grossesse jusqu'à ce que le présent régime soit en vigueur depuis dix (10) mois, sauf si la grossesse est le résultat d'une fécondation in vitro ou si la conception est le résultat direct d'un traitement contre l'infertilité reçu par vous, votre conjoint ou le père du nouveau-né, alors tous les frais liés à la grossesse, y compris les soins prénatals, l'accouchement, les soins postnatals et les soins aux nouveau-nés sont exclus.
- Avortement facultatif ou interruption de grossesse, autre qu'une fausse couche, une grossesse extra-utérine et une mortinaissance.
- Les frais encourus pour tout Traitement ou fourniture qui favorise ou empêche ou tente de favoriser ou d'empêcher la conception ou la naissance, y compris, mais sans s'y limiter, le contrôle des naissances, la stérilisation (ou son inversion), la vasectomie (ou son inversion), la contraception, l'infertilité, la fertilité, la maternité de substitution, les contraceptifs oraux, l'impuissance, la conception, l'insémination artificielle, le traitement de l'infertilité ou toute forme de conception ou de reproduction assistée ou toute complication de celle-ci, y compris, mais sans s'y limiter, les naissances prématurées ou multiples à la suite d'une conception assistée.

## LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES (4/6)

Chez YUPWEGO on est transparent ! Retrouvez ci-dessous l'ensemble des exclusions du contrat de notre partenaire afin de pouvoir prendre une décision éclairée et partir sereinement en voyage.

- Sanctions économiques : Nous ne paierons aucune demande de remboursement au titre du présent régime qui nous exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou des sanctions commerciales ou économiques, des lois ou des règlements de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.
- Guerre ; action militaire : Sous réserve des conditions ci-dessus et ci-dessous, Nous ne serons pas responsables et Nous ne fournissons pas de couverture ou de prestations pour toute réclamation ou frais encourus en rapport avec toute Maladie, Blessure ou autre conséquence, que ce soit directement ou indirectement, à proximité ou à distance, occasionnée par, contribué par, ou traçable à ou survenant ou encourue en rapport avec ou à la suite de l'un des actes ou événements suivants :
  - Guerre ou tout acte de guerre (déclaré ou non), invasion, acte d'hostilité d'un ennemi étranger, opérations de guerre, guerre civile ;
  - Mutinerie, émeute, grève, soulèvement militaire ou populaire, insurrection, rébellion, révolution, pouvoir militaire ou usurpé ;
  - Tentative de renversement du gouvernement, tout acte de toute personne agissant au nom ou en relation avec une organisation dont les activités visent à renverser par la force le gouvernement de jure ou de facto ou à l'influencer par la violence de tout type ;
  - La loi martiale ou l'état de siège ou tout événement ou cause qui détermine la proclamation ou le maintien de la loi martiale ou de l'état de siège ; ou
  - Toute utilisation d'armes radiologiques, chimiques, nucléaires ou biologiques ou tout autre événement radiologique, chimique, nucléaire ou biologique de quelque type que ce soit (y compris en relation avec un acte de Terrorisme).
- Terrorisme : Nous ne serons pas responsables et ne fournissons pas de couverture ou de prestations pour toute réclamation ou frais, Maladie, Blessure ou autre conséquence, que ce soit directement ou indirectement, à proximité ou à distance, occasionnée par, contribué par, ou traçable à ou survenant en relation avec tout acte de Terrorisme ; sauf si vous êtes blessé alors que vous êtes un spectateur innocent, auquel cas la limite maximale payable sera de 10 000 \$/6 700 £/5 500 € ; et à condition, en outre, que nous ne soyons pas responsables et que nous ne fournissions aucune couverture ou prestation pour tout sinistre, frais, maladie, blessure ou autre conséquence, que ce soit directement ou indirectement, à proximité ou à distance, occasionné par, contribué à, ou lié à un acte de terrorisme imputables ou découlant de la planification ou de la coordination active et volontaire de l'Assuré ou de sa participation à un acte de terrorisme.
- Tous les frais encourus par vous pour un traitement ou des fournitures en dehors de la zone de couverture sont exclus, à l'exception de ceux spécifiquement prévus à l'article C7 Couverture des accidents et urgences dans le monde entier en dehors de la zone de couverture.
- Les frais encourus pour toute chirurgie, tout traitement ou toute fourniture se rapportant à, découlant de ou en relation avec, pour ou à la suite de :
  - La modification de Votre corps physique afin de changer ou d'améliorer ou de tenter de changer ou d'améliorer Votre apparence ou Votre bien-être psychologique, mental ou émotionnel, (tel que, mais sans s'y limiter, l'agrandissement/la réduction des seins, la chirurgie de changement de sexe ou la chirurgie relative à la performance sexuelle ou à son amélioration) ou le Traitement directement ou indirectement associé à un changement de sexe et toute conséquence de celui-ci ;
  - Un traitement visant à corriger ou à traiter un problème découlant d'un traitement que vous avez reçu si les frais que vous avez engagés pour ce traitement n'étaient pas couverts par les conditions de votre régime ;
  - pour des raisons cosmétiques ou esthétiques, que ce soit ou non à des fins psychologiques, à l'exception de la chirurgie reconstructive lorsque cette chirurgie est médicalement nécessaire et qu'elle est directement liée à et suit une chirurgie qui était couverte par ce Plan ; l'épilation corporelle ; ou le perçage des oreilles ou du corps ;
  - toute Maladie ou Blessure subie lors de la participation à :  
Athlétisme amateur, Athlétisme professionnel, activité athlétique parrainée ou sanctionnée par un organisme de sanction ou de direction collégiale, ou par le Comité international olympique, et sports et activités d'aventure, y compris, sans s'y limiter, ce qui suit (y compris toute combinaison ou dérivé de ce qui suit) :
    - Activités athlétiques/sportives (à l'exception des activités sans contact, non professionnelles et que vous pratiquez uniquement à des fins de divertissement).
    - Aviation (sauf lorsque vous voyagez uniquement en tant que passager d'un avion commercial)
    - Saut de base
    - BMX
    - Bobsleigh
    - Saut à l'élastique
    - Canyoning
    - Spéléologie
    - Deltaplane
    - Héli-ski
    - Plongée en altitude
    - Montgolfière
    - Patinage en ligne
    - Jet ski
    - Jungle Zip Lining
    - Kayak
    - Kiteboarding

## LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES (5/6)

Chez YUPWEGO on est transparent ! Retrouvez ci-dessous l'ensemble des exclusions du contrat de notre partenaire afin de pouvoir prendre une décision éclairée et partir sereinement en voyage.

- Luge
  - Motocross (MOTO-X)
  - Vélo tout terrain
  - Alpinisme (lorsque des équipements d'escalade, des cordes ou des guides spécialisés sont utilisés)
  - Parachutisme
  - Parapente
  - Parachutisme
  - Courses de tous types (y compris, mais sans s'y limiter, les courses de chevaux, de voitures ou d'autres véhicules de tous types)
  - Descente en rappel
  - Plongée sous-marine de loisir (si applicable à votre sous-plan choisi)
  - Escalade
  - Rodéo (toute activité)
  - Saut à ski
  - Saut en parachute
  - Surf des neiges
  - Ski de neige (à l'exception du ski alpin et/ou du ski de fond à des fins récréatives ; aucune couverture n'est accordée pour toute maladie ou blessure subie lors de la pratique du ski en violation des lois, règles ou règlements applicables, en dehors des territoires préparés et balisés et/ou contre l'avis de l'école de ski locale ou de l'organisme local faisant autorité).
  - Spelunking
  - Activités subaquatiques impliquant l'utilisation d'un appareil respiratoire sous-marin à une profondeur inférieure à 10 mètres (sauf dans les cas expressément prévus à l'article E2).
  - le surf
  - Trekking
  - Rafting en eau vive
  - Safaris d'animaux sauvages
  - La pratique ou l'entraînement en vue d'une activité exclue qui entraîne une maladie ou une blessure sera considérée comme une activité pendant la participation à cette activité ;
  - tout problème de santé survenu lors de la participation à une activité sportive, récréative ou d'aventure, lorsque cette activité est entreprise contre l'avis ou la direction d'une autorité locale ou d'un instructeur qualifié ou contrairement aux règles, recommandations et procédures d'un organisme dirigeant reconnu pour le sport ou l'activité ;
  - tout problème médical survenu lors de la participation à une activité, lorsque cette activité est entreprise au mépris ou à l'encontre des recommandations, des programmes de traitement ou des conseils médicaux d'un médecin ou d'un autre prestataire de soins de santé ;
  - Traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ;
  - tout problème de santé résultant de l'influence ou des effets, en tout ou en partie, de l'alcool, des boissons alcoolisées, des substances intoxicantes, des narcotiques ou des médicaments, autres que les médicaments pris en stricte conformité avec le traitement prescrit et dirigé par un médecin, mais pas pour le traitement de l'abus de substances ;
  - tout problème de santé survenu lors de la conduite d'un véhicule en mouvement après la consommation de boissons enivrantes ou de drogues autres que les drogues prises en stricte conformité avec le traitement prescrit et dirigé par un médecin. Aux fins de la présente exclusion, le terme «véhicule» désigne à la fois les engins motorisés, qu'ils nécessitent ou non un permis de conduire ou d'utilisation (y compris les embarcations et les avions), et les bicyclettes et scooters non motorisés pour lesquels aucun permis ou licence n'est requis ;
  - Suicide ou tentative de suicide, ou toute blessure ou maladie auto-infligée volontairement, ou exposition volontaire à un danger (autre que dans le but de sauver une vie humaine) ;
  - toute maladie vénérienne ou toute autre maladie sexuellement transmissible ;
  - tout État pathologique résultant de ou survenant lors de la commission d'une violation de la loi par la personne assurée, y compris, sans s'y limiter, l'exercice d'une activité ou d'un acte illégal ou malveillant, mais à l'exclusion des infractions mineures au code de la route ;
  - Les services professionnels fournis par un psychothérapeute, un psychologue, un thérapeute familial ou un conseiller en matière de deuil pour le traitement des difficultés d'apprentissage, de l'hyperactivité, du trouble déficitaire de l'attention, des problèmes de développement ou de comportement chez les enfants ; ou la thérapie par la parole, la thérapie professionnelle, l'ergothérapie, le biofeedback, l'acupuncture, la thérapie récréative, la thérapie du sommeil ou la musicothérapie, à moins qu'elle ne soit spécifiquement couverte par les présentes ; ou
  - toute maladie ou blessure survenue dans le pays d'accueil, la zone touchée ou le pays d'origine à la suite d'une urgence de santé publique de portée internationale, d'une épidémie, d'une pandémie, d'une autre épidémie ou d'une catastrophe naturelle pouvant affecter la santé d'une personne assurée, à moins que la couverture ne soit expressément prévue par la disposition relative aux urgences de santé publique de la présente assurance.
- Cette exclusion NE S'APPLIQUE PAS aux frais résultant de COVID-19/SARS-CoV-2.
- Toute taxe, cotisation ou surcharge imposée par une agence ou autorité gouvernementale découlant ou résultant d'un Traitement ou d'une fourniture que vous avez reçu, ou basée sur notre choix en vertu des présentes, le cas échéant, de payer les prestations directement aux fournisseurs, ou pour toute autre raison.

## LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES (2/6)

Chez YUPWEGO on est transparent ! Retrouvez ci-dessous l'ensemble des exclusions du contrat de notre partenaire afin de pouvoir prendre une décision éclairée et partir sereinement en voyage.

- Voyager contre l'avis d'un médecin ou entrer ou rester dans un pays hôte pour lequel vous ne possédez pas la licence, les permis, l'autorité ou l'exemption de telles exigences.
- Les traitements ou fournitures obtenus ou reçus après la date d'expiration de votre régime ou après la résiliation de votre régime pour quelque raison que ce soit, y compris le non-renouvellement et le non-paiement de la prime.
- Tout deuxième avis médical ou avis ultérieur d'un médecin ou d'un spécialiste qui n'est pas requis par nous.
- Examen physique de routine ou vaccinations, à l'exception des prestations éligibles et des dépenses couvertes prévues par les présents termes de la police.
- Les frais encourus pour tout voyage, repas, transport et/ou hébergement, sauf si cela est expressément prévu dans ce Plan.
- Pour les Sous-programmes Bronze et Silver uniquement : Les tests de dépistage des éléments suivants : VIH, séropositivité au virus du SIDA, maladie liée au SIDA, syndrome ARC, SIDA. Les frais encourus par un Assuré qui était séropositif à la Date d'entrée en vigueur du présent Plan ou avant, en rapport avec ou découlant directement ou indirectement du VIH, du virus du SIDA, d'une maladie liée au SIDA, du syndrome ARC, du SIDA et/ou de toute autre maladie découlant ou résultant de toute complication ou conséquence de l'une des conditions susmentionnées ; que l'Assuré ait eu ou non connaissance de son statut VIH avant la Date d'entrée en vigueur, et que les frais soient encourus ou non en rapport avec ou en conséquence dudit statut.
- Tous frais ou charges relatifs à des plans d'adhésion à des hôpitaux ou à des prestataires médicaux ou à des régimes similaires.
- Tous les frais qui sont la conséquence d'une maladie tropicale, si vous n'avez pas fait les vaccinations recommandées ou pris les médicaments recommandés.
- Toute réclamation si vous refusez la divulgation des données à un tiers, ce qui nous empêche de fournir une couverture dans le cadre de ce plan.