

**2011-2012**

**Youth For Understanding USA**

**Assistance voyage d'urgence  
Programme d'assurance maladie Liste de  
bénéfices  
Programme d'assurance responsabilité  
civile Liste de bénéfices**

**Couvert par:**

Aetna Life et Casualty (Bermuda), Ltd.

**Numéro de police 299951**



La police de plan déposée en anglais est la police complète et légale. Elle annule ce document.

La traduction a été faite à partir de la version en anglais. Le brochure en anglais est la version officielle et complète avec les détails du programme.

## TABLE DES MATIÈRES

---

1. Numéros de contact .....	3
2. Assistance voyage d'urgence (On Call International).....	3
3. Procédure de demande d'indemnisation (Aetna Student Health) .....	5
• Questions fréquentes .....	6
• Liste des bénéficiaires.....	6
• Définitions .....	7
• Exclusions et restrictions .....	12
4. Assurance responsabilité civile personnelle (Generali Gruppe) .....	17
• Exclusions et restrictions.....	18
• Procédure de demande de prise en charge de responsabilité.....	20

## **NUMÉROS DE CONTACT**

---

**Pour des questions concernant les points suivants:**

**Assistance voyage d'urgence 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 (On Call International)**

Veillez contacter : On Call International **1 (866) 525-1956** (appel à partir des USA.)

Pour appeler en-dehors des USA, appelez en PCV en composant le code international pour les USA suivit de **1 (603) 328-1956**.

**Demande de prise en charge de frais médicaux Veillez contacter:**

Aetna Student Health **1 (888) 295-9793**.

Pour appeler en-dehors des USA, appelez en PCV en composant le code international pour les USA suivit de

**1 (617) 218-8400**.

**Assurance responsabilité civile personnelle (Generali Gruppe) Numéro de police 212 625 1911**

Les informations relatives aux demandes de prise en charge se situent page 20 de cette brochure.

## **SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE D'URGENCE**

---

Aetna Student Health a contracté les services d'On Call International (On Call) pour l'assistance voyage à l'étranger et d'autres services offerts aux bénéficiaires de certains contrats d'assurance Mort et Mutilation Accidentelle.

Ces bénéfices sont décrits brièvement ci-dessous.

**Assurance Mort et Mutilation Accidentelle (MMA).**

Ces bénéfices sont couverts par Aetna Life et Casualty of Bermuda, Ltd. Ils incluent les indemnités Mort et Mutilation

Accidentelle jusqu'à une valeur de 40 000 USD.

**Assurance Mort et Mutilation Accidentelle (MMA).**

Ces bénéfices sont couverts par Aetna Life et Casualty of Bermuda, Ltd. Ils incluent les indemnités Mort et Mutilation

Accidentelle jusqu'à une valeur de 40 000 USD.

**Assurance Evacuation Médicale et Rapatriement (EMR).**

Les bénéfices ci-dessous sont couverts par Virginia Surety Company (VSC), et les services d'assistance médicale et

voyage à l'étranger sont fournis par On Call et couvrent les bénéficiaires lorsqu'ils voyagent à plus de 100 miles de chez eux (161 km), partout dans le monde.

- Evacuation médicale d'urgence illimitée
- Rapatriement médical supervisé illimité (pour la durée du contrat)
- Rapatriement de la dépouille mortelle illimité (pour la durée du contrat)
- Regroupement d'urgence des familles d'une valeur de 6 250 USD. qui inclue un billet d'avion aller-retour en classe économique, logement et nourriture avec une limite de frais de \$150 par jour pour une période maximum de 5 jours pour un membre de la famille assistant à la réunion de la personne hospitalisé
- Rapatriement à domicile d'urgence d'une valeur de 4 000 USD.
- Dans le cas d'une retour urgente chez-eux, les étudiants doivent contacter YFU USA également en vue d'organiser le voyage avec On Call.

## **SERVICE D'ÉVACUATION EN CAS DE CATASTROPHES NATURELLES OU POUR MOTIFS POLITIQUES (NDPE, EN ANGLAIS)**

Les bénéficiaires suivants sont payés par On Call. Si un bénéficiaire doit être évacué d'urgence à cause d'une révolution sociale ou politique qui le met à une situation de danger imminent pour son intégrité physique (selon la détermination du personnel de sécurité de On Call en collaboration avec les autorités locales et des USA), On Call organisera et payera les frais de son transport au lieu sûr le plus proche, et donnera un billet d'avion aller simple en classe économique à son pays de résidence. Si le bénéficiaire est obligé de rester dans un lieu sûr, On Call organisera et payera les dépenses de logement sur une limite raisonnable jusqu'à un maximum de \$100 par jour pendant une période maximum de trois jours. (Les frais du billet d'avion et logement ensemble ne pourraient pas dépasser la limite de \$5000 par bénéficiaire).

\*Sujet à un bénéfice maximum de \$100.000 par bénéficiaire\*

Celle-ci est un résumé de votre plan de bénéficiaires. Veuillez consulter la Description de Services Couverts pour plus de détail sur les Termes et Conditions.

### **Assurance Mondiale Voyage d'Urgence (AMVU).**

#### **On call fournit les services d'assistance voyage suivant :**

- Organisation des voyages d'urgence 24 heures/24, 7 jours/7
- Traduction
- Crédit de voyage d'urgence
- Assistance en cas de pertes de bagages et de documents de voyages
- Remplacement de cartes de crédit/Travelers Checks
- Conseil médicaux et paramédicaux en ligne 24 heures/24, 7 jours/7 offerts par des professionnels de la santé
- Service de référence aux médecins, dentistes et pharmaciens adéquats
- Assistance de paiement de frais de cautions en cas de séjour hospitalier
- Visite médicale à domicile
- Assistance dossier médical d'urgence

Le centre international des opérations On Call est joignable 24 heures/24, 365 jours par an. Les informations ci-dessus ne font que résumer les bénéfices MMA, EMR et AMVU et les services fournis par On Call, USFIC et VSC. Pour obtenir une copie des documents de garanties des contrats MMA, EMR et AMVU qui incluent une description complète de la couverture de chaque contrat ainsi que les exclusions et restrictions appropriées, veuillez contacter Aetna Student Health au **1 (888) 294-6050** ou rendez-vous sur **[www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com)**.

**NB:** Toutes les prestations incluses dans les contrats MMA et EMR doivent être organisées et fournies par On Call pour être prises en charge au titre de votre contrat. Les prestations qui ne sont pas organisées ou fournies par On Call ne pourront pas être remboursées. Même si certaines prestations médicales d'urgence font partie du contrat d'assurance étudiante du bénéficiaire (le « contrat »), On Call, USFIC et WETA ne couvrent pas les traitements médicaux d'urgence administrés par les médecins, hôpitaux, pharmacies, ou tout autre prestataire de soins de santé. La couverture de ces prestations sera offerte selon les termes du contrat et des exclusions et restrictions appropriées.

Pour obtenir un formulaire de souscription à MMA, EMR, ou AMVU, ou pour toutes questions concernant ces prestations, veuillez appeler On Call International aux numéros suivants (accessibles par tous les bénéficiaires une fois inscrits) : numéro vert **1 (866) 525-1956** ou PVC **1 (603) 328-1956**.

Aetna Student Health est la marque déposée de tous les produits et services fournis par Aetna Life ; Casualty (Bermuda), Ltd ; et Chickering Claims Administrators, Inc, (CCA). CCA et On Call sont des vendeurs indépendants qui ne sont pas l'employé ou l'agent l'un de l'autre.

CCA fournit l'accès aux prestations MMA, EMR ou AMVU sur contrat pour On Call. Cependant, CCA ou ses affiliés ne fournissent ou n'administrent en aucun cas les prestations MMA, EMR ou AMVU. Ils ne sont pas non plus responsables des prestations fournies par ou pour On Call, USFIC ou VSC. Les primes et les cotisations pour les prestations fournies pour On Call, USFIC et VSC sont incluses dans les prix décrits dans cette brochure.

\* Ces prestations, contrats ou bénéficiaires sont offerts par des fournisseurs indépendants qui ne sont pas les employés ou les agents d'Aetna.

## **PROCÉDURE DE DEMANDE D'INDEMNISATION (AETNA STUDENT HEALTH)**

Comment utiliser votre contrat d'assurance maladie ?

Avant de vous rendre chez un prestataire de soins de santé (généraliste, spécialiste, hôpital, pharmacie)

**Etape 1:** Assurez-vous de bien comprendre les détails de votre contrat afin d'éviter les dépenses inattendues.

**Etape 2:** Présentez votre carte d'assuré Aetna lors de toutes vos visites chez un prestataire de soins de santé.

**Etape 3:** Demandez si le prestataire de soins de santé fait partie de notre réseau d'assurance (partenaire conventionné) ou s'il est un prestataire non-conventionné.

Consultez la liste de nos partenaires sur le web: Aetna DocFind®.

**Etape 4:** Si vous êtes pris en charge par un de nos partenaires, votre demande de prise en charge sera soumise automatiquement à Aetna Student Health par le prestataire de soins médicaux. Si le prestataire n'est pas conventionné, demandez-lui quelle est la marche à suivre pour soumettre votre formulaire de prise en charge.

Les prestataires non-conventionnés peuvent exiger un paiement immédiat.

Si le prestataire ne soumet pas la demande de prise en charge à Aetna Student Health directement, vous devez la soumettre vous-même à Aetna Student Health en incluant une facture détaillée immédiatement après le traitement. Inscrivez lisiblement votre nom, prénom et numéro d'identification ainsi que « Youth For Understanding » sur toutes vos factures médicales. Conservez toujours une copie de vos factures. (Sous cette protection dentale, les fournisseurs doivent soumettre la réclamation à Aetna Student Health-Médicale).

Le site [www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com) vous permettra de trouver un prestataire de soins de santé conventionné en ligne.

Pour être remboursé, veuillez envoyer vos factures à  
Aetna Student Health  
PO Box 981106  
El Paso, Texas 79998

**Etape 5:** La prise en charge des prestations incluses dans votre contrat sera envoyée par Aetna directement à l'hôpital ou au médecin traitant, à moins que vous ayez fourni une preuve de paiement lors de votre demande de prise en charge. Le paiement sera effectué uniquement pour les services rendus couverts par la police d'assurance. Une fois les prestations remboursées, vous recevrez un relevé des bénéficiaires employés (RBE) par courrier qui détaillera les bénéfices payés directement au prestataire de soins de santé. Le prestataire vous enverra ensuite une facture indiquant s'il vous reste à payer un complément au-delà de la prise en charge par le contrat.

**NB:** Toutes les questions relevant au service clientèle, notamment les questions concernant notre réseau de partenaires conventionnés doivent être adressées à Aetna Student Health directement, en appelant le **1 (888) 295-9793**.

## **QUESTIONS FRÉQUENTES**

Détails médicaux important.

### **Dois-je faire la demande de prise en charge de frais médicaux moi-même ?**

Si votre prestataire de soins médicaux est conventionné, il fera la demande lui-même. Si, pour une raison ou une autre, il ne fait pas la demande, veuillez soumettre la demande vous-même selon les instructions page 5.

### **Comment choisir un médecin traitant ou un hôpital ?**

Vous pouvez trouver un médecin ou un hôpital conventionné en cherchant une spécialité médicale ou une région géographique particulière sur le site web Aetna DocFind®. Vous trouverez cette liste de nos partenaires conventionnés sur le web à [www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com).

### **Comment est-ce que les frais des ordonnances couvertes sont-elles payés?**

Vous devez payer les frais des ordonnances médicales pour les avantages médicaux couverts et puis vous devez soumettre la réclamation pour être considéré pour un remboursement, comme expliqué dans le "Step 4". Utilisez le formulaire de demande de Aetna pour demander le remboursement des ordonnances médicales.

## **LISTE DES BÉNÉFICES**

Résumé des principales garanties du contrat. Référez-vous à la police de base pour une description complète.

Ce contrat d'assurance maladie est couvert par Aetna Life et Casualty (Bermuda), Ltd.

Les garanties Mort et Mutilation Accidentelles sont couvertes par United States Fire Insurance Company. Les garanties Evacuation Médicale/Rapatriement sont fournies par On Call International et couvertes par Virginia Surety Company.

Type de garantie Couverture/Limite Police maximale 1 000 000 USD Coassurance Dans les réseaux médicaux: 100% des frais négociés Pas dans les réseaux médicaux: 100% des frais reconnus Soins psychologiques Jusqu'à 10 000 USD Physiothérapie Jusqu'à 600 USD par an de police Soin dentaire d'urgence - soulagement de la douleur dentaire Jusqu'à 1 000 USD par an de police Preuves d'allergie: La couverture inclue seulement les preuves d'allergie.

Le traitement des allergies n'est pas un frais médicale couvert Traitement des maladies mentales et nerveuses –

Hospitalisation \$10,000 maximum par an de police combinée avec le traitement externe

Traitement des maladies mentales et nerveuses – Traitement externe \$10,000 maximum par an de police combinée avec l'hospitalisation Evacuation Illimité Rapatriement Illimité Regroupement d'urgence

des familles 6 250 USD Rapatriement à domicile d'urgence 4 000 USD

**Regroupement après la perte d'un être aimé** \$2,500

**Mort et mutilation accidentelle** Entre 40 000 et 200 000 USD par incident

**Condition préexistante** Couvert jusqu'à 10 000 USD pendant toute la vie par condition préexistante

**Soin de maternité** Non couvert

## **DÉFINITIONS**

Cette police d'assurance utilise les termes et expressions ci-dessous selon les définitions suivantes, sauf si le contexte indique clairement qu'une définition différente est utilisée.

**Accident:** événement qui est (a) imprévu ; (b) qui n'est aucunement lié à, ou empiré par, une condition ou maladie; et (c) qui entraîne des lésions, des dommages ou des pertes.

**Frais réel:** ce qui doit être payé à un prestataire pour les services rendus couverts par la police d'assurance.

**Maximum accumulé:** garanties maximales remboursables par la police d'assurance pour l'ensemble des dépenses médicales couvertes contractées par le bénéficiaire et accumulées d'une année de souscription à l'autre.

**Part obligatoire:** les frais à charge du bénéficiaire pour toutes dépenses médicales couvertes.

**Dépenses médicales couvertes:** les frais de tous traitements médicaux, services, ou produits pris en charge

**par la police d'assurance et qui:**

- n'excède pas les frais normaux et raisonnables ; ou
- qui n'excède pas les frais qui auraient été encourus sans assurance ; et
- qui ont lieu pendant la durée de souscription au contrat, sauf dans le cas de frais encourus lors de la mise en oeuvre de la clause d'extension des bénéfices.

**Bénéficiaire:** étudiant assuré, pour la durée de couverture de la police d'assurance souscrite.

**Déduction:** le montant des dépenses médicales couvertes payées par chaque bénéficiaire pendant l'année de souscription précédent le paiement des bénéfices.

**Prestataire dentaire:** n'importe quel dentiste, groupe, organisme, cabinet dentaire, institution, ou personne qualifiée selon les lois en vigueur et fournissant des services de soins dentaires ou des produits dentaires.

**Dentiste:** Un dentiste qualifié selon les lois en vigueur mais aussi un médecin agréé pour les soins dentaires qu'il exécute.

**Outils chirurgicaux et médicaux durables:** pas plus d'un seul outil, et les accessoires nécessaire à son utilisation, ne doit être utilisé dans un même but ou un but similaire, cet outil doit être :

- conçu pour résister à une utilisation prolongée;
- conçu et utilisé principalement pour traiter une maladie ou une blessure ;
- conçu pour être utilisé à domicile;
- et ne doit pas être:
- généralement utilisé par des personnes qui ne sont pas malades ou blessées;
- utilisé dans des conditions altérés de qualité de l'air ou de la température;
- utilisé pour l'exercice ou l'entraînement sportif.

**Ces outils exclus:** bains à remous, pompes portatives pour bains à remous, saunas, outils de massage, tables de lit, ascenseurs, outils d'assistant de communication, outils d'assistance visuelle, et systèmes d'alerte téléphonique.

**Traitement électif:** traitement médical ne suivant pas un changement fonctionnel ou structurel pathologique d'une partie du corps humain quelle qu'elle soit, et qui a lieu après la date de début de couverture du bénéficiaire. Un traitement électif inclus, entre autre:

- ligatures des trompes,
- vasectomies,
- réductions mammaires,
- chirurgies de réaffectation sexuelle,
- résections sous-muqueuses et/ou autres corrections chirurgicales de déviation de la cloison du nez, hors mis dans le traitement couvert de la sinusite purulente aigüe,
- traitements d'amaigrissement,
- difficultés d'apprentissage,
- dérèglements de l'articulation temporo mandibulaire (ATM)
- vaccinations,
- raitements de l'infertilité, et
- examens physiques de routine ou examens physiques scolaires nécessaire pour la participation à un sport ou autre activité.

**Admission d'urgence:** situation pendant laquelle le médecin admet le bénéficiaire à l'hôpital ou dans un centre de traitement à la suite d'un changement soudain et inattendu de sa condition mentale ou physique et qui: nécessite l'hospitalisation immédiate à temps complet du patient, et qui si l'hospitalisation immédiate n'avait pas lieu, pourrait mener, selon Aetna, à:

- la mort ou la perte d'un membre, ou
- un traumatisme physiologique fonctionnel important, ou
- un traumatisme physiologique structurel permanent.

**Condition d'urgence médicale:** un changement soudain et inattendu de la condition mentale ou physique du bénéficiaire qui demande des soins médicaux, chirurgicaux ou psychiatriques immédiats et qui, si les soins ne sont pas administrés immédiatement, peut mener, selon Aetna, à : la mort ou la perte d'un membre, un traumatisme physiologique fonctionnel important, ou un traumatisme physiologique structurel permanent. Elle inclut les accidents ou les maladies sérieuses comme les crises cardiaques, les attaques, les empoisonnements, les comas, les arrêts respiratoires, et les convulsions mais elle n'inclut pas les soins électifs, les soins de routine, les soins pour des maladies sans urgence, ou tout autre soin nécessaire à la suite de circonstances existant avant le départ vers le pays d'accueil de l'étudiant bénéficiaire.

**Médicament générique sur ordonnance:** un médicament sur ordonnance qui n'est pas protégé par une marque déposée, mais qui est produit et vendu sous le nom de sa formule chimique.

**Hôpital:** un centre qui respecte les conditions suivantes:

- il permet l'hospitalisation de patients malades ou blessés; et
- il offre des chambres en pension complète et une infirmerie 24 heure/24 ; et
- il inclut un centre de diagnostique et de chirurgie ; et
- il est dirigé comme un hôpital selon la loi de la juridiction locale.

Un hôpital n'inclut pas (a) les centres dont le rôle principal est de traiter les alcooliques ou les toxicomanes, (b) les maisons de convalescence, ou (c) les maisons de retraites ou de repos. Le terme « hôpital » inclus un centre de traitement des alcooliques ou des toxicomanes pendant la période durant laquelle le centre fournit un traitement efficace de l'alcoolisme ou de la toxicomanie au bénéficiaire.

**Alitement hospitalier:** une hospitalisation d'au moins 18 heures simultanées qui nécessite de résider en hôpital.

**Blessure:** blessure corporelle causée par un accident et qui inclut les conditions liées à la blessure ainsi que tous ses symptômes récurrents.

**Unité de soins intensifs:** service, unité ou zone au sein d'un hôpital qui requiert le paiement de frais quotidiens supplémentaires, et qui possède les employés et les instruments nécessaires pour fournir des soins ou des services intensifs et spécialisés, au-delà des services habituellement rendus par l'hôpital en question.

**Trouble de l'articulation de la mâchoire:** dérèglement de l'articulation temporo mandibulaire ou autres troubles de la mâchoire, de l'articulation de la mâchoire ainsi que de ses muscles et de ses nerfs.

**Lesion:** Une lésion dans le corps à cause d'un accident. Cela inclut conditions liées et symptômes répétitifs de ces lésions.

**Nécessité médicale:** service ou produit qui est nécessaire et approprié pour le traitement ou le diagnostic d'une maladie ou d'une blessure selon la pratique médicale courante généralement acceptée. Un service ou un produit ne sera pas une nécessité médicale:

- s'il est offert pour des besoins pratiques du bénéficiaire ou de son prestataire de soins ; ou
- s'il ne fait pas parti du traitement approprié pour le diagnostic ou les symptômes du bénéficiaire;
- s'il excède (par sa portée, sa durée ou son intensité) le niveau de soins nécessaire pour que le diagnostic que le traitement soit adéquat, approprié et sans risque.

La recommandation, l'ordonnance, la commande ou l'approbation d'un service ou d'un produit par un médecin ne suffit pas à déterminer s'il est de nécessité médicale.

**Frais négociés:** le coût maximal des services et des produits qu'un prestataire partenaire ou un prestataire conventionné offre à l'assuré.

**Maladie non-professionnelle:** une maladie non-professionnelle est une maladie qui:

- n'est pas occasionnée pendant ou par un travail rémunéré ou lucratif ;
- n'a pas été provoquée par une maladie professionnelle. Une maladie sera non-professionnelle quelque soit sa cause si l'étudiant bénéficiaire fournit une des preuves suivantes :
- il est couvert par n'importe quelle loi de compensation des ouvriers ; et
- la maladie en question n'est pas prise en charge par ladite loi.

**Blessure non-professionnelle:** une blessure non-professionnelle est une blessure physique accidentelle qui:

- n'est pas occasionnée pendant ou par un travail rémunéré ou lucratif ;
- n'a pas été provoquée par une blessure professionnelle. Soins non-conventionnés : un service de soins de santé ou un produit fournit par un prestataire qui ne fait pas parti de notre liste de partenaires, si selon Aetna:
- le service ou le produit aurait pu être administré par un partenaire conventionné ; et
- le type de prestataire est inclus dans une ou plusieurs catégories de notre liste de partenaires.

**Prestataire non-conventionné:** un prestataire de soins de santé qui n'a pas signé de contrat définissant les frais négociés des services et des produits qu'il offre.

**Une (1) maladie:** une maladie du bénéficiaire, toutes ses récurrences ainsi que les conditions liées à cette maladie.

**Hospitalisation partielle:** traitement continu, d'une durée de quatre heures minimum et douze heures maximum au cours de vingt-quatre heures, et géré par un programme hospitalier.

**Pharmacie:** établissement qui fournit les médicaments sous ordonnance conformément aux lois en vigueur.

**Médecin:** (a) un médecin qualifié selon les lois en vigueur dans l'Etat dans lequel il pratique ; et (b) tout autre praticien reconnu par la Loi comme un médecin qualifié pour le traitement en question.

**Année de souscription:** la durée allant de la date anniversaire à la date anniversaire suivante, sauf la première année pendant laquelle l'année de souscription commence à la date d'entrée en contrat et se termine à la première date anniversaire.

**Condition préexistante:** toute blessure, maladie ou condition ayant été diagnostiquée ou traitée, ou qu'une personne prudente aurait faite traiter ou diagnostiquer, dans les six mois précédents la date d'entrée en contrat du bénéficiaire.

**Soin conventionné:** soin fourni par un partenaire conventionné, ou un prestataire non-conventionné pour une condition d'urgence médicale lorsque le bénéficiaire ne peut pas se rendre au cabinet d'un partenaire conventionné [ou ne peut pas être référé par le médecin traitant (conventionné) du bénéficiaire avant le début du traitement; ou un soin fourni par un prestataire de soins de santé urgents non-conventionné lorsque le bénéficiaire ne peut pas se rendre au cabinet d'un médecin urgentiste conventionné pour être traité ; et si le traitement est autorisé par Aetna.

**Prestataire conventionné:** un prestataire de soins de santé qui a signé un contrat définissant les frais négociés des services et des produits qu'il offre ; seulement s'il est inclus, avec l'accord d'Aetna, dans la liste de partenaires en temps que prestataire conventionné pour:

- les services et les produits en question ; et
- le type de bénéficiaire dont vous faites parti.

**Ordonnateur:** toute personne qui, dans le cadre de son métier, peut délivrer une ordonnance selon les lois en vigueur.

**Ordonnance:** commande passé par un ordonnateur pour un médicament sous ordonnance. Si la commande est faite oralement, la pharmacie doit immédiatement la rédiger.

**Médicament sur ordonnance:** inclus les éléments suivant:

- un médicament biologique ou artificiel sur ordonnance, qui, selon la loi en vigueur, ne peut être distribué qu'avec une ordonnance, ainsi que
- l'insuline injectable, les aiguilles et les seringues jetables lorsqu'elles sont prescrites sur ordonnances et achetées en même temps que l'insuline, et tout produits jetables pour le traitement du diabète.

**Frais raisonnables:** Seule la partie raisonnable des frais pris en charge est couverte. Les frais raisonnables pour un service ou un produit sont définis par la moins chère options ci-dessous:

- les frais habituel du prestataire de soins de santé qui fournit le service ou le produit ; et
- les frais qu'Aetna considère approprié ; d'après les facteurs suivant: le coût du même service/produit ou d'un service/produit similaire et la façon dont les frais sont déterminés ; et
- le niveau de frais prévalent dans la région où les services/produits sont offerts, selon Aetna.

Dans certaines circonstances, Aetna peut obtenir un accord direct ou indirect (géré par un tiers), avec un prestataire, établissant le taux payé par Aetna pour certain services/produits. Dans ce cas, la méthodologie ci-dessus n'est pas appliquée et les frais établis par l'accord sont les frais raisonnables.

Pour déterminer les frais raisonnables d'un service ou d'un produit qui est:

- inhabituel, ou
- rarement offert dans la région, ou
- offert par un petit nombre de prestataires de soins dans la région.

Aetna prendra en compte les facteurs suivants:

- la complexité du service/produit,
- le degré de compétence requis,
- la spécialité du prestataire de soin,
- la gamme de services/produits offerts, et
- les frais prévalents dans d'autres régions.

**Chambre et pension complète:** frais de séjour ainsi que tout autre service et produit nécessaire. Ces frais doivent être payés à l'établissement de soin quotidiennement ou hebdomadairement.

**Chambre à deux lits:** frais de séjour dans une chambre à occupation double ou plus. Ces frais doivent être payés à l'établissement de soin. Si ce type de chambre n'existe pas ; Aetna se chargera de déterminer le prix du séjour.

Ce prix sera basé sur le prix moyen d'une chambre dans un établissement de soins comparable dans la région.

**Maladie:** une maladie et toutes ses récurrences ainsi que les conditions liées à cette maladie. Toutes les blessures ou les maladies provenant de la même origine ou d'une origine similaire seront considérées comme une seule et même maladie/blessure.

**Dent naturelle saine:** dent naturelle, la partie principale saine de la dent, plombage exclus ; la partie de la dent naturelle qui n'a pas de carie, d'abcès ou de défaut. Une dent couronnée n'est pas une dent naturelle saine.

**Centre chirurgical:** un établissement de chirurgie ambulatoire indépendant qui :

- possède les permis nécessaires ;
- est établi et équipé pour fournir des soins de chirurgie générale ;
- est un établissement payant ;
- est dirigé par un groupe de médecins dont au moins un est présent sur place lorsque l'opération chirurgicale a lieu et lors de la période de réveil.

Un centre chirurgical doit aussi offrir le même accès médical:

- aux médecins chirurgiens des hôpitaux locaux ; et
- aux dentistes chirurgien-buccal.
- Le centre chirurgical doit avoir au moins 2 blocs opératoires et une salle de réveil.
- Il doit fournir directement ou en partenariat avec un établissement médical local, un service de diagnostic radiologique et un laboratoire d'analyse nécessaire à la chirurgie.
- Le centre chirurgical ne permet pas de nuitée.
- Le centre chirurgical doit offrir les services d'infirmiers dans le bloc opératoire et la salle de réveil, ces infirmiers doivent être qualifiés, employés à temps complet et dirigés par un infirmier diplômé.
- Le centre chirurgical est équipé et possède un personnel formé pour gérer les urgences médicales.
- Le centre chirurgical doit avoir:
  - un médecin formé pour la réanimation cardiorespiratoire ; et
  - un défibrillateur ; et
  - un kit trachéotomie ; et
  - un extenseur plasmatique.
- Le centre chirurgical doit avoir un contrat écrit avec un hôpital local pour les transferts de patient en cas d'urgence. La procédure de transfert doit être rédigée et affichée dans le centre ; le personnel doit connaître cette procédure.
- Le centre chirurgical doit fournir un programme d'assurance-qualité. Le programme doit inclure une revue des médecins qui ne sont ni propriétaires ni gérants.
- Le centre chirurgical doit avoir un dossier médical pour chacun des ses patients.

**Adjuvant chirurgical:** personnel médical formé pour assister en chirurgie dans les phases pré et post opératoires, supervisé par un médecin.

**Frais chirurgicaux:** frais médical dû à un médecin pour: une chirurgie,  
- le traitement préopératoire adéquat pendant l'hospitalisation nécessaire pour la chirurgie en question, et  
- le traitement postopératoire habituel.

**Chirurgie:**

- Incision,
- Suture d'une plaie,
- Traitement d'une fracture,
- Réparation d'une désarticulation,
- Irradiation (scintigraphie exclue) lorsque elle est utilisée à la place d'une incision pour enlever une tumeur,
- électro-cautérisation,
- endoscopie de thérapie et de diagnostique,
- injection pour le traitement d'hémorroïde et de varice,
- opération au laser,
- cryochirurgie.

**Handicap total:** lié à une maladie ou une blessure; le bénéficiaire ne peut pas accomplir les tâches normales d'une personne du même âge/sexes en bonne santé.

**Clinique sans rendez-vous:** service de consultation externe dans une clinique qui n'est pas affiliée à un hôpital et qui comprend un groupe de médecins fournissant des services de diagnostique, d'observation, de traitement, et de réhabilitation.

***EXCLUSIONS ET LIMITATIONS***

Cette police d'assurance ne couvre pas :

1. les dépenses résultant de traitement dentaire, sauf si le traitement est lié à la blessure d'une dent naturelle saine ou à un traitement d'urgence d'atténuation de la douleur dentaire.
2. les dépenses résultant de services normalement offerts gratuitement par le service de santé de l'assuré, une infirmerie ou un hôpital ou par le prestataire de soins de santé engagé par l'assuré.
3. les dépenses résultant de réfraction de l'oeil, de thérapie visuelle, de kératotomie radiaire, lunettes, lentilles de contact, ou autre appareil d'assistance visuelle ou auditive.
4. les dépenses résultant de blessures causées par la participation à une émeute. La « participation à une émeute » est définie par la participation à n'importe quel aspect de l'émeute, notamment l'incitation ou le complot visant à inciter l'émeute. Cela exclus les actes d'auto-défense, sauf contre les représentants des forces de l'ordre.
5. les dépenses résultant d'un accident lié à l'utilisation de transport en commun, quelque soit le véhicule ou l'instrument (dans le cas de transport aérien), sauf si l'assuré est un passager payant dans un avion opera par une compagnie aérienne régulière dont les horaires sont publiés. L'assuré doit être sur un vol de ligne régulière.
6. les dépenses résultant de blessures ou de maladies liées à une guerre ou un acte de guerre déclarés ou non.
7. les dépenses résultant de blessures ou de maladies liées à un travail rémunéré ou lucratif pour lequel l'assuré est protégé par une loi de compensation des ouvriers/maladie professionnelle.

8. les dépenses résultant de blessures ou de maladie occasionnées lors du service dans l'armée de n'importe quel pays. Une fois que le bénéficiaire est entré dans l'armée dudit pays, le pro rata du revenu capital du premium sera remboursé à l'assuré.
9. les dépenses résultant de la prise en charge par un hôpital gouvernemental, à moins qu'il existe une obligation légale de paiement dans l'absence d'une assurance.
10. les dépenses résultant d'une chirurgie ou d'un traitement électifs.
11. les dépenses résultant d'une chirurgie esthétique, reconstructive, ou tout autre service destiné à améliorer ou altérer l'apparence physique, que ce soit ou non pour des raisons psychologiques ou émotionnelles, excepté si sont nécessaires pour:
  - améliorer le fonctionnement d'une partie du corps, excepté un dent ou une structure de sujection du dents, et qu'elle soit malformée à cause de un défaut grave de naissance, incluse le bec-de-lièvre, et les doigts du pieds ou des mains palmés ou au cas d' une maladie ou chirurgie fait pour traiter une maladie ou lesion.
  - Réparer une lesion (inclue le chirurgie reconstructive d'une prothèse pour un bénéficiaire à qui on a fait une mastectomie) qui a eu lieu pendant que le bénéficiaire était sur cet plan La chirurgie doit avoir lieu pendant l'année de la police auquel l'accident qui a causé la lesion a eu lieu ou pendant l'année suivant de la police.
12. les dépenses couvertes par une autre assurance médicale valide et collective, ou par une assurance médicale ou une assurance accident tant que les bénéfices sont pris en charge par une autre assurance valide et collective; qu'une demande de prise en charge soit soumise ou non à ladite assurance.
13. les dépenses résultant de médecines préventives, notamment les sérums, vaccins, ou pilules contraceptives.
14. les dépenses résultant de la perpétration d'un crime.
15. les dépenses résultant d'un avortement volontaire ou électif.
16. les dépenses encourues après la date de fin de contrat d'assurance du bénéficiaire.
17. les dépenses résultant de services normalement gratuit offert par une école ou pris en charge par les frais de scolarité de ladite école.
18. les dépenses résultant de services rendus par un membre de la famille immédiate du bénéficiaire ou une personne vivant avec le bénéficiaire.
19. les dépenses résultant d'un traitement, service ou produit qui, selon Aetna, n'a pas de nécessité médicale pour le soin ou le traitement de la maladie ou de la blessure en question, même si le traitement/service/produit a été prescrit, recommandé ou approuvé par le médecin ou le dentiste du bénéficiaire.

Pour que un traitement, service ou fourniture soit considéré médicalement nécessaire, le service ou fourniture doit:

- donner des soins, ou un traitement avec une plus grande probabilité de donner des résultats significativement positifs et une plus petite probabilité de donner des résultats négatifs, que aucun autre service ou suminstre alternatif, soit pour la maladie où la lesion en question comme pour la santé générale du bénéficiaire.
- impliquer un procédure de diagnostique adecuée por l' état de la sante du beneficiaire, et qui présente une plus grande probabilité de donner d'information appropriée pour le developement du traitement et une plus petite probabilité de donner des résultats négatifs que aucun autre service ou suminstre alternatif, soit pour la maladie ou la lesion en question comme pour la santé générale du bénéficiaire.
- impliquer un diagnostique, un traitement ou des soins qui ne soit pas onereux (en tennant compte de tous les frais sanitaires á cause du traitement, service ou fourniture) que aucun autre service ou fourniture alternatif qui passe les preuves avant mencionées est approprié étant donné les circonstances, Aetna va tenir compte de:

l'information relationé sur l' état de santé du bénéficiaire affecté; rapports et instructions publiés par des organisations en relation avec le soin de la santé reconnues au niveau nationale qui inclue des renseignements scientifiques prouvées; des règles largement reconnues aux USA sur la sécurité et efficacité des diagnostiques, soins ou traitements: l'opinion des professionnels de la santé dans le specialité médicale mentionnée largement reconnue et aucune autre information important presenté à Aetna.

En aucun cas les services ou fournitures souvent seront considerés comme médicalement nécessaires:

- Tous ce qui n'ont pas besoin de techniques d'un professionnel médecin, de la sante mentale ou dentiste; ou
- Tous ce qui ont comme principal objectif la comodité ou convenence du bénéficiaire, d'aucune personne qui garde d'eux, ou d'aucune personne qui soit partie de sa famille, ainsi que d'aucun prestateur des services médicaux ou pour des installations qui offrent des services médicales ou
- Tous ce qui sont developés uniquement pour le bénéficiaire qui est hospitalisé dans un jour auquel la maladie du bénéficiaire pourrait être diagnostiqué ou traité d'un manière secure et approprié hors l'hôpital, ou tous ce qui sont donnés seulement pour l'emplacement, si le service ou fourniture pourrait être fournit ou traité d'un manière secure et approprié pour un dentiste, dans aucun autre emplacement moins onéreuse. Pour établir si un service ou furniture.

20. les dépenses résultant d'un suicide, une tentative de suicide ou une blessure intentionnelle auto-infligée que le bénéficiaire soit lucide ou non.

21. les dépenses résultant de soins médicaux dans le pays du bénéficiaire, si celui-ci n'est pas un citoyen américain.

22. les dépenses résultant du traitement de dérèglement de l'articulation temporo mandibulaire ou de douleurs myofaciales liées à cette condition.

23. les dépenses résultant du traitement de désordres mentaux ou nerveux sauf s'ils sont mentionnés comme un bénéfice dans la police d'assurance.

24. les dépenses résultant du traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

25. les dépenses pour les ordonnances rédigées en externe sauf si elles sont mentionnées comme un bénéfice dans la police d'assurance.

26. les dépenses pour les sérums et les injections antiallergiques.

27. le traitement d'une blessure si elle est couverte par une assurance tous risques d'Etat, dont les benefices médicaux du premier tiers ne sont pas payable par une autre loi tous risques obligatoire.

28. les dépenses liées à la maternité, à une méthode ou un instrument contraceptifs, ou à une aide à la contraception, ainsi que les frais d'insémination artificielle, de fertilisation in-vitro, de procédure de transfert d'embryons, de stérilisation élektive ou inversion, ou d'avortement sélectif.

29. les dépenses resultant du ou liées à procédures, services ou fourniture qui sont, selon determination de Aetna, expérimentales ou d'investigation. Un médicament, un dispositif, un procédure ou traitement sont expèrimentales ou d'investigation si:

Il n'y a pas de renseignements disponibles suffisantes sur leur résultats en preuves cliniques controlées et publiés en littérature revisé par des experts qui supportent leur efficacité pour traiter la maladie ou lesion en question ou l'administration d'aliments et médicaments (FDA, en anglais) n'a pas donne son approbation pour usage commercial, ou une entreprise ou agence régulatrice médicale ou dentaire a decidé par écrit qui est expérimental ou en investigation ou est developé par raisons de recherche ou en investigation; ou est developée par raisons d'investigation.

Le protocole ou protocoles écrits utlisées pour les instalations ou le traitement a lieu ou le protocole ou protocoles d'aucune installation en étudiant sustaciellement le même médicament ou dispositif ou procedure ou traitement assurent qui est expérimental

Cependent, cet exclusion ne sera pas appliqué aux services ou fourniments (qui ne soient médicales) appliqués en relation avec une maladie si Aetna considère que:

La maladie causera la mort dans une période d'un an si un traitement efficace n'est pas appliqué et les soins ou traitements sont efficaces pour cette maladie, ou sont potentiellement efficaces pour le traitement de la maladie, selon prouvé par des renseignements médicales. Pour déterminer cela, Aetna va tenir compte des conclusions d'une révision effectuée par un comité des professionnels médecins indépendants. Ces professionnels seront sélectionnés par Aetna. Dans le comité participeront les professionnels qui traitent tous types de maladies en question. Au même temps, cette exclusion ne sera appliquée aux médicaments:

Qui ont été donné la distinction de nouveau médicament en investigation (IND, en anglais) ou la catégorie de traitement IND du groupe C, ou sont étudiés au niveau 1 du phase III dans des preuves cliniques nationales, sont sponsorisés par l'Institut National du Cancer;

Si Aetna considère qu'il y a des preuves scientifiques disponibles qui prouvent que le médicament est efficace, ou qui peut être potentiellement efficace, pour la maladie.

30. les dépenses dont un autre membre de la famille immédiate du bénéficiaire est légalement responsable.
31. les dépenses résultant de soins quotidiens. Ces soins incluent les services et les produits utilisés afin d'aider une personne dans ses activités quotidiennes, les frais de séjour (chambre et pension complète) et tout autre frais de soins institutionnels, sans que la personne soit nécessairement handicapée. De tels services/produits sont considérés comme soins quotidiens quelque soit:
  - la personne les ayant prescrits, ou
  - la personne les ayant recommandés, ou
  - la personne les ayant administrés.
32. les dépenses résultant de réparation ou de remplacement de membres artificiels existant, d'appareils orthopédiques ou de semelles orthopédiques.
33. les dépenses résultant de bypass gastrique ou toutes procédures restrictives d'amincissement.
34. les dépenses résultant de réduction mammaire/mammoplastie.
35. les dépenses résultant de réduction mammaire/gynécomastie (poitrine masculine).
36. les dépenses résultant d'une chirurgie des sinus, sauf pour traiter une sinusite purulente aiguë.
37. les dépenses résultant des soins, traitements, services, ou produits pour ou liés à l'apnée du sommeil ou un autre trouble du sommeil, notamment la pression positive continue nasale et la pression positive élevée nasale.
38. les dépenses résultant de soins d'acupuncture, à moins que les soins ne soient rendus à des fins anesthésiques.
39. les dépenses résultant de médecine ou de thérapie alternative, ou holistique, notamment le yoga et la thérapie par l'hypnose.
40. les dépenses résultant : (a) du traitement des pieds plats, (b) de l'utilisation de semelles plantaires, (c) du traitement des cors, (d) du traitement des ongles des pieds, et (e) du traitement des faiblesses de la voûte plantaire, des pieds fragiles ou des torsions chroniques du pied.
41. les dépenses résultant d'accident de véhicule à moteur, tant que les bénéficiaires sont pris en charge par une autre assurance valide et collective ; qu'une demande de prise en charge soit soumise ou non à ladite assurance. La police d'assurance ne paiera que les pertes exclues du paiement de soins médicaux de la police d'assurance auto.
42. les dépenses résultant d'action du bénéficiaire au-delà de son autorité légale.

43. les dépenses résultant d'appareillage auditif, les appareils auditifs ou la prescription d'appareils auditifs.
44. les dépenses résultant d'examens auditifs.
45. les dépenses résultant de greffes.
46. les dépenses pour tout produit d'ergothérapie.
47. les dépenses pour les produits d'hygiène personnelle ou les produits de convenance, par exemple, l'après-shampooing, les humidificateurs, les bains à remous, ou les machines de fitness, même s'ils ont été prescrits par un médecin.
48. les dépenses résultant de soins ou de l'utilisation de produits amincissants, pour traiter l'obésité ou contrôler son poids.
49. les dépenses résultant de soins et de produits pour stopper la dépendance au tabac.
50. les dépenses résultant de soins et de produits de tests psychologiques, ou neuropsychologiques.
51. les dépenses résultant de la maternité, méthodes contraceptives, dispositifs auxiliaires ou charges liées à la transférence intratubarique de gamètes, l'insémination artificielle, la fertilisation in vitro (sauf l'exigence de la législation de l'état) ou procédures de transférence des embryons, stérilisation élective ou sa réversion, ou avortement électif, à moins qu'il soit spécifié sur le plan.
52. les dépenses résultant de thérapie de massage.
53. les dépenses résultant de ou liées à la thérapie du langage.
54. les dépenses résultant de ou liées à une chirurgie de réaffectation sexuelle ou au traitement des troubles de l'identité sexuelle.
55. les dépenses pour le traitement du **lesion** ou **maladie**, à fur et à mesure que le paiement est fait par une résolution ou accord d'aucune bénéficiaire considérée responsable de la **lesion** ou **maladie** (ou son assurance).
56. les dépenses liées à une condition préexistante au-delà de 10 000 USD.
57. les dépenses résultant de soins chiropratiques.
58. les dépenses résultant du traitement de l'acné.

Any exclusion above will not apply to the extent that coverage is specifically provided by name in this Policy; or coverage of the charges is required under any law that applies to the coverage.

Les exclusions ci-dessus ne seront pas appliquées du moment qu'elles sont explicitement couvertes par la police d'assurance, ou si la loi requiert le paiement des frais. Les programmes de rabais donnent accès à des taux réduits et ne sont en AUCUN cas des garanties de bénéfices. Les programmes de rabais et les services d'assistance voyage à l'étranger sont offerts par des vendeurs indépendants qui ne sont pas les employés ou les agents d'Aetna. Les programmes information-santé fournissent des informations de santé générales et ne peuvent être substitués au diagnostic ou au traitement d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé.

Le programme d'assurance maladie étudiante Youth For Understanding est couvert par Aetna Life et Casualty (Bermuda), Ltd. Ce programme est administré par Chickering Claims Administrator, Inc. Aetna Student Health est la marque déposée de tous les produits et services fournis par ces entreprises. Cette brochure n'est qu'un document à titre informatif ; il ne s'agit pas d'une offre ou d'un contrat. Les programmes d'assurance maladie contiennent des exclusions et restrictions.

## **CE PROGRAMME N'EST PAS AFFILIÉ À AETNA**

---

L'assurance responsabilité civile fournie par Generali Groupe est résumé ici pour les représentants locaux, les étudiants et leur famille et leur famille d'accueil à titre d'exemple. Ce résumé ne peut en aucun cas remplacer les termes et conditions complets. Pour plus de détail sur cette police d'assurance, veuillez contacter Compass Benefits par email à

**yfuclaims@compassbenefits.com.**

Termes et conditions de l'assurance responsabilité civile offerte par:  
Generali Gruppe # 8470669001.

Montant en Euros

Couverture générale €1 000 000

Déductible/excédent

    Dommage matériel €25

    Dommage corporel aucun

Assurance location logement €250 000

Risque progressif €1 000 000

Cautionnement €25 000

Perte de clé €15 000

Dommage de biens €200 000

Assurance tiers propriété €2 500

Couverture de pertes €2 500

### **Couverture de L'Assurance**

Bénéficiaires couverts

1. Generali garantit la couverture de l'assuré dans le cas d'une demande de compensation d'un tiers (pendant la durée du contrat) pour des dommages corporels d'un autre individu (humain) qui entraîne la mort, la blessure ou tout autre problème de santé ainsi que des dommages ou des démolitions matériels (accidentels).
2. L'assuré est couvert en cas de responsabilité légale
  - a. liée aux bénéficiaires mentionnés dans la police d'assurance et pour les relations et les activités légales de l'assuré (risque assuré) ;
  - b. liée aux risques encourus par l'assuré après la signature du contrat.

### **Début de l'assurance, garanties et termes de paiement**

I.

1. La couverture de l'assuré commence à la date donnée sur la police d'assurance, si l'assuré a payé son dû de façon ponctuelle.

II.

1. Si une demande de prise en charge a été faite, Generali doit
  - a. s'assurer que la demande est légitime,
  - b. refuser toute demande injustifiée,
  - c. rembourser les paiements avancés par l'assuré si Generali les approuve, si un compromis légal les prescrit ou si une décision de la cour les ordonne ;
  - d. s'il est certain que Generali doit rembourser l'assuré, la prise en charge doit être faite en moins de deux semaines, sauf si la prise en charge est faite au niveau international ce qui peut entraîner un retard.
2. Les garanties et le taux de couverture de l'assurance de Generali mentionnés dans la police d'assurance sont la limite maximale pour chaque demande de prise en charge. L'accord stipule que l'assuré participe à chaque cas de prise en charge d'un risque et paie les frais déductibles encourus.
3. Si un risque assuré passe devant un tribunal, la poursuite en justice entre l'assuré et la partie lésée ou son successeur légal aura lieu en Allemagne et l'assuré sera représenté par Generali.

III.

1. Si une procédure judiciaire est ouverte, Generali ne paiera que le montant déterminé par la police d'assurance à l'assuré.

## Exclusions

### I.

Sauf cas contraire mentionné dans la police d'assurance, la couverture n'inclue pas:

1. Les demandes de prise en charge de responsabilité civile qui, selon le contrat ou accords exceptionnels, excède la responsabilité civile légale de l'assuré.
2. Les demandes de prise en charge de revenus, pensions de retraite, salaires, ou autres paiements/garanties ou traitements médicaux résultant de la participation à une manifestation ou à un mouvement liés ou non à quelque tumultes ou troubles politiques.
3. La police d'assurance n'est valide que dans le pays d'accueil du participant inscrit sur son formulaire de souscription ; elle ne couvre pas le participant dans son pays d'origine ou tout autre pays visité pendant la durée de validité de l'assurance.
4. Les demandes de prise en charge de blessure résultant de courses de cheval, de moto, ou de véhicule motorisé, de matchs de boxe ou de ring mais aussi de l'entraînement en vue de participer à ces événements.
5. Les demandes de prise en charge des dommages de propriété qui émergent d'une exposition graduelle à des températures, des gaz, des fumées, de l'humidité, des précipitations (fumée, suie, poussière et autres substances analogues), des eaux usées, de moisissure, des chutes de terrains sur ladite propriété, des glissements de terrains, des mouvements de terrains occasionnés par des travaux, des inondations d'eau quelles qu'elles soient, et des dommages causés par du bétail ou des animaux sauvages.
6. Les demandes de prise en charge de dommages des biens d'un tiers si
  - a. l'assuré a loué, loué à bail, emprunté ou vole l'objet en question.
  - b. les dommages sont liés à un emploi ou un travail ou si les dommages résultent de ces actes.
7. Les demandes de prise en charge de propriété dans le cas de radiations ionisées (substances radioactives qui incluent les rayons alpha-, beta-, gamma- et les neutrons) et de radiations au laser.
8. Les demandes de prise en charge de propriété dans le cas de dommages dus à des causes environnementales ou tout dommage résultant de ces causes comme les incendies et/ou les explosions.
9. Les demandes de prise en charge de dommages résultant de la manipulation d'amiante, ou de substances ou de produits contenant de l'amiante.
10. Les demandes de prises en charge d'évènements lié au travail ou aillant lieu pendant que l'assuré est au travail.

### II.

Remaining insurance exclusions are:

1. Toute demande d'assurance pour des dommages causés délibérément.
2. les demandes de prises en charge a. de dommages dans la famille de l'assuré. La liste suivante décrit les personnes qui sont considérées comme des membres de la famille : l'époux, le partenaire légal, les parents et enfants, les parents adoptifs et les enfants adoptifs, les beaux-parents et les gendres/belles-filles, les grands-parents et les petits-enfants, les frères et soeurs ainsi que les parents ou les enfants de famille d'accueil.
  - b. qui implique d'autres participants assurés bénéficiaires de la même police d'assurance de groupe.
  - c. de représentants légaux de personne dont les capacités ne permettent pas de signer un contrat.
  - d. d'un liquidateur.
3. Les demandes de prise en charge de dommages liés à la négligence de l'assuré, notamment si il a ignoré, ou sous-estimé, des problèmes potentiels qu'il connaissait mais qu'il n'a pas résolu.  
Les demandes de prise en charge de dommages personnels résultant de la transmission d'une maladie par l'assuré à un tiers, mais aussi les dommages de propriété causés par des animaux malades infectés, détenus par l'assuré sauf si celui-ci n'a pas agit de façon délibérée ou par négligence.

### III. Evènements assurés/ Cas d'évènements assures

#### - **Obligations de L'Assuré, Procédures**

1. Le cas assuré, selon la police d'assurance, est l'évènement pendant lequel le dommage à lieu et qui peut mener à une demande de responsabilité civile contre l'assuré.
2. Si un évènement entraîne une demande de responsabilité civile, Generali doit être informé des détails de la demande de façon immédiate et par écrit dans la semaine suivant l'évènement. Si l'assuré est poursuivi en justice, par l'Etat ou un tiers, l'assuré doit informer Generali de tout changement après avoir informé Generali dudit évènement. Si le tiers demande une compensation à l'assuré, Generali doit être informé par l'assuré en moins d'une semaine.
3. L'assuré doit agir dans l'intérêt de Generali et suivre ses instructions afin de prévenir et de minimiser les dommages ; il doit aussi aider à clarifier le cas en question. L'assuré doit soutenir Generali dans la défense des dommages ; il doit aussi l'aider à établir et à régler les dommages, notamment en faisant un rapport complet et correct des faits, en décrivant les circonstances en détail et en gérant et fournissant les documents pertinents à Generali.
4. Si une poursuite en justice suit une demande de prise en charge de responsabilité civile, l'assuré doit laisser Generali gérer/diriger le cas complètement et absolument.
5. L'assuré n'a pas le droit d'accepter, d'approuver ou d'admettre:
  - une demande de prise en charge de responsabilité civile, ou de payer un tiers sans l'accord préalable de Generali. Si ces termes ne sont pas respectés, Generali sera libéré de toutes obligations d'indemnisation.
6. Generali est autorisé à faire une déclaration appropriée au nom de l'assuré afin de défendre ou de résoudre la demande.

#### - **Limites des demandes de prise en charge et période de dépôt de plainte**

1. Les demandes de prise en charge par la police d'assurance ont un délai de prescription de deux ans. Le décompte commence à la fin de l'année de demande de prise en charge.
2. Si Generali refuse la couverture d'assurance, l'assuré peut requérir une décision juridique dans les six mois suivant le refus. Le décompte commence à la date de réception de la lettre de refus de Generali.

#### - **Conditions nécessaires à la mise en oeuvre de la police d'assurance de l'assuré**

##### I.

1. L'assuré ou son représentant légal doit donner un avis écrit, total, et correct mais aussi répondre à toutes les questions du formulaire de souscription concernant toutes circonstances dangereuses qui puissent avoir un effet sur la police d'assurance. Ceci doit être fait avant de signer le contrat avec Generali.
2. Si le contrat est signé par un représentant légal ou non de l'assuré, qui connaît certaines circonstances dangereuses, l'assuré doit être considéré comme ayant connu ces circonstances. Si le représentant ne révèle pas ces circonstances, cet acte sera considéré comme un acte frauduleux de dissimulation.

##### II.

1. Si des informations erronées ou incomplètes sont fournies à Generali quant à certaines circonstances potentiellement dangereuses, Generali se réserve le droit d'annuler le contrat. Ce sera également le cas si l'assuré dissimule ces circonstances.
2. Si Generali annule le contrat, l'assuré ne sera plus couvert.

### III.

1. Si un acte a été dissimulé de manière frauduleuse, Generali conserve le droit d'annuler le contrat avec l'assuré ou son représentant.

- Droit applicable Pour ce contrat, le Droit allemand est applicable.
- Juridiction

Dans le cas de plaintes/poursuites judiciaires contre Generali résultant d'une police d'assurance, les autorités judiciaires compétentes seront décidées/définies en fonction de la situation géographique du siège social, ou de la branche de Generali responsable de ladite police d'assurance.

#### - **Notices/Rapports et Constatations/Déclarations D'Intention**

Tous notices/rapports et informations adressés à Generali doivent être faits par écrit.

#### **La couverture est gérée par:**

Generali Gruppe Generali Versicherung AG  
Adenauerring 7 81737 München, Allemagne  
Numéro de Police de Generali 212 625 1911

#### **Information pour toutes demandes de prise en charge:**

Lorsqu'une demande de prise en charge est soumise, les étudiants YFU doivent suivre les étapes 1 et 2 dans un délai de 7 jours.

1. Remplissez le formulaire de demande de prise en charge:  
**[http://www.compassbenefits.com/yfu/generali\\_claim\\_form\\_0110.pdf](http://www.compassbenefits.com/yfu/generali_claim_form_0110.pdf)**
2. Soumettez votre demande de prise en charge au site web de Generali avec toutes les documents pertinents\* à:  
**<http://www.versicherungundmehr.de/schadenmeldung/english.php>**  
**OU**  
Soumettez votre demande de prise en charge et les documents pertinents\* par email à:  
**[yfuclaims@compassbenefits.com](mailto:yfuclaims@compassbenefits.com)**
3. Si vous avez des questions:
  - a. Appelez le numéro gratuit 1 (800) 767-0169 x 23
  - b. Appelez le numéro de Generali en anglais **0049 30 / 92 38 37 758** (les appels de l'étranger seront chargés à la personne qui appelle)
  - c. Envoyez un e-mail à: **[info@versicherungundmehr.de](mailto:info@versicherungundmehr.de)**

\*Les documents pertinents peuvent inclure des reçus, des budgets de réparations et/ou des photos. Le temps pour traiter les demandes de prise en charge varie selon le type de demande de prise en charge. Les demandes de prise en charge sont internationales puisque Generali est situé en Europe et la gestion de demandes de prise en charge peut s'attarder.

Vous trouverez les formulaires de demande de prise en charge sur le site internet Vous trouverez les formulaires de demande de prise en charge et des informations supplémentaires sur **[www.compassbenefits.com/yfu](http://www.compassbenefits.com/yfu)**.

Soyez sûr de réviser la police en entier pour les prestations, conditions, définitions et exclusions de plan. Certaines conditions ne seront pas couvertes. Les exemples sont les soins préventifs tels que les vaccinations, soins dentaires, vision, conditions préexistantes, les soins qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical. D'autres avantages peuvent être limités comme la santé mentale ou la physiothérapie.