

International Health Insurance

Insurance Product Information Document



Company: Bupa Global Designated Activity Company **Product:** Elite Global Health Plan

Bupa Global Designated Activity Company (Bupa Global DAC), trading as Bupa Global, registered in Ireland under company no. 623889, is regulated by the Central Bank of Ireland.

This is a summary of the insurance cover. Before purchase, further information can be found in your quotation and/or the product summary document; the full policy terms are available at bupaglobal.com. Full terms and conditions of the policy are contained in the membership guide and on your membership certificate which you will receive after your purchase. It is important you read all of these documents carefully.

What is this type of insurance?

International Private Medical Insurance which is designed to cover the costs of private healthcare, from day to day needs, preventive check-ups, to diagnosis of medical illnesses and necessary treatment, both in the country of residence and around the world.



What is insured?

Annual policy maximum of £3,000,000/€3,750,000/\$5,100,000 per person, unless a sublimit is mentioned

Hospital treatment

- ✓ Cancer treatment incl. prescribed medicines
- ✓ Intensive care
- ✓ Surgeries (incl. specialist surgery such as obesity, cancer preventing and reconstructive)
- ✓ Doctors' and anaesthetists' fees
- ✓ Medicines and dressings
- ✓ Advanced imaging, pathology, radiology and diagnostic tests
- ✓ Transplant services: £600,000/€750,000/\$1,020,000
- ✓ Prosthetics: £4,000/€5,000/\$6,800
- ✓ Home nursing and rehabilitation
- ✓ Hospice and palliative care: £25,000 /€31,000/\$42,000
- ✓ Mental health
- ✓ Physiotherapist, speech therapists, dietician

Transportation

- ✓ Evacuation and repatriation
- ✓ Travel cost for accompanying person/children
- ✓ Local air and road ambulance

Maternity/Childbirth

- ✓ Normal delivery/birthing centre/home delivery: £10,000/€12,500/\$17,000
- ✓ Caesarean section (medically essential): £20,000/€25,000/\$34,000
- ✓ Complications of maternity and childbirth
- ✓ Pre- and postnatal treatment (covered under Out-patient treatment)

Out-patient treatment

Annual maximum of up to £50,000/€62,500/\$85,000 per person unless a sublimit is mentioned:

- ✓ Specialists consultations and doctors' fees
- ✓ Out-patient surgeries incl. tests
- ✓ Qualified nurses
- ✓ Prescribed medicines and dressings, durable medical equipment: £4,000/€5,000/\$6,800
- ✓ Physiotherapy, osteopathy and chiropractors
- ✓ Orthopaedics and footcare
- ✓ Acupuncture and reflexology
- ✓ Homeopathy, naturopathy and Chinese medicine
- ✓ Dietetic guidance
- ✓ Mental health
- ✓ Gender dysphoria MtF/FtM: £61,000/ €76,000/ \$104,000

Wellbeing

- ✓ Health screening £1000/€1,250/\$1,700
- ✓ Vaccinations: £1000/€1,250/\$1,700
- ✓ Preventive dental treatment



What is insured? (continued)

Dental treatment, hearing aids and optical £2,500/€3,100/ \$4,200 per person:

- ✓ Accident related dental treatment
- ✓ Routine and major restorative dental treatment
- ✓ Orthodontics
- ✓ Hearing aids
- ✓ Spectacle frames and lenses

Other benefits apply, see full terms and conditions



What is not insured?

- ✗ Artificial life maintenance more than 90 days
- ✗ Chinese medicines listed (refer to product guide)
- ✗ Conflict and disaster if you are an active participant or put yourself in danger
- ✗ Convalescence
- ✗ Cosmetic treatment (non medically essential)
- ✗ Developmental problems
- ✗ Epidemics and pandemics
- ✗ Experimental/unproven treatment
- ✗ Harmful/hazardous use of alcohol/drugs /medicine
- ✗ Illegal activity
- ✗ Infertility treatment
- ✗ Obesity treatment (except surgery)
- ✗ Sexual problems
- ✗ Sleep disorders
- ✗ Treatment for gender dysphoria (unless eligibility criteria for the benefit 'Treatment for or related to gender dysphoria' has been met)
- ✗ Unrecognised medical practitioner, hospital or healthcare facility (refer to product guide)

Other exclusions apply, see full terms and conditions



Are there any restrictions on cover?

- ! Cover is always subject to eligibility criteria
- ! Limitations per person per policy year unless stated otherwise:
- 60 visits: Specialists consultations, doctor's fees, qualified nurses, physiotherapists, osteopaths, chiropractors, occupational therapist, orthoptist, footcare, acupuncture and reflexology
- ! 60 days: Rehabilitation
- ! 30 days: Home nursing

Restrictions are continued on page 2



Are there any restrictions on cover? (continued)

- 20 visits: Homeopathy, naturopathy, Chinese medicine
- 4 visits: Dietetic guidance
- 2 visits: Preventive dental treatment
- ! Waiting periods (time from when you first purchased the benefit before you can claim)
- First 6 months: Preventive/routine/major restorative dental treatment
- First 10 months: Maternity, health screening
- First 12 months: Orthodontics
- First 24 months: Obesity surgery
- ! Limitations under "What is insured" are applied as follows:
 - Per policy year – Normal delivery, birthing centre, home delivery, caesarean section, prescribed medicines and dressing, durable medical equipment, health screening, vaccinations, dental treatment, hearing aids and optical
 - Per device – Prosthetics
 - Per lifetime – Hospice and palliative care
 - Per condition – Transplant services
- ! Pre-existing conditions may be agreed to be covered, subject to additional premium in some circumstances – this will be discussed individually with you
- ! If you have selected a co-insurance of 0%/15%/25% on your out-patient treatment we cover the agreed percentage of 100%/85%/75%
- ! We only cover medically necessary treatment and wellbeing care as listed in the product guide
- ! Should you choose to have treatment or services with a healthcare provider outside of our Bupa Global network, we will only cover eligible costs which we consider to be the 'reasonable and customary' amount for such treatment or services. This means that, if you chose an 'out of network' provider, you would be responsible for paying for any costs in excess of reasonable and customary levels. Please refer to the product guide

Other restrictions apply, see full terms and conditions



Where am I covered?

- ✓ This plan covers you the policy holder and any additional people on your plan worldwide



What are my obligations?

- You must pay your premium
- You must provide medical history as required
- You must obtain pre-authorization prior to treatment for any covered benefits where it is stated that this is required in the product guide
- Treatment in the U.S. generally requires pre-authorization
- You must provide any information we require to assess your claim
- If you have selected a co-insurance you must pay the agreed percentage (0%/15%/25%) of out-patient treatment
- You must tell us straight away if you move to a different country or your specified country of residence or specified country of nationality changes
- You must let us know if you have other insurance which also covers your covered benefits
- If the policyholder or a dependant dies we should be notified in writing within 30 days



When and how do I pay?

- You can pay by credit card (monthly/quarterly/annually), by bank transfer (quarterly/annually, provided you have not chosen co-insurance) or direct debit (monthly/quarterly/annually provided you pay in GBP)



When does the cover start and end?

- The term of the contract is 12 calendar months. Your policy will be renewed automatically and payment taken, unless you choose not to continue
- You can find your policy start and end date in your quote or in your membership certificate



How do I cancel the contract?

You can cancel the membership (or remove any additional people individually from cover) at any time by telephoning or emailing us. Cancellation will take effect 14 days after you, the main member, notifies us of the request. If such cancellation is requested within 28 days of you receiving your first insurance certificate for such cover and no claims have been made, the premium paid for that cover will be refunded in full. Should you have made a claim during this initial period, or should you cancel after this initial period, we will refund any premium paid in relation to the period following cancellation. No administrative fee will be charged. To cancel, call Bupa Global on +44 (0) 1273 718379 or email to Service.uk@bupaglobal.com or write to Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton, BN1 4FY, United Kingdom.

Assurance santé internationale

Document d'information sur les produits d'assurance



Entreprise : Bupa Global Designated Activity Company **Produit :** Plan santé international « Elite »

Bupa Global Designated Activity Company (Bupa Global DAC), opérant sous le nom de Bupa Global, enregistrée en Irlande sous le numéro de société 623889, est régulée par la Central Bank of Ireland.

Voici un résumé de la couverture d'assurance. Avant l'achat, des informations supplémentaires peuvent être trouvées dans votre devis et/ou dans le document de résumé des produits ; les conditions générales complètes de la police sont disponibles sur bupaglobal.com. Les conditions générales complètes de la police d'assurance sont contenues dans le guide de l'adhérent et dans votre certificat d'adhérent que vous recevrez après votre achat. Il est important que vous lisiez attentivement tous ces documents.

Quel est ce type d'assurance ?

L'assurance médicale privée internationale qui est conçue pour couvrir les coûts des soins de santé privés, des besoins quotidiens et bilans préventifs aux diagnostics des maladies et traitements nécessaires, tant dans le pays de résidence permanente que dans le monde entier.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Maximum annuel de police de 3 000 000 £/3 750 000 €/5 100 000 \$ par personne, à moins qu'une sous-limite ne soit mentionnée.

Traitement hospitalier

- ✓ Traitement contre le cancer, y compris les médicaments prescrits par ordonnance
- ✓ Soins intensifs
- ✓ Chirurgies (y compris la chirurgie de spécialiste, telle que l'obésité, la prévention du cancer et reconstructive)
- ✓ Honoraires de médecins et d'anesthésistes
- ✓ Médicaments et soins
- ✓ Imagerie avancée, pathologie, imagerie et tests de diagnostic
- ✓ Services de transplantation : 600 000 £/750 000 €/1 020 000 \$
- ✓ Prothétique : 4 000 £/5 000 €/6 800 \$
- ✓ Soins à domicile et rééducation
- ✓ Hospice et soins palliatifs : 25 000 £/31 000 €/42 000 \$
- ✓ Santé mentale
- ✓ Kinésithérapeute, orthophoniste, diététicien

Transport

- ✓ Évacuation et rapatriement
- ✓ Frais de déplacement pour un accompagnateur/enfant
- ✓ Ambulance aérienne et terrestre locale

Maternité/accouchement

- ✓ Accouchement normal/maison de naissance/accouchement à domicile : 10 000 £/12 500 €/17 000 \$
- ✓ Césarienne (nécessaire sur le plan médical) : 20 000 £/25 000 €/34 000 \$
- ✓ Complications liées à la maternité et à l'accouchement
- ✓ Traitement prénatal et postnatal (couverture sous traitement ambulatoire)

Traitements ambulatoires

Maximum annuel de 50 000 £/62 500 €/85 000 \$ par personne, à moins qu'une sous-limite ne soit mentionnée :

- ✓ Consultations de spécialistes et honoraires médicaux
- ✓ Ambulatoires courts (chirurgies) y compris des tests
- ✓ Infirmières qualifiées
- ✓ Médicaments et soins prescrits par ordonnance, équipement médical durable : 4 000 £/5 000 €/6 800 \$
- ✓ Kinésithérapie, ostéopathie et chiropractie
- ✓ Orthopédie et podologie
- ✓ Acupuncture et réflexologie
- ✓ Homéopathie, naturopathie et médecine chinoise
- ✓ Conseils diététiques
- ✓ Santé mentale

Bien-être

- ✓ Dépistage 1 000 £/1 250 €/1 700 \$
- ✓ Vaccins : 1 000 £/1 250 €/1 700 \$
- ✓ Soins dentaires préventifs



Qu'est-ce qui est assuré ? (suite)

Soins dentaires, aides auditives et optiques 2 500 £/3 100 €/4 200 \$ par personne :

- ✓ Soins dentaires liés à un accident
- ✓ Soins dentaires de routine et restaurateurs importants
- ✓ Orthodontie
- ✓ Aides auditives
- ✓ Montures de lunettes et lentilles

D'autres prestations s'appliquent, voir les conditions générales complètes



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Maintien artificiel des fonctions vitales pendant plus de 90 jours
- ✗ Médecine chinoise indiquée (voir le guide du produit)
- ✗ Conflit et catastrophe si vous êtes un participant actif ou vous vous mettez en danger
- ✗ Convalescence
- ✗ Traitement esthétique (non nécessaire sur le plan médical)
- ✗ Problèmes de développement
- ✗ Épidémies et pandémies
- ✗ Traitement expérimental
- ✗ Utilisation nocive/dangereuse d'alcool/drogues/médicaments
- ✗ Traitement contre l'infertilité
- ✗ Traitement contre l'obésité (à l'exception de la chirurgie)
- ✗ Problèmes sexuels
- ✗ Problèmes de sommeil
- ✗ Médecin, hôpital ou établissement de santé non reconnu (voir le guide du produit)

D'autres exclusions s'appliquent, voir les conditions générales complètes



Y a-t-il des restrictions sur la couverture ?

- ! La couverture est toujours soumise à des critères d'éligibilité
- ! Limitations par personne par année d'assurance sauf avis contraire :
- 60 visites : Consultations de spécialistes, honoraires médicaux, infirmières qualifiées, santé mentale, kinésithérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs, ergothérapeutes, orthoptistes, podologie, acupuncture et réflexologie
- ! 60 jours : Rééducation
- ! 30 jours : Soins à domicile
- 20 visites : Homéopathie, naturopathie, médecine chinoise
- 4 visites : Conseils diététiques
- 2 visites : Soins dentaires préventifs

Suite des restrictions à la page 2



Y a-t-il des restrictions sur la couverture ? (suite)

- ! Délais d'attente (délai à partir du moment où vous avez acheté la prestation pour la première fois avant de pouvoir demander des frais de santé)
- Les 6 premiers mois : Soins dentaires préventifs/de routine/restaurateurs importants
- Les 10 premiers mois : Maternité, dépistage
- Les 12 premiers mois : Orthodontie
- Les 24 premiers mois : Chirurgie de l'obésité
- ! Les limitations sous « Qu'est-ce qui est assuré ? » s'appliquent comme suit :
 - Par année d'assurance - Accouchement normal, maison de naissance, accouchement à domicile, césarienne, médicaments et soins prescrits par ordonnance, équipement médical durable, dépistage, vaccins, soins dentaires, aides auditives et optiques
 - Par dispositif - Prosthétique
 - Par durée de vie - Hospice et soins palliatifs
 - Par problème de santé - Services de transplantation
- ! Les antécédents médicaux peuvent être couverts dans certaines conditions et la couverture peut être soumise à une prime supplémentaire. Ceci sera discuté individuellement.
- ! Si vous avez choisi une co-assurance de 0 %/15 %/25 % sur votre traitement ambulatoire, nous couvrons le pourcentage convenu de 100 %/85 %/75 %
- ! Nous ne couvrons que les traitements médicalement nécessaires et les soins de bien-être indiqués dans le guide du produit
- ! Si vous choisissez un traitement ou des services chez un prestataire de soins de santé hors de notre réseau Bupa Global, nous ne couvrons que des coûts éligibles que nous considérons comme un montant « raisonnable et habituel » pour un tel traitement ou de tels services. Cela implique que si vous choisissez un prestataire « hors du réseau », vous serez responsable du paiement de tous coûts supérieurs aux niveaux « raisonnables et habituels ». Veuillez vous reporter au guide du produit

D'autres restrictions s'appliquent, voir les conditions générales complètes



Où suis-je couvert ?

- ✓ Ce plan vous couvre en tant que titulaire de la police d'assurance et toute personne supplémentaire figurant sur votre plan dans le monde entier



Quelles sont mes obligations ?

- Vous devez payer votre prime
- Vous devez fournir vos antécédents médicaux au besoin
- Vous devez obtenir une autorisation préalable avant le traitement pour toute prestation couverte lorsque le guide du produit indique que c'est nécessaire
- En général, une autorisation préalable est nécessaire pour un traitement aux États-Unis
- Vous devez fournir toute information requise pour évaluer votre demande de remboursement
- Si vous avez choisi une co-assurance, vous devez payer le pourcentage convenu (0 %/15 %/25 %) du traitement ambulatoire
- Vous devez nous notifier immédiatement si votre pays de résidence spécifié ou votre pays de nationalité spécifié change
- Vous devez nous faire savoir si vous avez d'autres assurances qui couvrent également vos prestations couvertes
- Si le preneur d'assurance ou une personne à charge décède, nous devrions être avertis par écrit dans les 30 jours



Quand et comment dois-je payer ?

- Vous pouvez payer par carte de crédit (mensuellement/trimestriellement/annuellement), par virement bancaire (trimestriellement/annuellement à condition que vous n'avez pas choisi une co-assurance) ou débit direct (mensuellement/trimestriellement/annuellement à condition que vous payiez en GBP)



Quand commence et finit la couverture ?

- La durée du contrat est de 12 mois civils. Votre police sera renouvelée automatiquement et le paiement sera effectué, à moins que vous ne choisissiez de ne pas la continuer
- Vous pouvez trouver la date de début et de fin de votre police dans votre devis ou sur votre certificat d'adhérent



Comment résilier le contrat ?

Vous pouvez annuler votre adhésion (ou retirer toute personne supplémentaire de la couverture) à tout moment en nous appelant ou en nous envoyant un e-mail avec effet à partir du premier jour du mois suivant. Si une telle annulation est demandée dans les 28 jours suivant la réception de votre premier certificat d'assurance pour cette couverture et que vous n'avez fait aucune demande de remboursement, la prime payée pour cette couverture sera remboursée intégralement. Si vous avez fait une demande de remboursement pendant cette période initiale, ou si vous annulez votre police d'assurance après cette période initiale, nous rembourserons toute prime payée pour la période suivant l'annulation. Nous ne facturerons pas de frais administratifs. Pour annuler, appelez Bupa Global au +44 (0) 1273 718379, envoyez un e-mail à Service-uk@bupaglobal.com ou écrivez à Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton, BN1 4FY, Royaume-Uni.