



Couverture internationale pour les maladies graves – Guide des conditions générales pour particuliers
Entrée en vigueur le 1er mai 2021

Avenue

Vous accompagner dans
votre parcours de vie

Allianz  Care

Bienvenue

Vous et votre famille pouvez compter sur Allianz Care pour vous donner accès aux meilleurs soins possibles.

Ce guide est divisé en deux parties : la section « Comment utiliser votre couverture ? » est un récapitulatif de toutes les informations importantes que vous êtes susceptible d'utiliser de manière régulière. La section « Conditions générales de votre couverture » fournit des détails sur votre couverture. Nous vous recommandons de lire ce guide attentivement, conjointement avec votre certificat d'assurance et votre tableau des garanties.

COMMENT UTILISER VOTRE COUVERTURE ?

Aperçu de la couverture	4
Service de gestion de dossier médical	10

CONDITIONS GENERALES DE VOTRE COUVERTURE

Conditions générales	18
Explication de votre couverture	20
Versement d'une somme forfaitaire – processus et conditions	24
Gestion de dossier médical	26
Paiement des primes	30
Gestion de votre police	32
Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture	38
Protection des données	41
Procédure de résolution des réclamations et litiges	42
Définitions	44
Exclusions	52

AWP Health & Life SA est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, France.

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. No. 401 154 679 RCS Bobigny, France. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.



**COMMENT
UTILISER
VOTRE
COUVERTURE ?**

APERÇU DE LA COUVERTURE

Ce qui est pris en charge par ma couverture

Vous (et les membres de votre famille, si vous les avez ajoutés en tant qu'ayants droit de votre police) serez couvert par la couverture Avenue si jamais vous avez besoin d'un traitement pour l'un des cas médicaux graves ci-après :

Cas médicaux couverts pour les adultes et les enfants (de moins de 18 ans) :

- Greffe de moelle osseuse
- Cancer (y compris tous les cancers d'organes solides, les lymphomes et les leucémies)
- Remplacement ou réparation de valve cardiaque (pour les enfants, uniquement lorsque nécessaire à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu)
- Neurochirurgie
- Épilepsie grave

Cas médicaux couverts pour les adultes uniquement :

- Angioplastie des artères coronaires/pose de stent
- Pontage aortocoronarien
- Greffe d'organe d'un donneur vivant
- Chirurgie vasculaire majeure

Cas médicaux couverts pour les enfants (de moins de 18 ans) uniquement :

- Membres artificiels à la suite de la perte d'un membre lors d'un accident
- Syndrome de Kawasaki
- Méningite/encéphalite

Où puis-je recevoir des soins ?



Nous espérons que vous n'aurez jamais besoin d'un traitement pour les cas médicaux susmentionnés – mais si cela devait être le cas, vous pourriez recevoir ce traitement dans les établissements hospitaliers et les structures médicales qui font partie du type de réseau médical Avenue sélectionné. Vous trouverez ces informations dans votre tableau des garanties.

Nous vous adresserons la liste des établissements hospitaliers et des structures médicales inclus dans le réseau que vous avez sélectionné, propre à votre type de cas médical. Par exemple, si le cas médical concerné est un cancer, nous vous adresserons la liste des établissements hospitaliers du réseau sélectionné qui se spécialisent dans le traitement du cancer. Vous pourrez choisir, dans cette liste, l'établissement hospitalier dans lequel vous souhaitez être traité(e).

Nous sélectionnons les établissements hospitaliers et les structures médicales de notre réseau Avenue avec soin, selon leur expertise médicale et leurs normes de services internationales. Selon le niveau de couverture choisi, vous pouvez être pris en charge dans les établissements hospitaliers et les structures médicales du réseau Avenue en Europe, en Asie, au Moyen-Orient, en Afrique et en Amérique du Nord.

Si votre formule est Avenue 1 Plus, vous êtes également couvert(e) pour les traitements éligibles dans votre pays de résidence principal. Si votre formule est Avenue 2 Plus ou Avenue 3 Plus, vous êtes couvert(e) pour les traitements éligibles dans votre pays de résidence principal et dans votre pays d'origine déclaré, si celui-ci est différent du pays dans lequel vous résidez.

Quand puis-je commencer à bénéficier des garanties et des services qui sont couverts par ma police ?



Vous pouvez commencer à bénéficier des garanties et des services à partir du moment où votre médecin confirme que vous (ou tout membre de votre famille inclus dans votre police en tant qu'ayant droit) nécessitez (nécessite) un traitement pour tout cas médical pris en charge. Vous pouvez commencer à utiliser votre couverture à partir de ce moment – cela signifie que les frais de diagnostic initial de votre cas médical ne sont pas couverts sous votre formule. La couverture est soumise aux conditions générales de votre formule telles que décrites dans le présent guide des conditions générales, dans votre tableau des garanties et votre certificat d'assurance.



Comment puis-je bénéficier de la couverture et comment fonctionne-t-elle ?



Tout ce que vous avez à faire est de nous appeler dès que possible, une fois que votre médecin a confirmé que vous (ou l'un de vos ayants droit) avez besoin de recevoir un traitement pour l'un des cas médicaux pris en charge.

Notre service d'assistance téléphonique est disponible jour et nuit, tous les jours de l'année – nous sommes toujours là pour prendre votre appel :

+353 1 630 1303

Pour consulter la liste la plus récente de nos numéros gratuits, rendez-vous sur <https://www.allianzcare.com/fr/pages/toll-free-numbers.html>

@ client.services@allianzworldwidecare.com

Lorsque vous nous appellerez, nous vous demanderons des éléments d'appréciation de votre diagnostic, qui seront évalués par notre équipe médicale. Au besoin, nous solliciterons un deuxième avis médical auprès d'un spécialiste externe international pour vérifier votre diagnostic.

Une fois votre diagnostic initial confirmé et une fois le délai de carence approprié écoulé, vous pourrez accéder à notre service de gestion de dossier médical et bénéficier des garanties immédiatement. Vous pouvez également choisir de percevoir une somme forfaitaire, plutôt que d'accéder à notre service de gestion de dossier médical. Nous vous invitons à consulter votre tableau des garanties afin de confirmer le délai de carence qui s'applique à chacune de ces deux options.

Voici ce qu'il faut entendre par ces deux options :



Versement d'une somme forfaitaire

Votre formule prévoit le versement d'une somme forfaitaire (se reporter au tableau des garanties pour en connaître le montant). Si vous choisissez la somme forfaitaire, nous effectuerons ce versement sur votre compte bancaire personnel. Si vous choisissez cette option, vous ne serez pas en mesure d'accéder aux services fournis par l'intermédiaire du processus de gestion de dossier médical, ni ne pourrez demander le remboursement de tout traitement inclus dans votre police pour ce type spécifique de cas médical.

Néanmoins, si à l'avenir vous présentez un type de cas médical différent qui est pris en charge par votre police, vous aurez à nouveau la possibilité de choisir entre le versement d'une somme forfaitaire et l'accès au service de gestion de dossier médical.



Service de gestion de dossier médical

Si vous choisissez cette option, un chargé de dossier médical personnel vous sera attribué – il s'agit d'un expert médical de notre propre équipe médicale. Votre chargé de dossier médical personnel sera responsable de la gestion d'un certain nombre de services pour vous (par exemple, organiser une première consultation médicale). Si vous choisissez cette option, vous serez également en droit de demander le remboursement des frais éligibles de votre traitement médical. Nous prendrons en charge les frais de votre traitement jusqu'à ce que vous atteigniez le plafond maximum fixé par votre tableau des garanties – une fois ce plafond atteint, votre couverture pour ce type de cas médical spécifique prendra fin. Néanmoins, si à l'avenir vous présentez un type de cas médical différent qui est pris en charge par votre police, le plafond maximum sera à nouveau disponible pour vous, pour votre nouveau cas médical.

Pour plus de précisions, veuillez vous reporter à la section « Service de gestion de dossier médical ». La valeur de la somme forfaitaire disponible avec votre couverture Avenue peut être inférieure à la valeur des garanties et de la gestion de votre dossier médical que nous payons en vertu de votre police. Veuillez consulter votre tableau des garanties afin de prendre connaissance des différences de valeur entre les deux options.

Nous sommes responsables de l'organisation de l'accès au traitement uniquement. Le service de gestion de dossier médical n'est pas destiné à fournir de conseils médicaux ou de santé et ne saurait se substituer aux conseils, diagnostics ou traitements fournis par des professionnels. Nous ne sommes pas passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de tout acte ou omission de tout prestataire médical tiers, y compris les traitements, conseils, diagnostics, diagnostics erronés ou échecs pour établir un diagnostic.

Service de conseils et services consultatifs juridique et financier



Nous savons que le diagnostic d'une maladie grave peut être source d'inquiétudes. Avec la couverture Avenue, vous avez accès à des services de soutien psychologique et des services consultatifs juridique et financier, pour vous permettre à vous et votre famille de faire face aux défis qui pourraient se présenter suite au diagnostic d'une maladie grave. Ces services sont accessibles en plusieurs langues, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Notre service de conseils, professionnel et confidentiel, vous permet à vous et votre famille d'avoir accès à un conseiller clinique par le biais d'une consultation en cabinet, d'une consultation en ligne en direct, d'une consultation téléphonique, d'une consultation vidéo ou d'un e-mail – selon la formule qui vous convient le mieux.

Les services consultatifs juridique et financier qui vous sont offerts avec votre couverture Avenue vous adresseront à un conseiller financier et/ou un professionnel du droit, selon ce qu'il conviendra, pour vous aider à répondre aux questions que vous pourriez avoir au cours de votre traitement.

Laissez-nous vous aider :



+1 905 886 3605

Il ne s'agit pas d'un numéro vert. Toutefois, des numéros de téléphone locaux peuvent être disponibles. La liste complète de nos « numéros d'accès mondial » est disponible à l'adresse suivante :



www.workhealthlife.com/AWCExpatri

(disponible en anglais, français et espagnol)

Un agent anglophone répond à vos appels, mais vous pouvez demander à parler à quelqu'un dans une autre langue. Si aucun représentant n'est disponible pour vous aider dans la langue que vous souhaitez, nous pouvons organiser un service d'interprétation.

Les services de conseils et les services consultatifs juridique et financier sont disponibles par l'intermédiaire de Lifeworks by Morneau Shepell, sous réserve de votre acceptation des conditions générales. Vous comprenez et acceptez le fait qu'AWP Health & Life SA – Succursale irlandaise et/ou AWP Health & Life Services Limited ne sont pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation des services de conseils et des services consultatifs juridique et financier. Ces services peuvent également être soumis à des restrictions géographiques.

Comment puis-je ajouter l'un des membres de ma famille à ma police ?



Vous pouvez demander à ajouter votre époux(-se)/partenaire ou votre enfant à votre police en tant qu'ayant droit, simplement en remplissant notre bulletin d'adhésion disponible à l'adresse Web :



www.allianzcare.com/personal-avenue.html

Il est à noter que seuls les enfants d'au moins 90 jours peuvent être ajoutés à votre police.

Pour plus d'informations sur l'ajout d'un ayant droit, y compris des informations importantes sur l'ajout des nouveau-nés, enfants adoptés ou placés en famille d'accueil, veuillez consulter la section « Ajout d'un ayant droit » du présent guide.

Une fois la demande acceptée, nous enverrons un nouveau certificat d'assurance pour prendre en compte l'ajout du nouvel ayant droit. Ce nouveau certificat remplacera toute version antérieure en votre possession à compter de la date de début indiquée dessus.



SERVICE DE GESTION DE DOSSIER MÉDICAL

Nous comprenons que recevoir des soins peut engendrer un certain stress. Laissez-nous nous charger des tâches administratives à votre place, pour que vous puissiez entièrement vous concentrer sur votre rétablissement.

Comment ça marche ?

Votre chargé de dossier médical est un expert faisant partie de notre propre équipe médicale. Voici ce qu'il ou elle se chargera de faire pour vous :



01

Tout d'abord, il ou elle passera en détails les informations de votre cas médical (par ex. votre dossier médical, vos résultats d'examen et d'analyses, etc.). Au besoin, votre chargé de dossier médical sollicitera un deuxième avis médical auprès d'un spécialiste externe international, pour vérifier votre diagnostic. Une fois votre diagnostic confirmé, votre chargé de dossier médical s'entretiendra avec vous pour convenir d'un parcours de soins.

02

Votre chargé de dossier médical vous suggérera trois pays inclus dans le réseau sélectionné et dans lesquels vous pouvez recevoir votre traitement. Une fois que vous aurez convenu des pays pour recevoir votre traitement, il ou elle identifiera la liste des établissements hospitaliers appropriés dans ces pays qui sont inclus dans notre réseau Avenue. Vous gagnerez ainsi du temps sur la recherche de ces informations !

Vous devrez indiquer à votre chargé de dossier médical quel établissement hospitalier de la liste fournie vous souhaitez choisir pour votre traitement.

Veillez noter que :

Si votre formule est Avenue 1 Plus, vous êtes également couvert(e) pour les traitements éligibles dans votre pays de résidence principal. Si votre formule est Avenue 2 Plus ou Avenue 3 Plus, vous êtes couvert(e) pour les traitements éligibles dans votre pays de résidence principal et dans votre pays d'origine (si celui-ci est différent du pays dans lequel vous résidez). Faites savoir à votre chargé de dossier médical si vous préférez être traité(e) dans votre pays, de sorte que vous puissiez recevoir la liste des établissements hospitaliers situés dans votre pays de résidence principal (ou dans votre pays d'origine, pour les formules Avenue 2 Plus et Avenue 3 Plus).

Si votre pays de résidence principal (ou votre pays d'origine) se situe dans une région pour laquelle nous ne possédons pas de réseau de structures médicales, vous aurez la possibilité d'identifier vous-même l'établissement hospitalier qui convient et d'informer votre chargé de dossier médical de votre choix. Votre chargé de dossier médical vous aidera à remplir un formulaire d'entente préalable. Ce formulaire lui sera nécessaire au moment de prendre contact avec l'établissement hospitalier de votre choix et d'organiser le règlement direct de votre traitement avec hospitalisation (lorsque cela est possible).

03

Votre chargé de dossier médical traitera directement avec l'établissement hospitalier de votre choix pour convenir d'une première consultation (de sorte que vous puissiez démarrer votre traitement). Il ou elle traitera également directement avec l'établissement hospitalier pour régler tous les frais de traitement avec hospitalisation couverts pour vous.

Lorsque l'établissement hospitalier se situe à plus de 50 kilomètres de votre domicile, votre chargé de dossier médical organisera votre déplacement (à l'exception des trajets en train ou en taxi) et votre hébergement, ainsi que le déplacement et l'hébergement de votre accompagnant et de tout donneur (le cas échéant). Ces frais de déplacement sont couverts jusqu'à concurrence des plafonds des garanties de la formule choisie. Si vous avez besoin d'un trajet en taxi ou en train pour atteindre votre destination de traitement, veuillez discuter de votre projet de déplacement avec votre chargé de dossier médical. Une fois votre projet validé, vous pourrez réserver vous-même votre trajet en taxi ou en train. Vous aurez ensuite à effectuer une demande de remboursement des frais engagés.

Pour les traitements à l'étranger au sein de notre réseau Avenue, votre chargé de dossier médical organisera également pour vous un service de conciergerie médicale, qui pourra comprendre notamment un service d'escorte médicale dans le pays de destination et/ou un soutien linguistique dans l'établissement hospitalier traitant pendant votre traitement à l'étranger.

Malheureusement, certaines démarches ne seront pas dirigées par votre chargé de dossier médical, notamment, sans toutefois s'y limiter :

- L'organisation d'un visa ou d'autres documents de voyage pouvant être requis dans le cadre de votre traitement à l'étranger – malheureusement, nous ne sommes pas légalement autorisés à effectuer ces démarches à votre place, vous devrez donc organiser ces documents par vous-même.
- La mise en rapport avec les autorités compétentes si les documents de voyage nécessaires vous sont refusés ou si vous êtes appréhendé(e) par l'autorité de contrôle aux frontières à l'entrée du pays de destination pour votre traitement. Nous ne pourrions être tenus responsables de ces démarches.

Néanmoins, si vous savez ou si vous apprenez que l'obtention des documents de voyage nécessaires pour un traitement dans un pays spécifique est un problème pour vous, votre chargé de dossier médical vous soumettra des structures médicales appropriées dans un autre pays – de sorte que votre traitement ne soit pas retardé.

04

Tout au long de votre traitement, vous serez contacté(e) à intervalles réguliers par votre chargé de dossier médical, afin de :

- S'enquérir de la progression de votre traitement.
- Vous fournir des informations sur les autres traitements disponibles pour vous.

Veillez noter que l'objet du service de gestion de dossier médical est de vous aider dans la coordination de votre parcours de soins et d'alléger la charge administrative. Il ne fournit pas de conseils médicaux ou de santé et il ne saurait se substituer aux conseils, diagnostics ou traitements fournis par des professionnels.

Nous ne sommes pas passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de tout acte ou omission de tout fournisseur médical tiers, y compris les traitements, conseils, diagnostics, diagnostics erronés ou échecs pour établir un diagnostic.

Comment demander le remboursement de vos dépenses médicales ?

Nous avons mis en œuvre des processus avec les établissements hospitaliers qui font partie de notre réseau Avenue. Cela signifie que votre chargé de dossier médical sera en mesure de régler les frais de votre traitement avec hospitalisation couvert, directement à l'établissement hospitalier qui vous prend en charge – de sorte que vous n'avez pas à gérer de factures.

En revanche, tous les frais liés à votre traitement ne seront pas nécessairement réglés directement par nous. Cette situation se produira lorsque :



Vos frais ne sont pas liés à un traitement avec hospitalisation. Par exemple, il se peut que vous ayez besoin d'acheter des médicaments sur ordonnance dans une pharmacie ou de consulter un professionnel de santé en consultation externe d'un établissement hospitalier. Ces frais non hospitaliers sont pris en charge par votre couverture jusqu'à concurrence des plafonds fixés dans votre tableau des garanties (si les frais sont engagés pour des services et des produits médicaux inclus dans le parcours de soins convenu avec votre chargé de dossier médical). Pour ces frais non hospitaliers pris en charge par votre couverture, il vous appartiendra de les régler à l'avance puis de nous adresser une demande de remboursement de ces frais.



Vous avez convenu avec votre chargé de dossier médical de recevoir votre traitement dans votre pays de résidence principal ou votre pays d'origine, au sein d'un établissement hospitalier qui ne fait pas partie de notre réseau. En de rares occasions, il peut arriver que l'établissement hospitalier de votre choix refuse d'accepter le paiement direct de notre part pour le traitement avec hospitalisation. Dans ce cas, il vous appartiendra de régler la facture hospitalière à l'avance puis de nous adresser une demande de remboursement du montant de la facture.



Vous avez besoin d'un trajet en taxi ou en train pour atteindre votre destination de traitement, comme convenu avec votre chargé de dossier médical. Les trajets en taxi et en train qui ont été convenus ne seront pas organisés par nos soins, mais nous rembourserons les frais engagés jusqu'à concurrence des plafonds fixés par votre tableau des garanties.




Vous avez la possibilité d'utiliser notre application MyHealth ou notre portail en ligne pour adresser les demandes de remboursement de vos frais pour lesquels vous êtes couvert(e). Pour accéder à MyHealth, allez à l'adresse : <https://my.allianzcare.com/myhealth>

Entrez les renseignements essentiels, prenez une photo de vos factures, et cliquez sur « Soumettre ». Une fois toutes les informations requises en notre possession, nous pourrions traiter et payer votre demande de remboursement en moins de 48 heures.


Le contenu de l'application MyHealth et du portail en ligne est fourni à titre d'information uniquement. Les utilisateurs sont seuls responsables des décisions qu'ils prennent concernant leur santé. L'application MyHealth et le portail en ligne ne fournissent pas de conseils médicaux ou de santé et ne sauraient se substituer aux conseils, diagnostics ou traitements fournis par des professionnels. Les utilisateurs comprennent et acceptent le fait qu'Allianz Care et toutes les sociétés du Groupe Allianz ne sont pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation de l'application MyHealth et du portail en ligne.

Demander le remboursement des dépenses médicales lorsque le titulaire de la police est un enfant

Pour les polices pour lesquelles seul un (ou plusieurs) enfant(s) est (sont) assuré(s), vos demandes de remboursement ne pourront pas être adressées via l'application MyHealth ou le portail en ligne. Toute demande de remboursement en médecine courante pour les frais pris en charge par votre couverture devra être adressée par l'un des parents ou le représentant légal de cet (ces) enfant(s) par le biais du formulaire de remboursement. Vous trouverez le formulaire de remboursement à l'adresse :

 www.allianzcare.com/cfq

Pour toute question sur vos demandes de remboursement ou si vous souhaitez simplement suivre l'état d'avancement de toute demande de remboursement soumise, veuillez contacter notre service d'assistance téléphonique au numéro ci-après :

 **+353 1 630 1303**

Veillez consulter la section « Demandes de remboursement des frais médicaux » dans la partie « Conditions générales » du présent guide pour plus d'informations sur notre procédure de demande de remboursement.

Veillez également noter que des plafonds s'appliquent aux frais médicaux que nous prenons en charge et payons pour vous. Pour plus de précisions, veuillez consulter la section « Plafonds de garanties, plafond maximum et plafond global » du présent guide.

Vous trouverez toutes les précisions sur le service de gestion de dossier médical à la section « Conditions générales » du présent guide.







**CONDITIONS
GENERALES DE
VOTRE
COUVERTURE**

CONDITIONS GÉNÉRALES

Cette section présente les garanties standard et les règles de votre couverture d'assurance santé Avenue.

La couverture d'assurance santé Avenue est un contrat annuel conclu entre Allianz Care et l'(les) assuré(s) nommé(s) sur le certificat d'assurance. Le contrat comprend les documents suivants :

- Le **guide des conditions générales** (ce document), présente les garanties standard et les règles de votre police. Nous vous recommandons de le lire attentivement, conjointement avec votre certificat d'assurance et votre tableau des garanties.
- Le **certificat d'assurance**. Le certificat d'assurance présente la (les) formule(s) choisie(s), ainsi que la date de prise d'effet et la date de renouvellement de la police (et les dates de prise d'effet pour les ayants droit ajoutés). Si d'autres conditions spécifiques s'appliquent à votre couverture, elles figureront sur le certificat d'assurance. Elles auront également été détaillées sur un Formulaire de conditions particulières que nous vous ferons parvenir avant le commencement de votre couverture. Un nouveau certificat d'assurance vous sera envoyé si vous demandez un changement (que nous acceptons), tel que l'ajout d'un ayant droit, ou si nous effectuons un changement que nous sommes autorisés à faire.
- Le **tableau des garanties**. Le tableau des garanties indique la (les) formule(s) choisie(s), le type de réseau applicable et les garanties et services auxquels vous avez droit. Il indique également les garanties pour lesquelles s'appliquent un plafond de garantie spécifique et/ou des délais de carence. Enfin, il indique le plafond maximum et le plafond global qui s'appliquent à votre formule.
- **Des informations que nous avons reçues** dans le bulletin d'adhésion signé, le bulletin d'adhésion en ligne ou le formulaire de confirmation d'état de santé (que nous appellerons collectivement « bulletin d'adhésion approprié ») ou dans tout autre document médical justificatif, par ou au nom de (des) l'assuré(s).



EXPLICATION DE VOTRE COUVERTURE

La formule que vous avez choisie est indiquée dans votre tableau des garanties. Ce tableau présente toutes les garanties pour lesquelles vous êtes couvert(e), les services qui sont inclus, ainsi que les plafonds qui s'appliquent. Pour comprendre la manière dont les plafonds de garanties s'appliquent, veuillez consulter la section « Plafonds de garanties, plafond maximum et plafond global » du présent guide.

Votre couverture est également soumise aux :

- Définitions et exclusions de la police (également disponibles dans ce guide).
- Toutes les conditions particulières indiquées sur votre certificat d'assurance (et sur le formulaire de conditions particulières fourni avant le commencement de la police, le cas échéant).

Ce que nous couvrons

- a) L'étendue de votre couverture est définie par votre tableau des garanties, le certificat d'assurance, tout avenant à la police, les présentes conditions générales de la police, ainsi que tout autre document contractuel. Nous rembourserons les frais médicaux conformément à votre tableau des garanties et aux conditions générales.
- b) Dans le cadre de votre police, vous êtes couvert pour les traitements médicaux, les coûts, les services ou le matériel qui :
 - Sont, selon nous, médicalement nécessaires, adaptés à l'état, à la maladie ou à la blessure du patient.
 - Ont un but palliatif, curatif et/ou diagnostique.
 - Sont administrés par un médecin ou un thérapeute agréé.

Les coûts seront couverts s'ils sont raisonnables et d'usage, ce qui signifie qu'ils sont habituels dans le pays où a lieu le traitement. Nous ne payons les prestataires médicaux que si les frais sont raisonnables et conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues. Si nous considérons qu'une demande de remboursement est inappropriée, nous nous réservons le droit de réduire ou de refuser le montant que nous verserons.

Les cas médicaux qui ont été diagnostiqués ou traités pendant le délai de carence ne sont pas pris en charge par votre couverture Avenue, à moins qu'ils ne résultent directement d'un accident survenu pendant le délai de carence. Les cas médicaux liés à un accident seront évalués et couverts après la fin des délais de carence correspondants.

L'assurance voyage n'est pas couverte. Si vous souhaitez bénéficier d'une couverture supplémentaire pour l'assurance voyage, il vous appartient de veiller à ce que vous-même, vos ayants droit, les personnes qui vous accompagnent ou les donneurs disposent d'une couverture adéquate pour leurs déplacements pendant votre traitement pris en charge par votre couverture Avenue.

La couverture fournie par Avenue n'est pas un substitut aux assurances santé obligatoires locales. Certaines obligations en matière d'assurance santé locale sont en place dans certains pays. Il vous appartient de vérifier la conformité de votre couverture santé à la législation locale. La couverture n'est pas fournie si un élément de la police, des garanties, de l'activité, de l'entreprise ou de l'entreprise sous-jacente est en violation de toute loi répressive ou réglementations des Nations Unies, de l'Union européenne ou de toutes autres lois ou réglementations sur les sanctions économiques ou commerciales.

Début de la couverture

L'envoi de votre certificat d'assurance est la confirmation que les personnes qui y figurent ont été rattachées à la police. Le certificat d'assurance confirmera la date de prise d'effet de la couverture. Veuillez noter qu'aucune garantie ne fera l'objet d'un remboursement dans le cadre de votre police tant que nous n'aurons pas reçu la prime initiale et si les primes ultérieures ne sont pas payées lorsqu'elles sont dues.

Pour les polices pour lesquelles le souscripteur est une personne **adulte** :

- a) Si un (ou plusieurs) ayant(s) droit est (sont) ajouté(s) à la police, son (leur) nom sera indiqué sur le certificat d'assurance avec celui du souscripteur, ainsi que la date de prise d'effet de leur couverture.
- b) Tous les adultes ayants droit par votre police peuvent conserver leur couverture jusqu'à l'âge limite de 70 ans. Si un adulte ayant droit atteint cet âge alors que l'année d'assurance court toujours, sa couverture prendra fin à la prochaine date de renouvellement de la police consécutive à son 70e anniversaire.
- c) Tout enfant ayant droit par votre police peut conserver sa couverture jusqu'à la veille de leur 18e anniversaire, ou la veille de son 24e anniversaire s'il ou si elle suit des études à temps plein. Après cet âge, il ou elle pourra effectuer une demande pour leur propre police.

Pour les polices pour lesquelles seul(s) **un ou plusieurs enfant(s)** est/sont couvert(s) :

- a) Seuls le nom du (des) enfant(s) sera indiqué sur le certificat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de sa/leur couverture. Le nom du (des) parent(s) ou du responsable légal ne figurera pas sur ce certificat. Le premier enfant nommé sur le certificat d'assurance sera le souscripteur.
- b) L'enfant souscripteur peut conserver sa couverture jusqu'à l'âge limite de 70 ans. Si un adulte ayant droit atteint cet âge alors que l'année d'assurance court toujours, sa couverture prendra fin à la prochaine date de renouvellement de la police consécutive à son 70e anniversaire.
- c) Tout autre enfant ajouté en qualité d'ayant droit à votre police peut conserver sa couverture jusqu'à la veille de son 18e anniversaire, ou la veille de son 24e anniversaire s'il ou si elle suit des études à temps plein. Après cet âge, il ou elle pourra effectuer une demande pour leur propre police.

- d) Jusqu'à ce que l'enfant souscripteur et tout enfant ayant droit atteignent leur 18^e anniversaire, l'un de leurs parents ou leur responsable légal sera le propriétaire légal de la police et sera responsable de l'administration de la police, pour comprendre et agir selon les conditions générales de la police, et sera tenu de compléter et de signer les documents relatifs à la police au nom du (des) mineur(s). Néanmoins, ce parent ou responsable légal ne sera pas couvert par ladite police. Une fois que l'enfant souscripteur atteindra 18 ans, il ou elle aura la responsabilité d'agir selon les documents de leur propre police.

Plafonds de garanties, plafond maximum et plafond global

Votre formule inclut des plafonds de garanties, un plafond maximum et un plafond global (veuillez consulter votre tableau des garanties).

Un **plafond de garantie** est le montant maximum que nous paierons par cas médical. Par exemple, la garantie « Thérapie ciblée » est couverte jusqu'à "Targeted drug therapy" is covered up to £31,540/€38,000/US\$51,300/CHF49,400 under certain plans sous certaines formules.

Le **plafond maximum** est le montant maximum que nous paierons pour tout type de cas médical listé dans le tableau des garanties. Veuillez noter que :

- Le plafond maximum s'applique par cas médical : cela veut dire que lorsque vous atteignez le montant du plafond maximum, votre couverture pour ce cas médical spécifique prend fin. Par exemple, si votre cas médical est un « cancer », vous ne serez plus couvert une fois que vous aurez atteint le montant du plafond maximum, et ce même si à l'avenir vous êtes diagnostiqué d'un cas médical cancéreux nouveau et différent. Cependant, si vous souffrez d'un cas médical différent à l'avenir (par exemple, une greffe d'organe de donneur vivant), le plafond maximum sera de nouveau disponible pour ce nouveau cas.
- Si vous n'utilisez qu'une partie de votre plafond maximum pour votre cas médical, vous serez toujours en mesure d'utiliser le restant à l'avenir si vous souffrez d'un nouveau cas médical du même type. Par exemple, si votre cas médical est un « cancer » et que vous n'utilisez qu'une partie de votre plafond maximum pour votre traitement, vous serez toujours en mesure d'utiliser le montant restant si vous souffrez à nouveau d'un cancer à l'avenir.
- Le plafond maximum s'applique également par personne : cela veut dire que si vous ajoutez des ayants droit à votre police, chaque ayant droit aura accès à son propre plafond maximum, distinct de celui des autres ayants droit.

Le **plafond global** est le montant maximum que nous paierons sous votre police pour tous les cas médicaux couverts. Le plafond global s'applique individuellement par personne assurée sur votre police. Une fois qu'une des personnes incluses sur votre police atteint le plafond global, sa couverture prend fin et elle ne pourra ni la renouveler ni acheter de nouvelle police.

Délais de carence

Des délais de carence s'appliquent aux garanties couvertes sous cette police. Le délai de carence correspond au délai qui doit s'écouler à partir du début de votre police, avant que vous ne puissiez bénéficier des garanties couvertes. Les cas médicaux qui ont été diagnostiqués ou traités pendant le délai de carence ne sont pas pris en charge par votre couverture Avenue, à moins qu'ils ne résultent directement d'un accident survenu pendant le délai de carence. Les cas médicaux liés à un accident

seront évalués et couverts après la fin des délais de carence correspondants. Veuillez consulter votre tableau des garanties afin de savoir quel délai de carence s'applique.

Que se passe-t-il lorsque vous nous appelez pour nous informer de votre cas médical ?

Lorsque vous nous appelez pour nous informer d'un diagnostic médical ou d'un parcours de soins pour l'un des cas médicaux couverts par votre police, les processus et conditions ci-après s'appliquent :

- **Entente préalable** : L'entente préalable est un prérequis pour bénéficier de la couverture Avenue. Le processus d'entente préalable est organisé par nos soins dès que nous recevons votre appel par lequel vous nous informez de votre diagnostic ou de votre parcours de soins pour l'un des cas médicaux couverts par votre police. Afin de mener à bien la procédure d'entente préalable, nous avons besoin que vous nous fournissiez les documents médicaux qui décrivent votre diagnostic et votre parcours de soins (par exemple, les résultats des examens, etc.). Il vous appartient de fournir ces documents afin d'entamer la procédure d'entente préalable. Il est possible que nous ne vous fournissions pas de couverture si vous ne nous fournissez pas ces documents.

Si, pour quelque raison que ce soit, à la suite de la procédure d'entente préalable, nous concluons que votre pathologie ou les procédures médicales ne rentrent pas dans le champ d'application de cette couverture, nous vous en informerons immédiatement et vous en expliquerons les raisons. Le cas échéant, nous ne prendrons pas en charge votre cas médical spécifique.

- **Deuxième avis médical** : Au besoin, nous solliciterons un deuxième avis médical auprès d'experts médicaux externes internationaux. L'objectif de ce deuxième avis médical est de confirmer votre diagnostic initial ainsi que le parcours de soins proposé. Ce service peut être obtenu selon que vous préférez recevoir la somme forfaitaire ou accéder au service de gestion de dossier médical. Il est à noter que le deuxième avis médical est obtenu par l'intermédiaire d'un prestataire tiers externe au Groupe Allianz. Allianz Care et toutes les sociétés au sein du Groupe Allianz ne sont pas responsables et/ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation du service susmentionné. Ce service peut être soumis à des restrictions géographiques.
- **Vos préférences** : Une fois que vous aurez obtenu l'entente préalable pour votre cas médical et que vous aurez reçu votre deuxième avis médical (le cas échéant), vous pourrez accéder à notre service de gestion de dossier médical et bénéficier des garanties immédiatement. Vous pouvez également choisir de percevoir une somme forfaitaire, plutôt que d'accéder à notre service de gestion de dossier médical. Nous vous invitons à consulter votre tableau des garanties afin de confirmer le délai de carence qui s'applique à chacune de ces deux options.

Si vous souhaitez demander le versement de la somme forfaitaire, vous aurez à suivre la procédure ci-après.

VERSEMENT D'UNE SOMME FORFAITAIRE – PROCESSUS ET CONDITIONS

Si vous choisissez de percevoir la somme forfaitaire disponible sur votre formule, veuillez noter que la personne pour laquelle la somme forfaitaire est demandée (c.-à-d. le souscripteur ou tout ayant droit sur la police) doit être en vie pour demander cette prestation.

Une fois que vous aurez confirmé que vous préférez percevoir la somme forfaitaire disponible sur votre formule Avenue, vous ne serez plus en mesure d'accéder à tout autre service disponible par l'intermédiaire de notre gestion de dossier médical pour ce cas médical particulier. Par ailleurs, vous ne serez plus en mesure de demander le remboursement de tout traitement pour ce cas médical particulier.

La valeur de la somme forfaitaire disponible avec votre couverture Avenue peut être inférieure à la valeur des garanties et de la gestion de votre cas médical que nous payons en vertu de votre police. Veuillez consulter votre tableau des garanties afin de prendre connaissance des différences de valeur entre les deux options.

Nous vous adresserons un formulaire de demande de somme forfaitaire (ainsi que la liste des documents justificatifs que vous devrez nous retourner pour le paiement). Vous devrez compléter le formulaire de demande et nous le retourner accompagné des documents justificatifs. Au besoin, vous devrez peut-être fournir des informations complémentaires. Votre somme forfaitaire vous sera versée dans les 5 jours ouvrables à compter de la date d'approbation.

Par mesures de sécurité, avant le versement de votre somme forfaitaire, nous vous demanderons de fournir une preuve de votre identité. Nous nous réservons le droit de confirmer l'authenticité des documents justificatifs avant de procéder à tout paiement.



GESTION DE DOSSIER MÉDICAL

Processus et conditions

Une fois le processus d'entente préalable terminé, vous aurez accès à notre service de gestion de dossier médical pour votre traitement. Veuillez noter que le processus et les conditions générales suivants s'appliquent :

- **Parcours de soins** : Une fois que nous aurons reçu toutes les informations médicales requises pour l'évaluation de votre cas et que le deuxième avis médical aura été émis (le cas échéant), votre chargé de dossier médical s'entretiendra avec vous des différentes options possibles pour votre parcours de soins, en prenant en compte vos préférences personnelles. Votre chargé de dossier médical vous expliquera les bénéfices et les inconvénients de chaque option thérapeutique. Vous aurez à confirmer l'option thérapeutique choisie : une fois confirmée, votre chargé de dossier médical personnel conviendra avec vous d'un parcours de soins complet, notamment quelle partie du traitement sera menée à l'hôpital ou en médecine courante, et quelle partie sera menée dans le pays d'origine ou à l'étranger (suivant la formule Avenue que vous avez choisie).
- **Choix de l'établissement hospitalier pour le traitement** : Si vous choisissez d'accéder à notre service de gestion de dossier médical, vous serez tenu(e) de recevoir votre traitement dans un établissement hospitalier faisant partie de notre réseau Avenue. Votre chargé de dossier médical vous soumettra trois pays inclus dans votre réseau et dans lesquels vous pouvez recevoir votre traitement. Une fois ces pays convenus, votre chargé de dossier médical identifiera la liste des établissements hospitaliers appropriés qui font partie de notre réseau Avenue dans ces pays, parmi lesquels vous pourrez choisir. Pour sélectionner les établissements hospitaliers de cette liste, votre chargé de dossier médical prend en compte votre situation médicale, le type de traitement dont vous avez besoin et votre lieu préféré.

Nous aurons besoin de recevoir la confirmation de l'établissement hospitalier que vous avez choisi dans le délai indiqué par votre chargé de dossier médical lorsqu'il vous adresse cette liste. En l'absence de votre confirmation dans ce délai, la liste des établissements hospitaliers d'origine et le parcours de soins convenu ensemble ne seront plus valides. Néanmoins, si vous le demandez à nouveau, nous réévaluerons votre parcours de soins et la liste des établissements hospitaliers en fonction de votre état de santé.

Si votre formule est Avenue 1 Plus, vous pourrez également recevoir votre traitement dans les établissements hospitaliers de votre pays de résidence principal. Si votre formule est Avenue 2 Plus ou Avenue 3 Plus, vous pourrez recevoir votre traitement dans les établissements hospitaliers de votre pays de résidence principal et de votre pays d'origine. Si nous ne disposons pas d'un réseau d'établissements hospitaliers Avenue dans votre pays de résidence principal ou dans votre pays d'origine, vous devrez vous-même identifier un établissement hospitalier qui convient et informer votre chargé de dossier médical de votre choix.

Veuillez noter que les services de conciergerie tels que les services d'escorte médicale et de traduction, sont couverts uniquement pour les soins à l'étranger au sein du réseau Avenue.

- **Frais médicaux couverts** : nous prendrons en charge tous les frais couverts pour le traitement avec hospitalisation que vous recevez, dans l'établissement hospitalier choisi au sein de notre réseau Avenue (dans les limites des conditions générales et des plafonds de garantie de votre police). Nous réglerons ces frais directement à l'établissement hospitalier qui vous prend en charge.

Si la formule Avenue choisie vous permet de recevoir votre traitement dans votre pays de résidence principal ou votre pays d'origine, suivant le pays, il se peut que nous n'ayons pas de réseau d'établissements hospitaliers Avenue dans ce pays avec lesquels nous avons un accord de paiement direct. Dans ce cas, vous pouvez convenir avec votre chargé de dossier médical de recevoir votre traitement dans un établissement hospitalier ne faisant pas partie de notre réseau. Votre chargé de dossier médical vous aidera à remplir un formulaire d'entente préalable. Nous aurons besoin de ce formulaire lorsque nous contacterons l'hôpital afin de mettre en place le règlement direct des traitements hospitaliers, lorsque cela est possible. Dans les rares cas où l'hôpital de votre choix refuserait le règlement direct de notre part, vous devrez régler l'hôpital à l'avance et nous envoyer une demande de remboursement des frais par la suite.

Veillez noter que certains frais ne sont pas couverts par votre police – par exemple :

- Les frais médicaux pour vos traitements avec hospitalisation que vous recevez dans des établissements hospitaliers autres que l'établissement hospitalier spécifique convenu avec votre chargé de dossier médical.
- Les frais engagés avant qu'un établissement hospitalier n'ait été convenu avec votre chargé de dossier médical et avant que nous ayons organisé votre première consultation pour démarrer le traitement dans l'établissement hospitalier de votre choix.
- Les frais de traitement qui dépassent les frais raisonnables et d'usage au sein du pays où le traitement a lieu.

Pour la liste complète des frais non couverts par votre police, veuillez vous reporter à la section « Exclusions » de ce document.



Demandes de remboursement des frais médicaux

La section ci-après se réfère aux :

- a) **Frais médicaux couverts en médecine courante que vous réglez à l'avance à votre prestataire médical et pour lesquels vous nous envoyez ensuite une demande de remboursement.** Les frais médicaux qui sont couverts en médecine courante sont ceux qui se rapportent aux traitements et consultations réalisés sans hospitalisation, ainsi que l'achat de médicaments et de matériels, comme convenu dans votre parcours de soins avec votre chargé de dossier médical. Nous rembourserons ces frais engagés jusqu'à concurrence des plafonds fixés par votre tableau des garanties et conformément aux conditions générales de votre formule.
- b) **Frais de traitement avec hospitalisation engagés dans un établissement hospitalier de votre pays de résidence principal ou de votre pays d'origine ne faisant pas partie de notre réseau,** dans lequel vous avez convenu avec votre chargé de dossier médical d'y recevoir votre traitement. Dans de rares occasions, il peut arriver que l'établissement hospitalier de votre choix n'accepte pas le paiement direct de notre part pour votre traitement avec hospitalisation : dans ce cas, vous devrez régler à l'avance la facture hospitalière puis nous adresser une demande de remboursement de ces frais.
- c) **Trajets en train ou en taxi dont vous pourriez avoir besoin pour vous rendre à l'établissement hospitalier convenu pour votre traitement, lorsque celui-ci est situé à plus de 50 kilomètres de votre domicile.** Une fois votre projet de déplacement convenu avec votre chargé de dossier médical, il vous appartiendra de régler à l'avance les frais de votre trajet en train ou en taxi puis de nous adresser une demande de remboursement de ces frais, accompagnée des factures, de toute preuve de paiement et de l'accord écrit de votre chargé de dossier médical relatif à votre projet de déplacement. Nous vous rembourserons ces frais jusqu'à concurrence des plafonds fixés par votre tableau de garanties.

S'agissant des frais susmentionnés, veuillez prêter attention aux conditions ci-après qui s'appliquent :

- **Date limite pour effectuer une demande de remboursement :** Vous devez adresser toutes vos demandes de remboursement couvertes (par l'intermédiaire de notre application ou de notre portail MyHealth, ou d'un formulaire de demande de remboursement) au plus tard six mois après la fin de l'année d'assurance, sauf disposition contraire de la loi. Si la couverture se termine au cours de l'année d'assurance, vous devez envoyer votre demande de remboursement au plus tard six mois après la date à laquelle la couverture a pris fin. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler ces demandes.
- **Envoi des demandes de remboursement :** Vous devez envoyer un formulaire de demande de remboursement différent par personne et par pathologie médicale.
- **Documents justificatifs :** Lorsque vous nous envoyez des copies des documents justificatifs (par exemple, des reçus médicaux), veuillez à conserver les originaux. Nous sommes en droit de demander des pièces justificatives/reçus originaux à des fins d'audit jusqu'à 12 mois après le règlement de votre demande de remboursement. Nous pouvons également vous demander une preuve de paiement (par exemple, un relevé bancaire ou de carte bancaire) pour les factures médicales que vous avez réglées. Nous vous conseillons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance qui ne nous parvient pas pour des raisons qui échappent à notre contrôle.



- **Devise** : Veuillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez être payé. Dans certains cas, il est possible que nous ne puissions pas effectuer de paiement dans cette devise en raison de la réglementation bancaire internationale. Le cas échéant, nous identifierons une autre devise de paiement adaptée. Si nous devons effectuer la conversion d'une devise vers une autre, nous utiliserons le taux de change en vigueur à la date d'émission des factures ou à la date à laquelle nous réglons votre demande de remboursement.

Veuillez noter que nous nous réservons le droit de choisir le taux de change à appliquer.

- **Remboursement** : Nous rembourserons uniquement les frais admissibles dans la limite de votre police, indiquée dans le tableau des garanties.
- **Frais raisonnables et d'usage** : Nous ne paierons que les frais raisonnables et d'usage, conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues. Si nous considérons qu'une demande de remboursement est inappropriée, nous nous réservons le droit de la rejeter ou de réduire le montant à payer.
- **Acomptes** : Si vous devez verser un acompte avant le début d'un traitement médical, les frais engagés ne seront remboursés que lorsque le traitement aura eu lieu.
- **Envoi d'informations** : Vous et vos ayants droit vous engagez à nous aider à obtenir toutes les informations nécessaires au traitement d'une demande de remboursement. Nous avons le droit d'accéder à l'ensemble des dossiers médicaux et de nous adresser directement au prestataire de soins ou au médecin traitant. Nous pourrions, si nous le jugeons nécessaire, demander qu'un examen de santé soit effectué à nos frais par notre médecin. Toutes les informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Nous nous réservons le droit de refuser le paiement si vous ou vos ayants droit ne nous aidez pas à obtenir les informations dont nous avons besoin.




PAIEMENT DES PRIMES

Les primes pour chaque année d'assurance sont calculées en fonction de l'âge de chaque affilié au premier jour de l'année d'assurance, de sa zone de couverture, du pays de résidence du souscripteur, du montant des primes en vigueur et d'autres facteurs de risque qui pourraient affecter l'assurance de manière matérielle.

En acceptant la couverture, vous acceptez de payer la prime indiquée sur le devis, par la méthode de paiement indiqué. Il vous appartient de nous régler votre prime à l'avance pour chaque année d'assurance de votre police. La prime est exigible immédiatement après notre acceptation de votre souscription. Lorsque vous recevez votre facture, vérifiez que la prime correspond au montant indiqué sur votre devis et contactez-nous immédiatement en cas de différence. Nous ne sommes pas responsables des paiements effectués par le biais de tierces personnes.

Il convient de régler votre prime avec une fréquence annuelle. Si vous êtes dans l'incapacité de payer votre prime pour quelque raison que ce soit, veuillez nous contacter au :

 **+353 1 630 1303**

Tout retard dans le paiement de votre prime peut entraîner la perte de la couverture d'assurance.

Si la prime n'est pas réglée dans les délais voulus, nous pourrions renoncer à exécuter nos obligations contractuelles, aussi longtemps que le paiement de ladite prime sera dû. Le contrat d'assurance sera considéré comme nul et non avenu, sauf si nous demandons le règlement de la prime devant les tribunaux dans les trois mois suivant la date de début de la police ou la date de fin du contrat d'assurance.

Les effets de la résiliation cesseront si le souscripteur s'acquitte du règlement dans un délai d'un mois après la résiliation ou, si la résiliation était accompagnée d'une échéance, dans un délai d'un mois après l'expiration de l'échéance, à condition qu'aucune réclamation n'ait été engagée dans l'intervalle.

Paiement d'autres frais

Le cas échéant, vous devrez peut-être également payer les taxes suivantes en plus de votre prime :

- Taxe sur la prime d'assurance (TPA)
- TVA
- Autres taxes, prélèvements ou charges relatifs à votre couverture que nous pourrions être amenés à payer ou à percevoir auprès de vous en vertu de la loi.

Ces frais peuvent être en application lors de votre affiliation, mais peuvent également être introduits ou modifiés après celle-ci. Ces taxes seront indiquées sur votre facture. Si elles changent ou si de nouvelles taxes sont introduites, nous vous écrirons pour vous en informer.

Dans certains pays, vous devrez peut-être également appliquer une retenue à la source. Si tel est le cas, il vous appartient de calculer et de payer ce montant aux autorités compétentes en plus du paiement intégral de votre prime.



GESTION DE VOTRE POLICE

Ajout d'un ayant droit

Vous pouvez demander à inclure votre conjoint ou votre (vos) enfant(s) (ou vos frères et sœurs, si vous êtes un enfant souscripteur) en qualité d'ayants droit en complétant le bulletin d'adhésion applicable – que vous pouvez télécharger à la page :

 www.allianzcare.com/personal-avenue.html

Vos ayants droit feront l'objet d'une souscription ; si elle est acceptée, leur couverture commencera à compter de la date d'acceptation.

Il est à noter que seuls les nouveau-nés de 90 jours ou plus peuvent être ajoutés à votre police. Nous acceptons néanmoins les demandes de prise en charge des nouveau-nés issus d'une naissance multiple, des enfants adoptés ou des enfants placés en famille d'accueil).

Changement de souscripteur

Si vous souhaitez modifier le souscripteur lors du renouvellement, le nouveau souscripteur devra remplir un bulletin d'adhésion et sera soumis à une souscription médicale complète. Si ce changement doit être effectué suite au décès du souscripteur, veuillez consulter la section « Décès du souscripteur ou d'un ayant droit ».

Décès du souscripteur ou d'un ayant droit

Nous espérons que vous n'aurez jamais besoin de consulter cette section. Cependant, si le souscripteur ou un ayant droit venait à décéder, veuillez nous en informer dans un délai de 28 jours.

Si le titulaire de la police décède, la couverture prendra fin et la prime de l'année en cours sera reversée au pro rata si aucune demande de remboursement n'a été remboursée. Nous pourrions demander un acte de décès avant d'effectuer le paiement. S'il le souhaite, le premier ayant droit indiqué sur le certificat d'assurance pourra nous faire parvenir une demande pour devenir le titulaire de la police et garder les autres ayants droit dans sa police. Si cette demande nous parvient dans les 28 jours, nous pourrions, à notre discrétion, ne pas ajouter d'autres restrictions ou exclusions qui n'étaient pas déjà en application au moment du décès du souscripteur.

Suite au décès d'un ayant droit, son affiliation prendra fin et un remboursement de la prime de l'année en cours pour cette personne sera effectué au prorata si aucune demande de remboursement n'a été effectuée. Nous pourrions demander un acte de décès avant d'effectuer le paiement.

Changement de votre niveau de couverture

Si vous souhaitez modifier votre niveau de couverture, veuillez nous contacter avant la date de renouvellement de votre police d'assurance pour discuter de vos options. Tout changement de formule ne peut être effectué qu'au moment du renouvellement de la police. Si vous souhaitez augmenter votre niveau de couverture, vous aurez à remplir un bulletin d'adhésion, ce type de demandes étant soumis à la souscription médicale. Il est possible que nous appliquions certaines exclusions ou restrictions liées à votre couverture et que de nouveaux délais de carence soient mis en œuvre. Une fois votre demande acceptée de notre part, nous vous en informerons par écrit.

Changement de pays de résidence principal

Lorsque vous changez de pays de résidence principal, il est important que vous nous en informiez. Ce changement peut avoir une incidence sur votre couverture, la disponibilité des services inclus dans votre formule ou votre prime, même si vous déménagez dans une zone géographique située à l'intérieur de votre réseau, puisqu'il est possible que votre formule existante n'y soit pas valide. Il est important de noter que dans certains pays, les couvertures sont soumises à des restrictions légales en ce qui concerne l'assurance, notamment pour les résidents de ces pays. Il est de votre responsabilité de vous assurer que votre couverture médicale est conforme à la législation. En cas de doute, veuillez vous renseigner auprès d'un conseiller juridique indépendant. Il se peut que nous ne soyons plus en mesure de vous assurer. La couverture que nous fournissons n'est pas un substitut aux assurances santé obligatoires locales.

Changement d'adresse ou d'e-mail

Toute correspondance sera envoyée aux coordonnées indiquées dans nos registres sauf indication contraire. Veuillez nous informer par écrit le plus rapidement possible de tout changement d'adresse privée, professionnelle ou d'e-mail.

Correspondance

Toute correspondance écrite doit nous être envoyée par courrier postal affranchi ou par e-mail. D'une manière générale, nous ne renvoyons pas les documents originaux, sauf si vous en faites la demande.

Renouvellement de votre couverture

Soumise aux clauses selon lesquelles votre affiliation pourrait prendre fin, votre police est automatiquement renouvelée à la fin de l'année d'assurance, si :

- La couverture ou la combinaison de couvertures est toujours disponible.
- Nous sommes toujours en mesure de vous fournir une couverture dans votre pays de résidence.
- Toutes les primes dues ont été payées.
- Les coordonnées bancaires que vous nous avez fournies sont toujours valides à la date du renouvellement. Veuillez nous informer si les coordonnées de votre compte bancaire ont changé ou si vous recevez une nouvelle carte bancaire.

Dans le cadre de cette procédure automatique, nous vous ferons parvenir un nouveau certificat d'assurance un mois avant la date de renouvellement ainsi que toutes les informations relatives aux

changements apportés à votre police. Veuillez nous contacter si vous ne recevez pas votre certificat d'assurance dans le mois qui précède la date de renouvellement.

Changements pouvant être apportés lors du renouvellement

Nous avons le droit d'appliquer des conditions générales modifiées, qui prennent effet à partir de la date de renouvellement. Les conditions générales de la police et le tableau des garanties en vigueur à la date de renouvellement seront valides pour la totalité de la nouvelle année d'assurance. Nous pouvons modifier la prime, les garanties et les règles de votre affiliation lors du renouvellement, y compris la manière dont les primes sont calculées/déterminées et/ou la méthode de paiement. Ces changements prendront effet à partir de la date de renouvellement uniquement. Si les informations que nous avons demandées avant le début de la police nous ont été fournies et si vous ne demandez pas un niveau de couverture supérieur, nous n'ajouterons pas de restrictions ou exclusions en relation avec des pathologies ou problèmes de santé ayant commencé après le début de la police.

Nous vous informerons par écrit de tout changement. Si vous n'êtes pas d'accord avec ces modifications, et afin qu'elles ne prennent pas effet, vous pourrez mettre fin à votre affiliation dans les 30 jours suivant la date à partir de laquelle elles entrent en vigueur, ou dans les 30 jours suivant la date à laquelle nous vous en informons. La date la plus récente prévaudra.

Votre droit de résilier

Vous pouvez résilier votre contrat pour toutes les personnes assurées ou seulement pour un ou plusieurs ayants droit, dans les 30 jours suivant la réception des conditions générales de votre police, ou suivant la date d'effet/de renouvellement de votre police. La date la plus récente prévaudra. Veuillez noter que vous ne pouvez pas antidater la résiliation de votre souscription.

Si vous souhaitez résilier, veuillez remplir le formulaire « Votre droit de renonciation », envoyé avec votre pack d'adhésion/de renouvellement. Vous pouvez nous envoyer ce formulaire par e-mail à :

@ underwriting@allianzworldwidecare.com

Vous pouvez également nous l'envoyer par la poste à l'attention du Service client, à l'adresse indiquée au dos de ce document.

La résiliation du contrat pendant ces 30 jours vous donne droit au remboursement intégral des primes payées pour cet(ces) affilié(s) pour la nouvelle année d'assurance, à condition qu'aucun remboursement n'ait été effectué sous cette police. Si vous décidez de ne pas exercer votre droit de résilier (ou de modifier) la souscription pendant ces 30 jours, les deux parties seront liées par le contrat d'assurance et la prime pour cette année d'assurance sera due dans sa totalité.

Fin de l'affiliation

Veuillez noter que votre affiliation (et celle de toute autre personne indiquée sur le certificat d'assurance) prend fin dans les cas suivants :

- Si vous ne payez pas une prime avant ou à sa date d'échéance. Cependant, si vous payez la ou les primes arriérées dans les 30 jours suivant la date d'échéance, votre souscription pourra éventuellement être maintenue sans que vous soyez obligé de compléter un formulaire de confirmation d'état de santé.
- Si vous ne payez pas le montant de la taxe sur les primes d'assurance (TPA) ou de toute taxe, prélèvement ou frais que vous devez nous verser dans le cadre du contrat, avant ou à sa date d'échéance.
- En cas de décès du souscripteur. Veuillez consulter la section « Décès du souscripteur ou d'un ayant droit » pour plus d'informations.
- S'il existe des preuves raisonnables que le souscripteur ou tout ayant droit nous a induit en erreur ou a tenté de le faire. Cela comprend le fait de fournir des informations fallacieuses ou de ne pas divulguer des informations pertinentes, ou de s'associer à une tierce personne pour nous fournir des informations fallacieuses, de manière intentionnelle ou par négligence, et qui peuvent influencer notre choix dans les prises de décision suivantes :
 - L'acceptation de votre demande de couverture
 - La prime à payer
 - Le paiement d'une demande de remboursement

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section « Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture ».

- Si vous décidez de résilier votre police, après nous avoir informés par écrit pendant les 30 jours suivant la réception des conditions générales complètes, ou suivant la date d'effet/de renouvellement de votre police. La date la plus récente prévaudra. Veuillez consulter la section « Votre droit de résilier » pour plus d'informations.

Si votre souscription prend fin pour les raisons (autres qu'une fraude ou la non-divulgaration d'informations) énumérées ci-dessus, nous vous rembourserons les primes que vous nous avez versées pour la période postérieure à la date de fin, moins le montant de toute somme que vous nous devez.

Veuillez noter que si votre affiliation prend fin, la couverture de vos ayants droit prendra fin également.

Votre couverture prendra fin également si :

- Vous ou l'un de vos ayants droit atteignez le plafond global fixé par votre tableau des garanties.
- Vous ou l'un de vos ayants droit atteignez l'âge de 70 ans. Dans ce cas, la couverture prendra fin à la date de renouvellement suivant votre/leur 70e anniversaire.

Si un ayant droit atteint le plafond global et/ou atteint l'âge de 70 ans (ou de 18 ans pour les ayants droit mineurs, ou de 24 ans s'ils font des études à temps plein), il ou elle sera simplement retiré(e) de votre police, tandis que votre propre couverture (ou celle de tout autre ayant droit à votre police) continuera de s'appliquer. En revanche, si vous, en votre qualité de souscripteur, atteignez le plafond global et/ou l'âge de 70 ans, votre couverture prendra fin. Dans ce cas, l'ayant droit nommé en second sur le certificat d'assurance devra soumettre une demande afin de devenir le nouveau souscripteur, de garder la police en vigueur pour lui-même et pour tout autre ayant droit déjà sur la police lorsque votre couverture prend fin. Si cette demande de la part de l'ayant droit nommé en second nous parvient dans les 28 jours, nous pourrons, à notre discrétion, ne pas ajouter d'autres restrictions ou exclusions qui ne s'appliquaient pas déjà à la date de fin de votre affiliation.

Expiration de la police

Veillez noter qu'à expiration de votre police d'assurance, vos frais médicaux ne seront plus couverts. Toute dépense éligible engagée pendant la période de couverture sera remboursée pendant une durée maximale de six mois après la date d'expiration (selon les conditions générales et les plafonds de garanties de votre police). Cependant, les traitements en cours ou les soins complémentaires nécessaires après la date d'expiration ne seront plus pris en charge.



LES CONDITIONS SUIVANTES S'APPLIQUENT ÉGALEMENT À VOTRE COUVERTURE

1. Loi applicable :

- Si vous vivez au sein de l'Espace économique européen : Votre police est régie par le droit et les tribunaux de votre pays de résidence, sauf disposition contraire de la loi.
- Si vous vivez en dehors de l'Espace économique européen : Votre police est régie par le droit et les tribunaux irlandais, sauf disposition contraire de la loi.

2. Sanctions économiques : La couverture n'est pas fournie si un élément de la police, des garanties, de l'activité, de l'entreprise ou de l'entreprise sous-jacente est en violation de toute loi répressive ou réglementations des Nations Unies, de l'Union européenne ou de toutes autres lois ou réglementations sur les sanctions économiques ou commerciales.

3. Les montants que nous paierons : Notre responsabilité vis-à-vis des personnes assurées se limite aux montants figurant dans le tableau des garanties et dans tout avenant au contrat. Le montant du remboursement, que ce soit selon les termes de cette police, de la sécurité sociale ou de toute autre assurance, n'excédera pas le montant indiqué sur la facture.

4. Qui peut apporter des modifications à votre police ? Personne, à l'exception d'un représentant désigné, n'est autorisé à modifier votre police en votre nom. Les modifications ne sont valables que sur confirmation écrite de notre part.

5. Lorsque la couverture est fournie par quelqu'un d'autre : Nous pouvons rejeter une demande de remboursement si vous ou l'un de vos ayants droit pouvez être indemnisé par :

- a) La sécurité sociale
- b) Une autre police d'assurance
- c) Tout autre tiers

Le cas échéant, vous devez nous en informer et fournir toutes les informations nécessaires. La personne assurée et la tierce partie ne peuvent en aucun cas, sans notre consentement écrit, conclure un accord ou s'opposer à notre droit de recouvrer toute somme due. Dans le cas contraire, nous serons en droit de récupérer les sommes versées et de résilier votre couverture.

Nous sommes en droit de réclamer à une tierce partie tout montant que nous avons payé pour une demande de remboursement, si les frais étaient dus ou également couverts par celle-ci. C'est ce qu'on appelle la subrogation. Nous pouvons engager une procédure légale en votre nom, à nos frais, pour y parvenir.

Nous n'effectuerons aucun versement à un assureur tiers si ces frais sont couverts, en partie ou en totalité, par cet assureur. Toutefois, si le montant que nous couvrons est supérieur à celui de l'autre assureur, nous paierons le montant que cet assureur ne couvre pas.

6. Circonstances indépendantes de notre volonté (Cas de force majeure): Nous ferons toujours de notre mieux pour vous. Toutefois, nous ne sommes pas responsables des retards ou manquements dans nos obligations envers vous causés par des circonstances indépendantes de notre volonté. Il peut s'agir de conditions météorologiques extrêmes, inondations, glissements de terrain, tremblements de terre, tempêtes, foudre, incendies, affaissements, épidémies, actes terroristes, éclatements d'hostilités militaires (que la guerre ait été déclarée ou non), émeutes, explosions, manifestations ou autres conflits sociaux, désordres civils, sabotages ou expropriations par les autorités gouvernementales.

7. Fraude :

a) Les informations que vous et vos ayants droit nous fournissez (par exemple **dans** le bulletin d'adhésion ou les documents justificatifs) doivent être précises et complètes. Si ces informations ne sont pas correctes ou si vous omettez des éléments qui pourraient avoir une incidence sur notre décision lors de la souscription, votre contrat sera considéré comme nul et non avenue dès la date de début. Vous devez également nous faire part des problèmes de santé qui apparaissent entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police. Les problèmes de santé que vous n'indiquez pas ne seront probablement pas couverts. Si vous ne savez pas si certaines informations sont pertinentes pour la souscription, appelez-nous et nous pourrons vous le confirmer. Si le contrat est résilié pour cause de communication de renseignements erronés ou de non-divulgation de faits matériels, la prime payée à ce jour sera reversée, après déduction de tous les paiements des demandes de remboursement déjà effectués. Si le montant des sinistres excède celui de la prime, nous demanderons le remboursement de la différence à l'assuré principal.

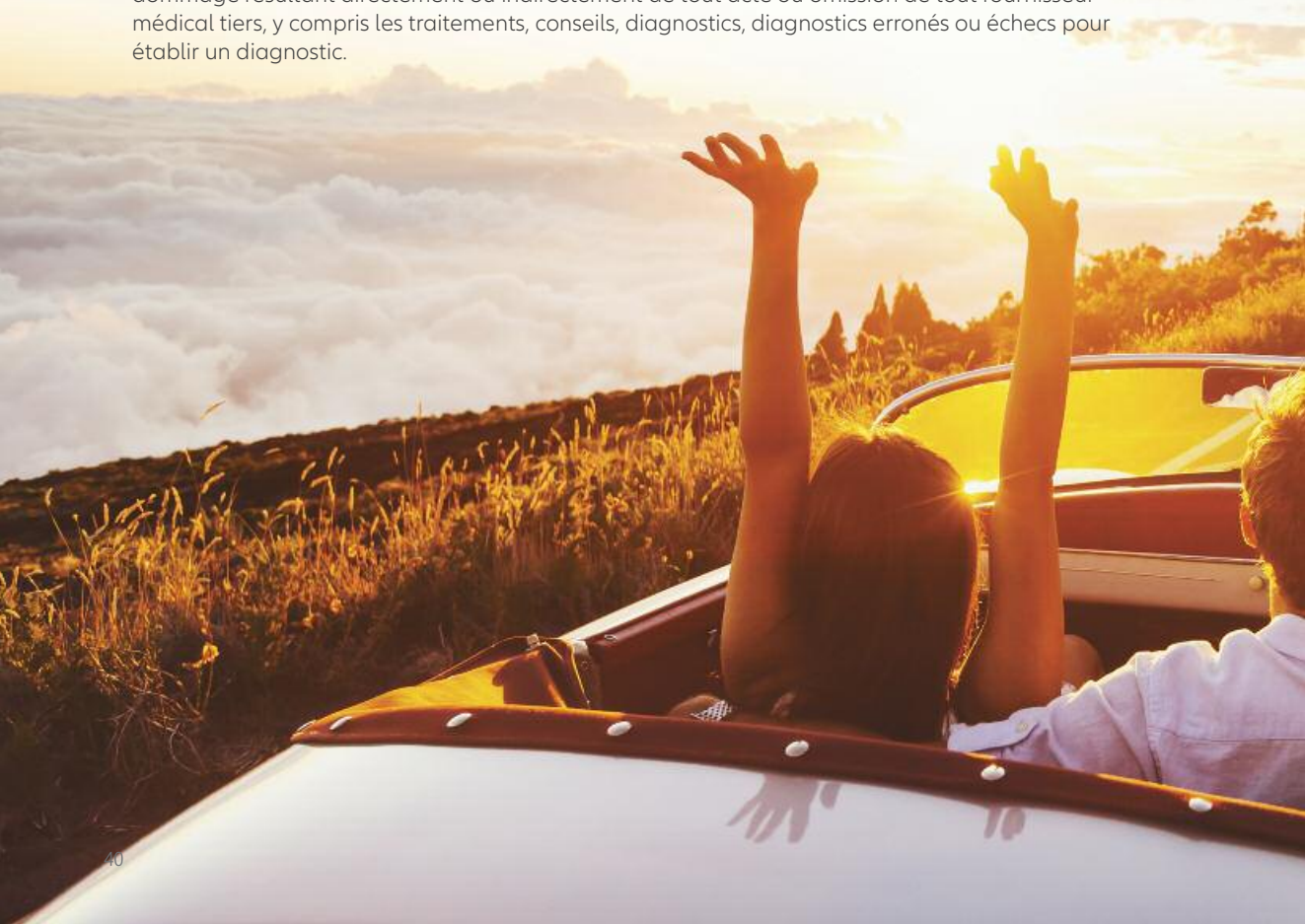
b) Nous ne paierons pas la garantie si :

- La demande de remboursement est fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée.
- Des dispositifs frauduleux ont été utilisés par vous ou l'un de vos ayants droit ou par quiconque agissant en votre nom ou le leur afin de tirer avantage de cette police.

Vous nous seriez alors immédiatement redevable de toute somme versée pour cette demande de remboursement avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission. Si le contrat est rendu nul et non avenue suite à une demande de remboursement fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou suite à l'utilisation de dispositifs ou moyens frauduleux, la prime ne sera pas remboursée, en partie ou en totalité, et toute demande de remboursement en instance de règlement sera annulée. Si une demande de remboursement est frauduleuse, le contrat sera résilié à partir de la date à laquelle l'événement frauduleux sera découvert.

8. Résiliation : Nous pourrions résilier la police d'assurance lorsque vous ne vous serez pas acquitté du règlement des primes dont vous êtes redevable. Cette résiliation vous sera notifiée et le contrat d'assurance sera considéré comme résilié à compter de la date à laquelle la prime mentionnée était due. Si vous vous acquittez cependant de la prime dans un délai de 30 jours, la police d'assurance sera considérée comme n'ayant jamais été résiliée et nous prendrons en charge tout sinistre survenu pendant ce délai. Si le paiement de la prime intervient après le délai des 30 jours, vous devrez compléter un formulaire de confirmation d'état de santé avant que la police d'assurance ne soit réinstaurée, ce qui sera soumis à souscription.

- 9. Communication avec les ayants droits :** Dans le cadre de l'administration de votre police d'assurance, nous pouvons être amenés à demander des informations complémentaires. Si nous devons obtenir des informations sur l'un de vos ayants droit (par exemple si nous avons besoin de l'adresse e-mail d'un ayant droit adulte), il est possible que nous vous contactions en tant que personne agissant au nom de cet ayant droit, afin d'obtenir les informations en question, à condition qu'il ne s'agisse pas d'informations sensibles. De la même manière, dans le but de traiter les demandes de remboursement, toute information en lien avec un membre de votre famille pourra vous être envoyée directement, à condition qu'il ne s'agisse pas d'informations sensibles.
- 10. Les services fournis par des prestataires externes :** Certains services inclus dans votre formule (par exemple, le deuxième avis médical, la réservation d'hébergement et de voyage, la conciergerie, les services de conseils, les services d'orientation pour des conseils juridiques et financiers) sont fournis par des prestataires externes ne faisant pas partie du groupe Allianz. Ces services sont soumis aux conditions générales détaillées dans ce guide et dans votre tableau des garanties. Allianz Care et toutes les sociétés au sein du groupe Allianz ne sont pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation des services indiqués ci-dessus. Ces services peuvent être soumis à des restrictions géographiques.
- 11. Les services que nous fournissons :** Les services de gestion du dossier médical et de prise de rendez-vous à l'hôpital sont fournis par nous. Le but de ces services est de vous aider dans la coordination de votre parcours de soins et d'alléger la charge administrative. Ils ne fournissent pas de conseils médicaux ou de santé et ils ne sauraient se substituer aux conseils, diagnostics ou traitements fournis par des professionnels. Nous ne sommes pas passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de tout acte ou omission de tout fournisseur médical tiers, y compris les traitements, conseils, diagnostics, diagnostics erronés ou échecs pour établir un diagnostic.



PROTECTION DES DONNÉES

La manière dont nous protégeons votre vie privée et traitons vos informations personnelles est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Vous devez la lire avant de nous envoyer vos informations personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur :

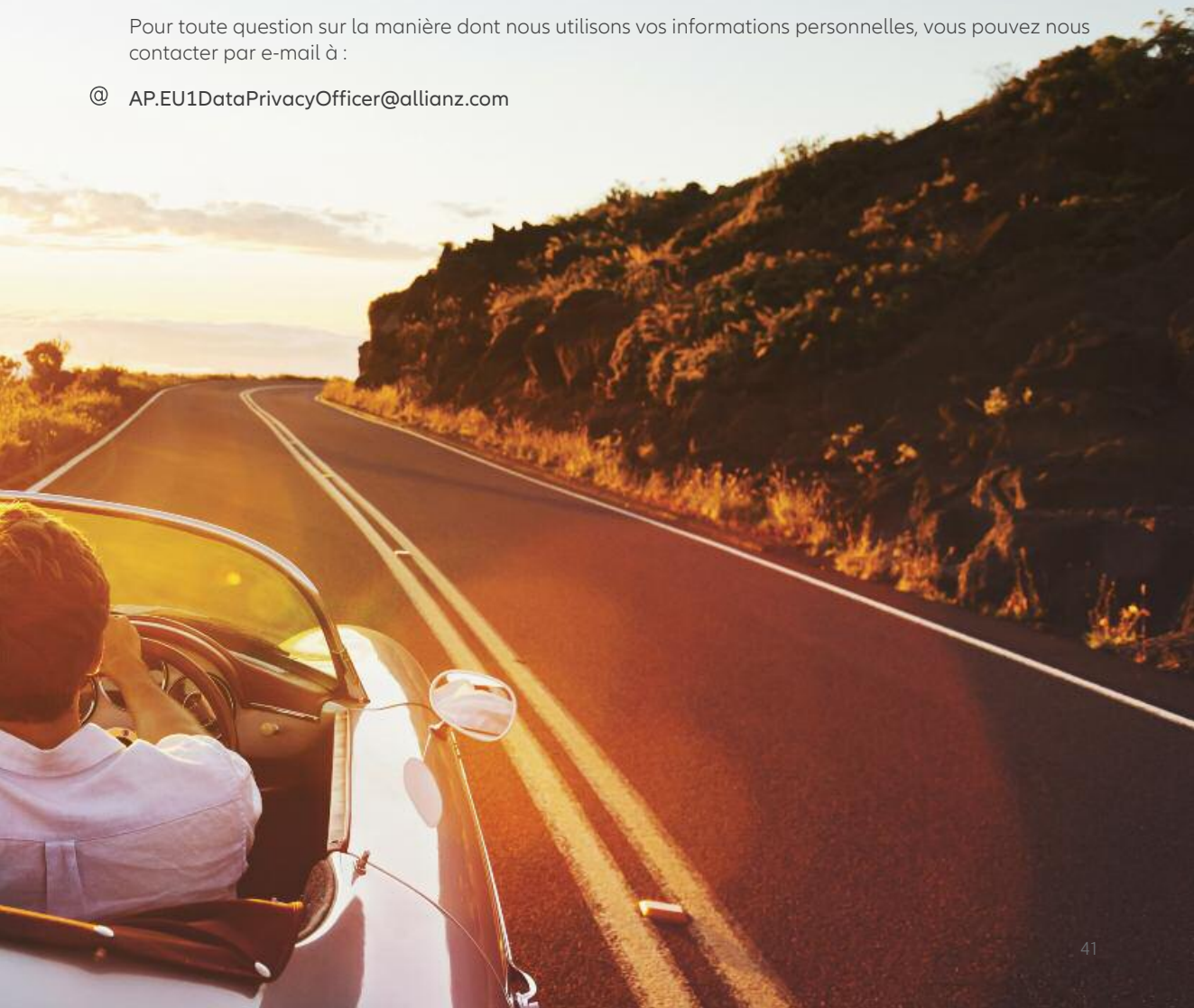
🌐 www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html

Vous pouvez également nous appeler pour obtenir un exemplaire papier.

☎ **+353 1 630 1303**

Pour toute question sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail à :

@ AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com



PROCÉDURE DE RÉOLUTION DES RÉCLAMATIONS ET LITIGES

Contactez en premier lieu notre service d'assistance téléphonique si vous avez des commentaires ou des réclamations. Si nous ne pouvons pas résoudre le problème par téléphone, veuillez nous écrire à :

☎ **+353 1 630 1303**

@ **client.services@allianzworldwidecare.com**

✉ **Customer Advocacy Team, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.**

Nous traiterons votre réclamation conformément à notre procédure interne de traitement des réclamations. Pour plus d'informations, rendez-vous sur :

🌐 **www.allianzcare.com/fr/procedure-de-traitement-des-reclamations.html**

Vous pouvez également contacter notre service téléphonique pour obtenir un exemplaire de cette procédure.



Résolution des litiges

1. Tous différends relatifs à des avis médicaux en relation avec les résultats d'un accident ou d'un état de santé doivent nous être signalés dans un délai de neuf semaines suivant la décision. Lesdits différends seront réglés par deux experts médicaux désignés par écrit par vous et nous.
2. Si les différends ne peuvent pas être réglés conformément à la disposition 1, les parties tenteront d'y remédier par la médiation, selon la procédure de médiation type du Centre for Effective Dispute Resolution (CEDR - Centre pour le règlement efficace des différends), tout litige, controverse ou réclamation qui survient du fait de ce contrat ou est en lien avec celui-ci, ou toute violation, résiliation ou non-validité dudit contrat, dans le cas où la valeur en cause est inférieure ou égale à 500 000 € et qui ne peut pas être réglé à l'amiable entre les parties. Celles-ci s'efforceront de convenir de la nomination d'un médiateur. Si les parties ne parviennent pas à convenir de la nomination d'un médiateur habilité sous 14 jours, l'une ou l'autre des parties, sur notification écrite à l'autre partie, pourra demander au CEDR de choisir un médiateur.

Pour mettre en œuvre la médiation, une partie devra en informer par écrit (notification de résolution à l'amiable du litige « Alternative Dispute Resolution (ADR) ») l'autre partie impliquée dans le litige en exigeant la médiation. Une copie de la demande devra être envoyée au CEDR. La médiation aura lieu 14 jours au plus tard à compter de la date de la notification de résolution à l'amiable du litige. Aucune partie ne pourra, conformément à la présente clause 2, engager une procédure judiciaire ou d'arbitrage en lien avec le litige tant que ce dernier n'a pas fait l'objet d'une médiation et que la médiation n'a pas été close ou si l'autre partie n'a pas participé à la médiation, sous réserve que le droit de lancer une procédure ne soit pas compromis par un retard. La médiation aura lieu dans le pays où la loi s'applique. L'accord de médiation auquel il est fait référence dans la procédure type sera régi, interprété et appliqué conformément à la législation du pays où la loi s'applique. Les tribunaux du pays où la loi s'applique ont la compétence exclusive pour régler les réclamations, litiges ou différends pouvant découler de la médiation ou en rapport avec cette dernière.

3. Tout litige, controverse ou réclamation :
 - découlant de ce contrat ou y afférent (ou toute violation, résiliation ou non-validité à cet égard), dans le cas où la valeur en cause est supérieure à 500 000 €, ou
 - ayant été soumis à médiation conformément à la clause 2 du présent contrat et n'ayant pas été réglé volontairement par ladite médiation dans une période de trois mois à compter de la date de notification de résolution à l'amiable.

devra être réglé exclusivement par les tribunaux du pays où la loi s'applique et les parties aux présentes devront se soumettre à la compétence exclusive desdits tribunaux à ces fins. Toute procédure intentée conformément à la présente clause 3 devra être engagée dans les neuf mois calendaires suivant la date d'expiration de la période de trois mois susmentionnée.

Prescription

À moins qu'il n'en soit disposé autrement par les textes et dispositions juridiques en vigueur, vous n'engagerez aucune poursuite judiciaire relative au remboursement d'un sinistre à notre encontre avant le 60^e jour suivant le dépôt de la demande de remboursement et après un délai maximum de deux ans à compter de cette date.

DÉFINITIONS

Les définitions ci-après sont applicables aux garanties comprises dans nos couvertures Avenue, et comprennent également des termes courants. Les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre tableau des garanties. Si des garanties particulières s'appliquent à votre ou vos couvertures, vous trouverez leur définition dans la section « Notes » située à la fin de votre tableau des garanties. Lorsque les mots et expressions suivants apparaissent dans vos documents de police d'assurance, ils auront toujours les significations définies ci-après :



A

Accident : événement soudain et imprévu causant une blessure, et dont la cause est externe à la personne assurée. La cause et les symptômes de la blessure doivent être médicalement et objectivement définissables, être sujets à un diagnostic et requérir une thérapie.

Aiguë : apparition soudaine de symptômes ou d'un problème médical.

Analyses et examens médicaux : examens tels que les radiographies ou les prises de sang, effectués dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés.

Angioplastie des artères coronaires/pose de stent : intervention utilisée en cas de rétrécissement du diamètre de l'artère coronaire. Le chirurgien utilise un cathéter à ballonnet spécialement conçu pour atteindre le point de rétrécissement de l'artère coronaire. Il gonfle ensuite le ballon pour dilater l'artère et rétablir un flux sanguin optimal. Un cylindre maillé métallique (endoprothèse) peut être implanté pour éviter une ré-occlusion.

Nous couvrons l'angioplastie des artères coronaires et la pose de stent si ces interventions sont requises pour traiter une maladie des artères coronaires (nous nous conformerons aux indications publiées par l'American Heart Association et la European Society of Cardiology).

Année d'assurance : elle débute à la date d'entrée en vigueur de votre police indiquée sur le certificat d'assurance et s'achève exactement un an plus tard.

Antécédents familiaux : lorsque la pathologie en question a été diagnostiquée auparavant à un parent, grand-parent, frère ou sœur, enfant, tante ou oncle.

Antécédents familiaux directs : lorsque la maladie en question a été diagnostiquée auparavant à un parent, grand-parent, frère ou sœur, ou enfant.

Appareils et matériel chirurgicaux : il s'agit de ceux requis pour les chirurgies. Cela comprend les prothèses ou dispositifs tels que le matériel de remplacement des articulations, vis, plaques, appareils de remplacement des valves, stents endovasculaires, défibrillateurs implantables et stimulateur cardiaque.

Ayant droit : il s'agit de votre conjoint ou partenaire (y compris partenaire de même sexe) et tout enfant à charge non marié (y compris celui de votre conjoint ou partenaire, tout enfant adopté ou placé) qui dépend de vous financièrement et qui est nommé sur votre certificat d'assurance comme ayant droit. Pour les polices pour lesquelles le souscripteur est mineur, les ayants droit sont les frères et sœurs inclus sur la couverture. Les enfants mentionnés sur votre certificat

d'assurance en qualité d'ayants droit sont couverts jusqu'à la veille de leur 18^e anniversaire, ou jusqu'à la veille de leur 24^e anniversaire s'ils suivent des études à temps plein.

C

Cancer : croissance ou tumeur maligne résultant d'une division incontrôlée de cellules, qui se propage et envahit d'autres tissus. Il peut se présenter sous la forme d'une tumeur solide, ou il peut toucher le système sanguin ou lymphatique (sous forme de leucémie ou de lymphomes). Le cancer nécessite toujours un traitement car il met en danger la vie du patient.

Nous couvrons les traitements anticancéreux ci-après (consultez votre tableau des garanties pour prendre connaissance des différents plafonds applicables) :

- intervention chirurgicale pour l'ablation d'une tumeur et/ou des tissus affectés de l'organisme ;
- radiothérapie ;
- chimiothérapie ;
- immunothérapie ;
- thérapie ciblée ;
- hormonothérapie ;
- transplantation de cellules souches.

Nous couvrons également le coût d'une prothèse externe à des fins esthétiques telle qu'une perruque pour la perte des cheveux ou un soutien-gorge prothétique après le traitement du cancer du sein.

Cas médical : concerne l'ensemble des soins, procédures, médicaments, analyses, examens et services médicaux nécessaires pour traiter une pathologie ou lésion spécifique. Votre médecin traitant vous proposera un parcours de soins pour votre cas médical, qui devra être examiné et approuvé par votre chargé de dossier médical. Chacune des pathologies ou procédures chirurgicales suivantes sont considérées comme un cas médical distinct dans le cadre de cette couverture.

- Membres artificiels à la suite de la perte d'un membre lors d'un accident
- Greffe de moelle osseuse
- Cancer (y compris tous les cancers d'organes solides, les lymphomes et les leucémies)
- Angioplastie des artères coronaires/pose de stent
- Pontage coronarien
- Remplacement ou réparation de valve cardiaque (pour les enfants, uniquement lorsque nécessaire à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu)
- Syndrome de Kawasaki
- Greffe d'organe d'un donneur vivant
- Chirurgie vasculaire majeure (y compris les opérations de l'aorte)

- Méningite/encéphalite
- Neurochirurgie
- Épilepsie grave

Certificat d'assurance : ce document présente les détails de votre couverture et est délivré par nos soins. Il confirme qu'un contrat d'assurance a été conclu entre nous.

Chargé de dossier médical : la personne qui vous assiste pour la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des services médicaux en votre nom, en veillant tout particulièrement à la qualité des soins, la continuité des services et le rapport coût-efficacité.

Chirurgie ambulatoire : procédure chirurgicale effectuée dans un cabinet médical, hôpital, centre médical de jour ou ambulatoire, pour laquelle vous n'avez pas besoin de rester la nuit en observation.

Chirurgie vasculaire majeure : réparation chirurgicale des principaux vaisseaux affectés par une maladie. Elle implique l'excision et le remplacement d'une partie endommagée d'un vaisseau par un greffon, l'implantation d'une endoprothèse et/ou la réparation endovasculaire au moyen d'un cathéter.

Nous prenons en charge la chirurgie vasculaire majeure lorsqu'elle concerne les artères ci-après :

- aorte thoracique et abdominale ;
- artère iliaque et artère fémorale ;
- artères rénales.

Consultation en médecine courante avant et après hospitalisation : honoraires de consultation d'un médecin et frais des examens et des tests diagnostiques qui sont nécessaires en consultation externe d'un établissement hospitalier, pour organiser un traitement avec hospitalisation ou en hospitalisation de jour et, par la suite, pour suivre le rétablissement du patient à l'issue du traitement avec hospitalisation ou en hospitalisation de jour. Ces frais sont pris en charge lorsque le traitement avec hospitalisation ou en hospitalisation de jour est admissible au titre de votre couverture.

D

Délai de carence : période commençant à la date d'effet de votre police (ou à sa date d'entrée en vigueur si vous êtes ayant droit) pendant laquelle vous ne pouvez prétendre à certains cas médicaux. Vous trouverez, dans votre tableau des garanties, les cas médicaux qui sont soumis à des délais de carence.

Deuxième avis médical : évaluation des symptômes, des résultats des examens médicaux et du dossier médical par un expert médical externe, indépendant. Ce deuxième avis est requis pour confirmer et/ou renforcer le diagnostic médical initial et le parcours de soins proposé par un médecin

précédemment consulté. Le deuxième avis médical peut également permettre d'obtenir une approche alternative de diagnostic et de traitement.

E

Épilepsie sévère : épilepsie réfractaire/résistante aux médicaments – il s'agit d'une forme d'épilepsie qui ne répond pas à au moins deux anticonvulsivants. Nous prenons en charge les interventions chirurgicales ci-après pour retirer le tissu cérébral dans la région d'où proviennent les crises :

- résection chirurgicale ;
- thérapie thermique interstitielle au laser ;
- stimulation cérébrale profonde ;
- callosotomie du corpus ;
- hémisphérectomie ;
- hémisphérectomie fonctionnelle ;
- intervention chirurgicale des séquelles d'une encéphalite.

F

Frais de déplacement : frais de déplacement raisonnables et d'usage nécessaires pour le déplacement du domicile jusqu'à l'établissement hospitalier convenu pour l'administration de votre traitement avec hospitalisation pour un cas médical admissible dans le cadre de cette couverture. Les frais de déplacement sont pris en charge pour l'assuré (le patient), un accompagnant si nécessaire au plan médical (ou les deux parents si le patient est mineur) et tout donneur vivant (si le traitement à l'étranger prévoit une greffe d'organe admissible dans le cadre de cette couverture).

Toutes les réservations de déplacement (à l'exception des trajets en taxi et en train) doivent être effectuées par nos soins : nous ne prendrons pas en charge tout autre frais de déplacement lorsque les réservations sont effectuées par vos soins ou par un tiers en votre nom.

Pour les trajets en taxi ou en train, vous serez responsable de les organiser vous-même une fois convenus d'un accord commun avec nous dans le cadre de votre projet de déplacement : vous aurez à régler ces frais à l'avance puis à nous demander leur remboursement.

Nous prenons en charge les frais de déplacement pour les trajets en avion, en train et en taxi (selon les besoins et convenu à l'avance avec nous), jusqu'à concurrence du plafond des garanties fixé par le tableau des garanties et selon les conditions suivantes :

- Vols : classe économique standard (sauf si votre formule est Avenue 3 ou Avenue 3 Plus, auquel cas les vols sont pris en charge jusqu'à la classe affaires).
- Trains : lit/siège standard (sauf si votre formule est Avenue 3 ou Avenue 3 Plus, auquel cas les billets de train sont pris en charge jusqu'à la première classe).
- Taxis : tarifs standard.

Les garanties « Frais de déplacement » ne couvrent pas les frais d'hébergement hôtelier ou toute autre dépense associée. Si vous, vos ayants droit, tout accompagnant et/ou tout donneur (le cas échéant) n'êtes pas présent ou annulez la réservation de déplacement effectuée par vos soins, le montant des éventuels frais d'annulation sera déduit du montant correspondant au plafond des garanties fixé par votre tableau des garanties. Nous ne sommes pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'annulation d'un vol, d'un hébergement, d'un trajet en taxi et/ou en train.

L'assurance voyage n'est pas couverte. Si vous souhaitez bénéficier d'une couverture supplémentaire pour l'assurance voyage, il vous appartient de veiller à ce que vous-même, vos ayants droit, les personnes qui vous accompagnent ou les donneurs disposent d'une couverture adéquate pour leurs déplacements pendant votre traitement pris en charge par votre couverture Avenue.

Frais d'hébergement d'un accompagnant séjournant dans l'établissement hospitalier avec l'assuré(e) : frais d'hébergement dans un établissement hospitalier d'une personne accompagnant l'assuré(e) qui est hospitalisé(e) pour un traitement couvert par la police. Ces frais sont couverts pendant toute la durée du traitement de la personne assurée ; ils sont couverts pour un seul cas d'hospitalisation par année d'assurance. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, nous prendrons en charge l'équivalent du prix d'une chambre dans un hôtel trois étoiles. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts.

Frais d'hébergement hôtelier : frais d'hôtel engagés pour :

- L'assuré qui reçoit un traitement médical couvert en hospitalisation de jour, dans un établissement hospitalier situé à plus de 50 kilomètres de son domicile.
- L'assuré qui, au sortir d'un traitement avec hospitalisation dans un établissement hospitalier situé à plus de 50 kilomètres de son domicile, n'est pas en mesure de rentrer à son domicile pour des raisons médicales.
- Une personne accompagnant un assuré qui reçoit un traitement couvert dans un établissement hospitalier situé à plus de 50 kilomètres de son domicile. Si l'assuré est un enfant de moins de 18 ans, les frais d'hébergement hôtelier sont couverts pour les deux parents accompagnants, lorsqu'un hébergement dans le même établissement hospitalier n'est pas disponible pour l'un d'eux.
- Tout donneur vivant qui s'impose pour le traitement admissible que l'assuré reçoit dans un établissement hospitalier situé à plus de 50 kilomètres de son domicile.

Pour l'assuré et tout accompagnant, les frais d'hébergement sont couverts à compter du jour d'arrivée de l'assuré dans l'établissement hospitalier jusqu'à :

- la fin du traitement (avec la confirmation de la part du médecin traitant que l'assuré est en mesure de voyager), ou
- l'atteinte du plafond des garanties fixé par le tableau des garanties.

Les frais d'hôtel seront couverts jusqu'à un montant équivalent au tarif d'une nuit pour une chambre dans un hôtel trois étoiles pour les formules Avenue 1 et Avenue 1 Plus, un hôtel quatre étoiles pour les formules Avenue 2 et Avenue 2 Plus, et un hôtel cinq étoiles pour les formules Avenue 3 et Avenue 3 Plus. Si l'assuré a besoin de plusieurs séjours à l'hôpital pour des traitements médicaux éligibles qui sont requis pour le même cas médical, nous prendrons en charge les frais d'hébergement jusqu'à concurrence du plafond des garanties fixé par votre tableau des garanties. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts.

Les frais d'hébergement susmentionnés seront pris en charge uniquement si l'hôtel est réservé par nos soins. Sous réserve de disponibilité, lorsque nous réservons votre hôtel, nous essaierons de nous assurer que celui-ci se situe à moins de 10 kilomètres de l'établissement hospitalier où l'assuré recevra un traitement. Nous déciderons des dates de réservation de l'hôtel en fonction du calendrier de traitement approuvé. Si vous, tout ayant droit, accompagnant ou donneur ne vous présentez pas à l'hôtel ou annulez la réservation effectuée par nos soins, le montant des éventuels frais d'annulation serait déduit du montant correspondant au plafond des garanties fixé par votre tableau des garanties. Nous ne sommes pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'annulation d'un hébergement. Nous ne sommes pas non plus responsables et/ou passibles de poursuites dans le cas où le membre n'est pas satisfait de la qualité de l'hébergement, de la taille de la chambre, de la disposition ou de la configuration du lit.



Grefe de moelle osseuse (allogénique) : greffe de cellules souches hématopoïétiques saines d'un donneur de moelle osseuse à un patient dont la moelle osseuse est malade ou endommagée.

Nous couvrons la greffe de moelle osseuse allogénique lorsqu'elle s'impose dans les pathologies ci-après :

- leucémie ;
- syndrome myélodysplasique ;
- lymphomes ;
- neuroblastome ;
- sarcome d'Ewing ;

- anémie aplasique ;
- hémoglobinurie paroxystique nocturne.

Les frais relatifs au donneur dans le cadre de la greffe de moelle osseuse allogénique seront couverts comme suit :

- test d'histocompatibilité pour le donneur proposé ;
- procédure de prélèvement de moelle osseuse ;
- rétablissement du donneur.

Veillez consulter votre tableau des garanties pour prendre connaissance des différents plafonds applicables aux frais médicaux relatifs à un donneur vivant.

Il est à noter que votre police ne peut garantir la disponibilité de la moelle osseuse de la part d'un donneur. La greffe de moelle osseuse ne peut être réalisée que lorsque la moelle osseuse d'un donneur est disponible et conformément aux règles et réglementations qui s'appliquent dans le pays où l'intervention est réalisée.

Greffe d'organe prélevé sur un donneur vivant : chirurgie de remplacement d'un organe en défaillance terminale par un organe fonctionnel (organe partiel ou entier) donné par une personne vivante (le donneur).

Nous prenons en charge les greffes d'organe ci-après :

- rein (organe entier) ;
- foie (organe partiel) ;
- pancréas (organe partiel) ;
- poumon (organe partiel) ;
- intestin (organe partiel).

Nous prendrons en charge les traitements et interventions ci-après se rapportant aux greffes d'organe susmentionnées :

- test d'histocompatibilité pour l'assuré (le patient) et le donneur potentiel ;
- tout frais de déplacement et toute gestion des déplacements pour le donneur et le patient, s'ils doivent subir l'intervention chirurgicale ou recevoir les traitements dans un autre pays ;
- intervention chirurgicale pour prélever l'organe du donneur vivant, y compris tout test préopératoire ;
- intervention chirurgicale pour retirer l'organe endommagé du patient (y compris tout test préopératoire) et pour greffer l'organe nouvellement donné ;
- procédures post-traitement / rétablissement pour le donneur et le patient jusqu'à ce qu'ils soient médicalement en mesure de regagner leur domicile respectif (si l'intervention chirurgicale a été réalisée à l'étranger) ;
- procédures post-traitement / rétablissement pour le donneur et le patient lorsque leur traitement est reçu dans leur pays d'origine.

Il est à noter que votre police ne peut garantir la disponibilité de l'organe de la part d'un donneur. La greffe d'organe prélevé sur un donneur vivant ne peut être réalisée que lorsqu'un organe d'un donneur vivant est disponible et

conformément aux règles et réglementations qui s'appliquent dans le pays où l'intervention est réalisée.

H

Hébergement à l'hôpital : séjour hospitalier dans un établissement hospitalier privé ou public. Sous réserve de disponibilité, l'assuré se verra proposer une chambre à un lit ou une chambre à deux lits. Si ces deux types de chambre ne sont pas disponibles, une chambre commune sera proposée jusqu'à ce qu'une chambre à un lit ou une chambre à deux lits soit disponible. Dans ce cas, les frais (le cas échéant) engagés pour la chambre commune seront remboursés par l'assureur. Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas couvertes.

Honoraires de médecin généraliste : Il s'agit des frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin généraliste.

Hôpital : il s'agit de tout établissement habilité possédant le titre d'hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il se situe et offrant aux patients une surveillance continue de la part d'un médecin. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme des hôpitaux : maisons de repos et de soins, thermes, centres de cure et de remise en forme.

Hospitalisation : traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde médicale de l'assuré pendant la nuit.

Hospitalisation de jour : hospitalisation de jour planifiée et reçue dans un hôpital ou un centre médical de jour, comprenant une chambre d'hôpital et les soins infirmiers, ne nécessitant pas la garde du/de la patient(e) pendant la nuit, et pour laquelle une autorisation de sortie est délivrée le jour même.

M

Médecin : personne autorisée à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

Médecin généraliste : docteur autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

Médicaments soumis à prescription médicale : il s'agit de produits pour lesquels une ordonnance est nécessaire, dont la fonction est de traiter une maladie dont le diagnostic a été confirmé, un état pathologique ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Il s'agit de médicaments tels que les antibiotiques, les sédatifs, etc. Ces

médicaments doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie diagnostiquée. Ils doivent être également reconnus par les instances internationales de régulation.

Membres artificiels nécessaires après la perte de membre lors d'un accident : cas où, en raison d'un accident ou d'une intervention chirurgicale, le patient a besoin d'un dispositif artificiel qui remplace le membre perdu ou une partie de celui-ci. La perte d'un membre n'est pas couverte si elle est due à une maladie congénitale.

Nous couvrons les types de prothèses ci-après :

- Prothèses esthétiques
- Prothèses mécaniques
- Dispositifs bioniques

Méningites/encéphalites : pathologies qui affectent le cerveau. La méningite est une inflammation aiguë des membranes recouvrant le cerveau et la moelle épinière, généralement accompagnée de fièvre, de maux de tête sévères et de raideur de la nuque. L'encéphalite est une inflammation du cerveau, généralement occasionnée par une infection virale ou une maladie auto-immune.

Nous prenons en charge les soins de courte durée de la méningite et de l'encéphalite (en soins intensifs ou non), hors soins de réadaptation et soins de longue durée.

N

Nécessité médicale : soins, services et matériels qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

- Être nécessaires pour définir ou soigner votre état, maladie ou blessure
- Être appropriés à vos symptômes, votre diagnostic ou votre traitement
- Être conformes aux pratiques médicales généralement reconnues et aux standards professionnels de la communauté médicale en application au moment des soins. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de votre couverture
- Être requis pour des raisons autres que votre confort ou votre commodité ou le confort ou la commodité de votre médecin
- Avoir un effet médical prouvé et démontré. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de votre couverture
- Être considérés comme du type et du niveau le plus approprié
- Être prodigués dans un établissement et une salle appropriés et être de qualité appropriée pour traiter votre état médical
- Être fournis uniquement durant une période appropriée

Dans cette définition, le terme « approprié » prend en considération la sécurité du patient et le coût du traitement. Concernant une hospitalisation, « médicalement nécessaire » signifie aussi que les soins ou diagnostics ne peuvent pas être effectués avec prudence et efficacité en médecine courante.

Neurochirurgie : traitement chirurgical des maladies du cerveau et de la moelle épinière. Nous prenons en charge la neurochirurgie pour les cas ci-après :

- tumeurs cérébrales (bénignes ou malignes) ;
- anévrismes de l'artère cérébrale ;
- malformations artérioveineuses cérébrales ;
- tumeurs de la moelle épinière (bénignes ou malignes).

Nous/Notre/Nos : Allianz Care.

P

Partenaire : il s'agit de la personne avec laquelle vous vivez dans une relation conjugale de manière continue depuis au moins 12 mois.

Pathologie chronique : il s'agit d'une maladie ou d'une blessure qui dure plus de six mois ou qui exige une intervention médicale (par ex. bilan de santé ou traitement) au moins une fois par an. Elle doit également avoir une des caractéristiques suivantes :

- Est de nature récurrente
- Est sans remède identifié et généralement reconnu
- Répond difficilement à tout type de traitement
- Requiert un traitement palliatif
- Conduit à un handicap permanent

Veillez consulter la section « Notes » de votre tableau des garanties pour vérifier si les pathologies chroniques sont couvertes.

Pathologies préexistantes : les pathologies médicales préexistantes sont des pathologies médicales pour lesquelles un ou plusieurs symptômes se manifestent au cours des 10 années précédant la date de début de votre police. Ceci s'applique qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non, qu'un diagnostic ait été établi ou non. Toute pathologie, dont vous ou vos ayants droit auriez raisonnablement pu connaître l'existence, sera considérée comme une pathologie préexistante.

Seront également considérées comme préexistantes les pathologies apparaissant entre la date à laquelle vous remplissez ce bulletin d'adhésion et les échéances suivantes (la plus récente prévaudra) :

- La date à laquelle nous envoyons votre certificat d'assurance ou
- La date de commencement de votre police.

Ces pathologies préexistantes devront également être soumises à une souscription médicale complète. Par conséquent, il est essentiel que vous nous informiez si votre état de santé ou celui de vos ayants-droit évolue au cours des délais indiqués ci-dessus. En cas de non-divulgation de ces pathologies, votre police est susceptible d'être annulée à partir de sa date d'entrée en vigueur.

Nous prendrons en compte toute pathologie préexistante déclarée et déciderons quelles sont les conditions d'acceptation pour tout cas médical défini dans ce guide. Nous ne prendrons en compte que les pathologies médicales survenues au cours des 10 années précédant la date de début de votre police.

Si vous déclarez une pathologie préexistante dans votre demande, nous sommes susceptibles d'exclure certaines pathologies ou interventions médicales de votre couverture. Si c'est le cas, nous vous en informerons par écrit.

La non-divulgation de toute pathologie préexistante peut entraîner l'annulation de votre police à partir de la date d'entrée en vigueur de celle-ci.

Pays d'origine : pays pour lequel vous possédez un passeport en cours de validité ou votre pays de résidence principal.

Pays de résidence principal : pays dans lequel vous et vos ayants droit (le cas échéant) vivez plus de huit mois par an.

Personne assurée : vous et vos ayants droit comme indiqué sur votre certificat d'assurance.

Pontage aortocoronarien : intervention nécessaire pour améliorer le flux sanguin vers le muscle cardiaque lorsqu'une artère est bloquée. Un vaisseau sanguin sain de la jambe, du bras ou de la poitrine est utilisé pour construire un pontage, permettant de rediriger le flux sanguin tout en contournant la section de l'artère bloquée.

Nous couvrons le pontage aortocoronarien lorsqu'au moins une des situations ci-après s'applique :

- sténose de l'artère coronaire principale gauche de plus de 50 % ;
- réduction du diamètre de l'artère descendante antérieure gauche de plus de 70 % ;
- maladie des trois vaisseaux dans l'angine de poitrine asymptomatique ou légère stable.

R

Raisonné et d'usage : il s'agit des coûts de traitement habituels dans le pays où a lieu le traitement. Nous ne payons les prestataires médicaux que si les frais sont raisonnables et conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues.

Rapatriement de la dépouille mortelle : transport de la dépouille de l'assuré décédé depuis le pays où il était traité jusqu'au pays d'inhumation. Ce rapatriement est pris en charge dans le cas malheureux où l'assuré décède pour des causes directement liées à un cas médical admissible, alors qu'il reçoit un traitement en dehors de son pays de résidence. Le rapatriement de la dépouille mortelle est également pris en charge lorsque le donneur vivant de l'assuré (requis dans le cadre du traitement éligible) décède hors de son pays de résidence, pour des causes directement liées à la procédure du don d'organe. Nous couvrons, entre autres, les frais d'embaumement, un container légalement approprié pour le transport, les frais de transport et les autorisations gouvernementales nécessaires. Les frais liés à la crémation ne seront couverts que si celle-ci est légalement requise.

Rééducation : traitements sous la forme d'une combinaison de thérapies, telle que la thérapie physique, l'ergothérapie et l'orthophonie. La rééducation a pour but de restaurer une forme ou une fonction normale après une blessure, une maladie grave ou une intervention chirurgicale. Le traitement doit avoir lieu dans un établissement de rééducation agréé et doit commencer immédiatement après la sortie d'hôpital suite à un traitement médical/chirurgical pour une maladie aiguë.

Remplacement ou réparation de valve cardiaque : intervention nécessaire lorsque l'une des quatre valves qui maintiennent la circulation du flux sanguin dans la bonne direction à travers le cœur ne fonctionne pas correctement. La chirurgie de remplacement ou réparation de valve cardiaque est couverte pour les adultes et les enfants – néanmoins, les enfants sont couverts uniquement lorsque la valve cardiaque endommagée est une lésion acquise (et pas congénitale).

Cette intervention chirurgicale peut nécessiter une réparation mini-invasive au moyen d'un cathéter jusqu'à une chirurgie à cœur ouvert. L'intervention peut viser soit à réparer la valve endommagée, soit à la remplacer par une valve artificielle ou une bioprothèse.

Nous couvrons la chirurgie valvulaire cardiaque si elle est nécessaire pour l'une des pathologies ci-après :

- sténose ou insuffisance aortique ;
- sténose ou insuffisance mitrale ;
- sténose ou insuffisance tricuspидienne ;
- sténose ou insuffisance de la valve pulmonaire.

S

Service de conciergerie : ensemble de services fournis à la personne assurée qui reçoit un traitement à l'étranger au sein du réseau Avenue. Le service de conciergerie peut comprendre, notamment, un service d'accueil dans l'établissement hospitalier ou l'hôtel, ainsi que des services de traduction et d'interprétation pendant votre traitement. Il

pourra être assuré par l'établissement hospitalier directement ou par une tierce partie que nous aurons désignée.

Soins de longue durée : soins dispensés sur une période prolongée après la fin d'un traitement aigu, généralement pour une pathologie chronique ou une invalidité nécessitant des soins réguliers, intermittents ou continus. Les soins de longue durée peuvent être prodigués à domicile, dans un centre communautaire, à l'hôpital ou en maison de repos.

Soins en médecine courante : traitements pratiqués par un médecin, thérapeute ou spécialiste dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessite pas votre admission dans un hôpital.

Soins palliatifs : sont pris en charge les frais relatifs aux traitements reçus dans le but d'apaiser les souffrances physiques et psychologiques causées par une maladie évolutive et incurable et à maintenir une certaine qualité de vie. Les traitements hospitaliers, de jour ou ambulatoires administrés suite au diagnostic, établissant que la maladie est en phase terminale, sont pris en charge. Cette garantie prévoit le remboursement des soins physiques et psychologiques, ainsi que celui des frais de chambre en hôpital ou en hospice, des soins infirmiers et des médicaments délivrés sur ordonnance.

Souscripteur : la personne nommée en premier sur le certificat d'assurance. Pour les polices pour lesquelles seul(s) un ou plusieurs enfant(s) est/sont couvert(s), l'un des parents ou le responsable légal de (des) enfant(s) sera le propriétaire légal de la police et sera responsable de l'administration de la police, pour comprendre et agir selon les conditions générales de la police, et sera tenu de compléter et de signer les documents relatifs à la police au nom du (des) mineur(s). Néanmoins, le parent ou responsable légal des polices pour lesquelles seul(s) un ou plusieurs enfant(s) est/sont couvert(s) ne sera pas couvert par ladite police.

Souscription médicale : il s'agit de l'évaluation du risque d'assurance basée sur les informations que vous nous communiquez lors de votre demande d'adhésion. Notre équipe des souscriptions utilise ces informations pour définir les conditions de notre offre.

Spécialiste : médecin diplômé possédant l'expérience et les qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité reconnue, ce qui comprend les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention dans un domaine particulier de la médecine. Cette garantie ne couvre pas les frais de consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue.

Spécialiste (honoraires) : frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin spécialiste.

Syndrome de Kawasaki, également appelée syndrome adéno-cutanéomuqueux : maladie rare touchant principalement les enfants de moins de cinq ans. Elle donne lieu à une inflammation des vaisseaux sanguins, des ganglions lymphatiques et des muqueuses à l'intérieur du nez, de la bouche, des yeux et de la gorge, à de la fièvre et, un à stade plus avancé, à des douleurs articulaires. Des complications telles que l'atteinte des artères coronaires peuvent survenir.

Le traitement des enfants qui bénéficient de cette couverture sera pris en charge dans les établissements hospitaliers privés ou publics qui font partie de notre réseau Avenue.

T

Traitement : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager une maladie ou une blessure.

Traitement à l'étranger : traitement administré dans un pays qui est différent du pays de résidence principal. Les traitements à l'étranger peuvent être administrés uniquement dans un établissement hospitalier faisant partie de notre réseau Avenue ; ils doivent être préapprouvés par notre équipe médicale pour être pris en charge.

U

Urgence : apparition d'un problème de santé soudain et imprévu, qui nécessite une assistance médicale d'urgence. Seuls les soins commençant dans les 24 heures suivant l'incident sont couverts.

V

Versement d'une somme forfaitaire : versement que nous vous proposons conformément à votre tableau des garanties si l'un des cas médicaux pris en charge par votre police vous est diagnostiqué. Il s'agit d'une prestation alternative que vous pouvez demander pour chaque cas médical confirmé, au lieu du service de gestion de dossier médical et des garanties de traitement médical. Les processus et conditions pour demander cette prestation sont présentés à la section « Conditions générales de votre couverture » du présent guide. Cette garantie est soumise à un délai de carence.

Vous/Votre/Vos le titulaire de la police et les ayants droit indiqués sur le certificat d'assurance.

EXCLUSIONS

Les dépenses ci-après ne sont pas couvertes par cette police d'assurance, sauf indication contraire dans le Tableau des garanties ou dans tout autre avenant écrit à la police.



a) Les exclusions suivantes s'appliquent à tous les cas médicaux couverts par votre formule, sauf indication contraire :

Blessures résultant d'une participation à des activités sportives professionnelles ou des activités dangereuses

Les traitements ou procédures diagnostiques pour des blessures résultant d'une participation à des activités sportives professionnelles ou des activités dangereuses sont notamment, sans toutefois s'y limiter : les sports de montagne, les sports de neige, les sports équestres, les sports nautiques, les sports automobiles ou de moto, les sports de combat, les sports aériens et les activités récréatives dangereuses comme le saut à l'élastique.

Chirurgie plastique

Tout traitement prodigué par un chirurgien plasticien, que ce soit pour des raisons médicales/psychologiques ou non, ainsi que tout traitement cosmétique ou esthétique afin de mettre en valeur votre apparence, même lorsque ces soins ont été médicalement prescrits. L'exception à cette exclusion est la chirurgie réparatrice dans le but de rétablir une fonction ou un aspect physique après un accident défigurant, ou à la suite d'une chirurgie liée au traitement d'un cancer, à condition que l'accident ou l'acte chirurgical soit survenu pendant la durée de votre couverture.

Complications causées par des pathologies qui ne sont pas prises en charge par votre couverture

Les frais engendrés par des complications causées directement par une maladie ou une blessure non prise en charge, ou prise en charge partiellement, selon les conditions de votre police d'assurance.

Consultations pratiquées par vous ou un membre de la famille

Toute consultation pratiquée et tout médicament ou soin prescrit par vous, votre conjoint, par l'un de vos parents ou l'un de vos enfants.

Consultations réalisées par un médecin extérieur au type de réseau disponible sous votre formule

Les consultations en milieu hospitalier ou en médecine courante et les médicaments ou traitements qui :

- Sont réalisées/prescrits par un médecin ne faisant pas partie du réseau spécifié dans votre Tableau des garanties, sauf autorisation écrite de notre part.
- Ne sont pas accepté(e)s par écrit de notre part avant le début de votre traitement, ou à tout stade ultérieur de votre traitement.

Contamination chimique et radioactivité

Le traitement des maladies directement ou indirectement liées à une contamination chimique, à la radioactivité ou à tout matériau nucléaire, y compris la fission du combustible nucléaire.

Dosage des marqueurs tumoraux

Dosage des marqueurs tumoraux, sauf si vous avez déjà reçu un diagnostic du cancer spécifique en question, auquel cas une couverture peut être obtenue dans le cadre du parcours de soins pour ce cas médical de « cancer ».

Échec de la recherche ou du suivi d'un conseil médical

Le traitement nécessaire suite à l'échec de la recherche ou du suivi d'un conseil médical.

Équipement non médical

Toute dépense engagée pour l'achat ou la location de fauteuils roulants, de lits spéciaux, de purificateurs d'air et de tout autre article ou équipement similaire.

Erreur médicale

Le traitement nécessaire suite à une erreur médicale.

Frais de déplacement et d'hébergement

Frais de déplacement et frais d'hébergement de et jusqu'aux structures médicales (frais de stationnement inclus) pour un traitement médical, à l'exception des frais approuvés par notre équipe médicale et dont les réservations sont effectuées par nos soins, jusqu'à concurrence du plafond fixé par votre tableau des garanties. Par ailleurs, toutes dépenses engagées pour un déplacement (par ex. tarif de taxi) de l'hôtel que nous avons réservé jusqu'au professionnel de santé de votre choix pour le traitement ne sera pas pris en charge.

Frais de nature non médicale

Tout frais de nature non médicale (par exemple : frais d'interprète, frais de connexion Wi-Fi de l'établissement hospitalier, repas, appels téléphoniques, etc.) engagé par la personne assurée ou ses accompagnants, à l'exception des frais non médicaux énumérés dans votre Tableau des garanties.

Frais pour remplir le formulaire de demande de remboursement

Les honoraires de médecins pour remplir le formulaire de demande de remboursement ou d'autres frais administratifs.

Garanties qui ne sont pas indiquées dans votre tableau des garanties

Prestations, pathologies médicales, traitements, examens médicaux et médicaments qui ne figurent pas dans votre Tableau des garanties.

Gestation pour autrui

Tout traitement directement lié à la gestation pour autrui, que vous soyez la mère porteuse ou le parent d'accueil.

Interruption volontaire de grossesse

L'interruption volontaire de grossesse, sauf en cas de danger pour la vie de la femme enceinte.

Les cas médicaux qui ont été diagnostiqués ou traités pendant le délai de carence

Les cas médicaux qui ont été diagnostiqués ou traités pendant le délai de carence ne sont pas pris en charge par votre couverture Avenue, à moins qu'ils ne résultent directement d'un accident survenu pendant le délai de carence. Les cas médicaux liés à un accident seront évalués et couverts après la fin des délais de carence correspondants. Veuillez consulter votre tableau des garanties afin de savoir quel délai de carence s'applique.

Maladies causées intentionnellement ou blessures auto-infligées

Le soin ou traitement des maladies causées intentionnellement ou des blessures auto-infligées, y compris les tentatives de suicide.

Navire en mer

Trajet/rapatriement depuis navire en mer vers un établissement médical sur la terre ferme.

Participation à une guerre ou à des actes criminels

Décès ou traitement pour toute maladie, affection ou blessure résultant d'une participation active aux situations suivantes, que la guerre ait été déclarée ou non :

- La guerre
- Des émeutes
- Des désordres civils
- Des actes terroristes
- Des actes criminels
- Des actes illicites
- Des actes contre une intervention étrangère

Pathologies préexistantes

Les pathologies préexistantes (y compris les pathologies chroniques préexistantes) sont celles qui se sont manifestées au cours des 10 années précédant la date de début de votre police.

Perte ou remplacement des cheveux

Les diagnostics et traitements liés à la perte, à l'implant ou au remplacement de cheveux, à moins que la perte des cheveux ne soit due au traitement d'un cancer.

Produits achetés sans ordonnance

Les médicaments qui peuvent être achetés sans ordonnance.

Séjours en centre de cure

Tout séjour en centre de cure, station thermale, centre de remise en forme, établissement de convalescence ou maison de repos, même si ce séjour est médicalement prescrit.

Soins aux États-Unis

Les traitements reçus aux États-Unis, si nous pensons que vous avez souscrit l'assurance dans le but de vous rendre aux États-Unis afin d'y recevoir un traitement et si les symptômes de la pathologie concernée vous étaient connus :

- avant votre souscription
- avant d'ajouter les États-Unis à votre zone de couverture

Pour tout remboursement versé le cas échéant, nous nous réservons le droit de vous demander le remboursement de ces frais.

Stérilisation, dysfonctionnements sexuels et contraception

Les diagnostics, traitements ou complications liés à :

- La stérilisation.
- Des dysfonctionnements sexuels (à moins que ce trouble ne soit lié à une prostatectomie totale à la suite de l'opération d'un cancer).
- La contraception (y compris l'insertion ou l'extraction d'appareils contraceptifs, et tout autre contraceptif, même s'ils sont prescrits pour raisons médicales).

Tests génétiques

Les tests génétiques, à l'exception des recherches génétiques des récepteurs tumoraux.

Thérapie et conseils familiaux

Les coûts liés à des traitements ambulatoires de psychothérapie avec un thérapeute ou conseiller familial.

Toxicomanie ou alcoolisme

Les soins ou traitements de la toxicomanie ou de l'alcoolisme (y compris les programmes de désintoxication et les traitements pour arrêter de fumer), les cas de décès, ou les traitements de toute pathologie qui est à notre avis liée, ou résulte directement de l'alcoolisme ou d'une addiction (par exemple défaillance d'organe ou démence).

Traitement en dehors du type de réseau disponible sous votre formule

Traitement en dehors du type de réseau disponible sous votre formule, sans autorisation de notre part.

Traitement paramédical

Traitement paramédical qui existe en marge de la médecine traditionnelle occidentale, par exemple la chiropraxie, l'ostéopathie, la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie, l'acupuncture et la podologie telles qu'elles sont pratiquées par des thérapeutes agréés.

Traitements de l'infertilité

Tout traitement lié à la reproduction et la fertilité.

Traitements ou médicaments expérimentaux ou dont les effets ne sont pas prouvés

Toute forme de procédure diagnostique, de traitement ou de médicament qui, de notre avis raisonnable, est expérimental(e) ou dont les effets ne sont pas prouvés, compte tenu des pratiques médicales généralement reconnues – à savoir :

- Toute forme de procédure diagnostique, de traitement ou de médicament non autorisés pour votre pathologie par la FDA, l'EMA ou NICE, ou
- Toute forme de procédure diagnostique, de traitement ou de médicament ne faisant pas partie des directives de pratique clinique internationalement reconnues, telles que publiées par d'autres organisations médicales mondiales d'experts.

Visa et services d'obtention de visas

Le visa et les services d'obtention de visas pour l'assuré ou tout accompagnant lorsque le traitement est organisé à l'étranger. Votre formule ne couvre pas les frais liés à l'obtention d'un visa – par ailleurs, la mise en rapport avec l'autorité compétente pour obtenir le visa approprié sera sous votre responsabilité, puisque le service d'obtention de visa n'est pas inclus dans votre couverture.

Visites à domicile

La visite à domicile d'un médecin à moins que celle-ci n'ait été rendue nécessaire par l'apparition soudaine d'une maladie qui vous empêche de vous rendre chez votre médecin ou thérapeute.

Vitamines et minéraux

Les produits classés comme des vitamines et des minéraux (à l'exception de ceux utilisés pour traiter les carences en vitamines diagnostiquées). Ces produits sont exclus même s'ils ont été médicalement recommandés ou prescrits, ou bien reconnus pour avoir des effets thérapeutiques. Les frais engagés du fait de consultations nutritionnelles ou diététiques ne sont pas non plus couverts.

b) Les exclusions supplémentaires suivantes s'appliquent aux cas médicaux spécifiques ci-après :

1) Les cancers

Cancer de la peau

Cancer de la peau, à l'exception du mélanome et du carcinome épidermoïde.

Cancer résultant de pathologies préexistantes

Cancer résultant directement ou indirectement de pathologies préexistantes ou de cancers préexistants (cela signifie que vous avez déjà présenté ce type de cancer par le passé, même s'il s'agissait d'un événement antérieur à la date de début de votre police).

Cancer résultant du SIDA

Cancer qui, à notre avis raisonnable, est occasionné directement ou indirectement par le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou par une infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). À ce titre, si vous recevez un diagnostic de cancer, il vous faudra effectuer un test de dépistage sanguin du VIH avant que nous puissions confirmer si vous êtes couvert(e) ou non pour le traitement. Si le résultat de ce test sanguin révèle la présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou d'anticorps dirigés contre ce virus, nous considérerons que vous êtes atteint(e) du SIDA ou d'une infection au VIH et, par conséquent, votre traitement ne sera pas pris en charge. Veuillez noter que, aux fins de la présente police, la définition de SIDA est celle donnée par l'Organisation mondiale de la santé en 1987, ou toute autre révision ultérieure de ladite définition par l'Organisation mondiale de la santé.

Dysplasie cervicale

Cancer résultant d'une dysplasie cervicale.

2) Greffe d'organe d'un donneur vivant

Agir en qualité de donneur

Toute greffe pour laquelle l'assuré agit en qualité de donneur pour une personne qui n'est pas assurée en vertu de sa police.

Autogreffe

Toute autogreffe, à l'exception d'une greffe de moelle osseuse.

Greffe à partir de donneur décédé

Toute greffe à partir d'un donneur décédé.

Greffe à partir d'organes achetés

Toute greffe rendue possible par l'intermédiaire de l'achat des organes requis d'un donneur.

Maladie alcoolique du foie

Toute greffe nécessaire du fait d'une maladie alcoolique du foie.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions :

Service d'assistance téléphonique 24 h/24 et 7 j/7

	Français :	+353 1 630 1303
	Anglais :	+353 1 630 1301
	Allemand :	+353 1 630 1302
	Espagnol :	+353 1 630 1304
	Italien :	+353 1 630 1305
	Portugais :	+353 1 645 4040

Numéros gratuits : <https://www.allianzcare.com/fr/pages/toll-free-numbers.html>

Veillez noter que les numéros gratuits ne sont pas toujours accessibles depuis un téléphone mobile. Dans ce cas, veuillez composer l'un des numéros indiqués ci-dessus.

Les appels téléphoniques sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires. Veuillez noter que seul le souscripteur (ou tout représentant désigné) peut apporter des modifications à la police. Des questions de sécurité seront posées lors de chaque appel, pour vérifier l'identité de la personne qui appelle.

 E-mail : client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax : + 353 1 630 1306

 Adresse : Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/allianzcare

 www.twitter.com/AllianzCare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.linkedin.com/company/allianz-care

AWP Health & Life SA est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, France.

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. No. 401 154 679 RCS Bobigny, France. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.