



Assurances santé internationales  
pour la Suisse

# Conditions générales pour les particuliers

(également nommées Conditions  
générales pour contrats individuels)

Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018

Allianz 

# Bienvenue

Ce guide présente les garanties standard et les règles de votre police d'assurance complémentaire santé (VVG). La police d'assurance santé est un contrat annuel conclu entre AWP P&C S.A., Succursale suisse et la personne assurée indiquée dans la police d'assurance. Le contrat est composé des documents suivants :

- Les conditions générales, qui définissent les garanties et les conditions de votre police d'assurance santé, et doivent être lues conjointement avec votre police d'assurance et votre tableau des garanties.
- La police d'assurance, qui présente les formules choisies, la date d'effet et la date de renouvellement de la police, les dates auxquelles des ayants droit ont été ajoutés, ainsi que la zone géographique de couverture. Les conditions particulières uniques à votre couverture sont indiquées dans la police d'assurance (et ont été détaillées dans le formulaire de conditions particulières émis avant le commencement de votre police). Veuillez noter qu'une nouvelle police d'assurance vous sera envoyée 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, qui indique la(les) formule(s) choisies, les garanties dont vous bénéficiez, et précise les garanties/traitements pour lesquels une entente préalable doit être soumise. Tous les plafonds, délais de carences, franchises ou quotes-parts applicables aux garanties apparaissent également dans le tableau des garanties.
- 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 (nommés collectivement ci-après « bulletin d'adhésion approprié ») ou dans tout autre document médical justificatif, par ou au nom des assurés.

*Ce document est une traduction française du document original en allemand, uniquement fourni à titre d'information. Si des différences existent entre cette traduction et la version allemande, la version allemande prévaut.*

Le souscripteur de votre assurance VVG est AWP P&C S.A, Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse), la succursale suisse d'AWP P&C S.A, Saint-Ouen, France, une société anonyme régie par le Code des assurances. No. 519 490 080 RCS Paris. Succursale suisse enregistrée à Zürich. No.: CHE-115.393.016, adresse : Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorfallee 3, CH-3000 Bern 22, registered BAG Nr. 376, fournit des services d'administration en Suisse.

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 agit en tant que réassureur des polices VVG, fournit des services d'administration et une assistance technique en dehors de la Suisse. AWP Health & Life SA exerce sous la dénomination commerciale d'Allianz Worldwide Care.

# Sommaire

I. Votre couverture	2-7
II. Définitions	8-14
III. Exclusions	15-19
IV. Conditions générales	20-28
L'essentiel de votre couverture	Partie détachable
• Se faire soigner	
• Services utiles	
• Coordonnées	

# I. Votre couverture

## Présentation

La(les) formule(s) choisie(s) et les garanties associées dont vous bénéficiez sont indiquées dans le tableau des garanties. Pour plus d'informations sur les garanties, veuillez consulter la section « Définitions » de ce guide. Veuillez noter que toutes les garanties apparaissant dans la section « Définitions » ne sont pas nécessairement couvertes par votre police, c'est pourquoi nous vous recommandons de vérifier quelles garanties apparaissent dans votre tableau des garanties. Votre couverture est soumise aux définitions, exclusions, plafonds et toute autre condition spéciale indiquée dans la police d'assurance. N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions sur l'étendue de votre couverture.

Nous souhaitons attirer votre attention sur les points suivants :

### 1. Nécessité médicale et frais d'usage

Cette police prend en charge les traitements médicaux et les coûts, services et matériel associés, qui sont médicalement nécessaires et appropriés pour traiter une maladie ou blessure en accord avec la définition sur la nécessité médicale. Nous ne remboursons que les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans un pays spécifique pour le traitement reçu, conformément aux procédures médicales standard et généralement reconnues. Si les frais sont plus élevés que les tarifs normalement pratiqués localement, nous nous réservons le droit de réduire la somme remboursable.

### 2. Pathologies préexistantes

Veuillez consulter la section « Notes » de votre tableau des garanties et votre police d'assurance pour vérifier si les pathologies préexistantes sont couvertes. La définition 1.45 fournit des informations complémentaires sur les pathologies préexistantes.

### 3. Plafonds des garanties

Deux types de plafonds sont indiqués dans le tableau des garanties. Le **plafond global de la formule**, applicable à certaines d'entre elles, est le montant maximum que nous paierons pour l'ensemble des garanties, par affilié, par période d'assurance, et sous cette formule en particulier. Certaines garanties ont également un **plafond propre**, qui peut être appliqué soit « par période d'assurance », « pour toute la vie » ou « par événement », comme par voyage, par visite ou par grossesse. Nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties comme « 65 % des frais réels, jusqu'à 6 500 CHF ».

Lorsque le plafond de garantie s'applique ou lorsque « 100 % des frais réels » est indiqué pour certaines garanties, le remboursement sera soumis au plafond global de la formule, si celle-ci en a un. Tous les plafonds s'appliquent par affilié(e) et par période d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

Si vous disposez des garanties maternité, celles-ci seront indiquées dans votre tableau des garanties ainsi que tout plafond ou délai de carence applicable. Les frais des garanties « Maternité » et « Complications à l'accouchement » sont remboursés dans les limites de la garantie « par grossesse » ou « par période d'assurance » (cela est également confirmé dans votre tableau des garanties). Si un plafond de garantie s'applique « par grossesse » et qu'une grossesse se déroule sur deux périodes d'assurance, veuillez noter que les règles suivantes s'appliquent si le plafond de garantie change lors du renouvellement de la police :

- Le plafond de garantie de la première année s'appliquera à tous les frais pour lesquels vous êtes couvert pendant « l'année une ».
- Le plafond de garantie de la deuxième année s'appliquera à tous les frais pour lesquels vous êtes couvert pendant « l'année deux », moins le montant de garantie total remboursé pendant « l'année une ».
- Dans le cas où le plafond de garantie serait réduit pour « l'année deux » et que ce montant ait été atteint ou ait été dépassé par des frais couverts et engagés pendant « l'année une », aucun montant de garantie supplémentaire ne pourra être payé.

## 4. Zone de couverture

Vous pouvez recevoir des soins dans n'importe quel pays compris dans votre zone géographique de couverture (votre zone géographique de couverture est indiquée dans votre police d'assurance).

Si le traitement médical nécessaire pour lequel vous êtes couvert ne peut être administré sur place, vous avez la possibilité de recevoir ce traitement dans un autre pays inclus dans votre zone géographique de couverture (celle-ci est indiquée dans votre police d'assurance). Concernant vos frais de transport, veuillez consulter le Paragraphe 8 (« Rapatriement sanitaire/Évacuation »).

Si le traitement médical nécessaire pour lequel vous êtes couvert peut être administré sur place mais vous choisissez de vous rendre dans un autre pays de votre zone géographique de couverture, nous rembourserons les frais occasionnés dans la limite de votre couverture, à l'exception des frais de transport.

## 5. Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré à l'hôpital

La garantie « Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré à l'hôpital » (comprise dans la formule hospitalisation et prise en charge par votre couverture d'assurance) fait référence aux frais d'hébergement en hôpital d'un parent pendant toute la durée de l'hospitalisation d'un enfant assuré pour un traitement couvert par la police. Si aucun lit d'hôpital n'est disponible, nous prendrons en charge

l'équivalent d'une chambre dans un hôtel trois étoiles. Notez cependant que les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts. Veuillez vérifier dans le tableau des garanties si une limite d'âge s'applique à l'enfant.

## 6. Soins d'urgence

Cette garantie prend uniquement en charge **les soins médicaux d'urgence**. Seuls les soins devant être administrés dans les 24 heures qui suivent l'urgence seront couverts, s'ils sont considérés comme médicalement nécessaires par un médecin et s'ils sont dispensés par un médecin agréé. Seuls sont couverts les traitements requis en cas d'urgence médicale (voir la définition 1.75) causée par un accident, un désastre ou toute apparition soudaine ou dégradation inattendue d'une maladie grave, présentant un danger immédiat pour la santé de l'assuré et qui demande des soins médicaux d'urgence. La couverture prend uniquement en charge les soins d'urgence et n'inclut pas les traitements dans le cadre du suivi médical qui seront couverts par les autres garanties de votre couverture. Cette garantie ne prend pas en charge les soins requis dans le cadre d'une grossesse ou pour toute autre exclusion.

## 7. Maternité

(Il s'agit d'une couverture facultative qui, si elle est fournie avec les formules Hospitalisation et Médecine courante, sera indiquée dans votre tableau des garanties).

- a. **Maternité** : frais médicalement nécessaires occasionnés pendant la grossesse et l'accouchement, comprenant les frais d'hôpital, les honoraires des spécialistes, les soins pré et postnatals prodigués à la mère, les honoraires de sage-femme (uniquement au cours de l'accouchement) ainsi que les soins apportés au nouveau-né. Les frais liés aux complications de grossesse ou aux complications à l'accouchement ne sont pas couverts par cette garantie. De plus, toute césarienne non médicalement nécessaire sera couverte dans la limite du coût d'un accouchement naturel réalisé dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie. Si la garantie « Accouchement à domicile » fait partie de votre couverture, une somme forfaitaire sera versée en cas d'accouchement à domicile, jusqu'au montant indiqué dans le tableau des garanties. Veuillez noter que le traitement hospitalier pour des naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée est limité à 39 000 CHF par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.
- b. **Complications à l'accouchement** : elles désignent uniquement les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire. Les complications à l'accouchement ne seront prises en charge que si vous disposez également d'une garantie maternité. Si votre couverture inclut une telle garantie, les complications à l'accouchement couvriront également la césarienne lorsque celle-ci sera médicalement nécessaire.

- c. **Complications de grossesse** : elles concernent la santé de la mère. Seules les complications suivantes qui surviennent pendant la période prénatale sont couvertes :
- Grossesse extra-utérine.
  - Diabète gestationnel.
  - Pré-éclampsie.
  - Fausse couche.
  - Risques de fausse couche.
  - Enfant mort-né ou môle.
- d. **Soins du nouveau-né** : ensemble de moyens et méthodes permettant d'évaluer l'intégrité fonctionnelle (organes et structure osseuse) du nouveau-né. Ces examens indispensables sont prodigués immédiatement après la naissance. Les procédures complémentaires de diagnostic préventif telles que les tampons à prélèvement, la détermination du groupe sanguin ou les examens auditifs ne sont pas couvertes. Tout autre traitement ou examen médicalement nécessaire est couvert selon les conditions de la police d'assurance du nouveau-né. Veuillez noter que le traitement hospitalier pour des naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée est limité à 39 000 CHF par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.
- e. **Soins hospitaliers administrés à des naissances multiples**, dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, sont couverts à hauteur de 39 000 CHF maximum par enfant durant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.

## 8. Rapatriement sanitaire/Évacuation

- a. **Rapatriement sanitaire** (voir la définition 1.54) : il s'agit d'une couverture facultative qui n'apparaît dans le tableau des garanties que si elle a été sélectionnée.
- b. **Évacuation médicale** (voir la définition 1.20) : elle est comprise dans votre formule Hospitalisation et prise en charge par votre couverture d'assurance.
- c. Les affiliés doivent nous contacter dès qu'ils pressentent qu'une évacuation est nécessaire. À partir de ce moment, nous organiserons et coordonnerons toutes les étapes de l'évacuation jusqu'à ce que l'affilié arrive à destination en toute sécurité pour y recevoir des soins. Si l'évacuation n'est pas organisée par nos soins, nous nous réservons le droit de décliner toute demande de remboursement des frais engagés.
- d. Lorsque le traitement pour lequel la personne assurée est couverte ne peut pas être dispensé localement, nous rapatrierons/évacuerons la personne assurée.

- e. L'évacuation médicale de la personne assurée se fera vers le centre médical approprié le plus proche (qui peut se situer ou non dans le pays d'origine de la personne assurée).  
**ou**  
Le rapatriement sanitaire de la personne assurée se fera vers son pays d'origine, vers un centre médical approprié.
- f. Le rapatriement se fera par ambulance, hélicoptère ou avion. Cette évacuation médicale sera faite par le moyen de transport le plus économique et le mieux adapté à votre état médical. Votre médecin doit en faire la demande. La couverture d'une telle opération fait référence au principe de proportionnalité qui prend en compte un rapport coûts/avantages efficace ainsi que la sécurité de toutes les personnes impliquées.
- g. Une fois le traitement terminé, nous prendrons en charge le coût du billet retour en classe économique pour que l'assuré évacué retourne dans son pays de résidence principal.
- h. En cas d'indisponibilité de sang testé de façon adéquate, et lorsque cela s'avère approprié et conseillé par le médecin traitant, nous ferons notre possible pour localiser et faire transporter du sang ainsi que du matériel de transfusion stérile. La décision d'entreprendre cette démarche reste cependant du ressort exclusif de nos conseillers médicaux. En cas d'urgence, si du sang testé de façon adéquate n'est pas disponible, nous évacuerons or rapatrierons la personne assurée, si cela est possible. Nous et nos agents ne pouvons être tenus responsables si les démarches entreprises n'aboutissent pas ou si du sang ou des équipements infectés sont utilisés.
- i. Si la nécessité médicale empêche l'assuré d'être évacué ou transporté à sa sortie d'hôpital après des soins hospitaliers, nous prendrons en charge les frais d'une chambre d'hôtel avec salle de bain pendant une durée n'excédant pas sept jours. Nous prendrons en charge les frais d'une chambre dans un hôtel trois étoiles standard pour la personne assurée et celle qui l'accompagne.
- j. Lorsqu'une personne assurée a été évacuée vers le centre médical approprié le plus proche pour y recevoir un traitement continu, nous prendrons en charge les frais d'une chambre d'hôtel avec salle de bain (nous prendrons en charge les frais d'une chambre dans un hôtel trois étoiles standard). Le coût de l'hôtel doit être inférieur à celui des allers-retours entre le centre médical et le pays de résidence principal. L'hébergement d'un accompagnateur est exclu.
- k. **Les frais de voyages** correspondent aux coûts engagés dans les transports (en classe économique). S'il n'est pas possible d'accompagner la personne évacuée ou rapatriée dans le même véhicule, nous paierons le transport aller-retour en classe économique. En cas d'évacuation ou de rapatriement, seuls les frais de transport de la personne choisie ou membre de la famille seront couverts. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.



## 9. Rapatriement du corps

La garantie « Rapatriement du corps » (comprise dans la formule Hospitalisation et prise en charge par votre couverture d'assurance) comprend le transport du corps du défunt assuré du pays de résidence principal vers le pays de la sépulture. Cette garantie couvre 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. Les frais pour toute personne accompagnant le corps ne sont pas pris en charge, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

## II. Définitions

Les définitions suivantes sont applicables aux garanties comprises dans notre gamme d'assurances santé, 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-dessous.

- 1.1 **Accident** : événement soudain, imprévu et involontaire dont la cause est externe et provoquant une blessure qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (ATSG, Article 4 « Unfall »).
- 1.2 **Aiguë** : apparition soudaine.
- 1.3 **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.
- 1.4 **Antécédents familiaux** : lorsque la pathologie en question a été diagnostiquée auparavant à un parent, grand-parent, frère ou sœur, enfant, tante ou oncle.
- 1.5 **Antécédents familiaux directs** : lorsque la maladie en question a été diagnostiquée auparavant à un parent, grand-parent, frère ou sœur, ou enfant.
- 1.6 **Appareils et matériel chirurgicaux** : appareils et matériel requis lors d'une intervention chirurgicale. 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.
- 1.7 **Ayant droit** : il s'agit de votre conjoint(e) ou partenaire (y compris partenaire de même sexe) et/ou tout enfant à charge non marié (y compris celui de votre conjoint ou partenaire, tout enfant adopté ou placé) qui dépend financièrement du souscripteur jusqu'à son 18<sup>ème</sup> anniversaire, ou jusqu'à son 24<sup>ème</sup> anniversaire s'il poursuit des études à temps plein, et qui est également nommé dans votre police d'assurance comme ayant droit.
- 1.8 **Bilans de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies** : bilans de santé, analyses ou examens, réalisés régulièrement à certaines périodes de la vie, entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Ces bilans se limitent aux examens suivants :
  - Examen physique.
  - Prise de sang (formule sanguine complète, analyse biochimique, bilan lipidique, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale).
  - Examen cardio-vasculaire (examen physique, électrocardiogramme, tension artérielle).
  - Examen neurologique (examen physique).
  - Dépistage d'un cancer :
    - Frottis cervico-utérin annuel.
    - Mammographie (tous les deux ans pour les femmes de 45 ans ou plus, ou moins si antécédents familiaux).
    - Examen de la prostate (tous les ans pour les hommes de 50 ans ou plus, ou moins si antécédents familiaux).
    - Coloscopie (tous les cinq ans pour les assurés de 50 ans ou plus, ou de 40 ans ou plus en cas d'antécédents familiaux).
    - Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles.

- Ostéodensitométrie (tous les cinq ans pour les femmes de 50 ans ou plus).
- Bilan de santé pour enfant (pour un enfant dont l'âge n'excède pas six ans et limité à 15 visites pour la vie).
- Tests génétiques BRCA1 et BRCA2 (en cas d'antécédents familiaux directs et si la garantie apparaît dans votre tableau des garanties).

- 1.9 **Chambre d'hôpital** : séjour en chambre particulière ou semi-privée comme indiqué dans le tableau des garanties. Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas couvertes. Veuillez noter que la garantie « Chambre d'hôpital » s'applique uniquement lorsque aucune autre garantie comprise dans votre couverture ne prend en charge le traitement hospitalier. Dans ce cas, les frais d'une chambre d'hôpital seront couverts sous une garantie hospitalière plus spécifique, jusqu'au plafond de garantie. La psychiatrie et psychothérapie, la greffe d'organe, l'oncologie, la maternité, les soins palliatifs et les soins de longue durée sont des exemples de garanties comprenant les frais de séjour en chambre d'hôpital, jusqu'aux plafonds des garanties, si comprises dans votre formule.
- 1.10 **Chirurgie ambulatoire** : procédure chirurgicale effectuée dans un cabinet médical, hôpital, centre médical de jour ou ambulatoire, pour laquelle la garde médicale du patient n'est pas nécessaire.
- 1.11 **Chirurgie dentaire** : cela inclut l'extraction chirurgicale de dents ainsi que d'autres interventions chirurgicales telles que l'apicoectomie et les médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires. Tous les examens servant à établir la nécessité d'une intervention chirurgicale dentaire tels que les examens de laboratoire, les radiographies, les scanographies et les IRM, sont couverts sous cette garantie. La chirurgie dentaire ne couvre aucun traitement chirurgical lié aux implants dentaires.
- 1.12 **Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie** : il s'agit d'une intervention chirurgicale réalisée par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue dans un hôpital pour soigner les pathologies suivantes : les problèmes buccaux, les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, les fractures faciales, les déformations congénitales de la mâchoire, les maladies de la glande salivaire et les tumeurs. Veuillez noter que l'extraction chirurgicale des dents incluses et les interventions chirurgicales orthognatiques pour corriger les malocclusions, même lorsqu'elles sont réalisées par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue ne sont pas couvertes, sauf si une formule dentaire a été sélectionnée.
- 1.13 **Chirurgie préventive** : Il s'agit de la mastectomie prophylactique ou de l'ovariectomie prophylactique. Nous remboursons la chirurgie préventive dans les cas suivants :
- L'assuré a des antécédents familiaux directs de maladies liées à un syndrome prédisposant à un cancer héréditaire.
  - Des tests génétiques ont établi la présence d'un syndrome prédisposant à un cancer héréditaire.
- 1.14 **Correction visuelle au laser** : concerne tous les traitements visant à améliorer la capacité de réfraction de la cornée par une intervention au laser, y compris les examens préopératoires nécessaires.
- 1.15 **Délai de carence** : il s'agit d'une période commençant à la date de début de votre police (ou à sa date d'entrée en vigueur si vous êtes un ayant droit) pendant laquelle vous ne pouvez prétendre à certaines garanties. Votre tableau des garanties indiquera celles concernées par un délai de carence.
- 1.16 **Diététicien(ne)** : frais engagés pour des conseils en diététique ou en nutrition dispensés par un professionnel de santé agréé et qualifié dans le pays dans lequel les soins sont administrés. Si cette garantie fait partie de votre couverture, seuls les soins en relation avec une pathologie médicale diagnostiquée éligible seront pris en charge.
- 1.17 **Domicile** : il s'agit de la résidence d'une personne située dans un endroit où celle-ci compte vivre de manière permanente et tel qu'il est défini dans le code civil suisse (Schweizerisches Zivilgesetzbuch, Articles 23 – 26, SR 210).
- 1.18 **Ergothérapie** : traitement destiné au bon développement des capacités motrices globales de l'individu, intégration sensorielle, coordination, équilibre et autres aptitudes telles que s'habiller, manger, faire sa toilette, etc., de façon à faciliter la vie au quotidien et à améliorer l'interaction avec le monde physique et social. Un rapport médical sur les avancées du traitement doit être fourni après 20 séances.

## II. Définitions

- 1.19 **Équipements médicaux prescrits** : il s'agit d'appareils médicaux prescrits, médicalement nécessaires, qui remplacent, soutiennent ou complètent les fonctions défaillantes du corps et apportent une aide au fonctionnement physique de la personne assurée dans la vie de tous les jours. En plus de la nécessité médicale (voir la définition 1.36), les conditions suivantes doivent être remplies :
- Permettre la réussite du traitement et l'adaptation au handicap.
  - et
  - tout en accompagnant les soins, aider à soulager la douleur ou permettre un mode de vie plus indépendant.
- Les coûts d'équipements médicaux prescrits dans le cadre de soins palliatifs ou de soins de longue durée (voir définitions 1.62 et 1.59) ne sont pas pris en charge.
- 1.20 **Évacuation médicale** : il s'agit du transport de la personne assurée vers le centre médical adéquat le plus proche par ambulance locale, hélicoptère ou avion. Veuillez vous reporter à la section « Votre couverture » pour plus d'informations.
- 1.21 **Franchise** : correspond à un montant à la charge de l'affilié et qui est déduit de la somme remboursable, applicable par personne et par période d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties. Les franchises peuvent s'appliquer individuellement aux formules Hospitalisation, Médecine courante, Maternité, Dentaire ou Rapatriement, ou bien à une combinaison entre ces couvertures.
- 1.22 **Grefe d'organe** : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes et/ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle osseuse, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursables.
- 1.23 **Grossesse** : période depuis la date du premier diagnostic jusqu'à l'accouchement. Veuillez vous reporter à la section « Votre couverture » pour plus d'informations.
- 1.24 **Honoraires de médecin généraliste** : frais liés au traitement non chirurgical pratiqué ou administré par un médecin généraliste.
- 1.25 **Honoraires de sage-femme** : il s'agit des honoraires facturés par une sage-femme ou une accoucheuse qui, en conformité avec les lois du pays dans lequel les soins sont prodigués, a reçu une formation complète et réussi les examens ou concours la sanctionnant.
- 1.26 **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.
- 1.27 **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 patient pendant la nuit, et pour laquelle une autorisation de sortie est délivrée le jour même.
- 1.28 **Kinésithérapie non prescrite** : soins dispensés par un kinésithérapeute agréé pour lesquels l'ordonnance d'un médecin n'a pas été délivrée avant le début du traitement. Lorsque cette garantie est disponible, la couverture est limitée au nombre de visites indiqué dans votre tableau des garanties. Toute séance supplémentaire au-delà de cette limite doit être prescrite pour que la couverture soit assurée. Le plafond de la garantie « Kinésithérapie prescrite » s'applique à ces séances. La kinésithérapie ne comprend pas les traitements suivants : le Rolfing, les massages, la méthode Pilates, la fangothérapie et la thérapie MILTA.
- 1.29 **Kinésithérapie prescrite** : traitement administré par un kinésithérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin. La kinésithérapie est initialement limitée à 24 séances par pathologie, après lesquelles le patient doit être examiné par le médecin généraliste ayant prescrit ces séances. Si davantage de séances sont requises, un nouveau rapport justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être remis. La kinésithérapie prescrite à la suite à une hospitalisation sera prise en charge sous la garantie « Rééducation ».

- 1.30 **Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris l'examen des yeux** : prise en charge d'un examen réalisé par un optométriste ou un ophtalmologiste (limité à un examen par période d'assurance), ainsi que des lentilles de contact ou des lunettes de correction.
- 1.31 **Maladie** : toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen, un traitement ou qui entraîne une incapacité de travail. Les maladies congénitales sont les pathologies qui sont présentes à la naissance de l'enfant (ATSG, Article 3 « Krankheit »).
- 1.32 **Médecin** : 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.
- 1.33 **Médicaments soumis à prescription médicale** : produits tels que l'insuline, les seringues ou les aiguilles hypodermiques, dont la délivrance nécessite une ordonnance, afin de traiter une maladie dont le diagnostic a été confirmé, ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Ces médicaments doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits.
- 1.34 **Médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires** : médicaments prescrits par un dentiste pour traiter les inflammations ou infections dentaires. Ces médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie et être reconnus par les instances de régulation pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits.
- 1.35 **Membre de la famille** : il s'agit d'un proche au premier degré tel qu'un conjoint, parent, frère, sœur ou enfant, y compris un enfant adopté ou placé, ou l'enfant du conjoint.
- 1.36 **Nécessité médicale** : soins, services et matériels qui sont objectivement définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires par un médecin. Ils doivent :
- Être nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient.
  - Être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient.
  - 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 le confort ou la commodité du patient ou de son 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 l'état médical du patient.
  - 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.

- 1.37 **Nous/Notre/Nos** : AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse).
- 1.38 **Obésité** : elle est diagnostiquée lorsqu'une personne présente un indice de masse corporelle supérieur à 30 (un outil de calcul de l'indice de masse corporelle est disponible sur le site Internet : [www.allianzworldwidecare.com/fr/](http://www.allianzworldwidecare.com/fr/)).
- 1.39 **Oncologie** : fait référence aux honoraires des spécialistes, examens, radiothérapie, chimiothérapie et frais hospitaliers occasionnés dans le cadre d'un traitement du cancer, et ce à compter de l'établissement du diagnostic. Nous couvrons également le coût d'une perruque en cas de perte de cheveux suivant le traitement d'un cancer.

## II. Définitions

- 1.40 **Orthodontie** : usage d'appareils pour corriger une malocclusion et replacer les dents pour un fonctionnement et un alignement corrects. Nous couvrons uniquement les traitements orthodontiques pour lesquels les appareils dentaires métalliques standard et/ou les appareils amovibles standard sont utilisés. Les appareils esthétiques, tels que les appareils dentaires d'orthodontie linguale et les gouttières invisibles, sont couverts à hauteur des frais d'un appareil dentaire métallique standard, et dans la limite du plafond de la garantie « Soins d'orthodontie et prothèses dentaires ».
- 1.41 **Orthophonie** : soins dispensés par un orthophoniste qualifié pour traiter des infirmités physiques diagnostiquées, telles qu'une obstruction nasale, des troubles neurogènes (par exemple parésie de la langue, commotion cérébrale) ou articulaires impliquant la structure buccale (par exemple fente palatine).
- 1.42 **Orthoptie** : thérapie spécifique visant à synchroniser le mouvement des yeux lorsqu'il y a un manque de coordination entre les muscles des yeux.
- 1.43 **Parodontologie** : traitement dentaire dû à une maladie de la gencive.
- 1.44 **Pathologie chronique** : maladie ou blessure qui nécessite, au moins une fois par an, des soins dispensés par un médecin, requiert un contrôle ou suivi (bilan de santé ou traitement), est de nature récurrente, est sans remède identifié et généralement reconnu et répond difficilement à tout type de traitement.
- Veillez consulter la section « Notes » de votre tableau des garanties pour vérifier si les pathologies chroniques sont couvertes.
- 1.45 **Pathologie préexistante** : problème de santé ou problème découlant de ce dernier dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie et qui est indiqué sur le bulletin d'adhésion (Articles 4 et 5 de la VVG). Les pathologies préexistantes doivent être déclarées et sont soumises à une souscription médicale. Si des pathologies préexistantes ne sont pas déclarées, votre police sera annulée (Articles 6 et 98 de la VVG). Veuillez consulter votre police d'assurance pour connaître les pathologies préexistantes qui sont prises en charge.
- 1.46 **Pays d'origine** : il s'agit du pays d'origine de la personne assurée ou pays pour lequel elle possède un passeport.
- 1.47 **Pédicurie-podologie** : il s'agit des soins médicalement nécessaires prodigués par un pédicure-podologue diplômé d'État.
- 1.48 **Période d'assurance** : elle débute à la date d'entrée en vigueur indiquée dans la police d'assurance et s'achève toujours le 31 décembre. Veuillez consulter le Paragraphe 8.b « Durée de vie de votre police » en pages 23-24.
- 1.49 **Personne assurée** : vous et vos ayants droit comme indiqué dans la police d'assurance.
- 1.50 **Police 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.
- 1.51 **Prothèses dentaires** : comprennent les couronnes, inlays, onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collées, bridges, dentures et implants, ainsi que tous les traitements nécessaires et auxiliaires.
- 1.52 **Psychiatrie et psychothérapie** : traitement d'un trouble mental suivi par un psychiatre ou un psychologue clinicien. La pathologie doit être cliniquement grave et non liée à un deuil, problème social ou scolaire, problème d'acculturation ou stress professionnel. Tous les soins de jours ou en hospitalisation doivent comprendre des médicaments soumis à prescription médicale pour soigner la pathologie. La psychothérapie (en hospitalisation ou médecine courante) n'est couverte que si vous ou vos ayants droit avez été diagnostiqués au préalable par un psychiatre et avez été dirigés par ce dernier vers un psychologue clinicien pour un traitement approfondi. La psychothérapie en médecine courante (si comprise dans votre couverture) sera limitée à 10 séances par pathologie, après quoi le traitement devra être examiné à nouveau par le psychiatre l'ayant prescrit. Si davantage de séances sont requises, un rapport justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être remis.
- 1.53 **Quote-part** : pourcentage des frais engagés qui est à votre charge. Les quotes-parts sont applicables par personne, par période d'assurance, sauf indication contraire dans votre tableau des garanties. Certaines formules peuvent également comprendre une quote-part globale par affilié et par période d'assurance, et

lorsque cela sera le cas, le montant sera limité au montant indiqué dans votre tableau des garanties. Les quotes-parts peuvent s'appliquer individuellement aux formules Hospitalisation, Médecine courante, Maternité, Dentaire ou Rapatriement, ou bien à une combinaison entre ces couvertures.

- 1.54 **Rapatriement sanitaire** : il s'agit du transport de la personne assurée vers son pays d'origine dans un centre médical adéquat par ambulance, hélicoptère ou avion. Veuillez vous reporter à la section « Votre couverture » pour plus d'informations.
- 1.55 **Rééducation** : traitements sous la forme d'une combinaison de thérapies, y compris la thérapie physique, l'ergothérapie et l'orthophonie, dans le but de restaurer une forme et/ou une fonction normale après une blessure ou une maladie aiguë. La garantie ne couvre que les traitements commençant dans les 14 jours suivant la sortie d'hôpital après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une maladie aiguë. Les traitements doivent avoir lieu dans un établissement de rééducation agréé.
- 1.56 **Soins à domicile ou dans un centre de convalescence** : soins infirmiers reçus immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation ou de soins de jour en hôpital pour lesquels vous qualifiez. Nous ne rembourserons que le montant de garantie mentionné dans le tableau des garanties s'il est médicalement nécessaire pour l'employé assuré de séjourner dans un centre de convalescence ou qu'une infirmière soit présente à son domicile. Les séjours en station thermale, en centre de cure ou de remise en forme ne sont pas pris en charge.
- 1.57 **Soins dentaires** : sont inclus le bilan dentaire annuel, les plombages simples liés aux caries, les dévitalisations et les médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires.
- 1.58 **Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation** : ils désignent les soins dentaires d'extrême urgence suite à un accident grave et nécessitant une hospitalisation. Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'incident. Veuillez noter que cette garantie ne couvre pas les soins dentaires de routine, la chirurgie dentaire, les prothèses dentaires et les soins d'orthodontie et de parodontologie. Si ces soins sont couverts, ils figureront à part dans le tableau des garanties.
- 1.59 **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. Veuillez noter que les soins dispensés dans un centre de remise en forme ou une station thermale sont exclus.
- 1.60 **Soins orthomoléculaires** : soins ayant pour but de restaurer l'environnement écologique optimal des cellules du corps, en corrigeant les déficiences de niveau moléculaire sur la base d'une biochimie individuelle. Ces soins utilisent des substances naturelles comme les vitamines, les minéraux, les enzymes, les hormones, etc.
- 1.61 **Soins ou traitements ambulatoires/en médecine courante** : traitements pratiqués par un médecin, thérapeute ou spécialiste dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessite pas l'admission du patient dans un hôpital.
- 1.62 **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 et qu'aucun traitement ne peut guérir la maladie, sont pris en charge. Cette garantie prévoit également 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. Veuillez noter que les soins dispensés dans un centre de remise en forme ou une station thermale sont exclus.
- 1.63 **Soins postnatals** : soins médicaux post-partum de routine reçus par la mère jusqu'à six semaines après l'accouchement.
- 1.64 **Soins prénatals** : dépistages et examens de suivi classique nécessaires durant la grossesse. Pour les femmes âgées de 35 ans et plus, cela inclut les tests triples (Bart's) ou quadruples, les tests pour le Spina Bifida, les amniocentèses et les analyses ADN si elles sont directement liées à une amniocentèse couverte par la police d'assurance.

## II. Définitions

- 1.65 **Soin/traitement** : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager une maladie ou une blessure.
- 1.66 **Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation** : somme versée pour l'hébergement et le traitement d'une pathologie médicale couverte par l'assurance de la personne assurée, dans un hôpital qui n'a pas facturé les frais directement à la personne assurée ou à l'assurance. Cette garantie est limitée à la somme et au nombre de nuits mentionnés dans le tableau des garanties, et est versée dès la sortie de l'hôpital.
- 1.67 **Spécialiste** : médecin diplômé possédant les qualifications supplémentaires et l'expérience nécessaires à la pratique d'une spécialité reconnue, ce qui inclut 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. Lorsque ces frais sont couverts, une garantie distincte pour la psychiatrie ou psychothérapie apparaîtra dans le tableau des garanties.
- 1.68 **Spécialiste (honoraires)** : frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin spécialiste.
- 1.69 **Thérapeute** : chiropracteur, ostéopathe, médecin herboriste chinois, homéopathe, acupuncteur, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute ou orthoptiste qualifiés et diplômés en vertu des lois du pays dans lequel le traitement est administré.
- 1.70 **Traitement de la stérilité** : cela comprend l'hystérosalpingographie, la laparoscopie, l'hystérogographie et toute autre procédure de nature invasive nécessaire pour déterminer la cause de la stérilité chez la personne assurée. En cas de fécondation in vitro (FIV), la couverture est limitée au plafond spécifié dans le tableau des garanties. Si la garantie spécifique « Traitement de la stérilité » n'apparaît pas dans le tableau des garanties, la couverture est limitée aux examens non invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité, dans la limite de votre formule Médecine courante (si une formule Médecine courante a été sélectionnée). Veuillez noter que le traitement hospitalier pour des naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée est limité à 39 000 CHF par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.
- 1.71 **Traitement hospitalier** : traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde médicale de l'assuré pendant la nuit.
- 1.72 **Traitement paramédical** : traitement thérapeutique ou diagnostique ne répondant pas aux critères de la médecine occidentale conventionnelle. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour savoir si les traitements suivants sont pris en charge : la chiropraxie, l'ostéopathie, la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie, l'acupuncture et la podologie telles qu'elles sont pratiquées par des thérapeutes agréés.
- 1.73 **Traitement préventif** : traitement entrepris en l'absence de tout symptôme préalable tel que l'ablation d'une excroissance.
- 1.74 **Transport local en ambulance** : il s'agit du transport en ambulance, requis en cas d'urgence ou de nécessité médicale, à destination de l'hôpital ou de l'établissement médical habilité le plus proche et le mieux adapté à la situation.
- 1.75 **Urgence** : apparition d'un problème de santé soudain et imprévu, ou accident qui nécessite une assistance médicale d'urgence immédiate. Seuls les soins commençant dans les 24 heures suivant l'incident seront considérés comme une urgence.
- 1.76 **Vaccinations** : il s'agit de tous les vaccins et rappels exigés ou recommandés par les autorités suisses (Office fédéral de la santé publique, Département fédéral des affaires étrangères) ou dans le pays de destination, ainsi que toute vaccination médicalement nécessaire avant de voyager et la prophylaxie antipaludique. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont inclus.
- 1.77 **Vous/Votre** : la personne assurée indiquée dans la police d'assurance.
- 1.78 **VVG** : cela fait référence à Versicherungsvertragsgesetz, la loi fédérale sur les contrats d'assurance en Suisse.



# III. Exclusions

Bien que la plupart des traitements médicalement nécessaires soient pris en charge, les dépenses liées aux traitements, pathologies et procédures médicales répertoriés ci-dessous sont exclues, sauf indication contraire dans le tableau des garanties ou dans tout autre avenant écrit.

1. Toute forme de **traitement** ou de **médicament** qui nous semble **expérimental** ou dont les effets ne sont pas prouvés conformément aux pratiques médicales généralement reconnues. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de votre couverture.
2. 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 durant votre affiliation à la police.
3. **Les soins et/ou traitements de la toxicomanie ou de l'alcoolisme**, y compris les cures de désintoxication et les traitements pour arrêter de fumer.
4. En **cas de négligence grave ou d'accident dont la cause serait délibérée**, notamment lors de consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, le versement des garanties peut être réduit ou rejeté dans certains cas graves.
5. Les soins ou traitements des maladies causées **intentionnellement ou des blessures auto-infligées**, y compris les tentatives de suicide.
6. **Les traitements paramédicaux**, à l'exception des méthodes de traitement indiquées dans le tableau des garanties.
7. Toute **consultation pratiquée**, de même que **tout médicament ou soin prescrit par vous, votre conjoint, par l'un de vos parents ou l'un de vos enfants**.
8. Les coûts liés à des traitements ambulatoires de psychothérapie avec **un thérapeute ou conseiller familial**.
9. **Les facettes dentaires** et procédures connexes.

10. **Le retard de développement**, sauf si l'enfant n'a pas atteint le niveau de développement prévu pour un enfant de son âge dans le domaine cognitif ou physique. Les traitements ne sont pas pris en charge lorsque le développement de l'enfant est légèrement ou temporairement en retard. Le retard de développement, cognitif et/ou physique, doit avoir été mesuré quantitativement par une personne qualifiée et avoir été estimé à 12 mois.
11. Les dépenses occasionnées lors de **l'acquisition d'un organe**, telles que la recherche d'un donneur, les tests de compatibilité, la collecte, le transport et les frais administratifs.
12. Les frais engendrés par des **complications causées directement par une maladie, une blessure ou un traitement non pris en charge** par votre couverture.
13. **Les tests génétiques**, à moins que des tests génétiques spécifiques ne fassent partie de votre couverture, et à l'exception des tests d'ADN directement liés à une amniocentèse, à savoir pour les femmes âgées de 35 ans ou plus. Les tests pour les récepteurs génétiques tumoraux sont couverts.
14. **La visite à domicile** d'un médecin à moins que celle-ci n'ait été rendue nécessaire par l'apparition soudaine d'une maladie empêchant l'assuré de se rendre chez un médecin généraliste, spécialiste ou tout autre thérapeute.
15. **Le traitement de la stérilité**, y compris la procréation médicalement assistée ou toute conséquence négative, sauf si une garantie spécifique est prévue ou si vous avez sélectionné une formule Médecine courante (par laquelle la couverture est limitée aux examens non-invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité, dans les limites de votre formule Médecine courante).
16. 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.
17. Les tests et traitements liés à **l'obésité**.
18. Les diagnostics, traitements ou complications liés à la **stérilisation, à des dysfonctionnements sexuels** (à moins que ce trouble ne soit lié à une prostatectomie totale à la suite de l'opération d'un cancer) et à la **contraception**, y compris l'insertion ou l'extraction d'appareils contraceptifs et tout autre contraceptif, même s'ils sont prescrits pour des raisons médicales. La seule exception à cette exclusion est la prescription de contraceptifs pour soigner l'acné, s'ils sont prescrits par un dermatologue.
19. Les évacuations médicales/rapatriements depuis un **navire en mer** vers un centre médical sur la terre ferme.

20. **Les honoraires de médecin** pour remplir le **formulaire de demande de remboursement** ou d'autres frais administratifs.
21. **Les soins orthomoléculaires** (veuillez consulter la définition 1.60).
22. Les cours **pré et postnataux**.
23. **Les pathologies préexistantes** (y compris les pathologies préexistantes chroniques, voir la définition 1.45).
24. Les produits classés comme **vitamines ou minéraux** (sauf au cours d'une grossesse ou pour traiter une déficience clinique majeure en vitamines), de même que les compléments alimentaires tels que les laits maternisés et les produits cosmétiques spéciaux, même lorsque ceux-ci ont été médicalement recommandés ou prescrits, ou bien reconnus pour avoir des effets thérapeutiques. Les frais de consultations auprès de nutritionnistes ou diététiciens ne sont pas couverts, à moins qu'une garantie spécifique n'apparaisse dans votre tableau des garanties.
25. Les médicaments qui peuvent être achetés **sans ordonnance**.
26. Toute opération ou traitement lié à un **changement de sexe**.
27. 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.
28. **L'orthophonie** pour traiter le retard de développement, la dyslexie, la dyspraxie ou les troubles du langage et de l'expression.
29. **Les frais de transport** vers et depuis les établissements médicaux (dont les frais de parking) pour un traitement pris en charge, sauf les frais de transport couverts par les garanties « Transport local en ambulance », « Évacuation médicale » et « Rapatriement sanitaire ».
30. **L'interruption volontaire de grossesse**, sauf en cas de danger pour la vie de la femme enceinte.
31. Tout traitement directement lié à la **gestation pour autrui**, que vous soyez la mère porteuse ou le parent d'accueil.
32. Le traitement des maladies ou des blessures, ainsi que les cas de décès suite à des **actes de guerre et incidents (que la guerre ait été déclarée ou non), des émeutes, des désordres civils, des actes terroristes, des actes criminels ou des actes illégaux**.
33. 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.

34. Le traitement des troubles du comportement ou de l'attention, de l'hyperactivité, des troubles du spectre autistique, des troubles de l'opposition et du défi, des comportements antisociaux, des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles phobiques, des troubles affectifs, des troubles d'adaptation, des troubles alimentaires, des troubles de la personnalité ainsi que tout traitement qui encourage des relations socio-émotionnelles positives tel que la **thérapie familiale**, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.
35. **Traitement des troubles du sommeil**, y compris l'insomnie, l'apnée obstructive du sommeil, la narcolepsie, le ronflement et le bruxisme.
36. Les traitements ou procédures diagnostiques pour **des blessures résultant d'une participation à des activités sportives professionnelles**.
37. Tout traitement **en dehors de la zone géographique de couverture**, à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence.
38. Le traitement nécessaire suite à **l'échec de la recherche ou du suivi d'un conseil médical**.
39. Le traitement nécessaire suite à **une erreur médicale**.
40. **Les tests triples (Bart's) ou Quadruples, ou les tests pour le Spina Bifida**, hormis pour les femmes de 35 ans ou plus.
41. **Le dosage des marqueurs tumoraux**, à moins que le cancer spécifique en question ne vous ait été diagnostiqué précédemment. Dans ce cas, la couverture est assurée par la garantie « Oncologie ».
42. **Les traitements, frais et procédures suivants, et toute conséquence négative** ou complication en résultant, sauf indication contraire dans le tableau des garanties :
  - 42.1 Grossesse et accouchement.
  - 42.2 Soins dentaires, chirurgie dentaire, parodontologie, orthodontie et prothèses dentaires, à l'exception de la stomatologie et de la chirurgie maxillo-faciale, qui sont couvertes dans la limite du plafond global de votre formule Hospitalisation.
  - 42.3 Frais de diététicien(ne).
  - 42.4 Soins dentaires d'urgence.
  - 42.5 Frais d'une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié.
  - 42.6 Bilan de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies.
  - 42.7 Accouchement à domicile.
  - 42.8 Traitement de la stérilité.
  - 42.9 Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier.
  - 42.10 Correction visuelle au laser.

- 42.11 Rapatriement sanitaire.
- 42.12 Greffe d'organe.
- 42.13 Psychiatrie et psychothérapie en médecine courante.
- 42.14 Soins en médecine courante.
- 42.15 Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris les examens des yeux.
- 42.16 Aides médicales prescrites.
- 42.17 Traitement préventif.
- 42.18 Rééducation.
- 42.19 Maternité et complications à l'accouchement.
- 42.20 Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/rapatriement.
- 42.21 Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps.
- 42.22 Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille qui est en danger de mort ou décédé.
- 42.23 Vaccinations.

# IV. Conditions générales

Les conditions générales importantes qui s'appliquent à votre police sont détaillées ci-dessous :

- 1. Loi applicable :** Sauf indication contraire dans la réglementation obligatoire, votre affiliation est régie par le droit suisse, notamment par la loi fédérale sur les contrats d'assurance « Versicherungsvertragsgesetz, VVG ». Tout litige ne pouvant être résolu à l'amiable sera réglé par les tribunaux suisses là où se trouve le domicile de la personne assurée (ou toute personne autorisée à effectuer cette démarche) ou au domicile de l'assureur.
- 2. Prescription :** Toutes actions juridiques découlant de cette police sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (Article 46 de la VVG).
- 3. Sanctions applicables :** Cette police ne peut assurer aucune couverture ou garantie, dans la mesure où la couverture ou garantie serait en violation de toute loi répressive ou réglementations des Nations unies, de l'Union européenne, de la Suisse ou de toutes autres lois ou régulations sur les sanctions économiques ou commerciales.
- 4. Protection des données**
  - a. Le traitement des données personnelles est une composante essentielle des activités d'assurance. Dans le cadre de ces opérations de traitement, nous veillons à respecter la loi fédérale sur la protection des données (LPD). Si besoin est, nous demanderons l'autorisation nécessaire à la personne assurée pour traiter les données. Les données personnelles que nous traitons sont utilisées à des fins de préparation de devis, de souscription de polices, de collecte des primes, de remboursement et à d'autres fins directement liées à la gestion des polices, conformément à l'assurance. Les informations de l'assuré proviennent en premier lieu de la demande d'adhésion. Nous traitons aussi les données personnelles dans le but d'améliorer les produits et à des fins marketing internes.
  - b. Afin de proposer une assurance complète et abordable, nos services peuvent être partiellement fournis par des entreprises juridiquement indépendantes sur le territoire national comme à l'étranger. Il peut s'agir d'entreprises faisant partie du groupe Allianz ou de partenaires. Dans le but de respecter nos obligations contractuelles, nous sommes dans l'obligation d'échanger les données au sein du groupe, mais également avec l'extérieur. Nous conservons les données sous formes électronique et physique conformément aux dispositions légales. En vertu de la loi fédérale sur la protection des données, les assurés dont nous traitons les données ont le droit de demander si nous traitons effectivement leurs données, et lesquelles. Ils peuvent également demander la rectification de données incorrectes.
- 5. Votre droit de résilier**
  - a. 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 votre police. La date la plus récente prévaudra. Pour en savoir plus sur les modifications des primes, veuillez consulter le Paragraphe 6 (« Primes »).

- b. Vous ne pouvez pas antidater la résiliation de votre souscription.
- c. 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](mailto: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.
- d. Si vous annulez votre contrat pendant ces 30 jours, vous pourrez obtenir un remboursement des primes payées pour les personnes assurées (pour plus d'informations, veuillez consulter le Paragraphe 6 « Primes »).
- e. Si le contenu de la police ou les changements ne correspondent pas à l'accord passé entre la personne assurée et l'assureur, le titulaire de la police doit, le cas échéant, demander la rectification dans les quatre semaines qui suivent la réception des conditions générales de la police. Si la personne assurée n'effectue pas de demande de rectification du contenu, le contenu sera considéré comme accepté par la personne assurée (Article 12 de la VVG).

## 6. Primes

- a. Les primes pour chaque période d'assurance sont calculées en fonction de l'âge de chaque affilié au premier jour de la période d'assurance, de leur 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.
- b. En acceptant la couverture, vous acceptez de payer la prime indiquée sur le devis, par la méthode de paiement indiquée. Vous pouvez choisir de payer chaque mois, chaque trimestre, tous les six mois ou en une seule fois, en fonction du mode de paiement sélectionné. En cas de différence entre le prix accordé et votre facture, veuillez nous contacter au plus vite. Nous ne sommes pas responsables des paiements effectués par le biais de tierces personnes.
- c. Les dates de paiement suivantes s'appliquent :

Fréquence de paiement :	Date d'échéance :
Mensuelle	Le premier jour de chaque mois
Trimestrielle	Le premier jour de chaque trimestre
Semestrielle	Le 1 <sup>er</sup> juillet et le 1 <sup>er</sup> janvier
Annuelle	Le 1 <sup>er</sup> janvier

## IV. Conditions générales

- d. Si votre assurance commence en cours d'année, le paiement de la prime en partie ou en totalité (selon la fréquence de paiement sélectionnée) sera dû le premier jour de votre couverture d'assurance.
- e. Si la totalité de la prime initiale ou ultérieure n'est pas payée dans les temps, nous suspendrons votre couverture 14 jours après l'envoi de notre dernière lettre de rappel (Articles 20-21 de la VVG). Si nous n'engageons pas de poursuite légale pour recouvrer le montant dû, votre police sera considérée comme automatiquement résiliée deux mois après l'expiration de la période de préavis de 14 jours (Articles 20-21 de la VVG) et aucune autre lettre d'annulation ne vous sera envoyée.
- f. La prime peut être modifiée annuellement en raison de l'évolution du coût des soins médicaux et des sinistres. Nous vous informerons du montant de la nouvelle prime avant le 31 octobre. Si vous souhaitez annuler votre couverture, vous devrez nous en informer par écrit avant le dernier jour ouvrable de novembre.
- g. En cas de résiliation anticipée ou d'annulation du contrat d'assurance, l'Article 24 de la VVG s'appliquera.
- h. La prime ne saurait être utilisée comme compensation en cas de réclamation intentée à notre encontre.
- i. Votre prime doit être payée en CHF. Si vous êtes dans l'incapacité de payer votre prime pour quelque raison que ce soit, veuillez nous contacter au +353 1 630 1303. Les modalités de paiement peuvent être modifiées lors du renouvellement de la police et pour cela les instructions doivent nous parvenir par écrit au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre.

## 7. Changement de pays de résidence

- a. Nous devons être informés de tout changement de pays de résidence. Ce changement peut avoir des conséquences sur votre couverture ou votre prime d'assurance, même si vous déménagez dans un pays situé à l'intérieur de votre zone de couverture. Votre couverture existante n'est pas valide si vous déménagez dans un pays en dehors de votre zone de couverture.
- b. Il est important de noter que dans certains pays, les couvertures sont soumises à des restrictions légales en matière d'assurance santé locale, 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. Par exemple, pour les personnes résidant en Suisse, notre couverture santé ne saurait constituer un substitut légal adéquat à l'assurance santé suisse obligatoire (LaMAL).



## 8. Durée de vie de votre police

- a. Veuillez noter qu'à expiration de votre police, vous n'avez plus droit au remboursement de vos frais médicaux. Les frais couverts par la police d'assurance et engagés durant la période de couverture seront remboursés pendant une durée maximale de deux ans après la date de traitement. Cependant, les traitements en cours ou les soins complémentaires nécessaires après la date d'expiration ne seront plus pris en charge.
- b. Le contrat d'assurance expire le 31 décembre de chaque année. Le contrat est renouvelé par reconduction tacite pour une durée d'un an.
- c. Vous pouvez annuler votre contrat sous réserve d'un préavis de trois mois à la fin de l'année civile. Votre préavis est valable s'il a été envoyé par lettre recommandée avant expiration de la période de préavis, au plus tard le 30 septembre.
- d. Veuillez nous informer si vous n'êtes pas ou plus couvert par l'assurance-maladie et l'assurance-accidents suisses obligatoires. Veuillez noter que nous nous réservons le droit d'annuler le contrat d'assurance, le cas échéant.

Nous sommes uniquement responsables des frais qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie et l'assurance-accidents suisses obligatoires. Si vous ne bénéficiez pas ou ne bénéficiez plus d'une telle couverture, ou si vous ne qualifiez pas pour une telle couverture, nous ne serons pas responsables des frais qui auraient été pris en charge par l'assurance-maladie et l'assurance-accidents suisses obligatoires pour la Suisse.

- e. Nous renonçons au droit statutaire de résilier le contrat ou en cas de sinistre (Article 42 de la VVG). Votre droit de résiliation reste inchangé.
- f. Veuillez nous informer par écrit sous 28 jours, en cas de décès du souscripteur ou d'un ayant droit.

Pour les remboursements des primes, veuillez consulter le Paragraphe 6.g sur les « Primes »

Si la personne décédée est le souscripteur, le premier ayant droit indiqué dans la police d'assurance pourra nous faire parvenir une demande pour devenir le souscripteur (s'il a l'âge requis et souhaite continuer à bénéficier de la couverture). Il peut ajouter les autres ayants droit à sa police. Si la demande de souscription est effectuée dans les 28 jours, nous pourrions, à notre discrétion, ne pas ajouter d'autres restrictions ou exclusions qui leur seraient spécifiques, en plus des restrictions ou exclusions déjà en application au moment du décès du souscripteur.

- g. En accord avec la loi suisse, nous pouvons annuler votre contrat d'assurance en cas de fraude ou dissimulation de faits de la part de la personne assurée. En cas de dissimulation de faits, nous pouvons annuler votre contrat d'assurance selon les Articles 4-6 de la VVG et

#### IV. Conditions générales

l'Article 40 de la VVG. Nous vous informerons par écrit de l'annulation de votre police dans les quatre semaines qui suivent la date de découverte de la dissimulation des faits (Article 6 de la VVG). Veuillez également consulter le Paragraphe 21 sur la « Fraude et dissimulation de faits ».

- h. Votre couverture sera annulée si vous exercez votre droit de résilier indiquée dans la clause « Votre droit de résilier » (Paragraphe 5).
- i. Veuillez noter que si votre affiliation prend fin, la couverture des ayants droit se terminera également.

#### 9. Demandes de remboursement

- a. Toutes les demandes de remboursement doivent être envoyées au plus tard deux ans après la date de traitement. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler ces demandes (Article 46 de la VVG).
- b. Votre demande de remboursement sera traitée dans les quatre semaines à compter de la réception (Article 41 de la VVG).
- c. Veuillez utiliser un formulaire de demande de remboursement différent par personne et par pathologie médicale.
- d. Il est de votre responsabilité de garder tous les justificatifs originaux lorsque vous nous envoyez des copies (par ex. reçus de factures médicales). Dans le cadre de nos procédures d'audit, nous nous réservons le droit de vous demander les originaux de ces documents/reçus pendant les 12 mois suivant le traitement d'une demande de remboursement. Nous nous réservons également le droit de vous demander de nous fournir une preuve de paiement de vos frais médicaux (par ex. relevé de compte bancaire ou relevé de carte bancaire). Nous vous recommandons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.
- e. Lorsque le montant de la demande de remboursement est inférieur à celui de la franchise de votre formule, conservez toutes les demandes de remboursement et les reçus en rapport avec les soins en médecine courante jusqu'à ce que le montant total soit supérieur à celui de votre franchise. Envoyez-nous ensuite tous les formulaires ainsi que tous les reçus et factures justificatifs.
- f. Veuillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez être remboursé sur le formulaire de demande de remboursement. Il arrive parfois que les réglementations bancaires internationales ne nous autorisent pas à effectuer un paiement dans la devise que vous avez demandée. Dans ce cas, chaque demande sera étudiée au cas par cas pour identifier une devise de paiement adaptée. Si nous devons effectuer une conversion d'une devise vers une autre, nous utiliserons le taux de change appliqué à la date d'émission des factures.

- g. Seuls les frais des traitements pour lesquels vous qualifiez seront remboursés, selon les conditions de votre police et en prenant en compte toute entente préalable requise. Toutes franchises ou quotes-parts indiquées dans le tableau des garanties seront prises en compte lors du calcul du montant à rembourser.
- h. Si vous devez verser un acompte avant le début d'un traitement médical, les frais engagés ne seront remboursables que lorsque le traitement aura eu lieu.
- i. Vous et vos ayants droit vous engagez à nous fournir tous les éléments nécessaires au traitement d'une demande de remboursement. Avec votre accord préalable, 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 représentant médical. 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 respectiez pas ces engagements.

**10. Entente préalable :** Les garanties dont vous bénéficiez et pour lesquelles une préautorisation est nécessaire apparaissent dans votre tableau des garanties. La préautorisation se fait par le biais d'un formulaire d'entente préalable. Si l'entente préalable n'est pas obtenue :

- a. Et si, par la suite, les soins reçus s'avèrent ne pas avoir été médicalement nécessaires, nous nous réservons le droit de rejeter votre demande de remboursement.
- b. Pour les garanties numérotées 1 dans le tableau des garanties, nous nous réservons le droit de rejeter votre demande de remboursement. S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que 80 % de la garantie pour laquelle vous qualifiez.
- c. Pour les garanties numérotées 2 dans le tableau des garanties, nous nous réservons le droit de rejeter votre demande de remboursement. S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que 50 % de la garantie pour laquelle vous qualifiez.

**11. Réclamations :** Si vous souhaitez nous faire part de vos commentaires ou faire une réclamation, contactez en premier lieu le service téléphonique d'Allianz Worldwide Care (+ 353 1 630 1303). Si nous ne sommes pas en mesure de résoudre le problème par téléphone, veuillez nous écrire à :

E-mail : [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)  
Courrier : Customer Advocacy Team, Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.

## IV. Conditions générales

Nous traiterons votre réclamation conformément à notre procédure interne de traitement des réclamations. Pour plus d'informations, rendez-vous sur : [www.allianzworldwidecare.com/fr/procedure-de-traitement-des-reclamations/](http://www.allianzworldwidecare.com/fr/procedure-de-traitement-des-reclamations/). Vous pouvez également contacter notre service téléphonique pour obtenir un exemplaire de cette procédure.

Si vous n'êtes pas satisfait de la façon dont nous avons traité votre problème et que vous souhaitez y donner suite, vous pourrez transmettre votre plainte au Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA / Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA.

Adresse : Postfach 2646, 8022 Zürich

Veillez noter que cela n'affecte pas vos droits statutaires dans le cadre de la loi suisse ou vos droits de porter l'affaire devant les tribunaux suisses.

**12. 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 lors de l'envoi de ces documents.

Si vous souhaitez nous contacter par voie postale, veuillez adresse votre courrier à l'adresse suivante : AWP P&C S.A., Wallisellen branch (Switzerland), Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen.

**13. Autres parties :** Aucune autre personne (à l'exception d'un représentant désigné) n'est autorisée à effectuer ou confirmer toute modification de votre affiliation en votre nom, ou décider de ne pas faire respecter nos droits. Pour être valide, toute modification de votre souscription doit être confirmée par écrit par nos services.

**14. 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.

**15. Communication avec les ayants droit :** Dans le cadre de l'administration de votre police d'assurance, nous pouvons être amenés à demander des informations complémentaires. Si nous devons communiquer au sujet d'un ayant droit inclus dans la police (par exemple si des informations complémentaires sont nécessaires pour traiter une demande de remboursement), nous pourrons contacter l'assuré principal, qui agit au nom de et pour le compte de ses ayants droit, afin qu'il nous fournisse les informations nécessaires. De la même manière, dans le but d'administrer les demandes de remboursement, toute information en lien avec une personne couverte par la police pourra être envoyée directement à l'assuré principal.

### **16. Ajouter un ayant droit**

- a. Vous pouvez demander l'ajout des membres de votre famille à la police en complétant le bulletin d'adhésion approprié.

- b. Les nouveau-nés (à l'exception des naissances multiples, et des enfants adoptés et placés dans une famille d'accueil) sont couverts dès la naissance sans souscription médicale, à condition que nous en soyons informés dans les quatre semaines suivant la date de naissance et que l'un des parents biologiques ou parents d'accueil (en cas de gestation pour autrui) ait été assuré chez nous depuis au moins six mois consécutifs. Pour nous informer de votre intention d'ajouter un nouveau-né à votre police, veuillez adresser une requête écrite accompagnée d'une photocopie de l'acte de naissance à notre équipe des souscriptions par e-mail à : [underwriting@allianzworldwidecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidecare.com)
- c. Si nous en sommes informés plus de quatre semaines après la naissance, les nouveau-nés feront l'objet d'une souscription médicale complète et ne seront couverts qu'à la date de notre acceptation. Veuillez noter que tous les enfants issus de naissances multiples, les enfants adoptés et placés dans une famille d'accueil, seront soumis à une souscription médicale complète.
- d. Suite à l'acceptation de notre département de souscription médicale, nous vous enverrons une nouvelle police d'assurance pour prendre en compte l'ajout du nouvel ayant droit. Ce certificat remplacera toute autre version en votre possession, à partir de la date d'effet indiquée sur la nouvelle police d'assurance.

**17. Changement de souscripteur :** Si vous souhaitez modifier le souscripteur lors du renouvellement, le nouveau souscripteur devra compléter 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 le Paragraphe 8).

**18. Cas de force majeure :** Nous ne pouvons être tenus responsables pour tout manquement ou retard dans l'exécution de nos obligations sous les conditions de cette police, dû aux événements incalculables, imprévisibles, ou inévitables suivants : des 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, expropriations par les autorités gouvernementales.

**19. Responsabilité :** Notre responsabilité vis-à-vis des personnes assurées se limite aux montants figurant dans le tableau des garanties et dans tout avenant au contrat. En aucun cas, le montant du remboursement, que ce soit selon les conditions de la police d'assurance, des couvertures médicales publiques ou de toute autre assurance n'excédera le montant des frais indiqués sur la facture.

## **20. Subsidiarité et prestations de tierces parties**

- a. Nous remplissons nos obligations/fournissons nos prestations d'assurance à la suite du remboursement des garanties effectué par les assureurs sociaux, autres assureurs privés ou autres parties responsables. Si d'autres assureurs privés sont également responsables

du versement de prestations suivant le remboursement effectué par d'autres parties, nous devons verser les garanties fondées sur la somme assurée par nos soins, dans la proportion de la somme totale assurée (par tous les assureurs responsables). Si un assureur social est tenu responsable et que nous avons fourni une couverture d'assurance initiale, nous avons le droit d'exiger le remboursement de votre part ou auprès de l'assureur sociale.

- b. Si des tiers responsables ont pour obligation de verser des prestations suite à une maladie ou un accident, nous garantissons uniquement le versement des prestations comme paiements anticipés et sous réserve que la personne assurée nous transmettent ses droits contre des tiers responsables jusqu'à concurrence de la somme que nous assurons. Si la personne assurée passe un accord avec le tiers responsable, selon lequel elle renonce en partie ou en totalité à ses droits à une indemnité ou une compensation, sans notre consentement, cela entraîne la nullité de ses droits aux prestations auprès de nos services.

### **21. Fraude et dissimulation de faits**

- a. Si vous ou vos ayants droit communiquez des faits erronés ou omettez de divulguer des faits matériels qui ont une incidence sur notre estimation du risque et qui devraient être indiqués sur le bulletin d'adhésion approprié, votre contrat d'assurance pourra être annulé. Nous vous informerons par écrit de l'annulation de votre police dans les quatre semaines qui suivent la date de découverte de la dissimulation des faits (Article 6 de la VVG)
- b. Si le contrat est annulé en raison d'une déclaration de faits erronés ou d'une dissimulation de faits matériels (conformément à l'Article 6 de la VVG), la prime sera remboursée.
- c. Dans le cas où une demande de remboursement s'avère fausse, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou si des dispositifs ou moyens 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 la police d'assurance, nous ne rembourserons pas ce sinistre.
- d. Dans le cas où une demande de remboursement s'avère frauduleuse, nous annulerons le contrat par écrit à compter de la date de découverte de l'acte frauduleux et l'assureur pourra exiger le remboursement de tout montant versé dans le cadre de cette demande (Article 40 de la VVG).



# L'essentiel de votre couverture

*Vous pouvez détacher cette partie si vous souhaitez garder avec vous les informations les plus importantes. Votre couverture est soumise aux définitions, exclusions et plafonds détaillés dans les conditions générales.*

Allianz 

# Se faire soigner

## Traitements en Suisse

Si vous devez obtenir une entente préalable pour des soins en hospitalisation, vous souhaitez des informations sur le traitement d'une demande de remboursement ou vous avez besoin d'aide pour des soins dispensés en Suisse, veuillez contacter votre assureur local (dont les coordonnées sont indiquées à la fin de ce guide).

## Traitements en dehors de Suisse

En premier lieu, veuillez vérifier si le traitement est pris en charge par votre couverture. Les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre tableau des garanties. Vous pouvez également contacter notre service téléphonique pour toute question.

### Une préautorisation est nécessaire pour certains traitements

Une préautorisation doit être obtenue par le biais d'un formulaire d'entente préalable pour les traitements/garanties suivants :

- Ensemble des garanties hospitalières répertoriées (si vous devez passer la nuit à l'hôpital).
- Hospitalisation de jour.
- Frais d'une personne accompagnant un assuré évacué ou rapatrié.
- Dialyse rénale.
- Soins de longue durée.
- Évacuation médicale (ou rapatriement si couvert).
- IRM (imagerie par résonance magnétique). L'entente préalable est nécessaire uniquement pour un règlement direct au prestataire.
- Soins à domicile ou dans un centre de convalescence.
- Ergothérapie (préautorisation nécessaire pour les soins ambulatoires uniquement).
- Oncologie (préautorisation nécessaire pour les soins ambulatoires uniquement).
- Chirurgie préventive.
- Chirurgie ambulatoire.
- Soins palliatifs.
- Tomographie (par émission de positons) et scanographie-tomographie.
- Rééducation.
- Rapatriement du corps.
- Maternité et complications de grossesse et à l'accouchement (préautorisation nécessaire pour les soins en hospitalisation uniquement).
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation (ou rapatriement si couvert).
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps.

*Le formulaire d'entente préalable nous permet d'évaluer chaque cas et de faciliter le règlement direct avec l'hôpital. Veuillez noter que nous pouvons refuser une demande de remboursement en l'absence d'entente préalable. Veuillez vous rendre en page 25 de ce guide pour plus d'informations.*



## Évacuations et Rapatriements

Dès que vous pressentez qu'une évacuation ou un rapatriement est nécessaire, contactez notre service téléphonique disponible 24 h/24 (coordonnées au dos de cette partie détachable) et nous nous occuperons de tout. Étant donné le caractère urgent d'une évacuation ou d'un rapatriement, il est préférable de nous contacter par téléphone. Vous pouvez toutefois nous contacter par e-mail à l'adresse suivante : [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com). Veuillez indiquer en objet de votre message « Urgent - Évacuation/Rapatriement ». Pour éviter une augmentation des frais et des retards inutiles lors des procédures d'évacuation, veuillez nous contacter avant de contacter d'autres prestataires, même si ceux-ci vous contactent directement. Si l'évacuation/rapatriement n'est pas organisé(e) par nos soins, nous nous réservons le droit de rejeter toute demande de remboursement des frais.

## Soins hospitaliers

1. Téléchargez le formulaire d'entente préalable depuis notre site Internet : [www.allianzworldwidecare.com/fr/](http://www.allianzworldwidecare.com/fr/)
2. Envoyez-nous ce formulaire dûment complété au moins cinq jours ouvrables avant le début du traitement par :
  - E-mail, après avoir numérisé le document à : [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com)
  - Fax au : + 353 1 653 1780, ou par la poste à l'adresse indiquée sur le formulaire.
  - Si les soins doivent avoir lieu dans les 72 heures, notre service d'assistance téléphonique pourra remplir le formulaire d'entente préalable par téléphone.

### En cas d'urgence :

1. Recevez les soins d'urgence dont vous avez besoin, et appelez-nous si vous avez besoin d'aide ou de soutien.
2. Vous-même, votre médecin, ou un ayant droit devez appeler notre service téléphonique (dans les 48 heures suivant l'urgence) pour nous informer de votre hospitalisation. Les informations du formulaire d'entente préalable pourront être recueillies par téléphone lorsque vous nous appelez.



## Soins ambulatoires et dentaires

Veillez régler les frais des consultations ambulatoires directement auprès des médecins, dentistes ou spécialistes, et envoyez-nous ensuite une demande de remboursement.

Pour ce faire, téléchargez un formulaire de demande de remboursement depuis notre site internet : [www.allianzworldwidecare.com/fr/ressources/view/ressources-pour-les-affilies/](http://www.allianzworldwidecare.com/fr/ressources/view/ressources-pour-les-affilies/) et suivez les instructions ci-dessous :

1. Obtenez une facture du médecin/dentiste, indiquant votre nom, la (les) date(s) de traitement, le diagnostic/problème de santé pour lequel vous êtes traité, la date d'apparition des symptômes, la nature du traitement et les frais payés.
2. Remplissez les sections 1 à 4 et 7 du formulaire de demande de remboursement. Les sections 5 à 6 du formulaire de demande de remboursement ne doivent être complétées par le médecin/dentiste que si la facture n'indique pas le diagnostic et la nature des soins.
3. Envoyez-nous le formulaire et les originaux des documents justificatifs, des factures et des reçus, par :
  - Par email, après avoir numérisé le document à : [claims@allianzworldwidecare.com](mailto:claims@allianzworldwidecare.com)
  - Fax au : + 353 1 645 4033, ou par la poste à l'adresse indiquée sur le formulaire.

*En l'absence de diagnostic, nous ne pourrions traiter votre demande rapidement car nous devons nous procurer les renseignements nécessaires auprès de vous ou de votre médecin.*

*Nous pouvons traiter votre demande et adresser les instructions de paiement à votre banque en moins de 48 heures lorsque nous avons reçu toutes les informations nécessaires. Un e-mail ou une lettre vous sera envoyé pour vous informer du traitement de votre demande de remboursement.*

*Veillez consulter la section « Demandes de remboursement » en pages 24-25 de ce guide pour plus d'informations.*

## Soins aux États-Unis

Si vous bénéficiez d'une couverture « Mondiale » et si vous souhaitez localiser un prestataire médical aux États-Unis, rendez-vous sur : [www.allianzworldwidecare.com/olympus](http://www.allianzworldwidecare.com/olympus). Si vous avez des questions à propos d'un prestataire médical ou si vous avez sélectionné un prestataire et souhaitez obtenir un rendez-vous, veuillez composer le (+1) 800 541 1983 (gratuit depuis les États-Unis). Vous pouvez aussi demander une carte de réduction en pharmacie auprès d'Olympus, qui peut être utilisée à chaque fois que vos médicaments sur ordonnance ne sont pas pris en charge par votre police d'assurance santé. Pour vous enregistrer et obtenir cette carte, veuillez vous rendre sur [members.omhc.com/awc/prescriptions.html](http://members.omhc.com/awc/prescriptions.html) et cliquer sur « Print Discount Card ».

# Services utiles

**Vous pouvez accéder aux services en ligne réservés aux affiliés en vous rendant sur : [www.allianzworldwidecare.com/fr/ressources/view/ressources-pour-les-affilies/](http://www.allianzworldwidecare.com/fr/ressources/view/ressources-pour-les-affilies/). Vous pourrez y rechercher des prestataires médicaux, télécharger des formulaires et vous avez également accès à une gamme de ressources dédiées à la santé et au bien-être. Veuillez noter que vous n'êtes pas limité aux prestataires figurant sur notre site internet.**



# Coordonnées

## **KPT (pour toute demande d'informations et d'assistance pour les traitements en Suisse) :**

Par téléphone : + 41 (0)58 310 98 25  
E-mail : awc.member@kpt.ch  
Fax : + 41 (0)58 310 88 25

Adresse : KPT/CPT, Team International 2, Postfach,  
CH-3001 Bern.

## **Allianz Worldwide Care (pour toute demande d'informations et d'assistance pour les traitements en dehors de Suisse, les évacuations et les rapatriements) :**

Assistance téléphonique 24 h/24, 7 j/7 : + 353 1 630 1303  
E-mail : client.services@allianzworldwidecare.com  
Fax : + 353 1 630 1306

[www.allianz-assistance.ch/individual-family-healthcare](http://www.allianz-assistance.ch/individual-family-healthcare)

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

*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.*

Le souscripteur de votre assurance VVG est AWP P&C S.A, Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse), la succursale suisse d'AWP P&C S.A, Saint-Ouen, France, une société anonyme régie par le Code des assurances. No. 519 490 080 RCS Paris. Succursale suisse enregistrée à Zürich. No.:CHE-115.393.016, adresse : Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorfallee 3, CH-3000 Bern 22, registered BAG Nr. 376, fournit des services d'administration en Suisse.

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 agit en tant que réassureur des polices VVG, fournit des services d'administration et une assistance technique en dehors de la Suisse. AWP Health & Life SA exerce sous la dénomination commerciale d'Allianz Worldwide Care.