



Guide des conditions générales pour contrats collectifs

Assurances santé internationales pour la France, le Benelux ou Monaco

Notice d'information

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022

Bienvenue

Vous et votre famille pouvez compter sur Allianz Care, votre compagnie d'assurances santé internationales, pour vous donner accès aux meilleurs soins possibles.

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

Comment utiliser votre couverture ?

Services d'assistance	5
Comment fonctionne votre couverture ?	16
Besoin de recevoir des soins ?	20
Informations supplémentaires concernant les demandes de remboursement de vos dépenses	25

Conditions générales de votre couverture

Gestion de votre police	30
Paieiment des primes	36
Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture	38
Protection des données	42
Procédure de résolution des réclamations et litiges	43
Définitions	44
Exclusions	57

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

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. Enregistrée en France : au RCS de Bobigny sous le numéro 401 154 679. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

Comment utiliser votre couverture ?



Services d'assistance


Nous souhaitons vous offrir le service de qualité supérieure que vous méritez.

Dans les pages suivantes, nous décrivons l'ensemble des services que nous proposons. Découvrez tous les services à votre disposition, de nos Services numériques MyHealth au Programme d'aide aux employés.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

Notre service d'assistance est disponible 24 h/24, 7 j/j7 pour répondre à vos questions concernant votre police ou si vous avez besoin d'aide en cas d'urgence.

Service d'assistance téléphonique

 Téléphone : +353 1 630 1303

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

 E-mail : client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax : +353 1 630 1306

Le saviez-vous ?

La plupart de nos affiliés trouvent que leurs demandes sont traitées plus rapidement quand ils nous appellent.

Services numériques MyHealth

Grâce à MyHealth, disponible sous forme d'application mobile et de portail en ligne, vous pouvez facilement accéder à votre couverture, où que vous soyez et quel que soit l'appareil que vous utilisez.

Fonctionnalités de l'application MyHealth et du portail en ligne



MA POLICE

L'accès immédiat aux documents relatifs à votre police et à votre carte d'affiliation.



MES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Envoyez vos demandes de remboursement en 3 étapes simples et consultez l'historique de vos demandes de remboursement.



MES CONTACTS

Accédez à notre service d'assistance multilingue disponible 24 h/24, 7 j/7. Un chat en direct est également disponible (uniquement en anglais et sur le portail en ligne).



VÉRIFICATEUR DE SYMPTÔMES

Obtenez une évaluation simple et rapide de vos symptômes.



TROUVEZ UN HÔPITAL

Localisez les prestataires de santé à proximité.



AIDE SUR LES MÉDICAMENTS

Cherchez les noms équivalents locaux de marques de médicaments.



TRADUCTEUR DE TERMES MÉDICAUX

Traduisez un terme médical courant dans l'une des 17 langues disponibles.



NUMÉROS D'URGENCE

Accédez aux numéros des urgences locales à travers le monde.

Fonctionnalités pratiques supplémentaires

- Mettez à jour vos informations en ligne (e-mail, numéro de téléphone, mot de passe, adresse (si le pays reste le même), préférences marketing, etc.)
- Consultez le montant restant pour chaque garantie indiquée dans votre tableau des garanties
- Payez votre prime en ligne et consultez les paiements que vous avez reçus
- Ajoutez ou modifiez les coordonnées de votre carte bancaire (si vous êtes responsable du paiement de votre prime, plutôt que votre employeur)

Toutes les informations personnelles contenues sur les Services numériques MyHealth sont cryptées pour des raisons de protection des données.

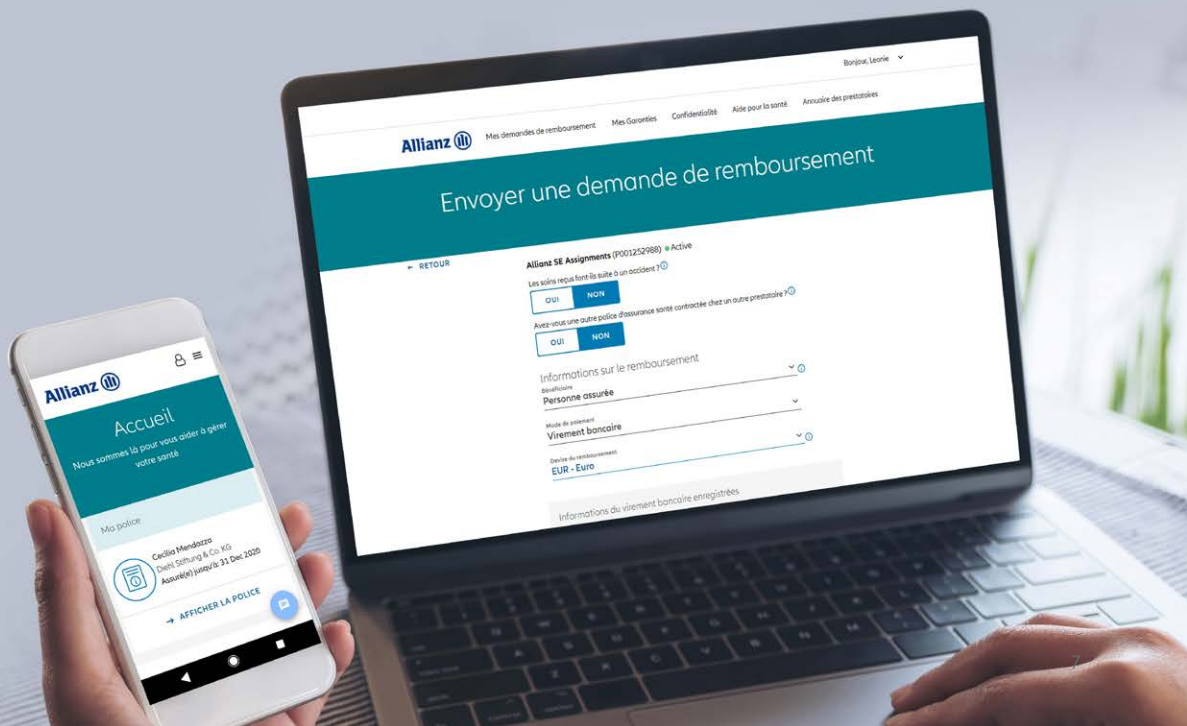
Pour commencer :

1. Connectez-vous au portail en ligne MyHealth pour vous inscrire. Rendez-vous sur <https://my.allianzcare.com/myhealth>, cliquez sur « S'INSCRIRE ICI » en bas de la page et suivez les instructions à l'écran. Soyez prêt à fournir votre numéro de police, que vous pouvez trouver sur votre certificat d'assurance.
2. Vous pouvez également vous inscrire via notre application MyHealth. Pour la télécharger, tapez « Allianz MyHealth » sur l'App Store d'Apple ou le service Google Play d'Android.



3. Une fois la configuration effectuée, vous pouvez utiliser l'e-mail (nom d'utilisateur) et le mot de passe que vous avez fournis lors de l'inscription pour vous connecter au portail MyHealth en ligne ou à l'application. Les mêmes informations de connexion sont utilisées pour MyHealth en ligne et l'application MyHealth. À l'avenir, si vous modifiez les informations de connexion pour l'une, elles seront automatiquement appliquées à l'autre. Un seul changement sur MyHealth en ligne ou l'application MyHealth suffit. Nous proposons également l'authentification biométrique pour se connecter à l'application (par ex. la Touch ID ou Face ID, si celles-ci sont prises en charge par votre appareil).

Pour plus d'informations, rendez-vous sur <https://www.allianzcare.com/fr/myhealth.html>



Les services Web

Sur www.allianzcare.com/fr/ressources/ressources-pour-les-affilies.html vous pouvez :


- Chercher des prestataires de santé. Vous n'êtes pas limité aux prestataires figurant dans cet annuaire
- Télécharger des formulaires
- Accéder à nos guides sur la santé
- Accéder à notre plateforme « Ma vie d'expat » -De l'organisation de votre déménagement à votre installation dans votre nouveau pays, vous trouverez tout ce que vous devez savoir sur le déménagement à l'étranger

Deuxième avis médical**

En tant que partenaire de santé, nous aspirons à vous apporter de la sérénité. Une maladie grave vous a été diagnostiquée ou on vous a recommandé de subir une intervention chirurgicale ? Vous souhaitez obtenir un avis d'expert sur les meilleures options de traitement disponibles et savoir où bénéficier des soins les plus appropriés ? Dans le cadre de votre couverture, vous avez accès à notre service de deuxième avis médical.

Lorsque vous accédez à ce service, nous vous attribuons un chargé de gestion de dossier médical dédié, c'est-à-dire un professionnel de santé de notre propre équipe médicale, qui vous guide et vous accompagne. Votre chargé de gestion de dossier vous demandera de fournir toutes les informations essentielles sur votre cas médical. Il ou elle vous aidera ensuite à trouver un hôpital, un médecin ou un spécialiste pour obtenir un deuxième avis médical et vous fera part de cet avis.

Afin de bénéficier de ce service, appelez simplement notre service d'assistance téléphonique disponible 24 h/24, 7 j/7 au :

 **+ 353 1 630 1303**

... et demandez à joindre notre service de deuxième avis médical. Vous devrez indiquer votre numéro de police pour vous identifier.



Olive - Un programme de soutien pour la santé et le bien-être, conçu par Allianz Care

Vos premiers pas vers une vie plus saine

Dans un monde qui s'accélère et en constante évolution, nous sommes conscients de l'importance de rester en bonne santé et nous sommes persuadés qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Olive**, notre moteur de soins proactifs, est conçu pour vous motiver et vous accompagner vers une vie plus saine. Cela comprend la Plateforme de santé et de bien-être et notre application HealthSteps.

1. Plateforme de santé et de bien-être

Notre plateforme de santé et de bien-être, disponible depuis nos services en ligne MyHealth (application et portail), vous offre un ensemble de services regroupés en un seul endroit pratique, pour vous aider à mener une vie longue, heureuse et saine.

La plateforme vous donne accès à :

- Des conseils et des articles sur de nombreux sujets, tels que le sommeil, la forme, la nutrition et le bien-être émotionnel.
- Des bilans de santé en ligne**.
- Notre calculateur d'IMC.
- Nos webinaires mensuels en direct, sur la santé et le bien-être, dispensés par des spécialistes et avec une session de questions-réponses.



2. Application HealthSteps**

Saviez-vous qu'en maintenant un mode de vie sain, vous pouvez réduire le risque de développer des problèmes de santé ? L'application Allianz HealthSteps a été conçue pour vous donner des conseils personnalisés et vous aider à atteindre vos objectifs liés à votre santé et votre condition physique. En se connectant à des smart phones, des appareils portables et d'autres applications, HealthSteps surveille le nombre de pas effectués, les calories brûlées, les heures de sommeil et plus encore.

Les fonctions d'HealthSteps :



PLAN :

Choisissez un objectif de santé et utilisez les plans d'action pour adopter et conserver de bonnes habitudes de vie :

- Perdre du poids
- Améliorer sa posture
- Mieux dormir
- Manger sainement
- Bouger et se régénérer
- Rester en bonne santé
- Réduire le stress
- Réduire la pression artérielle



DÉFIS :

Relevez des défis mensuels et obtenez l'encouragement d'autres utilisateurs de HealthSteps en partageant vos performances et en vous affrontant pour relever les défis du groupe. Ces défis sont basés sur les pas, les calories et la distance.



PROGRÈS :

Connectez-vous à des activités de santé populaires et suivez vos progrès par rapport aux objectifs que vous vous êtes fixés.



BIBLIOTHÈQUE :

Accédez à des articles et obtenez des conseils sur la façon de vivre et de rester en bonne santé.

Téléchargez l'application Allianz HealthSteps sur l'Apple Store ou Google Play.



Service de consultation par vidéo conférence depuis la plateforme de télésanté**

Si une formule Médecine courante est comprise dans votre couverture, vous avez directement accès à des consultations en ligne avec un médecin (service de consultation par vidéo conférence) si un prestataire est disponible dans votre région.

Avec la plateforme de télésanté, vous pouvez gagner du temps en consultant un médecin par vidéo conférence en restant confortablement chez vous ou dans votre bureau. Les médecins de notre réseau de télésanté peuvent donner des conseils médicaux, recommander des traitements et fournir des ordonnances pour des problèmes non urgents, de manière sécurisée et confidentielle.

Le service est accessible depuis le portail MyHealth ou directement depuis notre plateforme de télésanté sur :

 www.allianzcare.com/telehealthhub

Vous pouvez prendre rendez-vous pour discuter avec un médecin généraliste en anglais, sous réserve de disponibilité. Certains prestataires externes sont susceptibles de proposer ce service dans d'autres langues.

Selon votre région, des réglementations locales du pays et de l'étendue de la couverture de votre formule d'assurance, le service de téléconsultation est également susceptible de fournir des ordonnances.

Pour les pays dans lesquels un service de téléconsultation n'est pas encore disponible, vous pouvez toujours appeler notre service d'assistance téléphonique pour conseils médicaux disponible 24 h/24, 7 j/7. Ce service est proposé en anglais, allemand, français et italien. Le numéro de téléphone est disponible sur la plateforme de télésanté.



Programme d'aide aux employés (PAE)**

Lorsque des situations difficiles surviennent dans la vie ou au travail, notre Programme d'aide aux employés vous fournit, à vous et à vos ayants droit, une aide immédiate et confidentielle. S'il est proposé, le PAE apparaîtra dans votre tableau des garanties.

Ce service professionnel est disponible 24 h/24, 7 j/7 et fournit une aide, dans plusieurs langues, sur un grand nombre de sujets, notamment :

- L'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle
- La famille/la parentalité
- Les relations
- Le stress, la dépression, l'anxiété
- Les difficultés au travail
- La transition culturelle
- Les chocs culturels
- L'isolement et la solitude
- Les problèmes de dépendance

Ces services comprennent :



DES SERVICES DE CONSEILS PROFESSIONNELS CONFIDENTIELS

Recevez un soutien 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec un conseiller clinique, via un chat en ligne, en face à face, par téléphone, par vidéo ou par e-mail.



DES SERVICES D'ASSISTANCE EN CAS D'INCIDENTS GRAVES

Recevez une assistance immédiate lors d'un événement grave en cas de traumatisme ou de crise. Notre approche assure la stabilisation et réduit le stress associé aux événements traumatiques ou violents.



DES SERVICES D'ORIENTATION POUR DES CONSEILS JURIDIQUES ET FINANCIERS

Qu'il s'agisse d'acheter une maison, de régler un litige ou de créer un plan financier complet, nous vous orienterons vers un conseiller pour vous aider à répondre à vos questions et atteindre vos objectifs.



ACCÈS AU SITE ET À L'APPLICATION SUR LE BIEN-ÊTRE

Découvrez l'aide en ligne, des outils et des articles pour vous aider et vous conseiller sur la santé et le bien-être.

Laissez-nous vous aider :



+1 905 886 3605

Il ne s'agit pas d'un numéro vert. Si vous avez besoin d'un numéro local, veuillez accéder au site Web de bien-être et vous trouverez la liste complète de nos numéros internationaux.

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



<https://www.allianzcare.com/eap-login> (disponible en anglais, français et espagnol)



Téléchargez l'application Lifeworks sur Google Play ou Apple Store :



Connectez-vous sur le site Web ou l'application à l'aide des informations suivantes :

Nom d'utilisateur : AllianzCare

Mot de passe : Expatriate

Les services de sécurité relatifs aux voyages**

Tandis que le monde continue de connaître une augmentation des menaces à la sécurité, les services de sécurité relatifs aux voyages offrent un accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à des informations personnelles sur la sécurité et des conseils pour vos questions relatives à la sécurité des voyages - par téléphone, par e-mail ou sur le site. Si ces services sont compris dans votre couverture, ils seront indiqués dans votre tableau des garanties.

Vous avez accès aux services suivants :



UNE ASSISTANCE TÉLÉPHONIQUE D'URGENCE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ

Discutez avec un spécialiste de la sécurité de vos préoccupations concernant votre destination.



UNE CONNAISSANCE DU TERRAIN ET DES CONSEILS DE SÉCURITÉ

Des informations et conseils de sécurité sur de nombreux pays.



DES INFORMATIONS QUOTIDIENNES ET DES ALERTES PAR E-MAIL SUR LA SÉCURITÉ LORS DES VOYAGES


Inscrivez-vous et recevez des alertes sur les événements à haut risque survenant à proximité, notamment le terrorisme, les troubles civils et les risques météorologiques extrêmes.

Veuillez nous contacter pour bénéficier des Services de sécurité relatifs aux voyages :

 +44 207 741 2185

Il ne s'agit pas d'un numéro vert.

@ allianzcustomerenquiries@worldaware.com

 <https://my.worldaware.com/awc>

Inscrivez-vous en entrant le numéro de votre police (indiqué sur votre certificat d'assurance)

 Téléchargez l'application TravelKit sur l'Apple Store ou Google Play.



Tous les Services de sécurité relatifs aux voyages sont fournis en anglais. Nous pouvons organiser un service d'interprétation à votre disposition, si nécessaire.

*** Certains services pouvant être compris dans votre couverture sont fournis par des prestataires externes au groupe Allianz, tels que le Programme d'Aide aux Employés, les Services de sécurité relatifs aux voyages, l'application HealthSteps, le deuxième avis médical et les services de télé-médecine. S'ils sont inclus dans votre couverture, ces services seront indiqués dans votre tableau des garanties. Ces services sont mis à votre disposition sous réserve de votre acceptation des conditions générales de votre police et des conditions générales des prestataires externes. Ces services peuvent être soumis à des restrictions géographiques. L'application HealthSteps ne fournit pas de conseils médicaux ou de santé et les ressources sur le bien-être contenues dans Olive sont uniquement à titre d'information. L'application HealthSteps et les ressources sur le bien-être contenues dans Olive ne doivent pas être considérées comme un substitut aux conseils professionnels (médicaux, physiques ou psychologiques). Elles ne doivent pas non plus être considérées comme un substitut aux diagnostics, traitements, évaluations ou soins que vous pourriez recevoir de votre propre médecin. Vous comprenez et acceptez le fait qu'AWP Health & Life SA – Succursale irlandaise et AWP Health & Life Services Limited ne sont pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation de ces services tiers.*



Comment fonctionne votre couverture ?

Ce qui est pris en charge par ma couverture

Votre police vous fournit, ainsi qu'à vos ayants droit, une prise en charge des traitements, des services, des coûts et/ou du matériel médicalement nécessaires, comme indiqué dans le tableau des garanties. Ceux-ci sont sujets aux :

- Définitions et exclusions de la police (disponibles dans ce guide)
- **Pour les polices soumises à la souscription médicale** : Toutes les conditions particulières indiquées sur votre certificat d'assurance (et sur le formulaire de conditions particulières fourni avant le commencement de la police, le cas échéant).
- **Coûts raisonnables et d'usage** : il s'agit des coûts habituels dans le pays où a lieu le traitement. Nous ne payons les prestataires médicaux que si les frais sont conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues. Si nous considérons qu'une demande de remboursement est inappropriée, nous nous réservons le droit de rejeter ou de réduire le montant à payer.

Les pathologies préexistantes (y compris les pathologies chroniques préexistantes) sont généralement couvertes, sauf indication contraire dans les documents de votre police. Si vous n'êtes pas sûr, veuillez consulter votre tableau des garanties pour vérifier si les pathologies préexistantes sont couvertes.

Si vous n'êtes pas sûr de la prise en charge par votre couverture d'un traitement médical planifié, veuillez contacter notre service téléphonique.

Où puis-je recevoir des soins ?

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

Si le traitement médical que vous devez recevoir est disponible sur place mais vous choisissez de vous rendre dans un autre pays compris dans votre zone de couverture, nous rembourserons les frais occasionnés dans la limite de votre couverture, à l'exception des frais de transport.

Si le traitement auquel vous avez droit n'est pas disponible localement et que votre couverture comprend l'évacuation médicale, nous prendrons également en charge les frais de déplacement jusqu'au centre médical le plus proche. Afin d'obtenir le remboursement des dépenses médicales et des frais de transport engagés, vous devrez remplir un formulaire d'entente préalable avant votre départ.

En tant qu'expatrié, les frais engagés dans votre pays d'origine sont couverts à condition que votre pays d'origine fasse partie de votre zone de couverture.

Qu'est-ce qu'un plafond de garantie ?

Votre couverture peut être soumise à un **plafond global**. Il s'agit du montant maximal que nous paierons pour toutes les garanties comprises dans la couverture par affilié et par année d'assurance.

Si votre couverture comprend un plafond global, celui-ci s'appliquera même lorsque :

- L'indication « 100 % des frais réels » apparaît à côté de la garantie.
- Un plafond de garantie spécifique s'applique : la garantie est plafonnée à un montant spécifique (par ex. 10 000 €).

Les plafonds de garantie peuvent être appliqués soit « par année d'assurance », « pour toute la vie » ou « par événement » (comme par voyage, par visite ou par grossesse).

Dans certains cas, en plus du plafond de garantie, nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties, par exemple « 80% des frais réels ».

Plafonds de garantie liés à la maternité

Les garanties « **Maternité** » et « **Complications de grossesse et à l'accouchement** » sont versées « par grossesse » ou « par année d'assurance ». Votre tableau des garanties le confirmera.

Si vos garanties maternité sont versées « par grossesse »

Lorsqu'une grossesse s'étend sur deux années d'assurance et que les plafonds de garanties sont modifiés lors du renouvellement de la police, les règles suivantes s'appliquent :

- Au cours de la première année, les plafonds des garanties s'appliquent à toutes les dépenses prises en charge.
- Au cours de la deuxième année, les plafonds de garanties mis à jour s'appliquent à toutes les dépenses prises en charge engagées au cours de la deuxième année, moins le montant total des garanties déjà remboursé au cours de la première année.
- Si le plafond de garantie diminue au cours de la deuxième année et que nous avons déjà payé au-delà du nouveau montant pour les coûts engagés au cours de la première année, nous ne verserons aucune garantie supplémentaire la deuxième année.

Plafond pour les nouveau-nés issus de naissances multiples, tous les enfants nés par gestation pour autrui, les enfants adoptés et ceux placés en famille d'accueil

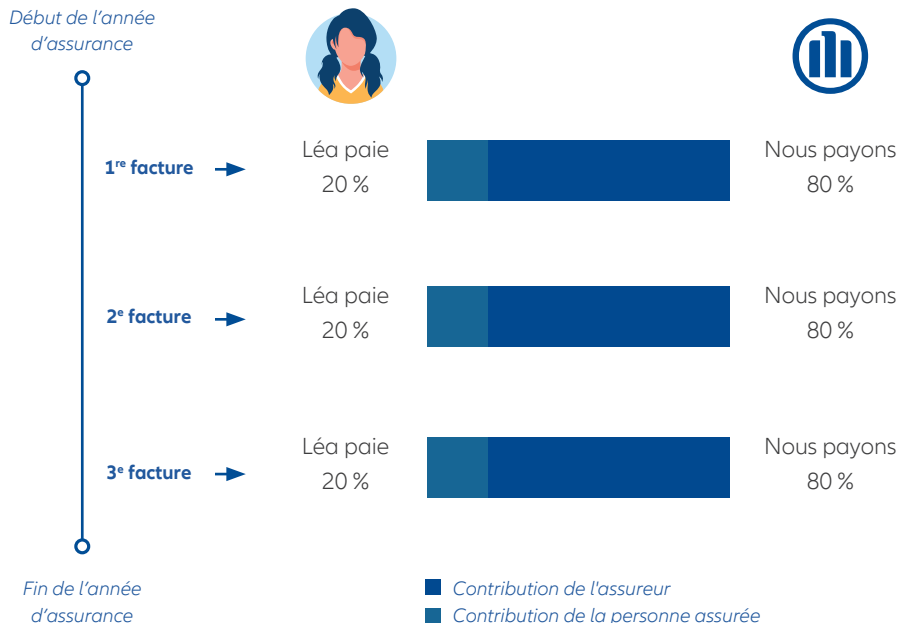
Il existe un plafond pour les soins reçus dans le cadre d'une hospitalisation au cours des trois premiers mois qui suivent la naissance si l'enfant est :

- né par gestation pour autrui
- adopté
- placé en famille d'accueil
- issu d'une naissance multiple à la suite d'une procréation médicalement assistée

Le plafond est de 24 900 £/ 30 000 €/ 40 500 US \$/ 39 000 CHF par enfant. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.

Qu'est-ce qu'une quote-part ?

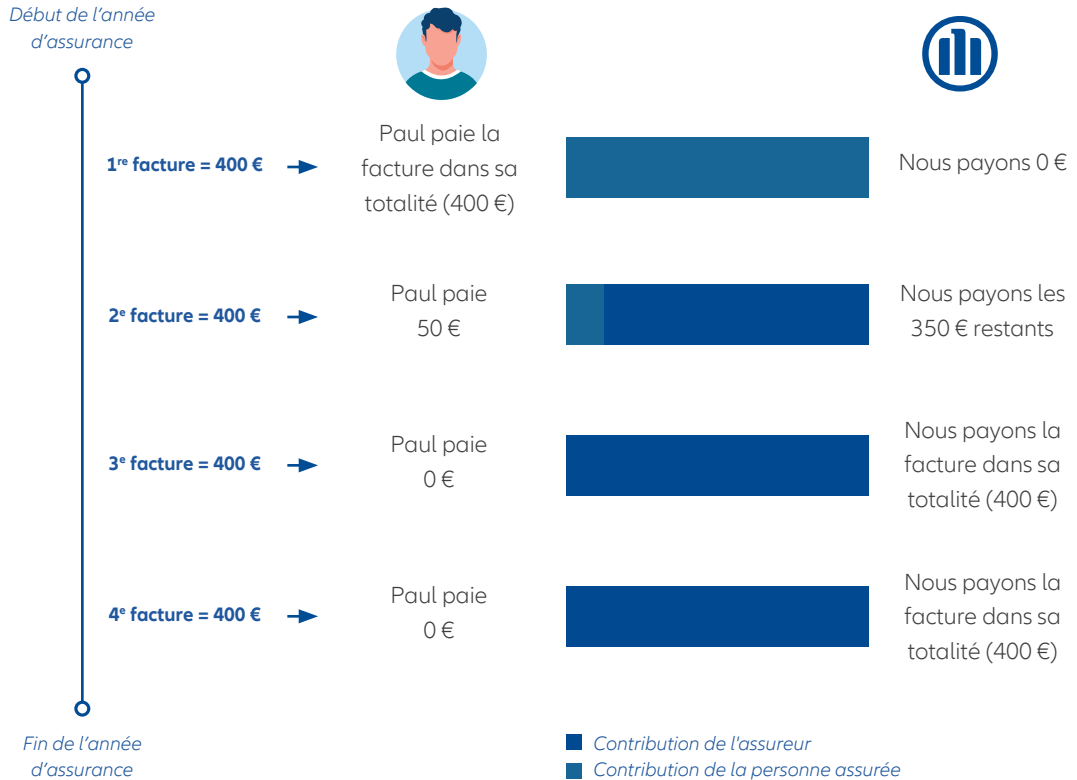
Une **quote-part** est un pourcentage des frais médicaux dont vous devez vous acquitter. Votre tableau des garanties indiquera si cela s'applique à votre couverture. Dans l'exemple suivant, Léa doit recevoir des soins dentaires à plusieurs reprises au cours de l'année. Sa garantie « soins dentaires » comprend une quote-part de 20 %. Cela signifie que nous rembourserons 80 % des frais de chaque traitement admissible.



Le montant total que nous verserons peut être soumis à un plafond global.

Qu'est-ce qu'une franchise ?

Une **franchise** est un montant fixe que vous devez payer pour couvrir vos frais médicaux par période de couverture avant que nous commencions à rembourser vos frais médicaux. Votre tableau des garanties indiquera si cela s'applique à votre couverture. Dans l'exemple suivant, Paul a besoin de recevoir des soins au cours de l'année. Sa formule comprend une franchise de 450 €.



Besoin de recevoir des soins ?

Nous comprenons que recevoir des soins peut engendrer un certain stress. Suivez les étapes ci-dessous pour que nous puissions nous occuper des détails. Vous pourrez vous concentrer sur votre rétablissement.

Vérifiez votre niveau de couverture

En premier lieu, assurez-vous que le traitement est pris en charge par votre couverture. Votre tableau des garanties indique les prestations pour lesquelles vous êtes couvert. Cependant, vous pouvez aussi appeler notre service téléphonique si vous avez des questions.

Une entente préalable est nécessaire pour certains traitements

Les traitements pour lesquels une entente préalable est nécessaire seront indiqués dans votre tableau des garanties (l'obtention d'une entente préalable se fait par l'envoi du formulaire prévu à cet effet). Il s'agit principalement de traitements hospitaliers et au coût élevé. La procédure d'entente préalable nous permet d'évaluer chaque cas, de tout organiser avec l'hôpital avant votre admission et de mettre en place plus facilement le règlement direct des frais hospitaliers, lorsque cela est possible.

Sauf accord passé entre votre entreprise et nous, si vous effectuez une demande de remboursement sans obtenir d'entente préalable, les conditions suivantes s'appliqueront :

- Et si, par la suite, les soins reçus s'avèrent ne pas avoir été médicalement nécessaires, **nous nous réserverons le droit de rejeter votre demande de remboursement.**
- S'il est prouvé que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que 80 % de la garantie en hospitalisation et 50 % des autres garanties.

Soins hospitaliers (l'entente préalable s'applique)



Téléchargez le formulaire d'entente préalable depuis notre site Internet:
www.allianzcare.com/fr/ressources/ressources-pour-les-affilies.html



Envoyez-nous ce formulaire dûment rempli au moins **cinq jours ouvrables avant** le début du traitement. Vous pouvez l'envoyer par e-mail, fax ou courrier à l'adresse indiquée sur le formulaire.



Nous contactons l'hôpital pour organiser directement le paiement de votre facture, dans la mesure du possible.

En cas d'urgence:

Recevez les soins d'urgence dont vous avez besoin, et appelez-nous si vous avez besoin d'aide ou de soutien.

Si vous êtes hospitalisé, vous-même, votre médecin, un ayant droit ou un collègue devez appeler notre service téléphonique (**dans les 48 heures** suivant l'urgence) pour nous informer de votre hospitalisation. À ce moment-là, nous pourrions recueillir les informations relatives à l'entente préalable par téléphone.

Si les soins doivent avoir lieu dans les 72 heures, nous pourrions également remplir le formulaire d'entente préalable par téléphone. Veuillez noter que nous pouvons refuser une demande de remboursement en l'absence d'entente préalable.



Demander le remboursement de vos dépenses médicales courantes, des frais dentaires et d'autres dépenses

Si votre traitement n'exige pas d'entente préalable, il vous suffit juste de régler la facture et de nous demander le remboursement. Le cas échéant, veuillez suivre les instructions ci-dessous :



Recevez les soins médicaux et payez votre prestataire de santé.



Obtenez une facture auprès de votre prestataire de santé. Cette facture doit indiquer votre nom, la (les) date(s) de traitement, le diagnostic/problème de santé pour lequel vous êtes traité(e), la date d'apparition des symptômes, la nature du traitement et le montant des frais facturés.



Demandez le remboursement des frais médicaux pour lesquels vous êtes couvert à l'aide de l'application MyHealth ou du portail en ligne (www.allianzcare.com/fr/myhealth.html).

Entrez les renseignements essentiels, ajoutez vos factures et cliquez sur « Soumettre ».



Traitement rapide des demandes de remboursement

Une fois toutes les informations requises en notre possession, nous pouvons traiter et payer une demande de remboursement en moins de 48 heures. Cependant, nous ne pouvons le faire que si vous avez indiqué votre diagnostic, aussi assurez-vous de l'inclure dans votre demande. Sinon, vous ou votre médecin devrez nous fournir cette information.

Nous vous enverrons un e-mail ou une lettre pour vous informer du traitement de votre demande de remboursement.

Si vous êtes de nationalité française et si votre contrat est complémentaire à la CFE, les demandes de remboursement dûment remplies sont traitées et les instructions de paiement sont envoyées à votre banque **sous cinq jours ouvrables**.

Évacuations et Rapatriements

Dès que vous presentez qu'une évacuation ou qu'un rapatriement est nécessaire, contactez notre service téléphonique disponible 24 h/24 et nous nous en occuperons. Étant donné le caractère urgent de la situation, nous vous conseillons de nous téléphoner. Toutefois, vous pouvez également nous contacter par e-mail. Si vous nous contactez par e-mail, 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 décliner toute demande de remboursement des frais.

☎ +353 1 630 1303

@ medical.services@allianzworldwidecare.com



Recevoir des soins aux États-Unis

Pour trouver un prestataire

Si vous bénéficiez d'une couverture « mondiale » et que vous êtes à la recherche d'un prestataire médical aux États-Unis, rendez vous sur :

 <https://azc.globalexcel.com/>



Pour plus d'informations ou obtenir un rendez-vous

Si vous avez des questions à propos d'un prestataire de santé ou si vous avez sélectionné un prestataire et souhaitez obtenir un rendez-vous, veuillez nous contacter.

 (+1) 800 541 1983 (gratuit depuis les États-Unis)

Pour une ordonnance

Votre couverture peut inclure une carte de pharmacie Caremark, qui vous permet de vous procurer certains médicaments et produits pharmaceutiques aux États-Unis sans avance de frais. Si cette carte est incluse dans votre couverture, vous la recevrez séparément. Cette carte est également disponible au format numérique depuis l'application CVS Caremark ou le portail. Téléchargez l'application CVS Caremark depuis l'App Store ou Google Play ou accédez simplement au portail Caremark via votre navigateur et créez votre compte personnel. Le portail est accessible sur :

 www.caremark.com



Présentez cette carte à votre pharmacie Caremark. Le pharmacien vous dira si vous devez payer quelque chose. Veuillez vous assurer que l'ordonnance indique la date de naissance de la personne à qui elle est destinée.

Que vous possédiez ou non une carte Caremark, vous pouvez aussi demander une carte de réduction en pharmacie, qui peut être utilisée lorsque vos médicaments sur ordonnance ne sont pas pris en charge par votre couverture. Pour vous enregistrer et obtenir cette carte, veuillez vous rendre sur le site suivant et cliquer sur « Print Discount Card » :

 <https://azc.globalexcel.com/find-a-pharmacy/>

Informations supplémentaires concernant les demandes de remboursement de vos dépenses

Demandes de remboursement des frais médicaux

Avant de nous envoyer une demande de remboursement, veuillez noter les points suivants :

- **Date limite pour effectuer une demande de remboursement** : Vous devez envoyer toutes vos demandes de remboursement (à l'aide de notre application MyHealth ou sur le portail en ligne) au plus tard deux ans après la date de traitement. Si la couverture se termine au cours de l'année d'assurance, vous devez envoyer votre demande de remboursement au plus tard deux ans après la date de traitement. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler ces demandes.
- **Feuille de soins Cerfa** : Si votre police est complémentaire à la CFE ou si vous êtes affilié(e) à la Sécurité sociale française, vous devez nous envoyer les feuilles de soins cerfa (délivrées par le prestataire médical) pour tout traitement reçu en France.
- **Envoi des demandes de remboursement** : Vous devez envoyer un formulaire de demande de remboursement différent par personne et par pathologie médicale.
- **Documents justificatifs** : Lorsque vous nous envoyez des copies des documents justificatifs (par exemple, des reçus médicaux), veuillez à conserver les originaux. 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 (ou pendant deux ans pour les demandes de remboursement sous des polices complémentaires à la CFE ou à la Sécurité sociale française). Nous pouvons également vous demander une preuve de paiement (par exemple, un relevé bancaire ou de carte bancaire) pour les factures médicales que vous avez réglées. Nous vous conseillons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance qui ne nous parvient pas pour des raisons qui échappent à notre contrôle.
- **Franchises** : Si le montant que vous demandez est inférieur au montant de la franchise de votre formule, vous pouvez soit :
 - Garder tous les reçus de soins en médecine courante jusqu'à ce que vous atteigniez un montant supérieur à la franchise.

- Envoyer une demande de remboursement chaque fois que vous recevez un traitement. Une fois que vous aurez atteint le montant de la franchise, nous commencerons à vous rembourser.

Joignez tous les reçus et/ou toutes les factures à votre demande.

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

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

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

Les remboursements sous votre couverture des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais dont l'assuré s'est acquitté, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la Sécurité sociale.

Si plusieurs polices d'assurance de même nature sont souscrites avec différents assureurs, votre police d'assurance ne prendra effet qu'en accord avec les limites de chaque autre police d'assurance, quelle que soit la date à laquelle celle-ci fut souscrite.

Demandes de paiement en cas de décès accidentel

Si la garantie Décès accidentel est comprise dans votre couverture santé, la demande de paiement doit nous être signalée dans les 90 jours ouvrables qui suivent le décès de la personne assurée.

Veillez nous envoyer les informations suivantes :

- Un formulaire de demande de paiement du capital décès dûment rempli.
- Un acte de décès.
- Un rapport médical indiquant la cause du décès.
- Une déclaration écrite indiquant la date, le lieu et les circonstances de l'accident.
- Les documents officiels indiquant le statut familial de la personne assurée (si elle est mariée ou a des enfants).
- Pour les bénéficiaires, une pièce d'identité ainsi qu'une preuve du lien de parenté avec la personne assurée.

À moins que cela n'ait été indiqué différemment par la personne assurée, les bénéficiaires seront :

- Le conjoint ou l'époux(se) de la personne assurée, s'ils ne sont pas légalement séparés.
- À défaut du conjoint, les enfants de la personne assurée encore vivants, à part égale entre eux. Cela inclut les enfants du conjoint ou partenaire, les enfants adoptés ou placés, et les enfants nés plus de 300 jours avant la date de décès de la personne assurée.
- À défaut des enfants, le père ou la mère de la personne assurée, à part égale entre eux, ou leur survivant.
- À défaut des parents, les biens de la personne assurée.

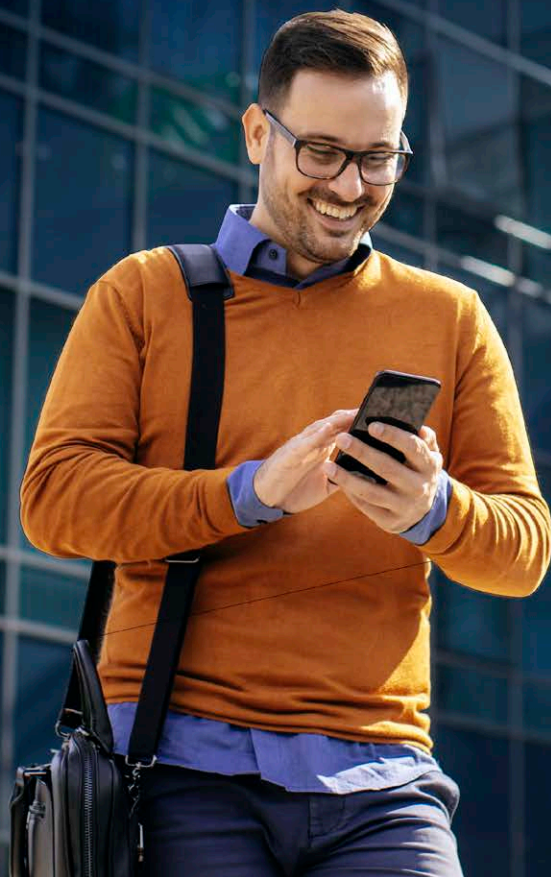
Si vous souhaitez nommer un bénéficiaire autre que ceux indiqués ci-dessus, veuillez contacter notre service téléphonique.

Veillez noter que si la personne assurée ainsi qu'un ou tous les bénéficiaires décèdent en même temps, la personne assurée sera considérée comme la dernière personne à être décédée.

Soins nécessaires suite à la faute d'une tierce personne

Si les soins que vous devez subir sont la conséquence des actions d'une tierce personne, vous devez nous le signaler et nous en avertir par écrit le plus tôt possible. Par exemple, en cas de soins pour une blessure causée lors d'un accident de voiture dans lequel vous êtes une victime. Veuillez prendre toutes les mesures raisonnables que nous vous demandons pour obtenir les détails de l'assurance de la personne en cause. Nous pouvons alors récupérer auprès de l'autre assureur le coût du traitement que nous avons payé. Si vous recouvrez directement les frais des soins que nous avons payés, vous devrez nous en rembourser le montant (et les intérêts le cas échéant).

Conditions générales de votre couverture



Conditions générales

Cette section présente les garanties et les règles de votre police d'assurance santé. Nous vous recommandons de la lire conjointement avec votre certificat d'assurance et votre tableau des garanties.

- Votre **certificat d'assurance** indique la/les formules et la zone géographique de couverture que vous avez choisies pour vous et vos ayants droit (le cas échéant). Il indique également la date d'effet et de renouvellement de votre couverture. Si le type de votre police nécessite l'évaluation de vos antécédents médicaux (polices soumises à la souscription médicale), ce document indiquera les conditions particulières éventuellement applicables à votre couverture. Veuillez noter que nous vous enverrons un nouveau certificat d'assurance si nous devons apporter des modifications à votre police. Il peut s'agir de modifications que votre société souhaite apporter ou de modifications que nous sommes en droit d'effectuer. Il peut également s'agir de changements que vous demandez (par ex. ajouter un ayant droit) - à condition que votre entreprise les approuve et que nous les acceptons.
- La(les) formule(s) choisie(s) par votre entreprise et les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre **tableau des garanties**. Ce tableau indique également les garanties pour lesquelles vous devez envoyer un formulaire d'entente préalable. Tous les plafonds, délais de carences, franchises et/ou quotes-parts applicables aux garanties apparaissent dans le tableau des garanties. Votre tableau des garanties est émis dans la devise choisie par votre entreprise (ou par vous si vous payez vous-même la prime d'assurance).

Pour plus de détails sur le contrat d'assurance de votre entreprise, veuillez vous adresser à l'administrateur en charge de votre police collective. Les conditions générales de votre affiliation peuvent être modifiées de temps à autre, après accord passé entre votre entreprise et nous.

Gestion de votre police

Début et fin de votre couverture

Votre assurance est valide à partir de la date d'effet indiquée sur le certificat d'assurance, et se poursuivra jusqu'à la date de renouvellement, également indiquée sur le certificat. Il s'agit généralement d'une année d'assurance, à moins qu'il n'en ait été décidé autrement entre votre entreprise et nous, ou si vous avez commencé votre police dans le courant de l'année. À la fin de cette période, l'entreprise peut renouveler le contrat d'assurance sur la base des conditions générales applicables à cette date. Vous serez alors lié par ces conditions.

La couverture de tout ayant droit (le cas échéant) commence à partir de la date d'effet indiquée sur le certificat d'assurance le plus récent, sur lequel les ayants droit sont mentionnés. Leur affiliation sera valide tant que vous adhérerez à la police collective, et tant que l'âge de tout enfant à charge est inférieur à la limite fixée. La couverture d'un enfant ayant droit par votre police se termine le jour avant son 18^e anniversaire ou le jour avant son 24^e anniversaire s'il est étudiant à plein temps. Il peut à ce moment-là effectuer une demande de souscription en son nom à l'une de nos formules pour les particuliers et les familles.

Ajouter un ayant droit

Vous allez vous marier ou vous attendez un enfant ? Félicitations !

Vous pouvez demander à inclure les membres de votre famille en tant qu'ayants droit, à condition que le contrat passé entre votre entreprise et nous vous y autorise. La procédure est différente pour les groupes soumis à une souscription médicale et les groupes non soumis à une souscription médicale. Si vous appartenez à un groupe soumis à une souscription médicale (lorsque les antécédents médicaux sont évalués), vous devez avoir fourni des informations relatives à votre santé et d'autres informations pertinentes lors de la demande de souscription.

Groupes soumis à une souscription médicale

Comment ajouter un nouveau-né à ma police ?

Veuillez envoyer un e-mail à underwriting@allianzworldwidecare.com dans les quatre semaines qui suivent la naissance, accompagné de l'acte de naissance. À l'exception des nouveaux-nés issus de

naissances multiples, nous accepterons le nouveau-né sans souscription médicale à condition que l'un des parents biologiques ou parents d'accueil (en cas de gestation pour autrui) ait été assuré chez nous depuis au moins huit mois consécutifs. La couverture commencera à la naissance.

Que se passe-t-il si je ne vous informe pas dans les quatre semaines ?

Le nouveau-né fera l'objet d'une souscription médicale et, s'il est accepté, la couverture commencera à la date d'acceptation.

Que se passe-t-il si j'ajoute des nouveau-nés issus de naissances multiples ?

Les nouveau-nés issus de naissances multiples feront l'objet d'une souscription médicale et, s'ils sont acceptés, la couverture commencera à la date d'acceptation.

Il existe un plafond pour les soins reçus dans le cadre d'une hospitalisation au cours des trois premiers mois qui suivent la naissance si l'enfant est :

- né par gestation pour autrui
- adopté
- placé en famille d'accueil
- issu d'une naissance multiple à la suite d'une procréation médicalement assistée

Le plafond est de 24 900 £/ 30 000 €/ 40 500 US \$/ 39 000 CHF par enfant. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.

Groupes non soumis à une souscription médicale

Comment ajouter un nouveau-né à ma police ?

La couverture des nouveaux-nés (y compris les nouveau-nés issus de naissances multiples, les enfants nés par gestation pour autrui, les enfants adoptés et ceux placés en famille d'accueil) commencera à la naissance, à condition que nous en soyons informés dans les quatre semaines qui suivent la naissance. Pour ajouter un nouveau-né à la police, vous devez demander à votre entreprise d'adresser une requête écrite au contact habituel accompagnée d'un extrait de l'acte de naissance du nouveau-né.

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

Que se passe-t-il si je n'informe pas mon entreprise dans les quatre semaines ?

Passé ce délai de quatre semaines après la naissance, les nouveau-nés ne seront couverts qu'à partir de la date à laquelle nous avons été informés.

Changement de pays de résidence

Il est important que vous contactiez notre service d'assistance téléphonique et le responsable de votre police collective pour nous informer de votre changement de pays de résidence. Ce changement peut avoir des conséquences sur la couverture ou la prime d'assurance, même si vous déménagez dans un pays situé à l'intérieur de votre zone de couverture. Il est possible que votre couverture existante ne soit pas disponible dans ce nouveau pays. Il est important de noter que dans certains pays, les couvertures sont soumises à des restrictions légales en ce qui concerne l'assurance, notamment pour les résidents de ces pays. Il est de votre responsabilité de vous assurer que votre couverture médicale est conforme à la législation. En cas de doute, veuillez vous renseigner auprès d'un conseiller juridique indépendant. Il se peut que nous ne soyons plus en mesure de vous assurer. La couverture que nous fournissons n'est pas un substitut aux assurances santé obligatoires locales.

Changement d'adresse ou d'e-mail

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

Correspondance

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

Renouvellement de la couverture

Si votre entreprise est responsable du paiement de votre prime, le renouvellement de votre couverture (et celle de vos ayants droit, le cas échéant) est la décision de votre entreprise.

Si vous payez votre prime et que votre entreprise renouvelle votre couverture (et celle de vos ayants droit, le cas échéant), votre police sera automatiquement renouvelée pour la prochaine année d'assurance, si :

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

Fin de votre couverture

Votre entreprise peut mettre fin à votre couverture ou à celle de vos ayants droit. Il lui suffit pour cela de nous en informer par écrit. Nous ne pouvons pas antidater la résiliation de votre couverture. Elle prendra automatiquement fin dans les cas suivants :

- À la fin de l'année d'assurance, si l'accord entre votre entreprise et nous est résilié.
- Si votre entreprise décide de mettre fin à votre couverture ou de ne pas la renouveler.
- Si votre entreprise ne paie pas les primes ou tout autre paiement dû selon les conditions du contrat d'entreprise qu'elle a passé avec nous.
- Si vous payez individuellement et si vous ne payez pas les primes ou tout autre paiement dû selon les termes du contrat passé entre votre employeur et nous.
- Lorsque vous cessez de travailler pour votre entreprise.
- En cas de décès de l'employé(e) assuré(e).

Nous pouvons mettre un terme à votre couverture et à celle de vos ayants droit s'il existe des preuves raisonnables que vous, ou vos ayants droit, nous avez induits en erreur ou avez tenté de le faire. Cela comprend le fait de fournir des informations fallacieuses ou de ne pas divulguer des informations, ou de s'associer à une tierce personne pour nous fournir des informations fallacieuses, de manière intentionnelle ou par négligence, et qui peuvent influencer notre choix dans les prises de décision suivantes :

- Vous autoriser ou non à souscrire la police (ou autoriser les personnes à charge).
- Définir quelles primes votre entreprise doit payer.
- Déterminer si nous devons payer une demande de remboursement.

Expiration de la police

Veillez noter qu'à expiration de la police d'assurance, 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.

Maintien de la couverture

Nous continuerons de couvrir vos dépenses médicales (et le cas échéant celles de vos ayants droit) dans certaines circonstances comme indiqué dans les sections suivantes.

Nous pouvons vous faire bénéficier d'un maintien de couverture sous une nouvelle police d'assurance comme décrit ci-dessous, selon les conditions de la nouvelle police d'assurance (y compris les conditions de paiement des primes) et en accord avec la Loi Evin et le Code des assurances français (si applicable):

Section A - Maintien temporaire : Portabilité : Conformément à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes : Cette disposition ne s'applique que sous les conditions suivantes :

- Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois.
- Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.
- Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien(ne) salarié(e) sont celles en vigueur dans l'entreprise.
- Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien(ne) salarié(e) à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il/elle aurait perçues au titre de la même période.
- L'ancien(ne) salarié(e) justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article.
- L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Section B - Maintien permanent à votre demande si vous êtes adhérent à la Sécurité sociale française et votre contrat de travail est rompu : Si votre contrat de travail prend fin et en accord avec l'Article 4 de la Loi Evin, vous et vos ayants droit bénéficiez d'un prolongement de la couverture pour les frais médicaux. Cette disposition ne s'applique que sous les conditions suivantes :

- Vous étiez couvert(e) en tant qu'affilié(e) par le contrat d'entreprise à la date de fin de votre contrat de travail, et
- Vous êtes bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, si vous êtes privé(e) d'emploi, d'un revenu de remplacement, et
- Vous êtes toujours affilié(e) au régime de Sécurité sociale français.

Vous devez nous demander le maintien de couverture dans les six (6) mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle vous bénéficiez à titre temporaire du maintien de ces garanties conformément à la section A.

Section C - Maintien permanent à leur demande pour les ayants droit d'un(e) employé(e) décédé(e) et adhérent(e) à la Sécurité sociale française : En cas de décès lors de votre affiliation au contrat d'entreprise, tout ayant droit couvert par votre police (à la date de décès) aura droit à un prolongement de couverture pour ses frais médicaux selon les mêmes conditions qu'auparavant. Cette disposition ne s'applique que sous les conditions suivantes:

- Les ayants droit demandent le maintien de la couverture dans les six mois suivant la date de votre décès, et
- Vous étiez affilié(e) au régime de Sécurité sociale français à la date de votre décès.

Si une demande de maintien est faite, votre(vos) ayant(s) droit bénéficieront d'un maintien de couverture pour un maximum de douze mois suivant votre décès.

Section D - Maintien permanent à votre demande si vous êtes adhérent(e) à la Sécurité sociale française et si le contrat d'entreprise prend fin : Si votre couverture prend fin suite à la résiliation du contrat d'entreprise, vous pourrez prétendre à un prolongement de couverture sous l'une de nos couvertures santé pour particuliers. Cette disposition ne s'applique que sous les conditions suivantes:

- Vous demandez un prolongement de couverture dans le mois suivant la fin de votre couverture sous le contrat d'entreprise, et
- vous êtes toujours affilié(e) au régime de Sécurité sociale français.

Section E - Dans tous les autres cas, si la couverture d'assurance prend fin : Si vous n'êtes pas affilié(e) au régime de Sécurité sociale français et si votre couverture d'assurance souscrite dans le cadre du contrat d'entreprise prend fin, vous pourrez demander à souscrire une de nos couvertures santé pour particuliers. Votre police peut être soumise à une souscription médicale et nous nous réservons le droit d'accepter ou de refuser votre demande d'adhésion. La demande devra nous parvenir dans un délai d'un mois suivant la fin de votre affiliation à la police collective. En cas d'acceptation, la date d'entrée en vigueur de votre police sera le jour suivant la date de fin de votre affiliation à la police collective.

Nous nous réservons le droit de demander une preuve de leur droit à cette couverture à toute personne demandant un maintien. Vous devez nous informer immédiatement de tout changement concernant vos droits à ce maintien de couverture, y compris si vous perdez vos droits aux garanties décrites ci-dessus. Pour les sections B à D, la prime de la première année d'assurance d'une nouvelle police d'assurance en maintien de la couverture ne peut être supérieure de plus de 50% au taux moyen appliqué aux assurés sous le contrat d'entreprise pour une couverture équivalente lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle police d'assurance.

Souscrire une assurance si votre affiliation à la police collective prend fin

Si votre couverture d'assurance souscrite dans le cadre du contrat d'entreprise prend fin, vous pourrez demander à souscrire une de nos couvertures santé pour les particuliers et les familles, tout simplement en nous envoyant un e-mail (vous trouverez les coordonnées ci-dessous). La demande devra nous parvenir dans un délai d'un mois suivant la fin de votre affiliation à la police collective. Vous pourrez faire l'objet d'une souscription médicale. Si nous acceptons votre demande, la couverture commencera le premier jour suivant la date à laquelle vous avez quitté la police collective.

📧 individual.sales@allianzworldwidedecare.com

Paiement des primes

Si votre entreprise paie votre prime d'assurance

Dans la plupart des cas, votre entreprise est responsable du paiement des primes pour votre souscription et pour celle des personnes à votre charge couvertes dans le cadre du contrat d'entreprise, ainsi que de tout autre paiement dû (tel que la taxe spéciale sur les contrats d'assurance, la Taxe de solidarité additionnelle – TSA) lié à votre ou leur souscription. Vous pourrez toutefois être tenu responsable du paiement de taxes en rapport avec les primes payées par votre entreprise. Veuillez vous adresser à votre employeur pour obtenir plus d'informations.

Si vous payez votre prime d'assurance

Si vous êtes responsable du paiement de votre prime d'assurance, vous êtes dans l'obligation de payer à l'avance la prime due pour la durée de votre couverture. Votre certificat d'assurance indique le montant que votre entreprise a convenu avec nous et la fréquence de paiement que vous avez choisie. La **prime initiale** ou le premier versement est payable immédiatement après notre acceptation de votre souscription. Lorsque vous recevez votre facture, vérifiez que la prime correspond au montant indiqué sur votre devis et contactez-nous immédiatement en cas de différence. Nous ne sommes pas responsables des paiements effectués par le biais de tierces personnes. Les **primes ultérieures** sont dues le premier jour de la période de paiement choisie.

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

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

Ces frais peuvent être en application lors de votre affiliation, mais peuvent également être introduits ou modifiés après celle-ci. Ces taxes seront indiquées sur votre facture. Si elles changent ou si de nouvelles taxes sont introduites, nous vous écrirons pour vous informer. Vous pouvez choisir de mettre fin à votre couverture si vous n'acceptez pas ces changements. Nous n'appliquerons pas ces changements si vous mettez fin à votre affiliation dans les 30 jours suivant la date à partir de laquelle ils entrent en vigueur, ou dans les 30 jours suivant la date à laquelle nous vous en informons (la date la plus récente prévaudra).

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

Chaque année à la date de renouvellement, nous pouvons modifier la méthode utilisée pour calculer vos primes et les taxes, leur montant et/ou le mode de paiement. Ces changements vous seront communiqués et n'entreront en vigueur qu'à partir de la date de renouvellement. Si vous le souhaitez, vous pouvez modifier le mode de paiement lors du renouvellement de la police. Vous devez en faire la demande par écrit au moins 30 jours avant la date de renouvellement.

Veillez nous contacter si vous êtes dans l'incapacité de payer votre prime pour quelque raison que ce soit. Tout retard dans le paiement de la prime peut entraîner la perte de la couverture d'assurance.

Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture

Loi applicable : Votre police est régie par le droit français, sauf en cas d'exigences réglementaires locales obligatoires. Tout litige ne pouvant être résolu à l'amiable sera réglé par les tribunaux français.

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

Qui est couvert ? Seuls les membres du groupe (et leurs ayants droit) qui répondent aux critères spécifiés dans le contrat d'entreprise sont admissibles.

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

Qui peut apporter des modifications à votre police ? Personne, à l'exception d'un représentant désigné ou le responsable de la police collective, n'est autorisé à modifier votre police en votre nom. Les modifications sont uniquement valables si elles ont été acceptées par votre compagnie et par nous.

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

- La sécurité sociale
- Une autre police d'assurance
- Tout autre tiers

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

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

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

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

Résiliation et fraude :

a) Pour les polices soumises à une souscription médicale, les informations que vous et vos ayants droit nous fournissez (par exemple sur le bulletin d'adhésion ou les documents justificatifs) doivent être précises et complètes. Si ces informations ne sont pas correctes ou si vous omettez des éléments qui pourraient avoir une incidence sur notre décision lors de la souscription, votre contrat sera considéré comme nul et non avenue dès la date de début. Vous devez également nous faire part des problèmes de santé qui apparaissent entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police. Les problèmes de santé que vous n'indiquez pas ne seront probablement pas couverts. Si vous ne savez pas si certaines informations sont pertinentes pour la souscription, appelez-nous et nous pourrions vous le confirmer.

Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, nous pourrions soit augmenter le montant de la prime ou résilier votre police sous 10 jours après vous avoir envoyé une lettre recommandée vous en informant. Dans ce dernier cas, nous rembourserons la portion de la prime payée pour le temps où vous ne bénéficiez plus de la couverture. Si une demande de remboursement a été envoyée, le montant du remboursement sera réduit en proportion du taux des primes qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Les problèmes de santé apparaissant entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police seront également considérés comme pathologies préexistantes. Ces pathologies préexistantes devront également être soumises à une souscription médicale, et ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées. Si le souscripteur doute de la pertinence d'une information, il doit nous la communiquer.

b) Nous ne paierons pas la garantie si :

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

Vous nous seriez alors immédiatement redevable de toute somme versée pour cette demande de remboursement avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission. Nous nous réservons le droit d'informer votre entreprise en cas d'activité frauduleuse.

Prescription: Les dispositions relatives à la prescription des actions découlant de la police d'assurance sont fixées par les Articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances français reproduit ci-dessous :

Article L.114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Article L.114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L.114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Informations complémentaires :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues par les articles 2240 et suivants du code civil – sont : la reconnaissance – précise et non-équivoque – par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ; la demande en justice, même en référé ; la mise en œuvre d'un acte d'exécution forcée. Pour plus d'informations sur la liste complète des causes ordinaires d'interruption du délai de prescription, veuillez consulter les articles susmentionnés du code civil.

Communication avec les ayants droits : Dans le cadre de l'administration de votre police d'assurance, nous pouvons être amenés à demander des informations complémentaires. Si nous devons obtenir des informations sur l'un de vos ayants droit (par exemple si nous avons besoin de l'adresse e-mail d'un ayant droit adulte), il est possible que nous vous contactions en tant que personne agissant au nom de cet ayant droit, afin d'obtenir les informations en question, à condition qu'il ne s'agisse pas d'informations sensibles. De la même manière, dans le but de traiter les demandes de remboursement, toute information en lien avec un membre de votre famille pourra vous être envoyée directement, à condition qu'il ne s'agisse pas d'informations sensibles.


Utilisation de Medi24 : Le service Medi24, ainsi que les informations et ressources médicales qu'il fournit, est très utile mais ne saurait en aucun cas remplacer l'avis d'un professionnel de santé ou les soins que vous recevez de votre médecin. Il ne saurait être sollicité pour obtenir un diagnostic ou un traitement médical et ne doit pas être utilisé à cette fin. Vous devez obtenir l'avis de votre médecin avant de commencer tout nouveau traitement ou si vous avez des questions concernant un problème de santé. Nous ne sommes pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation de Medi24 ou des informations ou ressources fournies par ce service. Les appels à Medi24 sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité des services et pour des raisons réglementaires.

Protection des données

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

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

Vous pouvez également nous appeler pour obtenir un exemplaire papier.


 +353 1 630 1303

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


 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Procédure de résolution des réclamations et des litiges

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

 +353 1 630 1303

 client.services@allianzworldwidecare.com

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

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

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

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

Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent à nos couvertures santé. Les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre tableau des garanties. Si votre couverture comprend des garanties qui ne sont pas indiquées ici, vous trouverez leur définition dans la section « Notes » située à la fin de votre tableau des garanties. Lorsque les mots et expressions suivants apparaissent dans vos documents de police d'assurance, ils auront toujours les significations définies ci-après. Tous les soins remboursés par la Sécurité sociale française sont pris en charge pour toute personne assurée qui est affiliée à la Sécurité sociale française.

A

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

Actes d'infirmiers prescrits : actes d'infirmiers prescrits pour raisons médicales et dispensés par un(e) infirmier(e) qualifié(e). Les soins peuvent être reçus à domicile ou dans un centre médical approprié en consultations externes et comprennent, mais se limitent pas à, des actes tels que le changement d'un pansement ou des injections d'insuline. Seuls les actes médicalement nécessaires sont couverts.

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

Analyses et examens médicaux : examens tels que les radiographies ou les prises de sang, effectués dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés. Ces examens sont couverts lorsque vous présentez déjà des symptômes ou s'ils doivent être effectués suite aux résultats d'autres tests médicaux. Cette garantie ne couvre pas les bilans de santé annuels et les dépistages.

Année d'assurance : elle débute à la date d'entrée en vigueur de votre police indiquée sur le certificat d'assurance et s'achève à la date d'expiration du contrat d'entreprise. L'année d'assurance suivante correspond à celle définie dans le contrat d'entreprise.

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

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

Apnée du sommeil : il s'agit d'un trouble du sommeil qui se caractérise par des pauses respiratoires ou des périodes de respiration superficielle pendant le sommeil. Si cette garantie est indiquée dans votre tableau des garanties, nous prenons en charge le traitement médicalement nécessaire et les procédures diagnostiques liées à un diagnostic d'apnée du sommeil confirmé ou suspecté. Les frais qui sont couverts par cette garantie comprennent les honoraires professionnels, un examen du sommeil médicalement nécessaire, et autres analyses et examens médicaux nécessaires, équipements médicaux et médicaments, jusqu'au montant des plafonds indiqués dans votre tableau des garanties. Veuillez noter qu'une preuve de nécessité médicale est requise.

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

Ayant droit : il s'agit de votre conjoint ou partenaire et tout enfant non marié nommés sur votre certificat d'assurance comme ayants droit. La couverture des enfants se termine le jour avant leur 18^e anniversaire, ou le jour avant leur 24^e anniversaire s'ils sont étudiants à plein temps.

B

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. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour connaître les tests et bilans de santé pris en charge par cette garantie.

C

Capital décès accidentel : le montant indiqué dans le tableau des garanties sera versé si la personne assurée (âgée de 18 à 70 ans) décède au cours de la période d'assurance suite à un accident (y compris suite à une blessure professionnelle).

Certificat d'assurance : ce document présente les détails de votre couverture et est délivré par nos soins. Il confirme que votre entreprise a souscrit une police d'assurance collective chez nous.

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. La garantie « Chambre d'hôpital » s'applique uniquement lorsque aucune autre garantie comprise dans votre couverture ne prend en charge le traitement hospitalier. Par exemple, si une personne assurée est hospitalisée pour le traitement d'un cancer, la chambre d'hôpital sera couverte par la garantie « Oncologie » et non par la garantie « Chambre d'hôpital ». Voici quelques garanties qui incluent déjà la chambre d'hôpital (si ces garanties sont comprises dans votre couverture) : la psychiatrie et la psychothérapie, la greffe d'organe, l'oncologie, la maternité, les soins palliatifs et les soins de longue durée.

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

Chirurgie 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.

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie : il s'agit d'un traitement chirurgical de la bouche, de la mâchoire, du visage ou du cou réalisé 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.

Sauf si vous bénéficiez d'une formule dentaire, nous ne couvrons pas les procédures suivantes (même si elles sont réalisées par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue) :

- L'extraction chirurgicale des dents incluses
- L'ablation chirurgicale des kystes
- Les interventions chirurgicales orthognatiques pour corriger les malocclusions

Chirurgie préventive : Il s'agit de la mastectomie prophylactique ou de l'ovariectomie prophylactique. Nous remboursons la chirurgie préventive dans les cas suivants :

- Vous avez des antécédents familiaux directs de maladies liées à un syndrome prédisposant à un cancer héréditaire (par exemple le cancer du sein ou cancer de l'ovaire) et
- Des tests génétiques ont établi la présence d'un syndrome prédisposant à un cancer héréditaire.

Complications à l'accouchement : Il s'agit uniquement des hémorragies post-partum et des rétentions placentaires. Si votre couverture comprend également une garantie « Maternité » et si une césarienne est médicalement nécessaire, celle-ci sera couverte par les complications à l'accouchement.

Complications de grossesse : elles concernent la santé de la mère. Seules les complications suivantes qui surviennent au cours de la période prénatale de la grossesse sont couvertes : grossesse extra-utérine, diabète gestationnel, pré-éclampsie, fausse couche, risques de fausse couche, enfant mort-né ou môle.

Contrat d'entreprise : il s'agit du contrat que nous avons passé avec votre employeur et par lequel vous et vos ayants droit êtes assurés chez nous. Cet accord détermine les personnes qui peuvent être assurées, le début de la couverture, les modalités de renouvellement et de paiement des primes.

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.

D

Délai de carence : période commençant à la date d'effet de votre police (ou à sa date d'entrée en vigueur si vous êtes ayant droit) pendant laquelle vous ne pouvez prétendre à certaines garanties. Votre tableau des garanties indiquera celles concernées par un délai de carence.

Dépistage du cancer pour le diagnostic précoce 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. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour connaître les tests et bilans de santé pris en charge par cette garantie.

Diététicien(ne) : frais encourus 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.

Dysphorie de genre : il s'agit de la détresse ressentie par une personne en raison d'un décalage entre le genre auquel elle s'identifie et le genre qui lui a été attribué à la naissance.

E

Employeur/Entreprise/Groupe : il s'agit de votre employeur nommé dans le contrat d'entreprise.

Équipement médical prescrit : tout appareil prescrit et médicalement nécessaire pour vous permettre de mener vos activités quotidiennes. Il peut s'agir, entre autres :

- Les équipements biochimiques tels que les pompes à insuline, les glucomètres et les machines de dialyse péritonéale.
- Les équipements aidant à la mobilité tels que les béquilles, les fauteuils roulants, les appareils/attelles orthopédiques, les membres artificiels et les prothèses.

- Les appareils auditifs et auxiliaires de phonation tels qu'un larynx électronique.
- Les bas de compression graduée médicaux.
- Le matériel pour les blessures à long terme tel que les pansements et le matériel pour stomie.

Les coûts d'équipement médical prescrit dans le cadre de soins palliatifs ou de soins de longue durée (voir les définitions des « Soins palliatifs » et « Soins de longue durée ») ne sont pas pris en charge.

Ergothérapie : traitement qui vous aide à développer les compétences nécessaires à la vie quotidienne et les interactions avec les autres et avec votre environnement. Cela fait référence aux compétences suivantes :

- La motricité fine et globale (comment vous effectuez de petites tâches précises et les mouvements de tout le corps).
- L'intégration sensorielle (comment le cerveau organise une réponse à vos sens)
- La coordination, l'équilibre et d'autres compétences telles que s'habiller, manger et faire sa toilette.

Un rapport médical sur les avancées du traitement doit nous être fourni après 20 séances.

Évacuation médicale : cela s'applique dans les cas suivants :

- Lorsque le traitement nécessaire pour lequel vous êtes couvert n'est pas disponible localement
- En cas d'urgence, si du sang testé de façon adéquate n'est pas disponible

Vous serez évacué par ambulance, hélicoptère ou avion vers le centre médical approprié le plus proche (qui peut se situer ou non dans votre pays d'origine). 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. Une fois le traitement terminé, nous couvrirons les frais du voyage de retour, en classe économique, vers votre pays de résidence principal.

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. Les suites et les hôtels quatre ou cinq étoiles ainsi que l'hébergement d'un accompagnateur sont exclus.

Si vous avez été évacué 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. Le coût de l'hôtel doit être inférieur à celui des

allers-retours entre le centre médical adéquat le plus proche et votre pays de résidence principal. L'hébergement d'un accompagnateur est exclu.

En cas d'indisponibilité de sang testé de façon adéquate, et lorsque cela s'avère approprié et conseillé par le médecin traitant et nos propres experts médicaux, nous ferons notre possible pour localiser et faire transporter du sang ainsi que du matériel de transfusion stérile. 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.

Vous devez nous contacter dès que vous pressentez qu'une évacuation est nécessaire. À partir de ce moment, nous organiserons et coordonnerons l'évacuation jusqu'à ce que vous arriviez à destination en toute sécurité pour y recevoir des soins. Si l'évacuation n'est pas organisée par nos soins, nous nous réserverons le droit de rejeter les frais engagés.

Examen auditif des enfants : prise en charge des honoraires d'un spécialiste de l'audition qualifié et reconnu dans le pays où a lieu le traitement. Pour bénéficier de cette garantie, votre enfant doit être âgé de 16 ans ou moins et être couvert au moment des soins. Lorsque vous envoyez une demande de remboursement, veuillez l'accompagner d'une facture datée fournie par le prestataire.

F

Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré à l'hôpital : 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 un lit d'hôpital n'est pas disponible, nous prendrons en charge l'équivalent du prix d'une chambre dans un hôtel trois étoiles. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts. Veuillez vérifier dans le tableau des garanties si une limite d'âge s'applique à l'enfant.

Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille en danger de mort ou décédé : prise en charge des frais de transport raisonnables (jusqu'au plafond indiqué dans le tableau des garanties) pour permettre aux membres de la famille assurés de se rendre sur le lieu où un proche au premier degré est en danger de mort ou décédé. En cas de décès d'un membre de la famille, le voyage doit débuter dans les 6 semaines qui suivent la date du décès. Sont considérés comme raisonnables les frais de transport aller-retour en classe économique. Un proche au premier degré est l'époux(se) ou le conjoint, parent, frère,

sœur ou enfant, y compris un enfant adopté ou placé dans une famille d'accueil ou l'enfant du conjoint. Les demandes de remboursement doivent être accompagnées d'une copie des titres de transport et de l'acte de décès ou d'une attestation du médecin validant le motif du voyage. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.

Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/rapatriement : prise en charge des frais de transport raisonnables de tous les membres assurés de la famille de la personne évacuée ou rapatriée, par exemple un mineur qui serait autrement sans surveillance. Si la famille ne peut pas voyager dans le même véhicule que la personne évacuée/rapatriée, nous paierons le transport aller-retour en classe économique.

Les frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement seront couverts uniquement si la formule Rapatriement fait partie de votre couverture. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.

Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps : prise en charge des frais de transport raisonnables de tout membre assuré de la famille qui vivait à l'étranger avec l'affilié décédé, afin de se rendre dans le pays de sépulture du défunt. Sont considérés comme raisonnables les frais de transport aller-retour en classe économique. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.

Frais d'une personne accompagnant un assuré évacué ou rapatrié : il s'agit des frais d'une personne accompagnant une personne assurée évacuée ou rapatriée. Si l'accompagnateur ne peut pas voyager dans le même véhicule, nous paierons pour un autre moyen de transport en classe économique. Une fois le traitement terminé, nous couvrirons les frais du voyage de retour de l'accompagnateur, en classe économique, vers le pays d'où la personne a été évacuée ou rapatriée. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.

Frais funéraires : il s'agit des frais d'enterrement ou de crémation qui ont lieu en dehors du pays d'origine ou du pays de résidence principal. Cette garantie ne comprend pas les frais de cérémonie tels que la nourriture et les boissons, le transport, l'hébergement, les fleurs et les cartes de condoléances.

Franchise : montant à votre charge qui est déduit de la somme remboursable. Les franchises s'appliquent par personne et par année d'assurance, sauf indication contraire dans votre tableau des garanties.

G

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 remboursés.

Grossesse : période au cours de laquelle vous attendez un bébé, depuis la date du premier diagnostic jusqu'à l'accouchement.

Groupes non soumis à une souscription médicale : sont des groupes pour lesquels les informations sur la santé des membres ne sont pas évaluées.

Groupes soumis à une souscription médicale : groupes pour lesquels les informations sur la santé des membres sont évaluées.

H

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

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.

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

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

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

K

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. 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 par un médecin, et sera couverte par la garantie « Kinésithérapie prescrite ». La kinésithérapie exclut certains traitements tels que le Rolfing, les massages, la méthode Pilates, la fangothérapie et la thérapie MILTA.

Kinésithérapie prescrite : traitement administré par un kinésithérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin. La kinésithérapie (prescrite, ou une combinaison de séances prescrites et non prescrites) est initialement limitée à 12 séances par pathologie, après lesquelles vous devez être examiné par le médecin généraliste qui vous a prescrit ces séances. Si davantage de séances sont requises, un nouveau rapport médical sur l'avancée du traitement doit nous être envoyé toutes les 12 séances. La kinésithérapie exclut certains traitements tels que le Rolfing, les massages, la méthode Pilates, la fangothérapie et la thérapie MILTA.

L

Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris les examens des yeux : Il s'agit de la prise en charge des lunettes et lentilles de contact prescrites pour corriger la vue. Les examens de routine réalisés par un optométriste ou un ophtalmologiste (limité à un examen par année d'assurance) sont pris en charge par la garantie « Médecins spécialistes ».

M

Maternité : frais médicalement nécessaires engagés lors de la grossesse et l'accouchement. Cela comprend les frais d'hospitalisation, les frais de spécialiste, les soins prénatals et postnatals de la mère, les frais de sage-femme (pendant l'accouchement uniquement) et les soins du nouveau-né (voir la définition « Soins du nouveau-né » pour plus d'informations sur cette garantie et connaître les plafonds qui s'appliquent au traitement hospitalier pour les enfants adoptés et placés en famille d'accueil, pour tous les enfants nés par gestation pour autrui et pour les naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée). Les complications de grossesse et à l'accouchement ne sont pas couvertes par la garantie maternité. Les césariennes qui ne sont pas médicalement nécessaires sont couvertes dans la limite du coût d'un accouchement naturel réalisé dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie. Les césariennes médicalement nécessaires sont couvertes par la garantie « Complications à l'accouchement ».

Si la garantie « Accouchement à domicile » fait partie de votre couverture, nous prendrons en charge les frais jusqu'au montant indiqué dans le tableau des garanties en cas d'accouchement à domicile.

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

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

Médecins spécialistes : Il s'agit des frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin agréé. Cette garantie ne couvre pas les frais de consultation d'un psychiatre, d'un psychologue ou de tout autre traitement déjà couvert par une autre garantie dans votre tableau des garanties. Nous ne couvrons pas les traitements de spécialistes qui sont exclus de votre police.

Médicaments prescrits : produits en vente libre prescrits par un médecin afin de :

- Traiter un diagnostic confirmé ou une pathologie médicale.
- Compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme

Ces produits comprennent, entre autres, l'aspirine, les vitamines et les aiguilles hypodermiques. Les médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie diagnostiquée. Ils doivent être reconnus par les instances de régulation pharmaceutique du pays dans lequel vous utilisez l'ordonnance. Même si l'ordonnance d'un médecin n'est pas légalement nécessaire pour l'achat de médicaments dans le pays où vous vous trouvez, une ordonnance doit être obtenue pour que ces frais soient remboursés.

Médicaments sans ordonnance : médicaments qui peuvent être achetés en pharmacie sans ordonnance. Ces médicaments doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie traitée et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils sont achetés.

Médicaments soumis à prescription médicale : il s'agit de produits pour lesquels une ordonnance est nécessaire, dont la fonction est de traiter une maladie dont le diagnostic a été confirmé, un état pathologique ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Il s'agit de médicaments tels que les antibiotiques, les sédatifs, etc. Ces médicaments doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie diagnostiquée. Ils doivent être également reconnus par les instances internationales de régulation. Vous pouvez faire une demande de remboursement pour un stock de médicaments allant jusqu'à 3 mois suivant la date de l'ordonnance, sous réserve de la durée de validité restante de la police.

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. Les bains de bouche, produits fluorés, gels antiseptiques et dentifrices ne sont pas couverts.

N

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

- a) Être nécessaires pour définir ou soigner votre état, maladie ou blessure
- b) Être appropriés à vos symptômes, votre diagnostic ou votre traitement

- c) 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
- d) Être requis pour des raisons autres que votre confort ou votre commodité ou le confort ou la commodité de votre médecin
- e) Avoir un effet médical prouvé et démontré. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de votre couverture
- f) Être considérés comme du type et du niveau le plus approprié
- g) Être prodigués dans un établissement et une salle appropriés et être de qualité appropriée pour traiter votre état médical
- h) 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.

Nous/Notre/Nos : Allianz Care.



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 notre site Internet : <https://www.allianzcare.com/fr/ressources/ressources-pour-les-affilies.html>).

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

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).

Orthodontie : usage d'appareils pour corriger une malocclusion (mauvaise posture des dents et mâchoires). Nous ne couvrons que les traitements orthodontiques qui répondent aux critères de nécessité médicale décrits ci-dessous. Les critères étant très techniques, veuillez nous contacter avant de commencer le traitement afin que nous puissions vérifier s'il répond aux critères.

Critères de nécessité médicale :

- a) Surplomb antérieur > 6 mm mais <= 9 mm
- b) Occlusion inversée > 3,5 mm sans problème de mastication ou d'élocution
- c) Articulé croisé antérieur ou postérieur > 2 mm de décalage entre la position de contact et la position d'intercuspidie
- d) Déplacements importants des dents > 4 mm
- e) Béance antérieure ou latérale importante > 4 mm
- f) Supraclusion avec douleurs gingivales ou morsure palatine
- g) Agénésie dentaire peu sévère pour laquelle un traitement d'orthodontie préalable ou une fermeture de l'espace orthodontique est nécessaire pour éviter la mise en place de prothèses
- h) Articulé croisé postérieur (position linguale) sans contact occlusal sur une ou plusieurs dents
- i) Occlusion inverse > 1 mm mais < 3,5 mm avec des problèmes de mastication et d'élocution
- j) Dents partiellement incluses, incluses et penchées contre les dents adjacentes
- k) Dents surnuméraires existantes

Vous devrez nous envoyer des documents justifiant de la nécessité médicale de votre traitement afin qu'il soit pris en charge par votre couverture. Les informations que nous demandons peuvent inclure, sans toutefois s'y limiter :

- Un rapport médical produit par le spécialiste qui indique le diagnostic (le type de malocclusion) et décrit les symptômes causés par le problème orthodontique.
- Un plan de traitement avec une estimation de la durée et des coûts du traitement ainsi que le type de matériel utilisé.
- Les modalités de paiement convenues avec le prestataire de santé.
- Une preuve de paiement du traitement.
- Des photographies de la mâchoire montrant clairement la dentition avant le traitement.
- Des photographies cliniques de la mâchoire en occlusion centrale de face et de côté.
- Les orthopantomogrammes (radiographies panoramiques).
- Les radiographies de profil (radiographies céphalométriques).

- Tout autre document dont nous avons besoin pour traiter la demande de remboursement.

Nous ne couvrons que le coût des appareils métalliques standard et/ou des appareils amovibles standard. Cependant, 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 ».

Orthoptie : thérapie spécifique visant à synchroniser le mouvement des yeux lorsqu'il y a un manque de coordination entre les muscles des yeux.

P

Parodontologie : il s'agit des traitements dentaires en cas de maladie de la gencive.

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

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

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

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

Pathologies préexistantes : il s'agit des maladies dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie ou celle de vos ayants droit, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Toute pathologie, dont vous ou vos ayants droit auriez raisonnablement pu connaître l'existence, sera considérée comme une pathologie préexistante. Votre police couvrira les pathologies préexistantes, sauf indication contraire de notre part par écrit.

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

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

Ces pathologies préexistantes devront également être soumises à une souscription médicale complète, et ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées. Veuillez consulter la section « Notes » de votre tableau des garanties pour vérifier si les pathologies préexistantes sont couvertes.

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

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

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

Professionnel de la santé mentale : il s'agit d'un médecin qui exerce dans le secteur de la santé, de la psychothérapie ou des services sociaux et qui propose des services dans le but de soigner des troubles mentaux.

Prothèses dentaires : comprennent les couronnes, inlays, onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collées, bridges, dentiers et implants, ainsi que tous les traitements nécessaires et auxiliaires.

Psychiatrie et psychothérapie : traitement d'un trouble mental, comportemental, ou de la personnalité, y compris les troubles du spectre autistique et les troubles alimentaires. Le traitement doit être suivi par un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute agréé. La pathologie doit être cliniquement grave et le traitement doit être médicalement nécessaire.

Tous les soins de jour ou en hospitalisation doivent comprendre des médicaments soumis à prescription médicale pour soigner la pathologie. La psychothérapie en médecine courante (si comprise dans votre couverture) doit être prescrite par un médecin, et est initialement limitée à 10 séances par pathologie, après quoi le traitement devra être de nouveau examiné par un psychiatre. Si davantage de séances sont requises, un rapport indiquant le diagnostic et la nécessité médicale de poursuivre le traitement doit nous être envoyé.

Un soutien psychologique est disponible par le biais de notre programme d'aide aux employés (PAE). Il s'agit d'interventions à court terme et orientées vers des solutions, qui traitent en général de problèmes actuels qui peuvent être facilement résolus sur le plan conscient. Ce service n'est pas prévu pour des situations sur le long terme ou le traitement de troubles cliniques. Le PAE peut vous aider, ainsi que les membres directs de votre famille, à gérer les situations difficiles de la vie, telles que le stress, l'anxiété, le deuil, les difficultés au travail, les problèmes relationnels, la transition culturelle, l'isolement et la solitude. Pour plus de renseignements, veuillez consulter la section dédiée au « Programme d'aide aux employés (PAE) » de ce guide.

Q

Quote-part : pourcentage des frais que vous devez payer, si une garantie est remboursée à hauteur de 80 %, cela signifie qu'une quote-part de 20 % s'applique, donc nous paierons 80 % des coûts de chaque traitement éligible par personne assurée, par année d'assurance.

R

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

Rapatriement du corps : transport du corps du/de la défunt(e) assuré(e) du pays de résidence principal vers le pays de la sépulture. Nous couvrons, entre autres, les frais d'embaumement, un container légalement approprié pour le transport, les frais de transport et les autorisations gouvernementales nécessaires. Les frais liés à la crémation ne seront couverts que si celle-ci est légalement requise. Les frais pour toute personne accompagnant le corps ne sont pas pris en charge, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

Rapatriement sanitaire : il s'agit d'une couverture facultative qui n'apparaît dans le tableau des garanties que si elle a été sélectionnée. Si les soins nécessaires ne peuvent pas être prodigués localement, vous pourrez choisir d'être médicalement évacué vers votre pays d'origine pour y recevoir un traitement au lieu d'être transporté au centre

médical approprié le plus proche. Cependant, votre pays d'origine doit être inclus dans votre zone géographique de couverture. Une fois le traitement terminé, nous couvrirons les frais du voyage de retour, en classe économique, vers votre pays de résidence principal. Le retour doit s'effectuer dans le mois qui suit la fin du traitement.

Vous devez nous contacter dès que vous pressentez qu'un rapatriement est nécessaire. À partir de ce moment, nous organiserons et coordonnerons toutes les étapes du rapatriement jusqu'à ce que vous arriviez à votre destination en toute sécurité pour y recevoir des soins. Si le rapatriement n'est pas organisé par nos soins, nous nous réserverons le droit de rejeter les frais engagés.

Rééducation : traitements sous la forme d'une combinaison de thérapies, telle que la thérapie physique, l'ergothérapie et l'orthophonie. La rééducation a pour but de restaurer une forme ou une fonction normale après une blessure, une maladie grave ou une intervention chirurgicale. Le traitement doit avoir lieu dans un établissement de rééducation agréé et doit commencer dans les 14 jours qui suivent la sortie d'hôpital, après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une maladie aiguë.

Responsable d'une police collective représentant désigné de votre entreprise agissant en tant que point de contact principal entre l'entreprise et nous-mêmes pour toute affaire relative à la gestion des couvertures, notamment les inscriptions, le paiement des primes et les renouvellements.

S

Séances avec un conseiller psychosocial : traitement par un professionnel autorisé, qui a été prescrit par un médecin généraliste pour traiter les difficultés psychologiques de l'assuré. Le montant maximum disponible pour cette garantie est indiqué dans votre tableau des garanties.

Service de consultation par vidéo conférence : il fournit un accès direct à un médecin par le biais d'une plateforme de télécommunication. Cette garantie prend en charge les coûts des consultations vidéo, comme indiqué dans votre tableau des garanties, et offre des conseils médicaux, un diagnostic et la délivrance d'une ordonnance, si besoin, pour des soins médicaux non urgents. L'accès aux services de télécommunication et aux ordonnances dépendra de la zone géographique de l'affilié(e) et des réglementations locales du pays. Vous pouvez prendre rendez-vous pour discuter avec un médecin généraliste en anglais, sous réserve de disponibilité. Certains prestataires externes sont susceptibles

de proposer d'autres langues. Le coût des médicaments n'est pas inclus, mais la livraison des médicaments ou l'orientation du patient sont susceptibles d'être inclus dans cette garantie, même lorsqu'ils sont prescrits ou recommandés lors de la téléconsultation.

Services liés à la dysphorie de genre : il s'agit de l'un des traitements médicalement nécessaires suivants :

- Les services de santé comportementale tels que le conseil en matière de dysphorie de genre et de pathologies psychiatriques liées (par exemple, l'anxiété, la dépression). Le traitement doit être prescrit par un psychiatre ou un docteur en psychologie clinique.
- L'hormonothérapie.
- Les bilans de santé préventifs en fonction de l'âge et du genre, tels que les dépistages des cancers du col de l'utérus, du sein, de la prostate, en fonction de l'anatomie de la personne.
- La réassignation sexuelle et toute chirurgie liée, si l'on vous diagnostique une dysphorie de genre et que les critères suivants sont respectés :
 - Vous avez 18 ans ou plus.
 - Vous êtes en possession d'une lettre de recommandation signée par un professionnel de la santé mentale pour une chirurgie des seins/de la poitrine, ou de deux lettres de recommandation signées par deux professionnels de la santé mentale distincts pour une chirurgie génitale, comprenant un rapport complet. Nous acceptons également une lettre signée par un professionnel titulaire d'un Master (il s'agit de toute personne travaillant dans le secteur de la santé mentale - psychiatre, infirmier(ère) en santé mentale ou psychologue qui est titulaire d'un Master dans ce domaine médical) si la deuxième lettre est signée par un psychiatre ou un docteur en psychologie clinique.

La recommandation doit être basée sur des évaluations réalisées dans les 24 derniers mois et doit indiquer que votre décision est d'actualité et non pas due à d'autres pathologies ou troubles qui peuvent être soigné(e)s. Chaque recommandation doit certifier que l'intervention chirurgicale est médicalement nécessaire selon des directives cliniques factuelles.

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 rembourserons le montant de garantie indiqué dans le tableau des garanties si le médecin traitant décide que pour des raisons médicales, vous devez séjourner dans un centre de convalescence ou qu'une infirmière doit être présente à votre domicile. Cette garantie doit également être approuvée par notre directeur médical.

Cette garantie ne couvre pas les séjours en station thermale, en centre de cure, en centre de remise en forme, les soins palliatifs ou les soins de longue durée (voir les définitions des « Soins palliatifs » et « Soins de longue durée »).

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

Soins dentaires : sont inclus le bilan annuel, les plombages simples liés aux caries, les dévitalisations et les médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires.

Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation : ils désignent les soins dentaires d'extrême urgence pour soulager la douleur suite à un accident grave et nécessitant une admission à l'hôpital. Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'incident. Cette garantie ne couvre pas les soins dentaires de routine, la chirurgie dentaire, les prothèses dentaires et les soins d'orthodontie et de parodontie. Si ces soins sont couverts, ils figureront à part dans le tableau des garanties.

Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation : concernent les soins reçus dans une salle d'opération dentaire ou aux urgences pour le soulagement immédiat des douleurs dentaires causées par un accident ou une blessure à une dent naturelle saine. Cela comprend les pulpotomies et les pulpectomies ainsi que les plombages temporaires qui en résultent (limités à trois plombages par année d'assurance). Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'incident. Les prothèses dentaires, les restaurations permanentes ou la poursuite des dévitalisations ne sont pas comprises. Toutefois, si votre police comprend une formule Dentaire, celle-ci prendra en charge le montant des soins dentaires qui excède le plafond de la garantie des « Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation ». Le cas échéant, les conditions de la formule Dentaire s'appliqueront.

Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture : il s'agit des soins d'urgence reçus au cours de voyages d'affaires ou touristiques en dehors de votre zone de couverture. La couverture est fournie pour une période maximum de six semaines par voyage et limitée au plafond global. Cette couverture comprend les traitements requis en cas d'accident, ou d'apparition soudaine ou de dégradation d'une maladie grave présentant un danger immédiat pour votre santé. Les soins prodigués par un médecin doivent commencer dans les 24 heures qui suivent l'urgence. Vous ne serez pas couvert pour les soins de suivi ou thérapeutiques non urgents, et ce même si vous êtes dans l'incapacité de vous rendre dans un pays de votre zone géographique de couverture. Les frais liés à la maternité, grossesse,

accouchement ou toute complication durant la grossesse ou l'accouchement sont exclus de cette garantie. Pour les déplacements de plus de six semaines en dehors de votre zone géographique de couverture, veuillez informer le responsable de la police collective souscrite par votre employeur.

Soins d'urgence sans hospitalisation : soins reçus aux urgences pendant les 24 heures suivant un accident ou une maladie soudaine mais qui ne nécessitent pas la garde médicale du patient pendant la nuit. Toutefois, si votre police comprend une formule Médecine courante, celle-ci prendra en charge le montant des soins qui excède le plafond de la garantie des « Soins d'urgence sans hospitalisation ». Le cas échéant, les conditions de la formule Médecine courante s'appliqueront.

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.

Votre couverture ne comprend pas les procédures de diagnostic préventif, telles que les tampons à prélèvement, la détermination du groupe sanguin ou les examens auditifs. Tout autre traitement ou examen médicalement nécessaire est couvert selon les conditions de la police d'assurance du nouveau-né (si le nouveau-né a été ajouté en tant qu'ayant droit). Le traitement hospitalier pour les naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, pour tous les enfants nés par gestation pour autrui, et pour les enfants adoptés et placés en famille d'accueil est limité à 24 900 £/ 30 000 €/ 40 500 US \$/ 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.

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

Soins orthomoléculaires : traitement alternatif visant à rétablir l'équilibre biochimique d'un individu à l'aide de suppléments. Ces soins utilisent des substances naturelles comme les vitamines, les minéraux, les enzymes et les hormones.

Soins palliatifs : sont pris en charge les frais relatifs aux traitements reçus dans le but d'apaiser les souffrances physiques et psychologiques causées par une maladie évolutive et incurable et à maintenir une certaine qualité

de vie. Les traitements hospitaliers, de jour ou ambulatoires administrés suite au diagnostic, établissant que la maladie est en phase terminale, sont pris en charge. Cette garantie prévoit le remboursement des soins physiques et psychologiques, ainsi que celui des frais de chambre en hôpital ou en hospice, des soins infirmiers et des médicaments délivrés sur ordonnance.

Soins postnatals : soins médicaux post-partum de routine reçus par la mère jusqu'à six semaines après l'accouchement.

Soins prénatals : dépistages et examens de suivi classiques 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 directement liées à une amniocentèse couverte par la police d'assurance.

Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation : somme versée pour le traitement hospitalier d'une pathologie médicale que nous couvrons et dont les frais ne sont pas à votre charge, c'est-à-dire lorsque la sécurité sociale prend en charge l'ensemble des frais de votre traitement et que nous ne recevons ni ne traitons aucune demande de remboursement pour le traitement en vertu des garanties de cette police. La garantie Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation est limitée à la somme indiquée dans le tableau des garanties et est versée dès votre sortie de l'hôpital.

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

Spécialiste : médecin diplômé possédant l'expérience et les qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité reconnue, ce qui comprend les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention dans un domaine particulier de la médecine.

T

Tests d'allergie : il s'agit des visites chez un praticien agréé pour tester et découvrir si vos symptômes sont liés à une allergie. Si cette garantie est spécifiquement comprise dans votre couverture, la prise en charge est limitée au montant indiqué dans votre tableau des garanties.

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.

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

Traitement de la stérilité : toute recherche complémentaire nécessaire afin d'établir la cause de la stérilité telle que l'hystérosalpingographie, la laparoscopie ou l'hystérogaphie sera également couverte. Cela couvre également les traitements tels que la fécondation In vitro (FIV), pour les cas diagnostiqués d'infertilité. Nous couvrirons les frais pour la personne assurée qui reçoit les soins, dans la limite du plafond indiqué dans le tableau des garanties. Vous ne pouvez pas utiliser la couverture de votre conjoint/partenaire assuré pour des frais qui dépassent le plafond de votre garantie.

Tous les examens non-invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité sont couverts dans les limites de votre formule Médecine courante (si vous en avez une).

Les « Analyses et examens médicaux », les « Médecins généralistes » et les « Médecins spécialistes » sont des exemples de garanties qui couvrent les examens non-invasifs.

Le traitement hospitalier pour les naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, pour tous les enfants nés par gestation pour autrui, et pour les enfants adoptés et placés en famille d'accueil est limité à 24 900 £/ 30 000 €/ 40 500 US \$/ 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.

Traitement des troubles alimentaires : combinaison de différentes psychothérapies, y compris la thérapie comportementale et cognitive, le contrôle médical, les médicaments prescrits et les conseils en nutrition pour traiter l'anorexie mentale, la boulimie mentale et l'hyperphagie boulimique.

Tous les soins de jour ou en hospitalisation doivent comprendre des médicaments soumis à prescription médicale pour soigner la pathologie.

La thérapie en médecine courante (si comprise dans votre couverture) doit être prescrite par un médecin, et est initialement limitée à 10 séances par pathologie, après quoi le traitement devra être de nouveau examiné par un psychiatre. Si davantage de séances sont requises, un rapport indiquant le diagnostic et la nécessité médicale de poursuivre le traitement doit nous être envoyé.

Traitement des troubles du spectre autistique : gamme de thérapies visant à améliorer les compétences d'une personne assurée atteinte d'autisme. Cela comprend les traitements médicaux spécialisés et les programmes comportementaux accrédités. Le traitement est pris en charge par la garantie « psychiatrie et psychothérapie » de votre formule médecine courante, si vous en avez une. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour connaître les plafonds en vigueur. L'admission, les séjours et les hospitalisations de jour dans des centres d'éducation spécialisés ne sont pas couverts.

Traitement du VIH ou du SIDA : cette garantie prend en charge les consultations, examens, soins en médecine courante et hospitaliers liés au virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Si cette garantie est spécifiquement comprise dans votre couverture, la prise en charge est limitée au montant indiqué dans votre tableau des garanties.

Traitement hormonal substitutif : l'utilisation d'hormones féminines pour soulager les symptômes liés à l'arrêt de la fonction ovarienne, lors de la ménopause naturelle ou suivant une ablation des ovaires. Les honoraires de médecins généralistes, spécialistes, ainsi que la prescription de médicaments sont pris en charge.

Traitement paramédical : traitement thérapeutique ou diagnostique ne répondant pas aux critères de la médecine occidentale traditionnelle. 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.

Traitement préventif : traitement reçu en l'absence de tout symptôme préalable (par exemple l'ablation d'une excroissance précancéreuse). Cette garantie est couverte lorsqu'elle est indiquée dans votre tableau des garanties.

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.

U

Vous/Votre/Vos : personne travaillant pour l'entreprise et tout ayant droit mentionnés sur le certificat d'assurance.

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

V

Vaccinations : il s'agit de

- Tous les vaccins et rappels exigés par les autorités sanitaires du pays dans lequel ils sont administrés.
- Le vaccin contre la Covid-19*, s'il n'est pas fourni gratuitement ou s'il n'est que partiellement subventionné par le gouvernement de votre pays de résidence.
- Toute vaccination médicalement nécessaire avant un voyage.
- La prophylaxie antipaludéenne.

Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont couverts.

*Nous prenons en charge le vaccin contre la Covid-19 si :

- La procédure de développement clinique obligatoire a été complétée et le vaccin a passé tous les tests cliniques pré-homologation (phase I, II et III) qui démontrent qu'il est efficace et sans danger.
- La procédure d'autorisation en plusieurs étapes de l'autorité de réglementation compétente a été complétée et le vaccin est homologué pour utilisation dans la juridiction où il est requis.
- Le vaccin n'est pas fourni gratuitement ou n'est que partiellement subventionné par le gouvernement du pays dans lequel vous résidez.

Nous couvrons les frais raisonnables et d'usage du vaccin contre la Covid-19, y compris l'administration de l'injection, conformément aux politiques locales de santé publique en matière de distribution des vaccins. Nous ne prenons pas en charge les frais de transport si vous décidez de vous rendre dans un pays différent de celui dans lequel vous résidez habituellement afin de vous faire vacciner. Veuillez noter que la couverture n'a pas pour but de vous donner un accès prioritaire aux vaccins.

Exclusions

Bien que la plupart des traitements médicalement nécessaires soient pris en charge, les dépenses suivantes sont exclues, sauf indication contraire dans le tableau des garanties ou dans tout autre avenant écrit. Tous les traitements indiqués ci-dessous sont exclus sauf s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale française pour toute personne assurée qui est affiliée à la Sécurité sociale française.

ACQUISITION D'UN ORGANE

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.

BLESSURES RÉSULTANT D'UNE PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS SPORTIVES PROFESSIONNELLES

Les traitements ou procédures diagnostiques pour des blessures résultant d'une participation à des activités sportives professionnelles.

CHANGEMENT DE SEXE

Toute opération ou traitement lié(e) à un changement de sexe, tel(le) que :

- Blépharoplastie
- Implants de pommette/malaires
- Implants du menton/nasaux
- Injections de collagène
- Lifting facial/frontal
- Réduction des os du visage (ostéoplastie)
- Épilation/Implant capillaire
- Réduction de la mâchoire
- Laryngoplastie
- Rhinoplastie
- Relissage de la peau (par exemple, dermabrasion, peeling chimique)
- Réduction du cartilage thyroïde (chondroplastie)
- Raffermissment du cou
- Augmentation des lèvres
- Injections de botox/Lipofilling

CHIRURGIE PLASTIQUE

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

COMPLICATIONS CAUSÉES PAR DES PATHOLOGIES QUI NE SONT PAS PRISES EN CHARGE PAR VOTRE COUVERTURE

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

CONSULTATIONS PRATIQUÉES PAR VOUS OU UN MEMBRE DE LA FAMILLE

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

CONTAMINATION CHIMIQUE ET RADIOACTIVITÉ

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

CORRECTION VISUELLE AU LASER

Le traitement en vue de modifier la réfraction d'un œil ou des deux yeux (correction visuelle au laser).

DOSAGE DES MARQUEURS TUMORAUX

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.

ÉCHEC DE LA RECHERCHE OU DU SUIVI D'UN CONSEIL MÉDICAL

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

ERREUR MÉDICALE

Le traitement nécessaire suite à une erreur médicale.

FACETTES DENTAIRES

Les facettes dentaires et procédures connexes.

FRAIS DE TRANSPORT

Les frais de transport vers et depuis les établissements médicaux (dont les frais de parking) pour recevoir un traitement, sauf les frais de transport couverts par les garanties « Transport local en ambulance », « Évacuation médicale » et « Rapatriement sanitaire ».

FRAIS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

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

GESTATION POUR AUTRUI

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

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

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

MALADIES CAUSÉES INTENTIONNELLEMENT OU BLESSURES AUTO-INFLIGÉES

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

NAVIRE EN MER

Évacuation médicale/rapatriement depuis un navire en mer vers un centre médical sur la terre ferme.

ORTHOPHONIE

L'orthophonie pour traiter le retard de développement, la dyslexie, la dyspraxie ou les troubles du langage et de l'expression.

PARTICIPATION À UNE GUERRE OU À DES ACTES CRIMINELS

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

- La guerre
- Des émeutes
- Des désordres civils

- Des actes terroristes
- Des actes criminels
- Des actes illicites
- Des actes contre une intervention étrangère

PATHOLOGIES PRÉEXISTANTES

Pour les groupes soumis à une souscription médicale, les pathologies préexistantes (y compris les pathologies préexistantes chroniques) dans les cas suivants :

- Elles sont indiquées dans un formulaire de conditions particulières que nous envoyons avant le commencement de la police.
- Elles n'ont pas été déclarées dans le bulletin d'adhésion.
- Elles apparaissent entre la date de signature du bulletin d'adhésion et les échéances suivantes (la plus récente prévaudra)
 - La date à laquelle nous envoyons votre certificat d'assurance ou
 - La date de début de votre police

Ces pathologies devront également être soumises à une souscription médicale, et ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées.

PERTE OU REMPLACEMENT DES CHEVEUX

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

PRÉ ET POSTNATAL

Les cours pré et postnatals.

PRODUITS ACHETÉS SANS ORDONNANCE

Les médicaments qui peuvent être achetés sans ordonnance, à moins qu'une garantie spécifique couvrant ces frais n'apparaisse dans votre tableau des garanties.

RETARD DE DÉVELOPPEMENT

Le retard dans le développement cognitif ou physique, sauf si l'enfant n'a pas atteint les étapes de développement attendues pour son âge. Les traitements ne sont pas pris en charge lorsque le développement de l'enfant est légèrement ou temporairement en retard. Le retard de développement doit avoir été mesuré quantitativement par des professionnels de la santé qualifiés et documenté comme un retard de développement d'au moins 12 mois.

SÉJOURS EN CENTRE DE CURE

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

SOINS AUX ETATS-UNIS DANS LES CAS SUIVANTS

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

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

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

SOINS ORTHOMOLÉCULAIRES

Veuillez consulter la définition des « Soins orthomoléculaires ».

STÉRILISATION, DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS ET CONTRACEPTION

Les diagnostics, traitements ou complications liés à :

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

TESTS GÉNÉTIQUES

Les tests génétiques,

- a) à moins que des tests génétiques spécifiques ne fassent partie de votre couverture,
- b) à l'exception des tests d'ADN directement liés à une amniocentèse, à savoir pour les femmes âgées de 35 ans ou plus.
- c) à moins que les tests pour les récepteurs génétiques tumoraux ne soient couverts.

TESTS TRIPLES (BART'S), QUADRUPLES OU POUR LE SPINA BIFIDA

Les tests triples (Bart's) ou Quadruples, ou les tests pour le Spina Bifida, hormis pour les femmes de 35 ans ou plus.

THÉRAPIE ET CONSEILS FAMILIAUX

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

TOXICOMANIE OU ALCOOLISME

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

TRAITEMENT EN DEHORS DE LA ZONE GÉOGRAPHIQUE DE COUVERTURE

Tout traitement en dehors de la zone géographique de couverture, à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence ou que nous ayons autorisé le traitement.

TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ

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. Si vous avez sélectionné une formule Médecine courante, la couverture est limitée aux examens non-invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité, dans les limites de votre formule Médecine courante.

TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

Les tests et traitements liés à l'obésité.

TRAITEMENT PARAMÉDICAL

Les traitements paramédicaux, à l'exception des traitements indiqués dans le tableau des garanties.

TRAITEMENTS OU MÉDICAMENTS EXPÉRIMENTAUX OU DONT LES EFFETS NE SONT PAS PROUVÉS

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.

TROUBLES DU SOMMEIL

Le traitement des troubles du sommeil, y compris l'insomnie, l'apnée obstructive du sommeil, la narcolepsie, le ronflement et le bruxisme.

VISITES À DOMICILE

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

VITAMINES OU MINÉRAUX

Les produits classés comme suit :

- Les vitamines et minéraux (sauf au cours d'une grossesse ou pour traiter une déficience clinique majeure en vitamines).
- Les compléments tels que les laits maternisés et les produits cosmétiques.

Ces produits sont exclus même s'ils 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 non plus, à moins qu'une garantie spécifique n'apparaisse dans votre tableau des garanties.

GARANTIES QUI NE SONT PAS INDIQUÉES DANS VOTRE TABLEAU DES GARANTIES

Les garanties suivantes, et toute conséquence négative ou complication en résultant, sauf indication contraire dans le tableau des garanties :

- Soins dentaires, chirurgie dentaire, parodontie, orthodontie et prothèses dentaires. Les seules exceptions sont la stomatologie et la chirurgie maxillo-faciale, qui sont couvertes dans la limite du plafond global de votre formule Hospitalisation.
- Diététicien.
- Soins dentaires d'urgence.
- Frais d'une personne accompagnant une personne assurée évacuée ou rapatriée.
- Bilan de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies.
- L'accouchement à domicile.
- Traitement de la stérilité.
- Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier.
- Rapatriement sanitaire.
- La greffe d'organe.
- Psychiatrie et psychothérapie en médecine courante.

- Soins en médecine courante.
- Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris les examens des yeux.
- Équipement médical prescrit.
- Traitement préventif.
- Rééducation.
- Maternité.
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/rapatriement.
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps.
- Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille qui est en danger de mort ou décédé.
- Vaccinations.

CAPITAL DÉCÈS ACCIDENTEL

Le capital décès accidentel, si le décès d'une personne assurée est la cause directe ou indirecte des situations suivantes :

- Participation active à une guerre, des émeutes, des désordres civils, des actes terroristes, des actes criminels, des actes illégaux ou à des actes contre une intervention étrangère, que la guerre ait été déclarée ou non.
- Les maladies causées intentionnellement ou blessures auto-infligées, y compris le suicide, pendant l'année suivant la date à laquelle la personne assurée a rejoint la police.
- Participation active à des activités souterraines ou sous-marines telles que l'extraction minière souterraine ou plongée sous-marine.
- Activités sur l'eau (plates-formes pétrolières) et activités aériennes, sauf indication contraire dans le contrat d'entreprise.
- Contamination chimique ou biologique, radioactivité ou toute contamination par le matériau nucléaire, y compris la fission du combustible nucléaire.
- Risque de guerre :
 - Présence dans un pays déconseillé par le gouvernement français ou britannique à ses ressortissants (cela s'applique quelle que soit la nationalité de l'assuré) et pays vers lequel tout voyage est déconseillé; ou,
 - Voyager ou séjourner, pendant plus de 28 jours par séjour, dans un pays ou une région déconseillée par le gouvernement français ou britannique sauf si la présence est indispensable.


L'exclusion « Risque de guerre » s'applique, que la demande de remboursement soit, directement ou indirectement, une conséquence de la guerre, d'émeutes, de désordres civils, d'actes terroristes, d'actes criminels, d'actes illégaux ou d'actes contre une intervention étrangère que la guerre ait été déclarée ou non.

- Être sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants.
- Décès ayant lieu plus de 365 jours après l'accident.
- Exposition délibérée au danger, sauf dans l'intention de sauver une vie humaine.
- Inhalation intentionnelle de gaz ou ingestion intentionnelle de poisons ou de drogues illicites.
- Vol à bord d'un aéronef, y compris les hélicoptères, sauf si la personne assurée est passagère et que le pilote dispose d'un brevet, ou s'il/si elle est lui-même/elle-même pilote militaire et a déposé son plan de vol conformément à la réglementation locale.
- Participation active à des sports extrêmes y compris :
 - Sports de montagne tels que le rappel, l'alpinisme et les courses de toutes sortes (sauf la course à pied).
 - Sports de neige y compris le bobsleigh, luge, alpinisme, skeleton, ski ou snowboard hors-piste.
 - Sports équestres y compris la chasse à cheval, le saut d'obstacle, polo, steeple-chase ou les courses de chevaux de toutes sortes.
 - Sports aquatiques tels que la spéléologie, plongée spéléologique, plongée à plus de 10 mètres de profondeur, plongée de haut-vol, rafting et canyoning.
 - Sports en voiture ou véhicules à deux roues, tels que la moto ou le quad.
 - Sports de combats.
 - Sports aériens tels que les vols en ULM, montgolfière, parapente, deltaplane, parachute ascensionnel et sauts en parachute.
 - Autres sports divers tels que le saut à l'élastique.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

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

Service téléphonique 24 h/24, 7 j/7, pour toutes questions ou en cas d'urgence


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

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

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






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

 E-mail : client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax : +353 1 630 1306

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

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/AllianzCare/
 www.linkedin.com/company/allianz-care
 www.youtube.com/c/allianzcare
 www.instagram.com/allianzcare/
 twitter.com/AllianzCare

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

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. Enregistrée en France : au RCS de Bobigny sous le numéro 401 154 679. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.