



Couvertures santé pour vous et votre famille
Entrée en vigueur le 1er novembre 2019

CONDITIONS

générales

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
Aperçu de la couverture	16
Besoin de recevoir des soins ?	20

CONDITIONS GÉNÉRALES DE VOTRE COUVERTURE

Explication de votre couverture	32
Procédures de demande de remboursement et d'entente préalable	34
Paiement des primes	38
Gestion de votre police	40
Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture	46
Protection des données	50
Procédure de traitement des réclamations et litiges	52
Definitions	54
Exclusions	66

Ce document est une traduction française du document en anglais. La version en anglais est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle.

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

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



**COMMENT
UTILISER
VOTRE
COUVERTURE ?**



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 expatriés.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

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

Service téléphonique :

☎ Téléphone : +353 1 630 1303

Pour consulter la liste de nos numéros gratuits rendez-vous sur :

<https://www.allianzworldwidecare.com/fr/pages/toll-free-numbers/>

@ 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

Nos Services numériques MyHealth vous offrent un accès facile et pratique 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

Accédez aux documents de votre police et à votre carte d'affiliation à tout moment.

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 disponible 24 h/24, 7 j/7.

Fonctionnalités supplémentaires de l'application MyHealth :

- **Le vérificateur de symptômes** : Obtenez une évaluation simple et rapide de vos symptômes.
- **Trouver un hôpital** : Localisez les prestataires de santé à proximité et obtenez les directions GPS.
- **Aide pour 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.
- **Numéro des urgences** : obtenez le numéro des urgences locales partout dans le monde.

La plupart des fonctionnalités sont disponibles hors connexion, mais vous devez être en ligne pour envoyer une demande de remboursement et utiliser certains services de santé.

Fonctionnalités supplémentaires du portail en ligne MyHealth :

- 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

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

Pour commencer :



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.



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 aller plus loin et configurer également l'application MyHealth. 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.



Pour télécharger l'application MyHealth, tapez « Allianz MyHealth » sur l'App Store d'Apple ou le service Google Play d'Android.

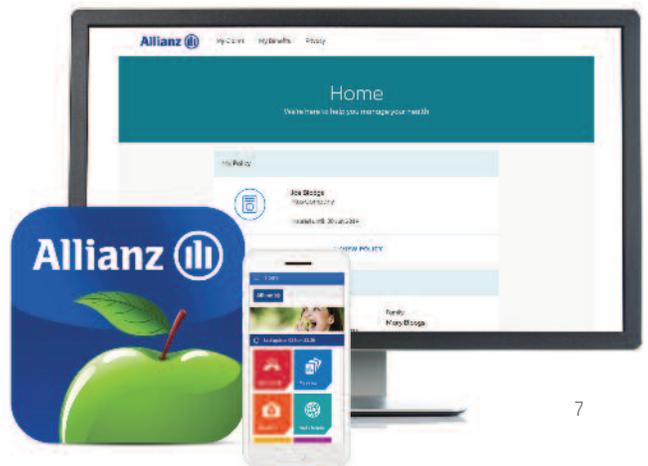


Une fois installée, suivez les instructions à l'écran et entrez votre numéro de police lorsque vous y êtes invité. L'application MyHealth vous demandera l'adresse e-mail (nom d'utilisateur) et le mot de passe que vous avez fournis précédemment. Entrez simplement ces informations et suivez les instructions à l'écran.



Création de votre code PIN - enfin, créez votre code PIN. Dans le futur seul votre code PIN sera nécessaire pour accéder à l'application Allianz MyHealth et à toutes ses fonctions.

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



Les services Web

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

- Chercher des prestataires médicaux. Vous n'êtes pas limité aux prestataires figurant dans cet annuaire.
- Télécharger des formulaires.
- Accéder à notre calculateur d'IMC.
- Accéder à nos guides sur la santé.

Medi24

Medi24 est un service de conseils médicaux fourni par une équipe médicale expérimentée. Ce service dispense des informations et des conseils sur une large gamme de sujets tels que la pression artérielle, les régimes, les maladies infectieuses, les premiers secours, les soins dentaires, les vaccins, le cancer, l'infirmité, la parole, la stérilité, la pédiatrie, la santé mentale et la santé générale.

Medi24 est disponible en anglais, allemand, français et italien.

 **+44 (0) 208 416 3929**

Veuillez contacter notre service téléphonique pour toute question sur votre police ou votre couverture (Par ex. plafonds des garanties ou état d'une demande de remboursement).



Le Programme d'aide aux expatriés (PAE)

Lorsque des situations difficiles surviennent dans la vie ou au travail, notre Programme d'aide aux expatriés 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 :



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.



ASSISTANCE EN CAS D'ÉVÉNEMENT GRAVE

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.



SERVICES D'AIDE JURIDIQUE ET FINANCIÈRE

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



ACCÈS AU SITE 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. Toutefois, des numéros de téléphone locaux peuvent être disponibles. La liste complète de nos « numéros d'accès mondial » est disponible à l'adresse suivante :

 www.workhealthlife.com/AWCExpats
(disponible en anglais, français et espagnol)

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

Le PAE est disponible via Morneau Shepell Limited, sous réserve de votre acceptation de nos conditions générales. Vous comprenez et acceptez le fait qu'AWP Health & Life SA – Succursale irlandaise et/ou AWP Health & Life Services Limited ne sont pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation des services du PAE.



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 :



L'ASSISTANCE TÉLÉPHONIQUE D'URGENCE

Discutez avec un spécialiste de la sécurité de votre prochaine destination.



DES RENSEIGNEMENTS SUR LES PAYS ET DES CONSEILS SUR LA SÉCURITÉ

Des informations sur la sécurité et des conseils sur de nombreux pays.



DES MISES À JOUR QUOTIDIENNES SUR LA SÉCURITÉ ET ALERTES DE SÉCURITÉ PAR E-MAIL CONCERNANT LES 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.

Veillez 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 votre 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.

Les Services de sécurité relatifs aux voyages sont disponibles via WorldAware Ltd, sous réserve de votre acceptation de nos conditions générales. Vous comprenez et acceptez le fait qu'AWP Health & Life SA – Succursale irlandaise et/ou AWP Health & Life Services Limited ne sont pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation des Services de sécurité relatifs aux voyages.

Allianz HealthSteps

Les premiers pas vers une vie plus saine

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. Si les services HealthSteps sont compris dans votre couverture, ils seront indiqués dans votre tableau des garanties.

Les fonctionnalités d'HealthSteps :



OBJECTIF

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

- Perdre du poids
- Améliorer la posture
- Mieux dormir
- Manger sainement
- Bouger et se régénérer
- Rester en bonne santé
- Changer sa silhouette
- 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 surveillez vos progrès par rapport aux objectifs que vous vous êtes fixés.



RESSOURCES

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.



HealthSteps est fourni par un prestataire externe. Ce service est mis à votre disposition, sous réserve de votre acceptation de nos conditions générales. Ce service est également soumis aux conditions générales d'AWP Health & Life Services Limited, telles qu'elles apparaissent sur notre application HealthSteps. 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 des services nommés précédemment.



APERÇU DE LA COUVERTURE

Voici un résumé de votre couverture santé.

Ce qui est pris en charge par ma couverture

Vous êtes couvert pour toutes les garanties indiquées dans votre tableau des garanties. 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 la section « Notes » de votre tableau des garanties pour vérifier si les pathologies préexistantes sont couvertes.

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. Pour effectuer une demande de remboursement des frais médicaux et des frais de voyage engagés, vous devez remplir et soumettre le formulaire d'entente préalable avant de voyager.

Les frais engagés dans votre pays d'origine sont couverts à condition que ces traitements soient pris en charge par votre couverture, et 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 formule. Bien que beaucoup de garanties comprises dans votre tableau des garanties soient entièrement couvertes, certaines sont limitées à un montant spécifique (par ex. 30 000 €). Il s'agit du plafond de garantie.

Pour plus d'informations sur les plafonds de garanties, veuillez consulter la section de ce guide intitulée « Plafonds des garanties ».

Votre famille s'agrandit ?

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

Vous pouvez demander à ajouter votre conjoint ou partenaire, simplement en remplissant notre bulletin d'adhésion disponible sur :

🌐 www.allianzcare.com/fr/assurance-sante-internationale-pour-particuliers/formulaire-d-affiliation.html

Pour ajouter un nouveau-né à votre police, envoyez simplement un e-mail à notre équipe des souscriptions accompagné d'un acte de naissance. Vous devez envoyer votre demande dans les quatre semaines qui suivent la naissance afin que le nouveau-né soit ajouté sans qu'il fasse l'objet d'une souscription médicale et qu'il soit couvert dès la naissance.

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

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.



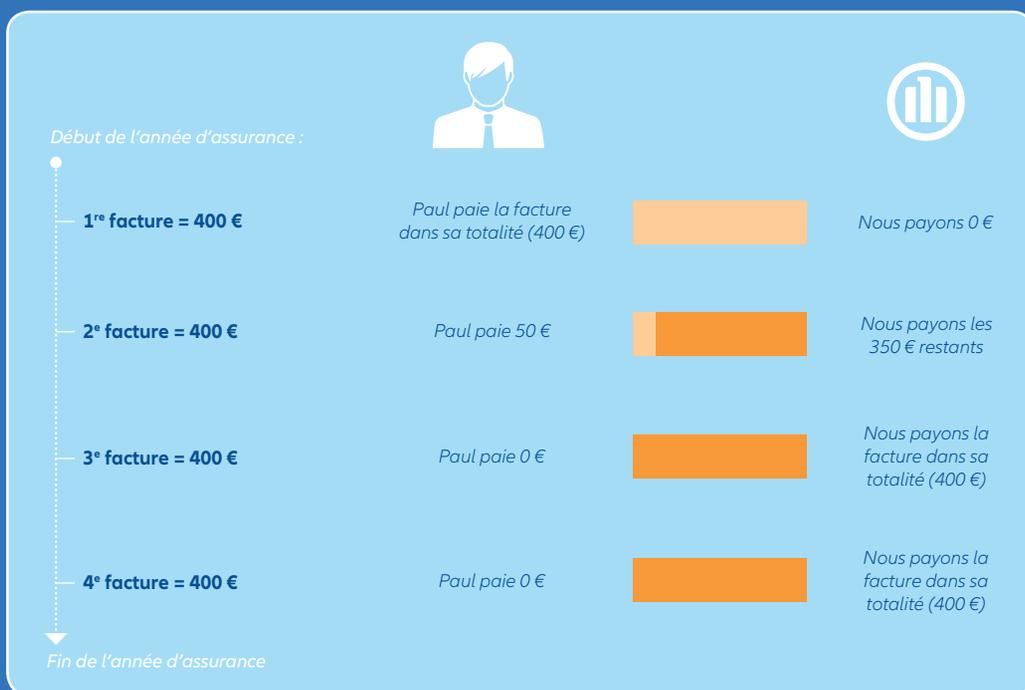
Qu'est-ce qu'une franchise et qu'est-ce qu'une quote-part ?

Certaines formules et garanties peuvent être assujetties à une franchise ou à une quote-part, ou aux deux. Votre tableau des garanties indiquera si cela s'applique à votre couverture..

Une **quote-part** est un pourcentage des frais médicaux dont vous devez vous acquitter. 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..



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



■ Contribution de l'assureur
■ Contribution de la personne assurée

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

Une préautorisation est nécessaire pour certains traitements

Les traitements pour lesquels une préautorisation est nécessaire seront indiqués dans votre tableau des garanties (la préautorisation se fait par le biais d'un formulaire d'entente préalable). 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.

Soins hospitaliers

(La procédure de préautorisation 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.

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. Toutes les informations concernant notre procédure d'entente préalable sont disponibles dans la section des conditions générales de ce guide.



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.

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

Si votre traitement n'exige pas de préautorisation, 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, 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 sur le portail (<https://www.allianzcare.com/fr/myhealth.html>).

Entrez les renseignements essentiels, prenez une photo de vos factures, et cliquez sur « Soumettre ».

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



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.





Évacuations et Rapatriements

Dès que vous pressentez 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





Et si je dois recevoir des soins aux États-Unis ?

Pour trouver un prestataire

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

 www.allianzcare.com/olympus

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

Vous pouvez 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 :

 <http://members.omhc.com/awc/prescriptions.html>





**CONDITIONS
GÉNÉRALES DE
VOTRE
COUVERTURE**



CONDITIONS GÉNÉRALES

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

La police d'assurance santé est un contrat annuel conclu entre Allianz Care et la personne assurée indiquée sur le certificat d'assurance. Le contrat est composé des documents suivants :

- Le **guide des conditions générales** (ce document), présente les garanties standard et les règles de votre police d'assurance santé. Nous vous recommandons de le lire attentivement, conjointement avec votre certificat d'assurance et votre tableau des garanties.
- Le **certificat d'assurance** présente les formules choisies, la date d'entrée en vigueur et la date de renouvellement de la police, les dates auxquelles des ayants droit ont été ajoutés, ainsi que la zone géographique de couverture. Si d'autres conditions spécifiques s'appliquent à votre couverture, elles figureront sur le certificat d'assurance. Elles auront également été détaillées sur un Formulaire de conditions particulières que nous vous ferons parvenir avant le commencement de votre couverture. Un nouveau certificat d'assurance vous sera envoyé si vous demandez un changement (que nous acceptons), tel que l'ajout d'un ayant droit, ou si nous effectuons un changement que nous sommes autorisés à faire.
- Le **tableau des garanties**. Il indique la(les) formule(s) choisies, les garanties dont vous bénéficiez, et précise les garanties/traitements pour lesquels une entente préalable doit être soumise. Tous les plafonds, délais de carence, franchises ou quotes-parts applicables aux garanties apparaissent également dans le tableau des garanties.
- Les informations que nous avons reçues dans le bulletin d'adhésion signé, le bulletin d'adhésion en ligne ou le formulaire de confirmation d'état de santé (que nous appellerons collectivement « bulletin d'adhésion approprié ») ou dans tout autre document médical justificatif, par ou au nom des assurés.

EXPLICATION DE VOTRE COUVERTURE

Les formules que vous avez choisies sont indiquées dans votre tableau des garanties, qui présentent toutes les garanties pour lesquelles vous êtes couvert ainsi que les plafonds qui s'appliquent. Pour comprendre la manière dont les plafonds de garanties s'appliquent, veuillez consulter le paragraphe « Plafonds des garanties ».

Vos garanties sont soumises aux :

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

Ce que nous couvrons

- L'étendue de votre couverture est définie par votre tableau des garanties, le certificat d'assurance, tout avenant à la police, ces conditions générales pour contrats individuels, ainsi que tout autre document contractuel. Nous rembourserons les frais médicaux liés à l'apparition ou à l'aggravation d'une pathologie, conformément à votre tableau des garanties et aux conditions générales pour contrats individuels.
- Dans le cadre de votre police, vous êtes couvert pour les traitements médicaux, les coûts, les services ou le matériel qui :
 - sont, à notre avis, médicalement nécessaires, adaptés à l'état, à la maladie ou à la blessure du patient.
 - ont un but palliatif, curatif et/ou diagnostique.
 - sont administrés par un médecin, un dentiste ou un thérapeute agréé.

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

- Cette police ne couvre pas les frais médicaux ni les garanties si cela devait enfreindre une sanction, loi ou réglementation en vigueur des Nations Unies, de l'Union européenne ou toute autre sanction, législation ou réglementation économique ou commerciale en vigueur.

Début de la couverture

L'envoi du certificat d'assurance est la confirmation que nous avons accepté votre demande d'être sur la police. Le certificat indiquera la date de commencement de votre couverture. Veuillez noter qu'aucune garantie ne fera l'objet de remboursement dans le cadre de votre police tant que nous n'aurons pas reçu la prime initiale et si les primes ultérieures ne sont pas payées lorsqu'elles sont dues.

Si vos ayants droit sont ajoutés à votre police, leur nom sera indiqué sur le certificat d'assurance ainsi que la date de commencement de leur couverture. Leur couverture sera valide tant que vous serez assuré et tant que l'âge de tout enfant à charge est inférieur à la limite fixée. La couverture des enfants à

charge se termine le jour avant leur 18^e anniversaire, ou le jour avant leur 24^e anniversaire s'ils sont étudiants à plein temps. Passé cette limite, ils pourront effectuer une demande pour leur propre police.

Plafonds des garanties

Le tableau des garanties indique deux types de plafonds :

- Le plafond global de la formule, applicable à certaines d'entre elles, est le montant maximum que nous paierons pour l'ensemble des garanties, par personne, par année d'assurance, et sous cette formule en particulier.
- Certaines garanties ont également un plafond propre, qui peut être appliqué 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 « 65 % des frais, jusqu'à 4 150 £/5 000 €/6 750 \$/6 500 CHF ».

Le montant que nous remboursons est soumis au plafond global de la formule (le cas échéant), même dans les cas suivants :

- un plafond de garantie spécifique s'applique
 - l'indication « 100 % des frais réels » apparaît à côté de la garantie
- Tous les plafonds s'appliquent par personne et par année d'assurance, sauf indication contraire dans votre tableau des garanties.

Si vous bénéficiez des garanties maternité, celles-ci figureront dans votre tableau des garanties, ainsi que tout plafond de garantie et/ou délai de carence en vigueur. Les garanties maternité sont versées soit « par grossesse », soit « par année d'assurance ». Votre tableau des garanties le confirmera.

Si un plafond de garantie s'applique « 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 des 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.

Le traitement hospitalier pour des naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée est limité à 24 900 £/30 000 €/40 500 \$/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.

PROCÉDURES DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ET D'ENTENTE PRÉALABLE

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



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 partenaire 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).

Entente préalable

Une préautorisation est nécessaire pour certaines garanties dont vous bénéficiez. Ces garanties sont généralement indiquées par un 1 ou un 2 dans votre tableau des garanties. Pour obtenir une préautorisation, veuillez nous envoyer un formulaire d'entente préalable.

Voici les traitements/garanties pour lesquels une préautorisation est nécessaire. Cette liste peut varier selon votre couverture, aussi veuillez consulter votre tableau des garanties :

- Ensemble des garanties hospitalières numérotées¹ (si vous devez passer la nuit à l'hôpital).
- Hospitalisation de jour².
- Frais d'une personne accompagnant un assuré évacué ou rapatrié².
- Dialyse rénale².
- Soins de longue durée².
- Évacuation médicale² (ou rapatriement² si couvert).
- IRM (imagerie par résonance magnétique). L'entente préalable est nécessaire uniquement pour un règlement direct au prestataire.
- Soins à domicile ou dans un centre de convalescence².
- Ergothérapie² (préautorisation nécessaire pour les soins ambulatoires uniquement).
- Oncologie² (préautorisation nécessaire pour les soins ambulatoires uniquement).
- Chirurgie ambulatoire².
- Soins palliatifs².
- Tomographie² (par émission de positons) et scanographie-tomographie².
- Chirurgie préventive².
- Rééducation².
- Rapatriement du corps².
- Maternité², accouchement et soins du nouveau-né², complications de grossesse et à l'accouchement² (préautorisation nécessaire pour les soins en hospitalisation uniquement).
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation² (ou rapatriement² si couvert).
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps².
- Frais de transport vers une autre île Anglo-Normande, le Royaume-Uni ou la France².

L'utilisation du formulaire d'entente préalable nous permet de régler votre facture directement auprès des hôpitaux, des cliniques et autres établissements médicaux.

Si vous effectuez une demande de remboursement sans obtenir d'entente préalable, les conditions suivantes s'appliqueront :

- Si les soins reçus s'avèrent ne pas avoir été médicalement nécessaires, **nous nous réserverons le droit de rejeter votre demande de remboursement.**
- Pour les garanties numérotées **1 dans votre tableau des garanties**, 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.
- Pour les garanties numérotées **2 dans votre tableau des garanties**, 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 50 % de la garantie.

PAIEMENT DES PRIMES

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

En acceptant la couverture, vous acceptez de payer la prime indiquée sur le devis, par la méthode de paiement indiqué. Vous devez nous payer par avance pour la durée de votre couverture. La **prime initiale** ou le premier versement est payable immédiatement après notre acceptation de votre souscription. Les **primes ultérieures** sont dues le premier jour de la période de paiement choisie. Vous pouvez choisir de payer chaque mois, chaque trimestre, tous les six mois ou en une seule fois, en fonction du mode de paiement sélectionné. 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.

Vous devez payer votre prime dans la devise que vous avez sélectionnée lors de la souscription. Si vous êtes dans l'incapacité de payer votre prime pour quelque raison que ce soit, veuillez nous contacter au :

 **+353 1 630 1303**

Les modalités de paiement peuvent être modifiées lors du renouvellement du contrat et pour cela les instructions doivent nous parvenir par écrit au moins 30 jours avant la date de renouvellement. Tout retard dans le paiement de la prime initiale ou d'une prime ultérieure peut entraîner la perte de la couverture d'assurance.

Si la prime initiale n'est pas payée dans les temps, nous pourrions renoncer à exécuter nos obligations contractuelles, aussi longtemps que le paiement de ladite prime sera dû. Le contrat d'assurance sera considéré comme nul et non avenu, sauf si nous demandons le règlement de la prime devant les tribunaux dans les trois mois suivant la date de début de la police ou la date de fin du contrat d'assurance. Si une prime ultérieure n'est pas payée dans les temps, nous pourrions, par écrit et aux frais du souscripteur, fixer une échéance de deux semaines minimum, afin que le souscripteur s'acquitte de sa dette. Ce délai expiré, nous pourrions résilier le contrat par écrit avec effet immédiat et nous serons alors dégagés de nos obligations contractuelles.

Les effets de la résiliation cesseront si le souscripteur s'acquitte du paiement moins d'un mois après la résiliation ou, si la résiliation était accompagnée d'une échéance, moins d'un mois après l'expiration de l'échéance, sous réserve qu'aucun sinistre n'ait été remboursé entre-temps.

Paiement d'autres frais

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

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

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

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



GESTION DE VOTRE POLICE

Ajouter un ayant droit

Vous pouvez demander l'ajout des membres de votre famille à la police en tant qu'ayants droit en remplissant le bulletin d'adhésion approprié.

Comment ajouter un nouveau-né à ma police ?

Veillez envoyer un e-mail à underwriting@allianzworldwidecare.com dans les quatre semaines qui suivent la naissance, accompagné de l'acte de naissance. 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, des enfants adoptés et placés dans une famille d'accueil ?

Les nouveau-nés issus de naissances multiples, les enfants adoptés et placés dans une famille d'accueil feront l'objet d'une souscription médicale et, s'ils sont acceptés, leur couverture commencera à la date d'acceptation. En outre, le traitement hospitalier pour des naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée est limité à 24 900 £/30 000 €/40 500 \$/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.

Changement de souscripteur

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

Décès du souscripteur ou d'un ayant droit

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

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

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

Changement de votre niveau de couverture

Si vous souhaitez modifier votre niveau de couverture, veuillez nous contacter avant la date de renouvellement de votre police d'assurance pour discuter de vos options. Tout changement de formule ne peut être effectué qu'au moment du renouvellement de la police. Si vous souhaitez augmenter le niveau de votre couverture, nous pouvons vous demander de remplir un questionnaire concernant votre historique médical et/ou d'accepter certaines exclusions ou restrictions liées à votre couverture avant que nous acceptions votre demande. Si l'augmentation du niveau de couverture est acceptée, un montant de prime supplémentaire devra être payé et des délais de carences pourront s'appliquer.

Changement de pays de résidence

Il est important que vous nous informiez si vous changez 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 votre couverture

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

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

Dans le cadre de cette procédure automatique, nous vous ferons parvenir un nouveau certificat d'assurance un mois avant la date de renouvellement ainsi que toutes les informations relatives aux changements apportés à votre police. Veuillez nous contacter si vous ne recevez pas votre certificat d'assurance dans le mois qui précède la date de renouvellement.

Changements pouvant être apportés lors du renouvellement

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

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

Votre droit de résilier

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

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

@ underwriting@allianzworldwidecare.com

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

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

Fin de l'affiliation

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

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

de votre police. La date la plus récente prévaudra. Veuillez consulter la section « Votre droit de résilier » pour plus d'informations.

Si votre souscription prend fin pour une raison autre qu'une fraude ou la non-divulgation d'informations, nous vous rembourserons les primes que vous nous avez versées pour la période postérieure à la date de fin, moins le montant de tout somme que vous nous devez.

Veillez noter que si votre affiliation prend fin, la couverture des ayants droit se terminera également.

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 durant la période de couverture seront remboursés pendant une durée maximale de six mois après la date d'expiration. Cependant, les traitements en cours ou les soins complémentaires nécessaires après la date d'expiration ne seront plus pris en charge.



LES CONDITIONS SUIVANTES S'APPLIQUENT ÉGALEMENT À VOTRE COUVERTURE

1. Loi applicable :

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

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

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

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

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

- a) la sécurité sociale
- b) une autre police d'assurance
- c) un tiers

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

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

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

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

7. Fraude :

- a) Les informations que vous et vos ayants droit nous fournissez (par exemple 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. Si le contrat est résilié pour cause de communication de renseignements erronés ou de non-divulgaration de faits matériels, la prime payée à ce jour sera reversée, après déduction de tous les paiements des demandes de remboursement déjà effectués. Si le montant des sinistres excède celui de la prime, nous demanderons le remboursement de la différence à l'assuré principal.
- b) Nous ne paierons pas la garantie si :
- La demande de remboursement est fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée.
 - Des dispositifs frauduleux ont été utilisés par vous ou l'un de vos ayants droit ou par quiconque agissant en votre nom ou le leur afin de tirer avantage de cette police.

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

8. Résiliation : Nous pourrions résilier la police d'assurance lorsque vous ne vous serez pas acquitté du règlement des primes dont vous êtes redevable. Cette résiliation vous sera notifiée et le contrat d'assurance sera considéré comme résilié à compter de la date à laquelle la prime mentionnée était due. Si vous vous acquittez cependant de la prime dans un délai de 30 jours, la police d'assurance

sera considérée comme n'ayant jamais été résiliée et nous prendrons en charge tout sinistre survenu pendant ce délai. Si le paiement de la prime intervient après le délai des 30 jours, vous devrez compléter un formulaire de confirmation d'état de santé avant que la police d'assurance ne soit réinstaurée, ce qui sera soumis à souscription.

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

☎ [+353 1 630 1303](tel:+35316301303)

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 TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET LITIGES

Contactez en premier lieu notre service d'assistance téléphonique si vous avez des commentaires ou des réclamations. Si nous ne sommes pas en mesure de 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 :

🌐 <https://www.allianzworldwidecare.com/fr/procedure-de-traitement-des-reclamations/>

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

Résolution des litiges

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

Pour mettre en œuvre la médiation, une partie devra en informer par écrit (notification de résolution à l'amiable du litige « Alternative Dispute Resolution (ADR) ») l'autre partie impliquée dans le litige en exigeant la médiation. Une copie de la demande devra être envoyée au CEDR. La médiation aura lieu 14 jours au plus tard à compter de la date de la notification de résolution à l'amiable du litige.

Aucune partie ne pourra, conformément à la présente clause 2, engager une procédure judiciaire ou d'arbitrage en lien avec le litige tant que ce dernier n'a pas fait l'objet d'une médiation et que la médiation n'a pas été close ou si l'autre partie n'a pas participé à la médiation, sous réserve que le droit de lancer une procédure ne soit pas compromis par un retard. La médiation aura lieu dans le pays où la loi s'applique. L'accord de médiation auquel il est fait référence dans la procédure type sera régi, interprété et appliqué conformément à la législation du pays où la loi s'applique. Les tribunaux du pays où la loi s'applique ont la compétence exclusive pour régler les réclamations, litiges ou différends pouvant découler de la médiation ou en rapport avec cette dernière.

3. Tout litige, controverse ou réclamation :

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

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

Prescription

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



DEFINITIONS

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



A

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

Accouchement naturel : il s'agit des coûts médicalement nécessaires engagés lors de l'accouchement. Cela comprend les frais d'hospitalisation, les frais de spécialiste, 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 le plafond qui s'applique au traitement hospitalier pour des 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 cette garantie. 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, une somme forfaitaire sera versée en cas d'accouchement à domicile, jusqu'au montant indiqué dans le tableau des garanties.

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.

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

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

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

Appareils et matériel chirurgicaux : appareils et matériel requis lors d'une intervention chirurgicale. Cela comprend les prothèses ou dispositifs tels que le matériel de remplacement des articulations, vis, plaques, appareils de remplacement des valves, stents endovasculaires, défibrillateurs implantables et stimulateur cardiaque.

Application de santé numérique prise en charge du coût d'une application de santé numérique de votre choix par

année d'assurance. Cette application doit aider à prévenir, détecter ou gérer une maladie ou des problèmes de santé tels que le mal de dos, le diabète ou les problèmes de santé mentale. La couverture est fournie lorsque l'assuré est abonné à l'application et couvert par une police valide au moment de l'achat. Lorsque vous envoyez une demande de remboursement, veuillez l'accompagner d'un reçu daté.

Assuré : vous et vos ayants droit comme indiqué sur le certificat d'assurance.

Ayant droit : il s'agit de votre conjoint ou partenaire (y compris partenaire de même sexe) et tout enfant à charge non marié (y compris celui de votre conjoint ou partenaire, tout enfant adopté ou placé) qui dépend de vous financièrement et qui est nommé sur votre certificat d'assurance comme ayant droit. 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. Ces bilans se limitent aux examens suivants :

- Examen physique
- Prise de sang (formule sanguine complète, analyse biochimique, bilan lipidique, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale)
- Examen cardio-vasculaire (examen physique, électrocardiogramme, tension artérielle)
- Examen neurologique (examen physique)
- Dépistage du cancer :
 - Frottis cervico-utérin annuel
 - Mammographie (tous les deux ans pour les femmes de 45 ans ou plus, ou plus jeunes si antécédents familiaux)
 - Examen de la prostate (tous les ans pour les hommes de 50 ans ou plus, ou plus jeunes si antécédents familiaux)
 - Coloscopie (tous les cinq ans pour les assurés de 50 ans ou plus, ou de 40 ans ou plus en cas d'antécédents familiaux)
 - Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles
- Ostéodensitométrie (tous les cinq ans pour les femmes de 50 ans ou plus)
- Bilan de santé pour enfant (pour un enfant dont l'âge n'excède pas six ans et limité à 15 visites durant la vie de la personne assurée)
- Tests génétiques BRCA1 et BRCA2 (en cas d'antécédents familiaux directs et si la garantie apparaît dans votre tableau des garanties)

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 qu'un contrat d'assurance a été conclu entre 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 :

- L'assuré a des antécédents familiaux directs de maladies liées à un syndrome prédisposant à un cancer héréditaire.
- Des tests génétiques ont établi la présence d'un syndrome prédisposant à un cancer héréditaire.

Complications à l'accouchement : elles désignent uniquement les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire. Lorsque votre couverture comprend également les garanties « Maternité » ou « Accouchement naturel et soins du nouveau-né », les « Complications à l'accouchement » incluent les césariennes médicalement nécessaires.

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.

Conseils postnatals : prise en charge des frais de conseils postnatals reçus dans les 12 mois qui suivent l'accouchement. Pour bénéficier de cette garantie, vous devez être assurée au moment de l'accouchement et lorsque vous utilisez ce service. Le conseiller doit être qualifié et enregistré dans le pays où a lieu le traitement. Lorsque vous envoyez une demande de remboursement, veuillez l'accompagner d'une facture datée fournie par le prestataire.

Consultation d'allaitement : prise en charge des frais de consultation avec une consultante en allaitement qualifiée. Lorsque vous envoyez une demande de remboursement, veuillez l'accompagner d'une facture datée fournie par le prestataire. Cette prestation est payable aux mères assurées qui utilisent le service.

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.

Diététicien(ne) : frais engagés pour des conseils en diététique ou en nutrition dispensés par un professionnel de santé agréé et qualifié dans le pays dans lequel les soins sont administrés. Si cette garantie fait partie de votre couverture, seuls les soins en relation avec une pathologie médicale diagnostiquée éligible seront pris en charge.

E

Équipement médical prescrit : tout appareil prescrit et médicalement nécessaire pour vous permettre de mener vos activités quotidiennes. Il s'agit, entre autres, des équipements et appareils suivants :

- 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 frais 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 de votre 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 presentez 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.

Évaluation de la condition physique : prise en charge des frais d'évaluation de la condition physique du titulaire de la police et de son conjoint ou partenaire assuré. Cela inclut une évaluation cardiovasculaire ainsi qu'une évaluation de la puissance et de la force corporelles. Les coûts engagés peuvent inclure le test VO2 max et un programme d'exercices prescrit, adapté pour aider les personnes assurées à atteindre leurs objectifs et leurs ambitions. Cette garantie n'est disponible que si l'évaluation est réalisée sous la supervision directe d'un médecin qualifié dans le pays où a lieu le traitement. Pour bénéficier de cette garantie, vous devez être assuré au moment de l'évaluation. Lorsque vous envoyez une demande de remboursement, veuillez l'accompagner d'une facture datée fournie par le prestataire.

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

Formation au secourisme : prise en charge des frais d'une formation au secourisme pour les parents assurés dont l'enfant est couvert en tant qu'ayant droit. Pour bénéficier de cette garantie, vous devez être assuré au moment où vous suivez la formation. Cette garantie n'est disponible que si la formation est dispensée par un professionnel qualifié et reconnu. Les parents assurés peuvent bénéficier de cette garantie une fois par année d'assurance. Lorsque vous envoyez une demande de remboursement, veuillez l'accompagner d'une facture datée fournie par le prestataire.

Frais de la famille pendant l'accouchement : prise en charge des frais suivants, lorsque vous voyagez pour être avec votre partenaire lors de son admission à l'hôpital pour accoucher :

- Les frais d'hébergement à l'hôtel
- Vos frais de transport aller-retour de votre domicile à l'hôpital
- Les frais d'une assistante maternelle professionnelle lorsque vous visitez votre partenaire à l'hôpital
- Les frais de parking lorsque vous visitez votre partenaire dans un établissement médical

Seuls seront pris en charge les frais engagés les jours ci-dessous :

- le jour de la naissance de votre enfant
- la veille de la naissance de votre enfant
- le jour qui suit la naissance de votre enfant

Pour bénéficier de cette garantie, vous devez être assuré au moment où les coûts surviennent. Lorsque vous envoyez une demande de remboursement, veuillez l'accompagner d'une facture datée pour chaque dépense.

Frais de transport (couverts par les formules pour les Iles Anglo-Normandes uniquement) : si une hospitalisation de jour dans un hôpital privé, des soins en médecine courante postopératoire ou un traitement hospitalier sont nécessaires, si votre couverture les prend en charge et si votre médecin nous a informés par écrit de la nécessité médicale d'un déplacement vers une autre Ile Anglo-Normande, au Royaume-Uni ou en France, nous rembourserons chaque trajet aller-retour dans la limite du montant précisé dans le tableau des garanties. Une attestation écrite émanant du Ministère de la Santé britannique, confirmant que vous ne recevez pas d'indemnité de transport, est nécessaire. Seuls les frais de transport suivants sont couverts par cette garantie :

- Billets d'avion en classe économique pour vous rendre d'une Ile Anglo-Normande à une autre, au Royaume-Uni ou en France.
- Trajets en seconde classe en train, métro et autobus.
- Trajets en taxi avec un maximum de 25 £/30 € par trajet.

Sont également remboursés les frais de transport d'un parent accompagnant un enfant de moins de 18 ans, dans la limite du montant indiqué dans le tableau des garanties.

En cas de nécessité médicale, les soins requis au cours du voyage peuvent également être pris en charge dans la limite de 125 £/150 € par voyage.

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 auprès d'un proche au premier degré en danger de mort ou décédé. Sont considérés comme raisonnables les frais de transport aller-retour en classe économique.

Un proche au premier degré est le conjoint ou le partenaire, 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. Cette garantie est limitée à une demande de remboursement pour toute la durée de la police. 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/de 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. En cas de rapatriement, ces frais de transport raisonnables 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'assuré décédé, afin de se rendre dans le pays de sépulture 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 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 d'une personne accompagnant la personne assurée rapatriée ou évacuée : frais de transport d'une personne accompagnant la personne assurée rapatriée ou évacuée. 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.

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. Les franchises peuvent s'appliquer aux formules Hospitalisation, Médecine courante, Maternité, Dentaires ou Rapatriement, ou bien à une combinaison entre ces couvertures.

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 remboursables.

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

H

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

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 l'examen des yeux : prise en charge d'un examen de routine réalisé par un optométriste ou un ophtalmologiste (limité à un examen par année d'assurance), ainsi que des lentilles de contact ou des lunettes de correction.

M

Maternité : il s'agit des coûts 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 le plafond qui s'applique au traitement hospitalier pour des naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée). La garantie « Maternité » ne couvre pas les complications de grossesse et à l'accouchement. 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, une somme forfaitaire sera versée en cas d'accouchement à domicile, jusqu'au montant indiqué dans le tableau des garanties.

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 : il s'agit du 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.

Médecin généraliste (honoraires) : traitement non chirurgical pratiqué ou administré par un médecin généraliste.

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 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.

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 de service 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 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.

Orthodontie : usage d'appareils pour corriger une malocclusion (mauvaise posture des dents et mâchoires)
Lorsque vous effectuerez une demande de remboursement, nous vous demanderons de nous fournir les informations permettant de déterminer si votre traitement est médicalement nécessaire et s'il peut être pris en charge. 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 couvrons uniquement les appareils dentaires métalliques standard et/ou les appareils amovibles standard. Toutefois, les appareils esthétiques, tels que les appareils dentaires d'orthodontie linguale et les gouttières invisibles, sont couverts à hauteur des frais d'un appareil dentaire métallique standard, et dans la limite du plafond de la garantie « Soins d'orthodontie et prothèses dentaires ».

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).

Orthophonie et thérapie du langage pour enfants : prise en charge des frais de traitement de la dyslexie et de la dyspraxie pour les enfants de 16 ans ou moins. Les services doivent être fournis par un orthophoniste ou un pathologiste certifié dans le pays où a lieu le traitement. Pour bénéficier de cette garantie, l'enfant doit être assuré au moment où il reçoit les soins. Cette garantie est limitée au traitement de la dyslexie et de la dyspraxie. Lorsque vous envoyez une demande de remboursement, veuillez l'accompagner d'une facture datée fournie par le prestataire.

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

P

Parodontie : traitement dentaire dû à une 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

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

Pathologie préexistante : 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 prévaut) :

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

Ces pathologies préexistantes devront également être soumises à une souscription médicale, 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 d'origine : pays pour lequel vous possédez un passeport en cours de validité ou votre pays de résidence principal.

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

Pédicurie-podologie : soins médicalement nécessaires prodigués par un pédicurie-podologue diplômé d'état.

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

Psychiatrie et psychothérapie : traitement d'un trouble mental suivi par un psychiatre ou un psychologue clinicien. La pathologie doit être cliniquement grave et non liée aux raisons suivantes :

- Un deuil
- Un problème social ou scolaire
- Un problème d'acculturation
- La pression au travail

Tous les soins de jours ou en hospitalisation doivent comprendre des médicaments soumis à prescription médicale pour soigner la pathologie. La psychothérapie (en hospitalisation ou médecine courante) n'est couverte que si vous ou vos ayants droit avez été diagnostiqués au préalable par un psychiatre et avez été dirigés par ce dernier vers un psychologue clinicien pour un traitement approfondi. La psychothérapie en médecine courante (si comprise dans votre couverture) est initialement limitée à 10 séances par pathologie, après quoi le traitement devra être examiné à nouveau par le psychiatre l'ayant prescrit. Si davantage de séances sont requises, un rapport indiquant la nécessité médicale du traitement doit nous être envoyé.

Q

Quote-part : pourcentage des frais que vous devez payer. Les quotes-parts s'appliquent par personne, par année d'assurance, sauf indication contraire dans votre tableau des garanties. Certaines formules peuvent également comprendre une quote-part globale par assuré et par année d'assurance, et lorsque cela sera le cas, le montant sera limité au montant indiqué dans votre tableau des garanties. Les quotes-parts peuvent s'appliquer individuellement aux formules Hospitalisation, Médecine courante, Maternité, Dentaires ou Rapatriement, ou bien à une combinaison entre ces couvertures. Pour plus d'informations sur les quotes-parts, veuillez consulter la section « Qu'est-ce qu'une franchise et qu'est-ce qu'une quote-part ? ».

R

Raisonnable et d'usage : il s'agit des coûts de traitement habituels dans le pays où a lieu le traitement. Nous ne payons les prestataires médicaux que si les frais sont raisonnables et

conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues.

Rapatriement du corps : transport du corps du défunt assuré 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 présentez 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 réservons 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.

S

Soin/traitement : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager une maladie ou une blessure.

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 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 : 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 du nouveau-né : ensemble de moyens et méthodes permettant d'évaluer l'intégrité fonctionnelle (organes et structure osseuse) du nouveau-né. Ces examens indispensables sont prodigués immédiatement après la naissance. Les procédures de diagnostic préventif telles que les tampons à prélèvement, la détermination du groupe sanguin ou les examens auditifs ne sont pas couvertes. Tout autre traitement ou examen médicalement nécessaire est couvert selon les conditions de la police d'assurance du nouveau-né (si le nouveau-né a été ajouté en tant qu'ayant droit). Le traitement hospitalier pour des naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée est limité à 24 900 £/30 000 €/40 500 \$/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 d'urgence en dehors de la zone de couverture : 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. Vous devez nous contacter si vous voyagez plus de six semaines en dehors de votre zone de couverture.

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

Soins infirmiers à domicile pour enfants : prise en charge des soins infirmiers à domicile pour un ayant droit assuré âgé de 16 ans ou moins. La couverture est fournie si le médecin traitant décide que l'enfant a besoin de recevoir des soins à domicile pour des raisons médicales, à la suite d'un traitement de cinq jours ou plus avec hospitalisation. Les soins infirmiers doivent :

- commencer dans les deux semaines qui suivent la sortie de l'hôpital
- être reçus dans les six semaines qui suivent la sortie de l'hôpital
- être fournis par une infirmière qualifiée, enregistrée dans le pays où a lieu le traitement

Lorsque vous envoyez une demande de remboursement, veuillez l'accompagner d'une facture datée fournie par le prestataire.

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 l'hébergement et le traitement d'une pathologie médicale que nous couvrons, dans un hôpital qui n'a pas facturé. Cette garantie est limitée à la somme et au nombre de nuits mentionné dans le tableau des garanties et, est versée dès la sortie de l'hôpital.

Somme forfaitaire pour la maternité/paternité : cette garantie est disponible uniquement avec une formule pour les Iles Anglo-Normandes. Si cette garantie est comprise dans votre formule, une somme forfaitaire sera versée pour la naissance d'un enfant à charge à chacun des parents assurés avec nous. Cette somme ne sera versée que si les soins ne sont pas facturés par l'hôpital. Cette garantie est limitée au montant figurant dans le tableau des garanties. Pour en bénéficier, vous devez nous faire parvenir une copie de l'acte de naissance de l'enfant dans les trois mois suivant sa naissance. Pour prétendre à cette garantie, la mère ou le père doivent être couverts par notre assurance santé réservée aux Iles Anglo-Normandes depuis au moins 10 mois consécutifs avant la naissance de l'enfant.

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

Spécialiste : médecin diplômé possédant l'expérience et les qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité reconnue, ce qui comprend les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention dans un domaine particulier de la médecine. Cette garantie ne couvre pas les frais de consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue. Lorsque ces frais sont couverts, une garantie distincte pour la psychiatrie ou psychothérapie apparaîtra dans le tableau des garanties.

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

T

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 de la stérilité : cela comprend l'hystérosalpingographie, la laparoscopie, l'hystéroggraphie et toute autre procédure de nature invasive nécessaire pour déterminer la cause de la stérilité chez la personne assurée. Si la garantie spécifique « Traitement de la stérilité » n'apparaît pas dans votre tableau des garanties, la couverture est limitée aux examens non invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité, dans la limite de votre formule Médecine courante (si vous en avez une). Cela ne s'applique pas à la formule réservée aux Iles Anglo-Normandes, pour laquelle les examens destinés à déterminer les causes de la stérilité ne sont pas couverts. Toutefois, s'il existe une garantie spécifique « Traitement de la stérilité », cette garantie prendra en charge 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 prétendre à la couverture de votre conjoint/partenaire (s'il est inclus dans la police) pour des frais dépassant votre plafond de garantie. En cas de fécondation in vitro (FIV), la couverture est limitée au plafond indiqué dans le tableau des garanties.

Le traitement hospitalier pour des naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée est limité à 24 900 £/30 000 €/40 500 \$/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 de la toxicomanie et de l'alcoolisme : prise en charge des frais de traitement d'un enfant ayant droit dans un établissement spécialisé reconnu dans le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Ce traitement, qui doit être prescrit, peut inclure la désintoxication, la médication, la thérapie et des conseils. Pour bénéficier de cette garantie, votre enfant doit être assuré au moment des soins.

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

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

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 :

- Tous les vaccins et rappels exigés par les autorités sanitaires du pays dans lequel ils sont administrés.
- Toute vaccination médicalement nécessaire avant un voyage.
- La prophylaxie antipaludéenne.

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

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

Y

Yoga ou Pilates pendant la grossesse : prise en charge des frais d'une classe de yoga ou de Pilates pendant la grossesse par un instructeur qualifié. Lorsque vous envoyez une demande de remboursement, veuillez l'accompagner d'une facture datée fournie par le prestataire. Seules les classes ayant lieu durant la grossesse seront remboursées.

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.



a) Les exclusions suivantes s'appliquent à toutes nos formules, sauf indication contraire :

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 à un changement de sexe.

Chirurgie plastique

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

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, de même que 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.

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/sous-marines telles que l'extraction minière souterraine ou plongée sous-marine.

- Activités sur l'eau (plates-formes pétrolières ou derricks) et activités aériennes, sauf indication contraire.
- 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 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, pour une période de plus de 28 jours par séjour, dans un pays ou une région déconseillée par le gouvernement 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 si la personne assurée est 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.

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, sauf si elles sont médicalement nécessaires.

Gestation pour autrui

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

Honoraires de médecin pour remplir le formulaire de demande de remboursement

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

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

Les évacuations médicales/rapatriements depuis un navire en mer vers un centre médical sur la terre ferme.

Participation à une guerre ou à des actes criminels

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

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

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 États-Unis

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

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

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

Soins orthomoléculaires

Veillez 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.

Cette exclusion concerne également la stérilité pour la couverture santé réservée aux Iles anglo-normandes.

Tests génétiques

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

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 de l'infertilité

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. Ces exceptions ne s'appliquent pas aux bénéficiaires des formules réservées aux Iles anglo-normandes, pour lesquels les examens destinés à déterminer les causes de la stérilité sont exclus.

Traitement de l'obésité

Les tests et traitements liés à l'obésité.

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 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 de la personnalité et du comportement

Le traitement des troubles du comportement ou de l'attention, de l'hyperactivité, des troubles du spectre autistique, des troubles de l'opposition et du défi, des comportements antisociaux, des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles phobiques, des troubles affectifs, des troubles d'adaptation, des troubles alimentaires, des troubles de la personnalité ainsi que tout traitement qui encourage des relations socio-émotionnelles positives tel que la thérapie familiale.

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. Pour les bénéficiaires de la formule réservée aux Iles anglo-normandes, cette exclusion s'applique également à la grossesse.

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 :

- Complications de grossesse.
- 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 un assuré évacué ou rapatrié.
- Bilan de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies.
- Accouchement à domicile.
- Traitement de l'infertilité.
- Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier.
- Correction visuelle au laser.
- Rapatriement sanitaire.
- Greffes d'organe.
- Psychiatrie et psychothérapie en consultation externe.
- Soins en médecine courante.
- Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris les examens des yeux.
- Équipement médical prescrit.
- Traitement préventif.
- Rééducation.
- Maternité, accouchement naturel et soins du nouveau-né et complications à l'accouchement.
- 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.

b) Les exclusions suivantes s'appliquent à toutes les formules, à l'exception de la formule réservée aux Iles Anglo-Normandes (dont vous trouverez les exclusions spécifiques indiquées ci-dessous et dans les pages suivantes) :

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 ».

Orthophonie

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

Pathologies préexistantes

Les pathologies préexistantes (y compris les pathologies préexistantes chroniques) dans les cas suivants :

- Elles sont indiquées sur 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)
 - o La date à laquelle nous envoyons votre certificat d'assurance ou
 - o La date de commencement de votre police.

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

c) Les exclusions suivantes s'appliquent uniquement à la formule réservée aux Iles Anglo-Normandes :

Chirurgie dentaire, prothèses dentaires, parodontie, et traitements orthodontiques

La chirurgie dentaire, les prothèses dentaires, la parodontie et les traitements orthodontiques, à l'exception des soins dentaires tels qu'ils sont décrits dans la définition « Soins dentaires ».

Frais de transport

Les frais de transport liés à des soins en médecine ne sont pas couverts, à l'exception des consultations postopératoires qui ne peuvent pas être dispensées par un médecin local.

Frais de transport lorsque le traitement est disponible localement

Les frais de transport vers une autre Ile Anglo-Normande, le Royaume-Uni et la France pour une hospitalisation ou des soins de jour en hôpital, si les soins proposés ou toute autre alternative sont disponibles localement. Notez cependant que les frais médicaux engagés sont remboursés selon les conditions de votre police.

La greffe d'organe

Indemnisations des frais de transport

Le remboursement des frais de transport est exclu :

- Pour tout frais de transport supérieur aux tarifs standard.
- Pour un parent accompagnant un enfant de 18 ans ou plus.
- Pour les frais annexes au déplacement tels que l'hébergement ou les repas.
- Lorsque les frais sont pris en charge par le Ministère de la Santé britannique.
- Lorsque les soins ne sont pas couverts par votre formule.
- Si le transport n'a pas été demandé par votre médecin traitant.
- Lorsqu'il n'y a pas eu d'accord de notre part, préalable au déplacement, pour l'ensemble des frais.

Les garanties suivantes :

- Évacuation médicale ou rapatriement.
- Orthoptie.
- Réparation de lunettes.
- Rapatriement du corps.
- Orthophonie.

Médicaments prescrits et bandages

Les médicaments délivrés sur ordonnance et pansements, à moins qu'ils n'aient été prescrits pour une hospitalisation ou des soins de jour en hôpital.

Pathologies chroniques

Les pathologies chroniques, à l'exception des traitements de courte durée dispensés à l'occasion d'un épisode aigu d'une maladie chronique, les traitements devant permettre à l'assuré de revenir à l'état de santé antérieur à l'épisode aigu ou d'obtenir un rétablissement complet. Nous recommandons de contacter notre service téléphonique avant tout traitement médical afin de confirmer précisément l'étendue de la couverture dont vous disposez dans votre situation particulière.

Pathologies préexistantes

Test du VIH

L'infection par le VIH, le SIDA ou toute pathologie psychiatrique associée.

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

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

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

@ E-mail : client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax : + 353 1 630 1306

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

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/allianzcare

 twitter.com/AllianzCare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.linkedin.com/company/allianz-care

Ce document est une traduction française du document en anglais. La version en anglais est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle.

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

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