



Guide des conditions générales pour contrats collectifs

Couvertures EU Top-up
Entrée en vigueur le 1er juillet 2023

Bienvenue

Vous 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. « Les conditions générales de votre couverture » fournit des détails sur votre couverture.

Nous vous recommandons de lire ce guide attentivement, conjointement avec votre certificat d'assurance et votre tableau des garanties.

Comment utiliser votre couverture ?

Services d'assistance	5
Comment fonctionne votre couverture ?	9
Besoin de recevoir des soins ?	11
Informations supplémentaires concernant les demandes de remboursement de vos dépenses	13

Conditions générales de votre couverture

Conditions générales	16
Gestion de votre police	17
Paiement des primes	19
Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture	20
Protection des données	22
Procédure de traitement des réclamations	23
Définitions	24
Exclusions	28

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. Enregistrée en France : No. 401 154 679 RCS Bobigny. 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 les services à votre disposition.

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 d'assistance téléphonique :

 Téléphone : +353 1 630 1303

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

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

@ E-mail : client.services@e.allianz.com

Le saviez-vous ?

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

Les services numériques MyHealth

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

Fonctionnalités de l'application MyHealth et du portail en ligne



Ma police

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



Mes demandes de remboursement

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



Mes contacts

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



Vérificateur de symptômes

Obtenez une évaluation simple et rapide de vos symptômes.



Annuaire de prestataires de santé

Localisez les prestataires de santé à proximité.



Aide sur les médicaments

Cherchez les noms équivalents locaux de marques de médicaments.



Traducteur de termes médicaux

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



Numéros d'urgence

Accédez aux numéros des urgences locales à travers le monde.

Fonctionnalités pratiques supplémentaires

- Mettez à jour vos informations en ligne : e-mail, numéro de téléphone, mot de passe, adresse (si le pays reste le même), préférences marketing, etc.
- Consultez le montant restant pour chaque garantie indiquée dans votre tableau des garanties.

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

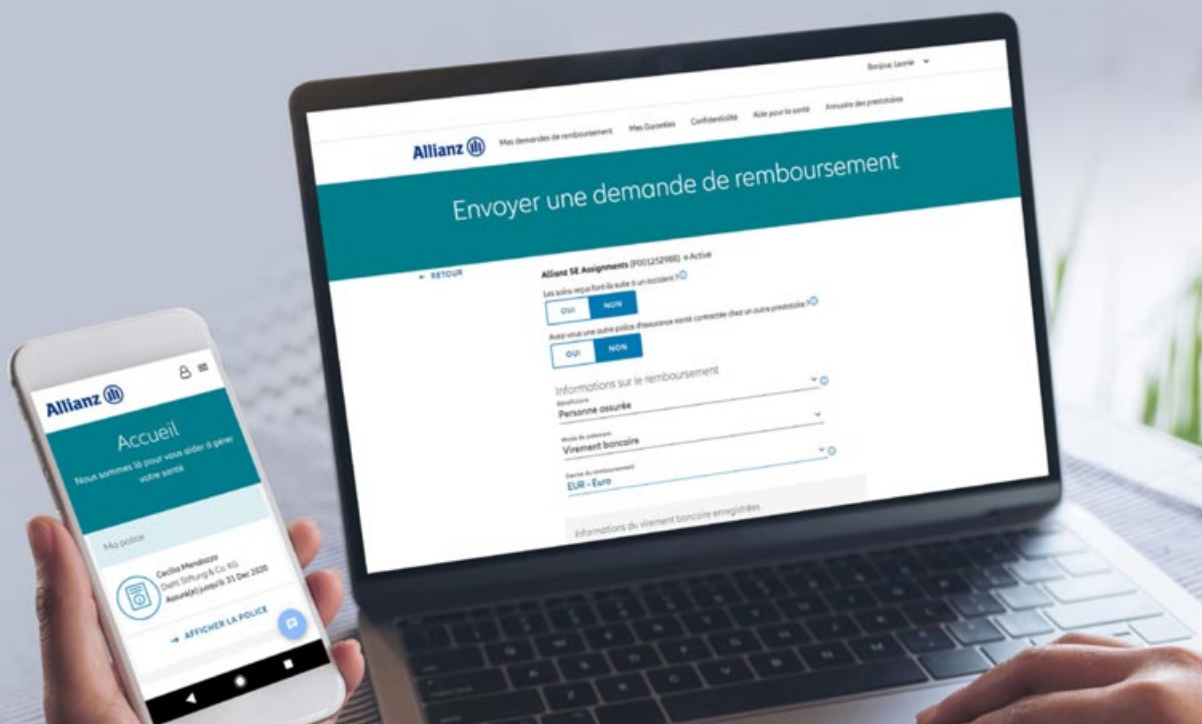
Pour commencer :

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



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

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



Les services Web

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

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



Comment fonctionne votre couverture ?

Ce qui est pris en charge par ma couverture

En tant que résident d'un pays européen, vous pouvez bénéficier d'une couverture d'assurance maladie primaire auprès d'un assureur local ou de la sécurité sociale. EU Top-up offre une couverture complémentaire en fonction des garanties indiquées dans le tableau des garanties. Cette police ne répond pas aux exigences obligatoires locales en matière d'assurance santé en place dans le pays de résidence.

Votre police vous fournit une prise en charge des traitements, des services, des coûts et/ou du matériel médicalement nécessaires, comme indiqué dans le tableau des garanties.

Ceux-ci sont sujets aux :

- Définitions et exclusions de la police (disponibles dans ce guide)
- **Coûts raisonnables et d'usage** : il s'agit des coûts habituels dans le pays où a lieu le traitement. Nous ne payons les prestataires médicaux que si les frais sont conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues. Si nous considérons qu'une demande de remboursement est inappropriée, nous nous réservons le droit de rejeter ou de réduire le montant à payer.

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 que 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.

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

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

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

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

- l'indication « 100 % des frais réels » apparaît à côté de la garantie ;
- un plafond de garantie spécifique s'applique : la garantie est plafonnée à un montant spécifique (par ex. 180€).

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

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



Besoin de recevoir des soins ?

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

Vérifiez votre niveau de couverture

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

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

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



Recevez les soins médicaux et payez votre prestataire de santé.



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



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

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



Traitement rapide des demandes de remboursement

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

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



Informations supplémentaires concernant les demandes de remboursement de vos dépenses

Demandes de remboursement des frais médicaux

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

- **Date limite pour effectuer une demande de remboursement :** Vous devez envoyer toutes vos demandes de remboursement (à l'aide de notre application MyHealth ou sur le portail en ligne) au plus tard 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.
- **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 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 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 ne nous aidez pas à obtenir les informations dont nous avons besoin.

Soins nécessaires suite à la faute d'une tierce personne

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

Conditions générales de votre couverture



Conditions générales

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

- **Votre certificat d'assurance** indique la/les formules et la zone géographique de couverture que votre compagnie a choisies pour vous. Elle indique également la date d'effet et de renouvellement de votre couverture. Veuillez noter que nous vous enverrons un nouveau certificat d'assurance si nous devons apporter des modifications à votre police. Il peut s'agir de modifications que votre société souhaite apporter ou de modifications que nous sommes en droit d'effectuer. Il peut également s'agir de changements que vous demandez, à condition que votre entreprise les approuve et que nous les acceptons.
- La(les) formule(s) choisie(s) par votre entreprise et les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre tableau des garanties. Tous les plafonds applicables aux garanties apparaissent dans le **tableau des garanties**. Votre tableau des garanties est publié dans la devise choisie par votre entreprise.
- Pour plus de détails sur le contrat d'assurance de votre entreprise, veuillez vous adresser à l'administrateur en charge de votre police collective. Les conditions générales de votre affiliation peuvent être modifiées de temps à autre, après accord passé entre votre entreprise et nous.

Gestion de votre police

Début de votre couverture

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

Changement de pays de résidence

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

Changement d'adresse ou d'e-mail

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

Correspondance

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

Renouvellement de la couverture

Le renouvellement de votre couverture est la décision de votre entreprise.

Fin de votre couverture

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

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

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

- vous autoriser ou non à souscrire la police ;
- définir quelles primes votre entreprise doit payer ;
- déterminer si nous devons payer une demande de remboursement.

Expiration de la police

Veuillez 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.

Si vous recevez des soins après la résiliation de votre affiliation, nous nous réservons le droit de recouvrer auprès de vous et/ou de votre entreprise le montant intégral de toute dépense effectuée pour des soins.

Paiement des primes

Votre entreprise est responsable du paiement de votre prime. Votre entreprise peut également payer d'autres taxes et frais liés à votre couverture (tels que la taxe sur les primes d'assurance). Vous pourrez toutefois être tenu responsable du paiement de taxes en rapport avec les primes payées par votre entreprise. Veuillez vous adresser à votre employeur pour obtenir plus d'informations.

Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture

Loi applicable : Votre police est régie par le droit et les tribunaux de votre pays de résidence comme indiqué dans le contrat d'entreprise, sauf disposition contraire de la loi.

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

Qui est couvert ? Seuls les membres du groupe qui répondent aux critères spécifiés dans le contrat d'entreprise sont admissibles.

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

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

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

- la sécurité sociale ;
- toute autre police d'assurance ;
- tout autre tiers.

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

Nous sommes en droit de réclamer à une tierce partie tout montant que nous avons payé pour une demande de remboursement, si les frais étaient dus ou également couverts par celle-ci. 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.

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.

Fraude : Nous ne paierons pas la garantie si :

- la demande de remboursement est fausse, frauduleuse, intentionnellement exagérée ;
- des dispositifs frauduleux ont été utilisés par vous ou par quiconque agissant en votre nom ou le leur afin de tirer avantage de cette police.

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

Protection des données

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

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

Vous pouvez également nous appeler pour obtenir un exemplaire papier.

 **+353 1 630 1303**

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


 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Procédure de traitement des réclamations

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

 **+353 1 630 1303**

 **client.services@e.allianz.com**

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

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

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

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

Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent aux couvertures EU Top-up. Les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre tableau des garanties. Si votre couverture comprend des garanties qui ne sont pas indiquées ici, vous trouverez leur définition dans la section « Notes » située à la fin de votre tableau des garanties. Lorsque les mots et expressions suivants apparaissent dans vos documents de police d'assurance, ils auront toujours les significations définies ci-après :

A

Aiguë

Apparition soudaine de symptômes ou d'un problème médical.

Année d'assurance

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

C

Certificat d'assurance

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

Chiropraxie

Une thérapie manuelle où l'application d'une pression sur les os, les articulations et les muscles est utilisée pour restaurer le mouvement régulier des articulations et améliorer la fonction physique du corps. La prise en charge peut être limitée à un nombre de séances ou à un autre plafond, comme indiqué dans le tableau des garanties.

Conseils d'ordre général

Il s'agit de tout avis médical ou recommandation médicale fourni(e) par un organisme professionnel accrédité concernant une pathologie médicale ou un traitement qui confirme, d'après notre avis raisonnable, une pratique médicale ou opinion reconnue.

Contrat d'entreprise :

c'est l'accord passé entre Allianz Care et votre employeur vous permettant d'être assuré(e) chez nous. Cet accord détermine les personnes qui peuvent être assurées, le début de la couverture, les modalités de renouvellement et de paiement des primes.

Correction visuelle au laser

Il s'agit de 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

Dentiste

Il s'agit d'une personne qui :

- a obtenu des diplômes du premier cycle universitaire en médecine dentaire et/ou chirurgie dentaire dans une école dentaire et/ou de médecine reconnue par un organisme professionnel accrédité ; et
- est agréée par l'autorité compétente pour pratiquer la médecine dentaire et/ou la chirurgie dentaire dans le pays dans lequel les soins sont prodigués.

E

Employeur/Entreprise/Groupe

Il s'agit de votre employeur nommé dans le contrat d'entreprise.

Équipement médical prescrit

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

- des équipements biochimiques tels que les pompes à insuline, les glucomètres et les machines de dialyse péritonéale ;
- des équipements aidant à la mobilité tels que les béquilles, les fauteuils roulants, les appareils/attelles orthopédiques, les membres artificiels et les prothèses ;
- des appareils auditifs et auxiliaires de phonation tels qu'un larynx électronique ;
- des bas de compression graduée médicaux ;
- du matériel pour les blessures à long terme tel que les pansements et le matériel pour stomie.

Le coût des équipements médicaux prescrits dans le cadre de soins palliatifs ou de soins de longue durée n'est pas pris en charge.

I

Implants dentaires

Il s'agit de prothèses qui sont reliées à l'os de la mâchoire ou au crâne pour soutenir une prothèse dentaire telle qu'une couronne, un bridge ou un dentier. La prise en charge n'est fournie que si la garantie « Implants dentaires » est incluse dans votre couverture.

K

Kinésithérapie prescrite

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

L

Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris les examens des yeux

Il s'agit de la prise en charge 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 et des lunettes de correction.

M

Médecin généraliste

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

Médicaments prescrits et pansements

Il s'agit des médicaments prescrits par un médecin afin de :

- traiter un diagnostic confirmé ou une pathologie médicale ;
- compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme.

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 trouvez, une ordonnance doit être obtenue pour que ces frais soient remboursés. Vous pouvez faire une demande de remboursement pour un stock de médicaments allant jusqu'à 3 mois suivant la date de l'ordonnance, sous réserve de la durée de validité restante de la police.

Médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires

Médicaments prescrits par un dentiste pour traiter les inflammations ou infections dentaires. Ces médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie et être reconnus par les instances de régulation pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits. Les bains de bouche, produits fluorés, gels antiseptiques et dentifrices ne sont pas couverts.

N

Nécessité médicale

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

- être nécessaires pour définir ou soigner votre état, maladie ou blessure ;
- être appropriés à vos symptômes, votre diagnostic ou votre traitement ;
- être conformes aux pratiques médicales généralement reconnues et aux standards professionnels de la communauté médicale en application au moment des soins. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de votre couverture ;

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

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

Nettoyage dentaire

Un nettoyage dentaire qui doit être effectué par un assistant formé en prophylaxie orale, un assistant dentaire qualifié, un hygiéniste dentaire ou un dentiste. Le tartre et la plaque sont retirés à l'aide d'une curette dentaire ou d'un appareil à ultrasons, l'espace interdentaire est nettoyé avec du fil dentaire et à la fin du traitement, un gel, une mousse ou un vernis fluoré est appliqué sur les dents.

Nous/Notre/Nos

Allianz Care.

P

Parodontologie

Il s'agit des traitements dentaires en cas de maladie de la gencive.

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 vivez pendant plus de six mois de l'année.

Personne assurée

Vous, comme indiqué sur votre certificat d'assurance.

Prothèses dentaires

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

R

Responsable d'une police collective

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

S

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.

T

Thérapeute

Chiropracteur, ostéopathe, podologue, médecin pratiquant la médecine traditionnelle chinoise, homéopathe, acupuncteur, médecin pratiquant la médecine ayurvédique, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute ou orthoptiste qualifiés et diplômés en vertu des lois du pays dans lequel le traitement est administré.

Traitement

Procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager une maladie ou une blessure.

Traitement paramédical

Traitement 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 podologie, l'homéopathie, la médecine traditionnelle chinoise, l'acuponcture et les soins ayurvédiques tels qu'ils sont pratiqués par des thérapeutes agréés. Si elle est disponible, cette garantie couvrira également les frais de consultation.



Vous/Votre/Vos

Personne travaillant pour l'entreprise et mentionnée sur le certificat d'assurance.

Exclusions

Les dépenses liées aux traitements, pathologies, procédures médicales, comportements ou accidents répertoriés ci-dessous sont exclues, sauf indication contraire dans le tableau des garanties ou dans tout autre avenant écrit.

BLESSURES RÉSULTANT D'UNE PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS SPORTIVES PROFESSIONNELS

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

CONSULTATIONS PRATIQUÉES PAR VOUS OU UN MEMBRE DE LA FAMILLE

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

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

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

ERREUR MÉDICALE

Le traitement nécessaire suite à une erreur médicale.

FACETTES DENTAIRES

Les facettes dentaires et procédures connexes.

FRAIS DE TRANSPORT

Les frais de transport vers et depuis les établissements médicaux (dont les frais de parking) pour recevoir un traitement.

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.

MÉDICAMENTS SOUMIS À PRESCRIPTION MÉDICALE, HONORAIRES DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

Les médicaments soumis à prescription médicale, les honoraires de médecins généralistes et de spécialistes, sauf s'ils sont en lien direct avec une hospitalisation ou une intervention chirurgicale. Seuls les frais de traitements ayant lieu dans les deux mois précédant, ou dans les six mois suivant une hospitalisation ou intervention chirurgicale sont couverts.

PARTICIPATION À UNE GUERRE OU À DES ACTES CRIMINELS

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

- la guerre ;
- des émeutes ;
- des désordres civils ;
- des actes terroristes ;
- des actes criminels ;
- des actes illicites ;
- des actes contre une intervention étrangère.

PRODUITS ACHETÉS SANS ORDONNANCE

Les médicaments qui peuvent être achetés sans ordonnance.

SOINS AUX ÉTATS-UNIS DANS LES CAS SUIVANTS

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

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

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

SUBSTANCES, PRODUITS PERSONNELS ET COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

Les substances, produits personnels et compléments alimentaires, y compris les vitamines et minéraux (sauf pendant la grossesse pour soigner les syndromes diagnostiqués de carence en vitamines), rince-bouche, dentifrice, pastilles et sprays antiseptiques, shampooing, crème solaire, produits cosmétiques, désinfectant, gants, masques, visières, thermomètres, nourriture pour enfants, fournitures pour bébés et lait maternisé administré oralement. 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.

TOXICOMANIE OU ALCOOLISME

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

TRAITEMENT EN DEHORS DE LA ZONE GÉOGRAPHIQUE DE COUVERTURE

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

TRAITEMENT PARAMÉDICAL

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

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

Toute forme de traitement ou de médicament qui nous semble expérimental ou dont les effets ne sont pas prouvés conformément aux pratiques médicales généralement reconnues.

TROUBLES DU SOMMEIL

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

GARANTIES QUI NE SONT PAS INDIQUÉES DANS VOTRE TABLEAU DES GARANTIES.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

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

Service d'assistance téléphonique 24 h/24, 7 j/7, pour toute question 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) ou le gestionnaire de la police collective peut apporter des modifications à la police. Des questions de sécurité seront posées lors de chaque appel, pour vérifier l'identité de la personne qui appelle.

 E-mail : client.services@e.allianz.com

 Fax : + 353 1 630 1306

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

 www.allianzcare.com