Allianz

Guide des conditions générales pour contrats collectifs

Summit

Couvertures santé internationales

Entrée en vigueur le 1er août 2025

Bienvenue

Vous et votre famille pouvez compter sur nous, 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.

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.

Table des matières

Comment utiliser votre couverture ? 4
Services d'assistance 4
Comment fonctionne votre couverture ? 13
Besoin de recevoir des soins ? 18
Conditions générales de votre couverture 29
Conditions générales 29
Gestion de votre police 30
Paiement des primes 37
Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture 39
Protection des données 43
Procédure de traitement des réclamations 44
Définitions 45
Exclusions 75
Contactez-nous, nous sommes à votre disposition ! 86

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/j7 pour répondre à vos questions concernant votre police ou si vous avez besoin d'aide en cas d'urgence.

Service d'assistance téléphonique
Téléphone : **+353 1 630 1303**

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

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

Nous sommes là quand vous en avez le plus besoin

Certaines circonstances de la vie peuvent être éprouvantes, et ne pas bénéficier du bon accompagnement peut rendre les questions d'assurance plus difficiles à gérer.

Notre équipe dédiée est là pour vous aider. Nous vous encourageons à nous faire part en toute confiance de tout besoin de soutien supplémentaire que vous pourriez avoir. Nous ferons des ajustements raisonnables si nécessaire, en veillant à ce que vous puissiez facilement accéder à nos produits et services.

Si vous avez besoin de signaler un besoin potentiel, de demander des ajustements spécifiques dans notre manière de communiquer, ou de nommer quelqu'un pour interagir avec nous en votre nom, veuillez contacter notre équipe à l'adresse enhancedsupport@e.allianz.com.

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 trois 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 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.
- Payez votre prime en ligne et consultez les paiements que vous avez reçus.
- Ajoutez ou modifiez les coordonnées de votre carte bancaire (si vous êtes responsable du paiement de votre prime, plutôt que votre employeur).

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

Pour commencer :

1. Connectez-vous au portail en ligne MyHealth pour vous inscrire. Rendez-vous sur my.allianzcare.com/myhealth, cliquez sur « S'INSCRIRE ICI » en bas de la page et suivez les instructions à l'écran. Soyez prêt à fournir votre numéro de police, que vous pouvez trouver sur votre certificat d'assurance.

2. Vous pouvez également vous inscrire via notre application MyHealth. Pour la télécharger, tapez « Allianz MyHealth » sur l'App Store d'Apple ou le service Google Play d'Android.

3. Une fois la configuration effectuée, vous pouvez utiliser l'e-mail (nom d'utilisateur) et le mot de passe que vous avez fournis lors de l'inscription pour vous connecter au portail MyHealth en ligne ou à l'application. Les mêmes informations de connexion sont utilisées pour MyHealth en ligne et l'application MyHealth. À l'avenir, si vous modifiez les informations de connexion pour l'une, elles seront automatiquement appliquées à l'autre. Un seul changement sur MyHealth en ligne ou

l'application MyHealth suffit. Nous proposons également l'authentification biométrique pour se connecter à l'application (par ex. la Touch ID ou Face ID, si celles-ci sont prises en charge par votre appareil).

Pour plus d'informations, rendez-vous sur
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. Bien que vous ne soyez pas limité aux prestataires répertoriés dans notre annuaire, nous vous recommandons de le faire pour bénéficier du règlement direct ;
- télécharger des formulaires ;
- accéder à notre bibliothèque sur la santé et le bien-être ;
- accéder à notre plateforme « Ma vie d'expat » - de l'organisation de votre déménagement à votre installation dans votre nouveau pays, vous trouverez tout ce que vous devez savoir sur le déménagement à l'étranger.

Deuxième avis médical**

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

Lorsque vous accédez à ce service, nous vous attribuons un chargé de gestion de dossier médical dédié, c'est-à-dire un professionnel de santé de notre propre équipe médicale, qui vous guide et vous accompagne. Votre chargé de gestion de dossier vous demandera de fournir toutes les informations essentielles sur votre cas médical. Il vous aidera ensuite à trouver un hôpital, un médecin ou un spécialiste pour obtenir un deuxième avis médical et vous fera part de cet avis.
Pour bénéficier de ce service, veuillez simplement nous contacter :
+353 1 630 1303
medical.smo@e.allianz.com

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

Les services aux affiliés inclus dans votre couverture

Votre police ne couvre pas seulement vos frais médicaux. Elle comprend également une gamme de services gratuits dédiés aux affiliés. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour vérifier ceux qui sont compris dans votre couverture.

Olive – notre programme santé et bien-être

Conçu pour vous motiver et vous guider vers un mode de vie plus sain. Il comprend l'accès à :

- **la plateforme de santé et de bien-être**, offrant des évaluations de santé en ligne, des webinaires sur le bien-être animés par des spécialistes, des articles sur des sujets tels que le sommeil et la nutrition, etc. ;
- **notre application de fitness**, qui se connecte à des smart phones, des appareils portables et d'autres applications pour surveiller le nombre de pas effectués, les calories brûlées, les heures de sommeil et plus encore. Vous pouvez également participer à des défis avec d'autres utilisateurs et/ou définir des objectifs bien-être pour vous-même ;
- **l'application de coaching en santé mentale**, un chat bot pour discuter de ce que vous ressentez. Vous pouvez également discuter avec un coach si vous souhaitez un service plus personnalisé.

Plateforme de télésanté — un service de consultation par vidéo conférence

Si votre formule comprend la prise en charge des services de consultation par vidéo conférence, vous avez un accès direct aux rendez-vous médicaux en ligne. Avec la plateforme de télésanté, vous pouvez gagner du temps en consultant un médecin par vidéo conférence depuis le confort de votre maison ou de votre bureau. Les médecins de notre réseau de télésanté peuvent donner des conseils médicaux, recommander des traitements et fournir des ordonnances pour des problèmes non urgents, de manière sécurisée et confidentielle. Les ordonnances seront disponibles si votre formule les prend en charge et si la réglementation locale le permet.

PAE - Le Programme d'aide aux employés

Lorsque des situations difficiles surviennent dans la vie ou au travail, notre PAE vous fournit, à vous et à vos ayants droit, une aide confidentielle. Ce service comprend :

- **des conseils professionnels confidentiels par téléphone, vidéo ou en personne** sur des sujets tels que le stress, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, la parentalité, l'anxiété, le choc culturel, les problèmes de dépendance, etc. ;
- **des services d'orientation pour des conseils juridiques et financiers**, par exemple pour vous aider à acheter une maison, régler un litige ou créer un plan financier.

Veuillez noter que ce service n'est pas adapté aux mineurs qui n'ont pas atteint l'âge légal requis selon la législation locale. Par ailleurs, ce service n'inclut pas la thérapie de groupe, telle que la thérapie familiale.

Les Services de sécurité relatifs aux voyages

Tandis que le monde continue de connaitre une augmentation des menaces à la sécurité, ce service vous offre un accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à des informations personnelles sur la sécurité et des conseils pour vos questions relatives aux voyages. Vous avez accès aux services suivants :

- **une assistance téléphonique d'urgence** pour discuter avec un spécialiste de vos préoccupations en matière de sécurité dans votre prochaine destination ;
- **une connaissance du terrain** qui vous fournit des informations et des conseils sur de nombreux pays ;
- **des informations quotidiennes sur la sécurité** pour recevoir des alertes par e-mail sur les événements à haut risque survenant à proximité, y compris le terrorisme et les conditions météorologiques extrêmes.

Pour en savoir plus ou pour accéder aux services dédiés aux affiliés ci-dessus, rendez-vous sur :
www.allianzcare.com/fr/ressources/ressources-pour-les-affilies.html

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

Comment fonctionne votre couverture ?

Ce qui est pris en charge par ma couverture

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

- **aux définitions et exclusions de la police** (disponibles dans ce guide) ;
- **pour les polices soumises à une souscription médicale complète** : à toute condition particulière indiquée sur votre certificat d'assurance (et sur le formulaire de conditions particulières fourni avant le début de la police, le cas échéant) ;
- **aux 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 ;
- **aux conditions convenues en ce qui concerne les pathologies médicales préexistantes**. La couverture des pathologies médicales préexistantes (y compris les pathologies chroniques préexistantes) dépend des conditions de souscription de votre police :
  - pour les polices soumises à une souscription médicale complète, les pathologies préexistantes sont généralement couvertes, sauf indication contraire dans les documents de votre police ;
  - pour les polices avec un moratoire, les pathologies préexistantes ne peuvent être couvertes qu'une fois que vous avez complété une période de 24 mois consécutifs après la date de début de votre couverture et que vous n'avez pas ressenti de symptômes, n'avez pas eu besoin ou n'avez pas reçu de traitement, de médicaments, de régime spécial ou de conseils, ou n'avez pas présenté d'autres signes de la pathologie durant cette période.

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.

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

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 » apparait à côté de la garantie ;
- un plafond de garantie spécifique s'applique : la garantie est plafonnée à un montant spécifique (par ex. 10 000 €).

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

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

Plafonds de garantie liés à la maternité

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

Si vos garanties maternité sont versées « par grossesse »

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

- au cours de la première année, les plafonds des garanties s'appliquent à toutes les dépenses prises en charge ;
- au cours de la deuxième année, les plafonds 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.

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

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

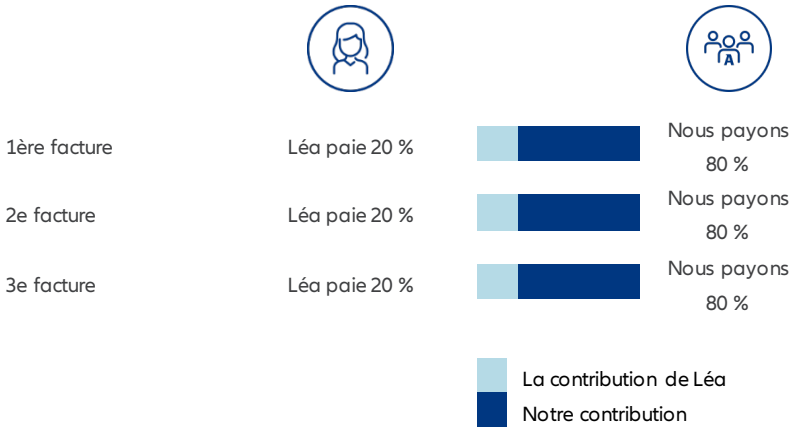
- né par gestation pour autrui ;
- adopté ;
- placé en famille d'accueil ;

- issu d'une naissance multiple à la suite d'une procréation médicalement assistée.

Le plafond est de 24 900 £/ 30 000 €/ 40 500 $ US par enfant et s'applique avant toute autre garantie comprise dans votre couverture. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.

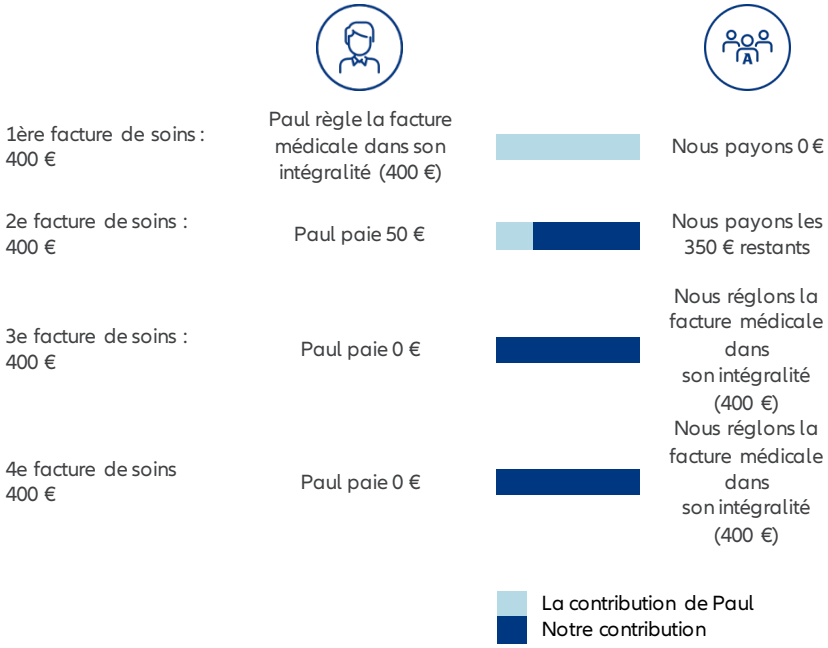
Qu'est-ce qu'une quote-part ?

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



Qu’est-ce qu’une franchise ?

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



Besoin de recevoir des soins ?

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

1ère étape – 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 d'assistance téléphonique si vous avez des questions.

2e étape – Vérifiez si votre traitement nécessite une entente préalable

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

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

- si, par la suite, les soins ou services reçus s'avèrent ne pas être éligibles, **nous nous réserverons le droit de rejeter votre demande de remboursement** ;

- s'il est prouvé que les soins ou services sont éligibles, nous ne paierons qu'une partie de la demande de remboursement, comme indiqué dans votre tableau des garanties.

3e étape – Utilisez votre réseau de prestataires

Nous vous recommandons d'utiliser le réseau de prestataires de santé pour vos traitements, car il vous offre les avantages suivants :

1. Si votre traitement nécessite **une entente préalable**, votre prestataire de santé faisant partie du réseau peut être en mesure de faire la demande en votre nom.
2. Vous pourrez bénéficier du règlement direct pour la plupart des traitements.

Qu'est-ce que le règlement direct ?
Le règlement direct signifie que nous réglons vos frais médicaux couverts directement auprès de votre prestataire de santé. Toutefois, veuillez noter que vous devrez peut-être encore payer certains montants si votre couverture comprend des franchises ou des quotes-parts, ou si le coût du traitement ou du service dépasse les plafonds de garanties de votre couverture.

Que se passe-t-il si le règlement direct n'est pas disponible pour mon traitement ?
Tous les frais de traitement ne peuvent pas être réglés sur la base du règlement direct. Votre prestataire de santé faisant partie du réseau vous informera lorsque le règlement direct n'est pas disponible. Dans de tels cas, vous devrez payer votre prestataire de santé, puis nous envoyer une demande de remboursement, comme expliqué dans la section « Demander le remboursement de vos dépenses médicales courantes, des frais dentaires et d'autres dépenses ».

Quels sont les prestataires inclus dans mon réseau médical ?
Vous pouvez consulter les prestataires de santé inclus dans votre réseau en vous connectant aux Services numériques MyHealth. Lorsque vous prenez rendez-vous avec un prestataire de santé faisant partie du réseau, assurez-vous d'indiquer votre numéro de police. Vous pouvez le trouver sur votre carte d'affiliation.

Comment obtenir une entente préalable ?

Si, à l'étape 2 ci-dessus, vous avez confirmé que votre traitement nécessite une entente préalable et que votre prestataire de santé n'est pas en mesure d'en faire la demande pour vous, veuillez suivre la procédure ci-dessous :

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 à l'adresse medical.services@e.allianz.com.

Nous contactons le prestataire de santé pour organiser le règlement direct, lorsque cela est possible.

En cas d'urgence

Recevez les soins d'urgence dont vous avez besoin, et appelez-nous si vous avez besoin d'aide ou de soutien. Si vous êtes hospitalisé, vous-même, votre médecin, un ayant droit ou un collègue devez appeler notre service téléphonique (dans les 48 heures suivant l'urgence) pour nous informer de votre hospitalisation. À ce moment-là, nous pourrons recueillir les informations relatives à l'entente préalable par téléphone.

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

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

Si vos frais de traitement ne sont pas réglés directement avec votre prestataire de santé et que votre traitement ne nécessite pas notre entente préalable, vous pouvez simplement régler la facture et nous en demander le remboursement comme suit :

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 détail 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 (my.allianzcare.com/myhealth/1/login)
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.

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@e.allianz.com

Recevoir des soins aux États-Unis

Si vous bénéficiez d'une couverture mondiale, nous vous offrons un accès simple aux soins médicaux aux États-Unis grâce à notre partenaire externe local qui vous permet d'accéder à des prestataires de santé à travers le pays.

Pour recevoir des soins aux États-Unis, présentez simplement votre carte d'affiliation. Votre prestataire de santé contactera ensuite notre partenaire externe pour convenir des formalités administratives liées à votre traitement. Nous réglerons les frais du traitement auquel vous avez droit directement auprès de votre prestataire de santé, le cas échéant. Votre prestataire vous informera si vous êtes responsable du paiement d'une partie des frais.

Si vous avez des questions ou besoin d'aide concernant les soins aux États-Unis, vous trouverez les coordonnées à contacter au dos de votre carte d'affiliation.

Pour une ordonnance

Si votre couverture comprend l’accès au réseau de pharmacies Caremark, vous pouvez vous procurer certains médicaments et produits pharmaceutiques dans ces pharmacies américaines sans avance de frais. Toutes les informations dont vous avez besoin pour pouvoir accéder au réseau de pharmacies Caremark seront indiquées soit sur votre carte d'affiliation, soit sur une carte Caremark distincte.

Présentez votre carte d'affiliation (ou la carte Caremark) à la pharmacie du réseau Caremark. Le pharmacien vous dira si vous devez régler une partie des frais, par exemple s'il y a une quote-part. Veuillez vous assurer que l’ordonnance indique la date de naissance de la personne à qui elle est destinée.

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.

- **Règlement direct des factures médicales** : si nous réglons vos frais de santé directement auprès de votre prestataire de santé et que nous déterminons plus tard que votre demande de règlement direct n'est pas éligible, nous nous réservons le droit de récupérer auprès de vous le montant total de votre demande de remboursement.

- **Documents justificatifs :** lorsque vous nous envoyez des copies des documents justificatifs (par exemple, des reçus médicaux), veillez 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.

  Si vous avez une couverture d'assurance chez un autre assureur et que le même traitement hospitalier ou en soins de jour est couvert dans le cadre de votre couverture chez l'autre assureur et dans le cadre de votre couverture chez nous :

  - vous pouvez obtenir un remboursement auprès de l'autre assureur et demander à ce que le montant payé par lui soit considéré comme une contribution au montant de la franchise de votre couverture santé chez nous ;
  - vous pouvez également demander à ce que tout plafond de garantie restant disponible sur votre couverture d'assurance santé chez nous soit utilisé pour couvrir toute franchise ou quote-part appliquée par l'autre assureur sur votre demande de remboursement auprès de lui.

  Lorsque vous effectuez votre demande, veuillez nous envoyer une copie de la facture détaillée de l'établissement hospitalier ou de soins de jour, accompagnée d'un relevé ou d'un document officiel confirmant les frais payés par l'autre assureur. Veuillez noter que, dans tous les cas, le montant total payable par nous reste assujetti à tout plafond de garantie qui s'applique à votre couverture chez nous.

  Devise et frais : 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. Nous couvrirons tous les frais relatifs au paiement. Toutefois, si votre banque applique des frais pour recevoir des fonds sur votre compte dans le cadre de ses conditions générales, nous ne serons pas responsables de ces frais.

- **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 pourrons, 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.

Veuillez nous envoyer les informations suivantes :

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

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

- le conjoint ou l'époux(se) de la personne assurée, s'ils ne sont pas légalement séparés ;
- à défaut du conjoint ou de l'époux(se), les enfants de la personne assurée encore vivants, à part égale entre eux. Cela inclut les enfants du conjoint ou époux, 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 personnes mentionnées ci-dessus, les biens de la personne assurée.

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

Veuillez 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 recevoir 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 entreprise a choisies pour vous et vos ayants droit (le cas échéant). Il indique également les dates de début et de renouvellement de votre couverture ainsi que toute condition particulière susceptible de s'appliquer à votre police. 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 changements que votre entreprise demande, de changements que nous sommes en droit d'apporter ou de changements que vous souhaitez apporter à vos informations personnelles. Veuillez noter que notre accord doit être obtenu pour apporter certains changements. Vous pouvez consulter la section « Gestion de votre police » ci-dessous pour plus d'informations.

- La(les) formule(s) choisie(s) par votre entreprise et les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre **tableau des garanties**. Ce tableau indique également les garanties pour lesquelles vous devez envoyer un formulaire d'entente préalable. Tous les plafonds, délais de carences, franchises et/ou quotes-parts applicables aux garanties apparaissent dans le tableau des garanties. Votre tableau des garanties est émis dans la devise choisie par votre entreprise (ou par vous si vous payez vous-même la prime d'assurance).

Pour plus de détails sur le contrat d'assurance de votre entreprise, veuillez vous adresser au responsable de la 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 la couverture

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

La couverture de tout ayant droit (le cas échéant) commence à partir de la date d'effet indiquée sur le certificat d'assurance le plus récent, sur lequel les ayants droit sont mentionnés. Leur affiliation sera valide tant que vous adhérerez à la police collective, et tant que l'âge de tout enfant à charge est inférieur à la limite fixée. La couverture d'un enfant ayant droit par votre police se termine le jour avant son 18e anniversaire ou le jour avant son 26e anniversaire s'il est étudiant à plein temps. Il peut à ce moment-là effectuer une demande de souscription en son nom à l'une de nos formules pour les particuliers et les familles.

Ajouter un ayant droit

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

Vous pouvez demander à inclure les membres de votre famille en tant qu'ayants droit, à condition que le contrat passé entre votre entreprise et nous vous y autorise. La procédure diffère en fonction du type de police que vous avez :

- polices soumises à une souscription médicale complète ; ou
- polices avec un moratoire ; ou
- polices non soumises à une souscription médicale ; ou

- polices faisant l'objet du MEMP/MCT (auparavant souscription médicale complète) ; ou
- polices faisant l'objet du MEMP/MCT (auparavant moratoire).

Votre certificat d'assurance indiquera le type de police dont vous disposez. Vous trouverez également les définitions des types de police mentionnés ci-dessus dans la section « Définitions » de ce guide.

Pour ajouter un ayant droit, suivez simplement la procédure décrite ci-dessous pour votre type de police. Par ailleurs, si l'ayant droit que vous souhaitez ajouter est un nouveau-né, veuillez consulter la section ci-dessous sur les plafonds pour les soins reçus dans le cadre de l'hospitalisation d'un nouveau-né.

Polices soumises à une souscription médicale complète ET polices faisant l'objet du MEMP/MCT (auparavant souscription médicale complète)
Pour ajouter un membre de votre famille à votre police, contactez votre responsable de police collective. Votre ayant droit devra remplir le formulaire de demande d'adhésion approprié et sera soumis à la souscription médicale. S'il est accepté, sa couverture commencera à compter de la date d'acceptation.

Cependant, si l'ayant droit est un nouveau-né, veuillez suivre les instructions ci-dessous.

Comment ajouter un nouveau-né à ma police ?
Veuillez contacter votre responsable de police collective dans les quatre semaines suivant la naissance de votre enfant pour l'ajouter à la police et veillez à fournir l'acte de naissance. À l'exception des nouveau-nés issus de naissances multiples, nous accepterons le nouveau-né sans souscription médicale, à condition que l'un des parents biologiques ou parents d'accueil (en cas de gestation pour autrui) ait été assuré chez nous depuis au moins huit mois consécutifs. La couverture commencera à la naissance.

Que se passe-t-il si je ne vous informe pas dans les quatre semaines ?
Le nouveau-né fera l'objet d'une souscription médicale et, s'il est accepté, la couverture commencera à la date d'acceptation.

Que se passe-t-il si j'ajoute des nouveau-nés issus de naissances multiples ?
Les nouveau-nés issus de naissances multiples feront l'objet d'une souscription médicale et, s'ils sont acceptés, leur couverture commencera à la date d'acceptation.

Polices avec un moratoire ET polices faisant l'objet du MEMP/MCT (auparavant moratoire)
Pour ajouter un membre de votre famille à votre police, contactez votre responsable de police collective. Votre ayant droit devra remplir le formulaire de demande d'adhésion approprié. Si la demande est acceptée, un nouveau moratoire s'appliquera à cet ayant droit et la couverture débutera à la date indiquée par votre responsable de police collective.

Cependant, si l'ayant droit est un nouveau-né, veuillez suivre les instructions ci-dessous.

Comment ajouter un nouveau-né à ma police ?
Veuillez contacter votre responsable de police collective dans les quatre semaines suivant la naissance de votre enfant pour l'ajouter à votre police et veillez à fournir l'acte de naissance. À l'exception des nouveau-nés issus de naissances multiples, nous accepterons le nouveau-né sans moratoire, 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 ?
Si vous nous informez tardivement et que la demande pour votre nouveau-né ayant droit est acceptée, un nouveau moratoire s'appliquera à cet ayant droit et la couverture commencera à compter de la date à laquelle nous accepterons de l'ajouter.

Que se passe-t-il si j'ajoute des nouveau-nés issus de naissances multiples ?
Pour ajouter des nouveau-nés issus de naissances multiples à votre police, veuillez compléter le formulaire de demande d'adhésion approprié. Nous examinerons le bulletin d'adhésion et, si nous acceptons la demande, nous confirmerons la date à partir de laquelle nous acceptons d'ajouter le nouveau-né et si un moratoire s'applique à lui.

Polices non soumises à une souscription médicale
Afin d'ajouter un membre de votre famille à votre police en tant qu'ayant droit, informez simplement votre entreprise et elle traitera votre demande avec nous.

Cependant, si l'ayant droit que vous souhaitez ajouter est un nouveau-né, veuillez suivre les instructions ci-dessous.

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

Que se passe-t-il si je n'informe pas mon entreprise dans les quatre semaines ?
Passé ce délai de quatre semaines après la naissance, les nouveau-nés ne seront couverts qu'à partir de la date à laquelle nous avons été informés.

Plafonds pour les soins reçus dans le cadre de l'hospitalisation d'ayants droit nouveau-nés

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

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

Le plafond est de 24 900 £/ 30 000 €/ 40 500 $ US par enfant et s'applique avant toute autre garantie comprise dans votre couverture. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.

Changement de pays de résidence

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

Changement d'adresse ou d'e-mail

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

Correspondance

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

Renouvellement de la couverture

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

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

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

Fin de votre couverture

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

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

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

négligence, et qui peuvent influencer notre choix dans les prises de décision suivantes :

- vous autoriser ou non à souscrire la police (ou autoriser les ayants droit) ;
- 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.

Il est de votre responsabilité de veiller à ce que toute carte d'affiliation qui vous a été fournie ou qui a été fournie à vos ayants droit soit détruite immédiatement après la fin de votre affiliation. Si vous ou vos ayants droit 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.

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

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

E-mail : individual.sales@allianzworldwidecare.com

Paiement des primes

Si votre entreprise paie votre prime d'assurance

Dans la plupart des cas, votre entreprise est responsable du paiement de votre prime et de la prime de vos ayants droit, couverts par le contrat d'entreprise. 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.

Si vous payez votre prime d'assurance

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

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

- taxe 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. Vous pouvez choisir de mettre fin à votre couverture si vous n'acceptez pas ces changements. Nous n'appliquerons pas ces changements si vous mettez fin à votre affiliation dans les 30 jours suivant la date à partir de laquelle ils entrent en vigueur, ou dans les 30 jours suivant la date à laquelle nous vous en informons (la date la plus récente prévaudra).

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

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

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

Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture

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

Clause de suspension en raison de sanctions :
Toute garantie, couverture et remboursement seront suspendus si un élément de la couverture, des garanties, de l'activité, de l'entreprise ou de l'entreprise sous-jacente nous expose :

- à toute sanction, interdiction ou restriction applicable en vertu des résolutions des Nations unies ; ou

- aux sanctions commerciales ou économiques, aux lois ou régulations de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

La suspension ci-dessus se poursuivra jusqu'à ce que nous ne soyons plus exposés à une telle sanction, interdiction ou restriction.

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

Les montants que nous paierons :
Notre responsabilité vis-à-vis des personnes assurées se limite aux montants figurant dans le tableau des garanties et dans tout avenant au contrat. Le montant total remboursé dans le cadre d'une demande de remboursement, que ce soit selon les termes de cette police, de la sécurité sociale et/ou de toute autre assurance, n'excédera pas le montant des frais que vous avez engagés.

Qui peut apporter des modifications à votre police ?
Personne, à l'exception d'un représentant désigné ou du responsable de la police collective, n'est autorisé à modifier votre police en votre nom. Les

modifications sont uniquement valables si elles ont été acceptées par votre compagnie et par nous.

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

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

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

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

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

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

Résiliation et fraude :

- **Pour les polices soumises à une souscription médicale complète**, 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 avenu dès la date de début. Vous devez également nous faire part des problèmes de santé qui apparaissent entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police. Les problèmes de santé que vous n'indiquez pas ne seront probablement pas couverts. Si vous ne savez pas si certaines informations sont pertinentes pour la souscription, appelez-nous et nous pourrons vous le confirmer.

- Pour les polices avec un moratoire, la couverture moratoire s'appliquera même si vous nous faites part de toute pathologie médicale préexistante dont vous souffrez. Nous sommes susceptibles d'appliquer de nouvelles conditions à la couverture, de l'invalider ou de la résilier et/ou de restreindre ou rejeter toute demande de remboursement liée à celle-ci, sur la base des nouveaux faits matériels.

- Nous ne paierons pas la garantie si :

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

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

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.

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, veuillez 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 sommes pas en mesure de résoudre le problème par téléphone, veuillez nous écrire à :

Téléphone : **+353 1 630 1303**

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

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

Adresse : **Customer Advocacy Team, Allianz , 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 d'assistance téléphonique pour obtenir un exemplaire de cette procédure.

Ce guide vous a-t-il été utile ?

Répondez à notre court sondage

Définitions

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

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

Aiguë
Apparition soudaine de symptômes ou d'un problème médical.

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

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

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

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

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

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

Ayant droit
Il s'agit de votre conjoint ou partenaire et tout enfant non marié nommés sur votre certificat d'assurance comme ayants droit. La couverture des enfants se termine le jour avant leur 18e anniversaire, ou le jour avant leur 26e anniversaire s'ils sont étudiants à plein temps.

Bilans de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies
Bilans de santé, analyses ou examens de routine, réalisés régulièrement à certaines périodes de la vie en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Pour qu'ils soient pris en charge, les services de dépistage en matière de santé et de bien-être doivent être réalisés dans un établissement de santé agréé, ou un établissement d'examens de santé agréé, ou sous la direction d'un médecin dans un cadre réglementé et en conformité avec les recommandations internationales en matière de pratique clinique. Nous ne couvrons pas les dépistages excessifs ou inutiles, tels que les échographies, IRM ou tomodensitométries du corps entier.

Capital décès accidentel
Le montant indiqué dans le tableau des garanties qui est versé si une personne assurée âgée de 18 à 70 ans décède des suites d'un accident (y compris un accident du travail), si l'accident survient pendant la période d'assurance, et que la personne assurée décède dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

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

Chambre d'hôpital
Séjour en chambre particulière ou semi-privée comme indiqué dans le tableau des garanties. Nous prenons en charge les coûts de votre hébergement à l'hôpital et de tous les soins et services d'hospitalisation/hospitalisation de jour admissibles nécessaires lorsque vous utilisez la

chambre, à concurrence des frais raisonnables et d'usage associés au type de chambre indiqué dans votre tableau des garanties. Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas couvertes.

Nous ne couvrons pas les frais personnels ou non médicaux facturés séparément des frais de chambre d'hôpital, tels que les appels téléphoniques ou les journaux. Si les repas ne sont pas inclus dans le coût de la chambre d'hôpital, nous ne couvrirons que jusqu'à trois repas complets par jour. Un repas complet est composé d'une entrée, d'un plat principal, d'un dessert et d'une boisson.

Veuillez noter que si votre admission à l'hôpital est liée à une autre garantie couverte par votre police, la chambre d'hôpital peut déjà être couverte par cette garantie. Par exemple, si vous êtes hospitalisé 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 d'autres garanties qui peuvent déjà inclure la chambre d'hôpital (si ces garanties sont comprises dans votre couverture) : « Psychiatrie et psychothérapie », « Greffe d'organe », « Oncologie », « Maternité », « Soins palliatifs » et « Soins de longue durée ». Si votre garantie comprend la chambre d'hôpital, veuillez noter que le type de chambre indiqué sous la garantie « Chambre d'hôpital » dans votre tableau des garanties s'applique également aux autres garanties. Par exemple, si votre garantie « Chambre d'hôpital » couvre le type de chambre semi-privée et que vous êtes hospitalisé pour un traitement contre le cancer, votre garantie « Oncologie » comprendra la couverture pour l'hébergement en chambre semi-privée uniquement.

Si le type de chambre indiqué dans votre tableau des garanties n'est pas disponible dans l'hôpital ou si vous choisissez un type de chambre supérieur, nous couvrirons votre hébergement (ainsi que tous les soins et services d'hospitalisation et hospitalisation de jour associés) dans la limite des frais raisonnables et d'usage associés au type de chambre indiqué dans votre tableau des garanties.

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 bariatrique
Interventions chirurgicales destinées à une perte de poids médicalement nécessaire. Les évaluations avant et après intervention chirurgicale, les consultations et toute complication qui s'ensuit sont également couvertes, jusqu'à hauteur du plafond de garantie. Les interventions chirurgicales que nous prenons en charge sont les suivantes : le bypass gastrique, la gastrectomie longitudinale, la diversion biliopancréatique (avec ou sans switch duodénal) et la chirurgie laparoscopique de mise en place d'anneau gastrique ajustable en silicone. Cette intervention sera couverte si les conditions suivantes sont réunies :

- vous avez un IMC de 40 ou plus, ou un IMC entre 35 et 40 et souffrez de deux pathologies parmi les suivantes, qui pourraient être améliorées grâce à une perte de poids : hypertension, diabète sucré de type 2, hypercholestérolémie, cardiopathie ischémique ;
- vous avez essayé tous les traitements non chirurgicaux appropriés mais n'êtes pas parvenu à perdre ou maintenir un poids cliniquement satisfaisant durant au moins les douze derniers mois. Tous les efforts fournis pour le maintien d'une alimentation saine ainsi que la pratique d'exercices réguliers doivent être démontrés à notre équipe médicale ;
- vous avez reçu ou recevrez des soins intensifs dans un service spécialisé de l'obésité. Nous nous réservons le droit de juger si une clinique de l'obésité/un chirurgien bariatrique remplit les conditions requises pour être considéré(e) en tant que service spécialisé dans le traitement de l'obésité ;
- vous comprenez et acceptez le besoin d'un suivi et d'un contrôle à long terme.

Nous nous réservons le droit de refuser de couvrir la chirurgie bariatrique si nous estimons qu'elle n'est pas médicalement nécessaire.

La couverture des complications n'est disponible que si la chirurgie bariatrique initiale était couverte par cette police. Nous ne couvrons pas la chirurgie/le traitement par ballon gastrique, les systèmes de blocage du nerf vague ou d'autres interventions chirurgicales non énumérées ci-dessus.

Chirurgie dentaire

Il s'agit des chirurgies buccales et dentaires, telles que l'extraction chirurgicale des dents (y compris les dents incluses), l'apicoectomie et l'ablation chirurgicale des kystes. Cette garantie couvre également les traitements nécessaires pour appuyer la chirurgie dentaire, y compris les médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires et les procédures d'investigation tels que les examens en laboratoire, les radiographies, la tomodensitométrie et les IRM qui établissent la nécessité d'une chirurgie dentaire. Veuillez noter que la chirurgie dentaire ne couvre aucun traitement chirurgical lié aux implants dentaires.

Le traitement chirurgical des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, des fractures des os faciaux, des malformations congénitales de la mâchoire, des maladies des glandes salivaires et des tumeurs est couvert jusqu'aux plafonds de garanties de la couverture Hospitalisation. La chirurgie orthognathique pour la correction de la malocclusion est également couverte jusqu'aux plafonds de la formule Hospitalisation, mais la couverture n'est fournie que si la garantie « Soins d'orthodontie » est également incluse dans votre formule dentaire.

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

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

Chirurgie réparatrice
Il s'agit des frais de soins pour restaurer la fonction naturelle ou l'apparence après un accident défigurant ou une intervention chirurgicale dans la cadre du traitement d'un cancer. La prise en charge est disponible si le traitement de l'accident ou l'intervention chirurgicale initiale étaient également couverts par cette police.

Circoncision facultative des nouveau-nés de sexe masculin
Il s'agit des frais liés à l'intervention chirurgicale pour la circoncision facultative effectuée sur des nouveau-nés de sexe masculin dans les 30 jours qui suivent la naissance, ainsi que toute consultation de suivi nécessaire.

Complications à l'accouchement
Il s'agit uniquement des césariennes médicalement nécessaires, des hémorragies post-partum et des rétentions de la membrane placentaire. Cela comprend les frais d'hospitalisation, les honoraires des spécialistes et les honoraires des sage-femmes liés à l'accouchement. Pour les césariennes qui ne sont pas médicalement nécessaires, veuillez consulter la définition de la « Maternité ».

Complications de grossesse
Il s'agit du traitement médicalement nécessaire du diabète gestationnel, de la pré-éclampsie, de la mortinatalité et de la môle hydatiforme, lorsque cela est lié à la santé de la mère pendant les stades prénatals de la grossesse. Veuillez noter qu'en cas de grossesse extra-utérine, de fausse couche ou de risque de fausse couche, la couverture est assurée dans le cadre des garanties de santé hors maternité de l'affiliée. D'autres frais prénatals sont couverts par la garantie « Maternité ».

Conseil médical
Il s'agit de tout avis médical, toute recommandation ou information médicale donné(e) par un professionnel de santé.

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 d'après notre avis raisonnable, une pratique médicale ou opinion reconnue.

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

Correction visuelle au laser
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.

Date de début
Il s'agit de la date à laquelle vous vous êtes affilié (ou réaffilié s'il y a eu une interruption de couverture).

Date d'effet
Il s'agit du premier jour de l'année d'assurance à partir duquel vous êtes couvert, tel qu'indiqué sur votre certificat d'assurance.

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. Les délais de carence ne s'appliquent pas si vous disposez d'une police qui n'est pas soumise à une souscription médicale.

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.

Dent naturelle
Il s'agit de toute dent qui est originelle et non pas un implant artificiel ou une dent de remplacement.

Dépistage du cancer
Bilans de santé, analyses et examens de dépistage de maladies, réalisés régulièrement à certaines périodes de la vie en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Pour qu'ils soient pris en charge, les services de dépistage du cancer doivent être réalisés dans un établissement de santé agréé, ou un établissement d'examens de santé agréé, ou sous la direction d'un

médecin dans un cadre réglementé et en conformité avec les recommandations internationales en matière de pratique clinique.

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

Entreprise
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.

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

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

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

Évacuation médicale
Cela s'applique dans les cas suivants :

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

Vous serez évacué par ambulance, hélicoptère ou avion vers le centre médical approprié le plus proche (qui peut se situer ou non dans votre pays d'origine). Cette évacuation médicale sera faite par le moyen de transport le plus économique et le mieux adapté à votre état médical. Votre médecin doit en faire la demande. Une fois le traitement terminé, nous couvrirons les frais du voyage de retour, en classe économique, vers votre pays de résidence principal.

Si la nécessité médicale vous empêche d'être évacué ou transporté à votre 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 14 jours. Les suites et les hôtels quatre ou cinq étoiles ainsi que l'hébergement d'un accompagnateur sont exclus.

Si vous avez été évacué vers le centre médical approprié le plus proche pour y recevoir un traitement continu, nous prendrons en charge les frais d'une chambre d'hôtel avec salle de bain. Le coût de l'hôtel doit être inférieur à celui des allers-retours entre le centre médical adéquat le plus proche et votre pays de résidence principal. L'hébergement d'un accompagnateur est exclu.

En cas d'indisponibilité de sang testé de façon adéquate, et lorsque cela s'avère approprié et conseillé par le médecin traitant et nos propres experts médicaux, nous ferons notre possible pour localiser et faire transporter du sang ainsi que du matériel de transfusion stérile. Nous et nos agents ne pouvons être tenus responsables si les démarches entreprises n'aboutissent pas ou si du sang ou des équipements infectés sont utilisés.

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

En cas de soins non urgents, la couverture n'est disponible que si la garantie « Évacuation médicale en cas de soins non urgents » est incluse dans votre couverture et si le traitement nécessaire pour lequel vous êtes couvert n'est pas disponible localement.

Examen auditif annuel
Il s'agit des examens/bilans réalisés ou prescrits par un spécialiste et entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Si cette garantie est comprise dans votre formule, nous prenons en charge un examen par année d'assurance. Les services suivants sont couverts par cette garantie :

- Consultation
- Audiométrie tonale
- Tympanométrie

Examens avant hospitalisation
Il s'agit des examens avant hospitalisation effectués en médecine courante dans les 72 heures avant des soins en hospitalisation ou de jour qui sont pris en charge par votre couverture.

Facturation directe
Lorsque nous réglons les frais de traitement ou de services directement auprès du prestataire de santé faisant partie de notre réseau de prestataires de santé.

Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré à l'hôpital
Frais d'hébergement en hôpital d'un parent ou d'un tuteur légal pendant toute la durée de l'hospitalisation d'un enfant assuré pour un traitement couvert par la police. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, nous prendrons en charge l'équivalent du prix d'une chambre dans un hôtel trois étoiles. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts. Veuillez vérifier dans le tableau des garanties si une limite d'âge s'applique à l'enfant.

Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un parent proche qui est 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 personnes assurées de se rendre auprès d'un parent proche qui est en danger de mort ou décédé. La couverture inclut un aller-retour par personne assurée, par année d'assurance. En cas de décès du parent proche, le voyage doit débuter dans les six semaines qui suivent la date du décès.

Un **parent proche** est un(e) époux(se)/partenaire, un parent (y compris un parent adoptif légal), l'époux(se)/partenaire d'un parent, un tuteur légal, un beau-parent, un frère ou une sœur (y compris le fils/la fille de l'époux(se)/partenaire d'un parent, et un beau-frère/une belle-sœur), un enfant (y compris un enfant adopté, placé en famille d'accueil ou l'enfant d'un(e) époux(se)/partenaire), un beau-fils ou une belle-fille, un grand-parent ou un petit-enfant.

Sont considérés comme raisonnables les frais de transport aller-retour en classe économique. Les demandes de remboursement doivent être accompagnées d'une copie des titres de transport et de l'acte de décès ou d'une attestation du médecin validant le motif du voyage. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.

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

La couverture n'est fournie au titre de ces garanties que si l'évacuation/le rapatriement associé(e) est également couvert par votre couverture. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.

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

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

La couverture n'est fournie au titre de ces garanties que si l'évacuation/le rapatriement associé est également couvert par votre couverture. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.

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

Franchise
Montant à votre charge qui est déduit de la somme remboursable.

Les franchises s'appliquent par personne et par année d'assurance, sauf indication contraire dans votre tableau des garanties.

Greffe d'organe
Intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes et/ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle osseuse, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursés.

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

Honoraires de médecin généraliste
Il s'agit des frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin généraliste, ou effectués par un professionnel de la santé sous la supervision d'un médecin généraliste.

Honoraires de sage-femme
Il s'agit des honoraires facturés par une sage-femme ou une accoucheuse qui, en conformité avec les lois du pays dans lequel les soins sont prodigués, a reçu une formation complète et réussi les examens ou concours la sanctionnant.

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

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

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

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, ainsi que des soins chirurgicaux liés. Lorsque vous envoyez des demandes de remboursement pour des implants dentaires, veuillez inclure les radiographies avant et après traitement.

Kinésithérapie après hospitalisation
Il s'agit de séances de kinésithérapie nécessaires dans les 90 jours qui suivent la sortie de l'hôpital suite à des soins en hospitalisation ou de jour d'une durée de moins de trois jours.

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 votre thérapeute ou le médecin généraliste qui vous a prescrit ces séances. Si davantage de séances sont requises, votre médecin ou thérapeute doit nous fournir un nouveau rapport sur

l'état d'avancement et un plan de traitement pour votre pathologie, indiquant la nécessité médicale des séances supplémentaires. Il doit effectuer cette démarche après chaque série de 12 séances. La kinésithérapie exclut certains traitements tels que le Rolfing, les massages, la méthode Pilates, la fangothérapie et la thérapie MILTA.

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.

Maladies congénitales
Toute anomalie, déformation, maladie, trouble, pathologie, malformation ou blessure qui est héréditaire ou qui se développe avant ou pendant la naissance. Une maladie congénitale peut être diagnostiquée à la naissance ou ultérieurement.

Maternité
Frais médicalement nécessaires pour les soins de routine lors de la grossesse et de 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 connaitre les plafonds qui s'appliquent au traitement hospitalier pour tous les enfants adoptés et placés en famille d'accueil, pour tous les enfants nés par gestation pour autrui et pour les naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée).

Veuillez noter que les échographies en 3D et en 4D sont prises en charge jusqu'à hauteur des frais d'une échographie en 2D.

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 la garantie « Maternité ». Les césariennes médicalement nécessaires sont couvertes par la garantie « Complications à l'accouchement ».

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

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

Médicaments 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 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 prescrits et de pansements allant jusqu'à trois 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.

MEMP/MCT

Cela signifie « Maintien des exclusions médicales personnelles » et « Maintien des conditions de transfert ». Ces acronymes font référence au maintien des mêmes conditions de souscription médicale, y compris toute exclusion et/ou surprime, qui s'appliquaient avec votre assureur précédent. Vous ne serez pas soumis à de nouvelles conditions de souscription médicale personnelle. La couverture sera cependant régie par les garanties et les conditions de la formule dont vous bénéficiez chez nous. Les conditions de souscription médicale qui s'appliquent chez nous concernent soit le MEMP/MCT (auparavant moratoire), soit le MEMP/MCT (auparavant souscription médicale complète). Veuillez consulter les définitions du « MEMP/MCT (auparavant moratoire) » et du « MEMP/MCT (auparavant souscription médicale complète) » pour plus d'informations.

MEMP/MCT (auparavant moratoire)

Il s'agit du maintien de la date de début de votre moratoire si vous faisiez l'objet de conditions de souscription médicale avec moratoire chez votre assureur précédent. La couverture sera cependant régie par les garanties et les conditions de la formule dont vous bénéficiez chez nous.

MEMP/MCT (auparavant souscription médicale complète)

Il s'agit du maintien des conditions de souscription médicale complète que vous aviez avec votre assureur précédent. La couverture sera cependant régie par les garanties et les conditions de la formule dont vous bénéficiez chez nous.

Moratoire (MORI)
Il s'agit d'un délai de carence de 24 mois à partir de votre date de début ou de la date indiquée dans la section conditions particulières de votre certificat d'assurance. Ce délai doit être passé avant que des demandes de remboursement pour une pathologie préexistante ne puissent être acceptées sous la couverture. Cela comprend la condition de souscription médicale appelée MEMP/MCT (auparavant moratoire). Une fois que vous avez complété une période de 24 mois consécutifs après la date de début de votre couverture, votre pathologie préexistante peut être couverte, à condition que vous n'ayez pas ressenti de symptômes, n'ayez pas eu besoin ou n'ayez pas reçu de traitement, de médicaments, de régime spécial ou de conseils, ou n'ayez pas présenté d'autres signes de la pathologie.

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

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

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

Nous/Notre/Nos
AWP Health & Life SA.

Oncologie
Cela 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

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

Critères de nécessité médicale :

- surplomb antérieur > 6 mm mais <= 9 mm ;
- occlusion inversée > 3,5 mm sans problème de mastication ou d'élocution ;
- articulé croisé antérieur ou postérieur > 2 mm de décalage entre la position de contact et la position d'intercuspidie ;
- déplacements importants des dents > 4 mm ;
- béance antérieure ou latérale importante > 4 mm ;
- supraclusion avec douleurs gingivales ou morsure palatine ;
- agénésie dentaire peu sévère pour laquelle un traitement d'orthodontie préalable ou une fermeture de l'espace orthodontique est nécessaire pour éviter la mise en place de prothèses ;
- articulé croisé postérieur (position linguale) sans contact occlusal sur une ou plusieurs dents ;
- occlusion inverse > 1 mm mais < 3,5 mm avec des problèmes de mastication et d'élocution ;
- dents partiellement incluses, incluses et penchées contre les dents adjacentes ;
- dents surnuméraires existantes.

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

- un rapport médical produit par le spécialiste qui indique le diagnostic (le type de malocclusion) et décrit les symptômes causés par le problème orthodontique ;
- un plan de traitement avec une estimation de la durée et des coûts du traitement ainsi que le type de matériel utilisé ;
- les modalités de paiement convenues avec le prestataire de santé ;
- une preuve de paiement du traitement orthodontique ;
- des photographies de la mâchoire montrant clairement la dentition avant le traitement ;
- des photographies cliniques de la mâchoire en occlusion centrale de face et de côté ;
- les orthopantomogrammes (radiographies panoramiques) ;
- les radiographies de profil (radiographies céphalométriques) ;
- tout autre document dont nous avons besoin pour traiter la demande de remboursement.

Nous ne couvrirons que le coût des appareils métalliques standard et/ou des appareils amovibles standard. Cependant, les appareils esthétiques, tels que les appareils dentaires d'orthodontie linguale et les gouttières invisibles, sont couverts à hauteur des frais d'un appareil dentaire métallique standard, et dans la limite du plafond de la garantie « Soins d'orthodontie ».

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).

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

Partenaire
Il s'agit d'un(e) partenaire légal(e) ou 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 :

- être de nature récurrente ;
- être sans remède identifié et généralement reconnu ;
- répondre difficilement à tout type de traitement ;
- nécessiter un traitement palliatif ;
- conduire à un handicap permanent.

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

Pathologie médicale aiguë
Il s'agit d'une pathologie médicale brève qui s'achève à un moment précis et qui, selon nous, peut être soignée par un traitement suggéré par un avis médical ou des conseils d'ordre général.

Pathologies préexistantes
Il s'agit des maladies dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie ou celle de vos ayants droit, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Nous considérerons toute pathologie médicale comme préexistante si nous pouvons déterminer que vous ou vos ayants droit auriez pu en connaitre l'existence.

Les conditions suivantes concernent les pathologies préexistantes et s'appliquent si votre certificat d'assurance indique que vos conditions de souscription médicale comportent une souscription médicale complète ou le MEMP/MCT (auparavant souscription médicale complète) :
Seront également considérées comme préexistantes les pathologies apparaissant entre la date à laquelle vous remplissez ce bulletin d'adhésion et les échéances suivantes (la plus récente prévaudra) :

- la date à laquelle nous envoyons votre certificat d'assurance ; ou
- la date de début de votre police.

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

Les conditions suivantes concernent les pathologies préexistantes et s'appliquent si votre certificat d'assurance indique que vos conditions de souscription médicale comportent un moratoire ou le MEMP/MCT (auparavant moratoire) :
Vos soins ne seront pas remboursés s'ils sont liés à une pathologie médicale préexistante et si l'un ou plusieurs des éléments suivants se sont manifestés au cours des 24 mois précédant votre date de début (ou la date indiquée sur votre certificat d'assurance) :

- il était raisonnablement prévisible que la pathologie médicale surviendrait après votre date de début ;
- la pathologie s'est clairement manifestée en présentant des signes ou des symptômes, en nécessitant un traitement, des analyses ou des médicaments ;
- vous aviez connaissance du fait que vous étiez atteint de cette pathologie.

Une fois que vous aurez complété une période de 24 mois consécutifs après la date à laquelle vous nous avez rejoint, nous pourrons couvrir votre pathologie préexistante, à condition que vous n'ayez pas ressenti de symptômes, n'ayez pas eu besoin ou n'ayez pas reçu de traitement, de médicaments, de régime spécial ou de conseils, ou n'ayez pas présenté d'autres signes de la pathologie.

Si vous avez ressenti des symptômes, eu besoin de ou reçu un traitement, des médicaments, suivi un régime alimentaire particulier ou des conseils ou d'autres indications pour toute pathologie pendant le délai de carence de 24 mois, le délai de carence recommencera pour cette pathologie (moratoire continu).

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 par année d'assurance.

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

Plafond à vie
Il s'agit du montant total que nous paierons pour tout frais éligible que vous encourez pendant que vous êtes couvert chez nous sur une ou plusieurs couvertures avec des garanties identiques ou équivalentes, même s'il y a une interruption de couverture.

Polices avec un moratoire
Il s'agit des polices pour lesquelles nous ne prenons pas en compte et n'évaluons pas les antécédents médicaux des personnes assurées lors de leur demande d'adhésion. Les personnes assurées sont couvertes pour tous les frais éligibles inclus dans leur formule, sous réserve des conditions générales de la police. Cependant, toute demande de remboursement liée à une pathologie préexistante est soumise à un moratoire (voir la définition).

Polices non soumises à une souscription médicale
Il s'agit des polices pour lesquelles nous ne demandons pas aux personnes assurées de fournir des informations sur leur santé au moment de leur adhésion, puisque nous ne prenons pas en compte et n'évaluons pas leurs antécédents médicaux. Les pathologies préexistantes sont couvertes et sont soumises aux garanties et aux conditions générales de la police.

Polices soumises à une souscription médicale complète
Il s'agit des polices pour lesquelles nous demandons aux personnes assurées de fournir des informations détaillées sur leurs antécédents médicaux lors de leur demande d'adhésion. Nous évaluons les antécédents médicaux avant de confirmer la couverture, afin de déterminer le type de risque d'assurance. En fonction du risque d'assurance, nous sommes susceptibles de confirmer la prise en charge avec l'exclusion de certaines garanties et/ou une surprime. La prise en charge des pathologies préexistantes est soumise aux conditions proposées par notre équipe en charge de la souscription médicale. Elle est également soumise aux garanties et aux conditions générales de la police.

Prévisible
Il s'agit d'une pathologie médicale qui, à notre avis, pourrait être raisonnablement anticipée.

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

Prothèses dentaires
Les couronnes, inlays, onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collées, bridges et dentiers, ainsi que tous les traitements nécessaires et auxiliaires. La couverture s'étend également aux gouttières/attelles médicalement nécessaires, à condition qu'elles ne soient pas liées au bruxisme ou à la protection contre les blessures par impact. Les implants dentaires ne sont pas couverts par la garantie « Prothèses dentaires », mais ils peuvent être inclus dans votre couverture sous une garantie « Implants dentaires » spécifique.

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

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

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

Un soutien psychologique est disponible par le biais de notre programme d'aide aux employés (PAE). Il s'agit d'interventions à court terme et orientées vers des solutions, qui traitent en général de problèmes actuels qui peuvent être facilement résolus sur le plan conscient. Ce service n'est pas destiné à des situations à plus long terme ou au traitement de troubles cliniques et ne convient pas aux mineurs qui n'ont pas atteint l'âge légal requis selon la législation locale.

Le PAE peut vous aider, ainsi que les membres directs de votre famille, à gérer les situations difficiles de la vie, telles que le stress, l'anxiété, le deuil, les difficultés au travail, les problèmes relationnels, la transition culturelle, l'isolement et la solitude. Veuillez noter que le PAE ne comprend pas la thérapie de groupe, telle que la thérapie familiale.

Quote-part
Pourcentage des frais que vous devez payer. Si une garantie est remboursée à hauteur de 80 %, cela signifie qu'une quote-part de 20 % s'applique, donc nous paierons 80 % des coûts de chaque traitement éligible par personne assurée, par année d'assurance. Le service de consultation par vidéo conférence n'est pas soumis à une quote-part si vous accédez au service depuis la plateforme de télésanté.

Raisonnable et d'usage

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

Rapatriement du corps

Le transport du corps de la personne assurée décédée vers son pays d'origine. Si la personne assurée décède en dehors de son pays d'origine, nous prendrons en charge les frais de transport vers le lieu de l'enterrement ou de la crémation dans ce pays ou dans un autre pays d'origine si la personne assurée a plus d'un pays d'origine. 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 adéquat le plus proche. Cependant, votre pays d'origine doit être inclus dans votre zone géographique de couverture. Lorsque le rapatriement concerne un traitement non urgent, la couverture n'est disponible au titre de cette garantie que si la garantie « Évacuation médicale en cas de soins non urgents » est également incluse dans votre couverture.

Une fois le traitement terminé, nous couvrirons les frais du voyage de retour, en classe économique, vers votre pays de résidence principal. Le retour doit s'effectuer dans le mois qui suit la fin du traitement.

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

Rééducation

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

Vous n'êtes couvert sous cette garantie que si vous avez reçu des soins avec hospitalisation pendant au moins trois jours/nuits consécutifs pour la même pathologie médicale.

Nous prenons en charge les frais de séjour en hospitalisation ou en soins de jour uniquement si votre admission dans l'établissement de rééducation a été demandée par votre médecin et approuvée par nous.

Reproduction médicalement assistée
Il s'agit d'une grossesse conçue suite à un traitement contre l'infertilité, y compris les grossesses conçues suite à une insémination intra-utérine, une fécondation in vitro (FIV) ou toute autre procréation médicalement assistée, et les grossesses conçues dans le mois qui suit la prise de médicaments pour la fertilité.

Réseau mondial de prestataires de santé
Il s'agit de tous les prestataires de santé avec lesquels nous avons mis en place la facturation directe des frais médicaux de nos affiliés.

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.

Retard de développement
Il s'agit des examens médicaux et des traitements requis en raison d'un retard cognitif du développement d'au moins 12 mois. Ces soins sont couverts si la garanties« Retard de développement » est incluse dans votre couverture. Le retard de développement, y compris les difficultés d'élocution, la perception tardive, la dyslexie et les difficultés d'apprentissage, doit être mesuré quantitativement et documenté par des professionnels de la santé qualifiés.

Les frais de psychiatrie, de psychothérapie, d'orthophonie et d'ergothérapie sont couverts par cette garantie jusqu'au plafond indiqué dans votre tableau des garanties. Les séances de suivi psychologique ne seront couvertes que si elles sont effectuées chez un psychologue ou un psychothérapeute qualifié. L'accompagnement éducatif quotidien et l'admission, les séjours et les hospitalisations de jour dans des centres d'éducation spécialisés ne sont pas couverts.

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

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

Si vous accédez au service de téléconsultation en dehors de la plateforme de télésanté, la garantie « Services de consultation par vidéo conférence » ne s'appliquera pas. La couverture sera soumise aux conditions de la garantie qui s'appliqueraient si la consultation se déroulait en personne.

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.

Soins après hospitalisation
Il s'agit de soins en médecine courante nécessaires dans les 90 jours qui suivent la sortie de l'hôpital suite à une hospitalisation ou des soins de jour pour la même pathologie médicale aiguë. Cette garantie couvre les honoraires de médecins généralistes, les honoraires de médecins spécialistes, la chirurgie ambulatoire, les médicaments prescrits et les pansements, les IRM, la tomographie et la scanographie-tomographie, les rayons x, les examens pathologiques et autres analyses et interventions médicales.

Soins de longue durée
Soins dispensés sur une période prolongée après la fin du traitement aigu/curatif initial. Il s'agit généralement de soins administrés en cas de pathologie chronique ou d'invalidité nécessitant des soins médicaux ininterrompus ou continus, ou lorsque les options de traitement sont limitées dans le niveau de soins existant. Les soins de longue durée peuvent être prodigués à domicile, dans un centre communautaire, à l'hôpital, dans un établissement de soins de longue durée, ou en maison de repos.

Soins dentaires
Traitement dentaire de routine, préventif et réparateur, y compris, mais sans s'y limiter, les examens de routine, le détartrage et le polissage de routine, les plombages simples pour les caries, les dévitalisations, les extractions simples et les médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires.

Le traitement des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (à l'exclusion des gouttières/attelles et du traitement orthodontique), des fractures des os faciaux, des malformations congénitales de la mâchoire, des maladies des glandes salivaires et des tumeurs

est couvert dans les limites des plafonds de garanties de la formule Hospitalisation et de la formule Médecine courante (si vous en avez une).

Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation

Ils désignent les soins dentaires d'extrême urgence pour soulager la douleur suite à un accident grave et nécessitant une admission à l'hôpital. Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'incident. Cette garantie ne couvre pas les soins dentaires de routine, la chirurgie dentaire, les prothèses dentaires et les soins d'orthodontie et de parodontologie. 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 dentaires sans hospitalisation

Il s'agit d'une garantie qui couvre spécifiquement les soins dentaires sans hospitalisation nécessaires suite à un séjour à l'hôpital pour des dommages accidentels sur des dents naturelles. Les soins dentaires sans hospitalisation sont couverts lorsqu'ils sont nécessaires dans les 90 jours qui suivent la sortie de l'hôpital suite à des soins connexes. Les coûts d'approvisionnement et de pose d'implants dentaires sont inclus dans la couverture.

Soins de transition de genre

Les traitements et services médicalement nécessaires suivants, nécessaires pour les soins de la dysphorie de genre, sous réserve des lois et réglementations locales applicables :

- les services de santé comportementale tels que le conseil en matière de dysphorie de genre et de pathologies psychiatriques liées (par exemple, l'anxiété, la dépression). Le traitement doit être prescrit par un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute agréé ;
- les consultations et soins en médecine courante, y compris le traitement avant et après hospitalisation ambulatoire pour les procédures éligibles de transition de genre et la chirurgie de transition de genre ;
- l'hormonothérapie ;
- les cours de voix, la chirurgie et/ou la thérapie de modification de la voix ;
- les procédures suivantes de transition de genre entreprises pour aligner vos caractéristiques sexuelles physiques sur votre identité de genre, à condition qu'elles

soient réalisées conformément aux directives de pratique clinique mondialement acceptées :

- le lifting facial/frontal ;
- la blépharoplastie ;
- la réduction des os du visage (ostéoplastie) ;
- les implants de pommette/malaires ;
- la rhinoplastie ;
- les implants du menton/nasaux ;
- l'augmentation des lèvres (procédure initiale uniquement) ;
- la réduction de la mâchoire ;
- la laryngoplastie ;
- la réduction du cartilage thyroïdien (chondroplastie) ;
- le raffermissement du cou ;
- le relissage de la peau (par exemple, dermabrasion et peeling chimique) ;
- l'épilation permanente ;
- la greffe de cheveux (procédure initiale uniquement) ;

La couverture ne s'étend pas aux injections de Botox ou d'acide hyaluronique, sauf lorsque cela fait partie intégrante d'une procédure énumérée ici.

- la chirurgie de transition de genre, comme suit, si tous les critères sont remplis :

Pour la chirurgie mammaire/thoracique (par exemple mastectomie, reconstruction thoracique, augmentation mammaire) :

- vous devez être en possession d'une lettre de recommandation pour la chirurgie, signée par un professionnel de la santé mentale ayant un niveau Bac +5 ou plus ;
- la recommandation doit être basée sur des évaluations réalisées dans les 24 derniers mois et doit indiquer que votre décision est d'actualité et non pas influencée par d'autres pathologies ou troubles qui peuvent être soigné(e)s ;
- la recommandation doit certifier que l'intervention chirurgicale est médicalement nécessaire selon des directives cliniques factuelles et mondialement acceptées ;
- l'intervention chirurgicale doit être pratiquée conformément aux directives de pratique clinique internationalement acceptées.

Remarque : la mastopexie (lifting des seins) est couverte uniquement si elle est effectuée lors de l'augmentation mammaire initiale.

Pour la chirurgie génitale (par exemple vaginoplastie, phalloplastie) :

- vous devez être en possession de deux lettres de recommandation pour la chirurgie, signées par deux professionnels de la santé mentale distincts, chacun ayant un niveau Bac +5 ou plus. Au moins l'une des lettres doit contenir un rapport détaillé ;
- chaque recommandation doit être basée sur des évaluations réalisées dans les 24 derniers mois et doit confirmer que votre décision est d'actualité et non pas influencée par d'autres pathologies ou troubles qui peuvent être soigné(e)s ;
- chaque recommandation doit certifier que l'intervention chirurgicale est médicalement nécessaire selon des directives cliniques factuelles et mondialement acceptées ;

- l'intervention chirurgicale doit être pratiquée conformément aux directives de pratique clinique internationalement acceptées.

La couverture ne s'étend pas au traitement ou services de préservation de la fertilité, y compris la récolte, la cryoconservation, la conservation et/ou le transport de tissus reproducteurs, d'embryons, de spermatozoïdes ou d'ovocytes.

Si vous avez une police avec un moratoire, vos conditions de souscription ne s'appliqueront pas à cette garantie. Cela signifie que la couverture est disponible dans le cadre de cette garantie même si vos symptômes ou votre diagnostic sont préexistants. Toutefois, tout délai de carence spécifique à la garantie continuera de s'appliquer.

Soins du nouveau-né

Il s'agit de l'hébergement du nouveau-né et des examens, analyses et soins indispensables suivants nécessaires après la naissance :

- ensemble de moyens et méthodes permettant d'évaluer l'intégrité fonctionnelle (organes et structure osseuse) du nouveau-né ;
- un examen auditif ;
- tests de dépistage de la PCU, de l'hypothyroïdie congénitale et de déficit en G6PD ;
- injection de vitamine K, vaccination contre l'hépatite B et vaccination par la BCG.

La couverture ne comprend pas les procédures de diagnostic préventif, telles que les tampons à prélèvement ou la détermination du groupe sanguin. Tout autre traitement ou examen médicalement nécessaire est couvert selon les conditions de la police d'assurance du nouveau-né (si le nouveau-né a été ajouté en tant qu'ayant droit). Le traitement hospitalier pour les naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, pour tous les enfants nés par gestation pour autrui, et pour tous les enfants adoptés et placés en famille d'accueil est limité à 24 900 £/ 30 000 €/ 40 500 $ US par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Ce plafond s'applique avant toutes les autres garanties comprises dans votre formule. 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

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

les déplacements de plus de six semaines en dehors de votre zone géographique de couverture, veuillez informer le responsable de la police collective souscrite par votre employeur.

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

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

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

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

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

Soins prénatals
Dépistages et examens de suivi classiques nécessaires durant la grossesse. Pour les femmes âgées de 35 ans et plus, cela inclut les tests triples (Bart's) ou quadruples, les tests pour le spina bifida, les amniocentèses, et les analyses ADN directement liées à une amniocentèse couverte par la police d'assurance.

Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation
Somme que nous vous versons pour le traitement hospitalier d'une pathologie médicale prise en charge par votre couverture, lorsque vous bénéficiez gratuitement du traitement dans le pays dans lequel vous êtes soigné. Cela signifie que l'intégralité de vos frais d'admission à l'hôpital et du traitement hospitalier est financée par le gouvernement. Vous ne recevez pas de facture et vous ne versez aucun montant à votre prestataire de santé, puisque vous n'encourez aucun frais. Vous ne pouvez donc pas envoyer de demande de remboursement, que ce soit à

nous ou à un autre assureur. Dans ce cas, vous pouvez demander le versement d'une somme forfaitaire en cas d'hospitalisation, dont le montant est limité à la somme indiquée dans le tableau des garanties et est versé dès votre sortie de l'hôpital.

Souscription médicale complète
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.

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

Sports professionnels
Toute activité sportive que vous pratiquez et pour laquelle vous percevez un salaire ou une autre compensation économique.

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
Interventions médicales, chirurgicales ou thérapeutiques administrées pour diagnostiquer, prévenir, guérir ou soulager une maladie, une blessure ou un trouble physique ou mental.

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

Tous les examens non-invasifs destinés à déterminer les causes de l'infertilité sont couverts dans les limites de votre formule Médecine courante (si vous en avez une). Les « Analyses et examens médicaux », les « Médecins généralistes » et les « Médecins spécialistes » sont des exemples de garanties qui couvrent les examens non-invasifs.

Le traitement hospitalier pour les naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, pour tous les enfants nés par gestation pour autrui, et pour tous les enfants adoptés et placés en famille d'accueil est limité à 24 900 £/ 30 000 €/ 40 500 $ US par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Ce plafond s'applique avant toutes les autres garanties comprises dans votre formule. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.

Traitement des troubles alimentaires

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

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

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

Le traitement est pris en charge par la garantie « Psychiatrie et psychothérapie » de votre formule Médecine courante, si vous en avez une. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour connaître les plafonds en vigueur.

Traitement des troubles du spectre autistique

Gamme de thérapies visant à améliorer les compétences d'une personne assurée atteinte d'autisme. Cela comprend les traitements médicaux spécialisés et les programmes comportementaux accrédités. Le traitement est pris en charge par la garantie « Psychiatrie et psychothérapie » de votre formule Médecine courante, si vous en avez une. Si votre couverture comprend la garantie « Retard de développement », elle couvre également l'orthophonie et l'ergothérapie prescrites pour le traitement de l'autisme. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour voir les plafonds qui s'appliquent. L'accompagnement éducatif quotidien et l'admission, les séjours et les hospitalisations de jour dans des centres d'éducation spécialisés ne sont pas couverts.

Traitement du VIH ou du SIDA

Cette garantie prend en charge les consultations, examens, soins en médecine courante et hospitaliers liés au virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou au syndrome

d'immunodéficience acquise (SIDA). Si cette garantie est spécifiquement comprise dans votre couverture, la prise en charge est limitée au montant indiqué dans votre tableau des garanties.

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

Traitement paramédical
Traitement 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 phytothérapie chinoise (à l'exception des compléments chinois à base de plantes), l'acupuncture, le Tui na, les ventouses, la manipulation articulaire 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. Votre thérapeute doit fournir un rapport sur l'état d'avancement et un plan de traitement pour votre pathologie après toutes les quatre séances.

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 afin que vous puissiez recevoir le traitement pour lequel vous êtes couvert.

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.

Vaccinations
Il s'agit :

- de tous les vaccins de routine ou rappels en conformité avec les recommandations médicales internationales qui s'appliquent dans le pays où les vaccins sont administrés ;
- du vaccin contre la COVID-19*, s'il n'est pas fourni gratuitement ou s'il n'est que partiellement subventionné par le gouvernement de votre pays de résidence ;
- de toute vaccination médicalement nécessaire avant un voyage ;
- de la prophylaxie antipaludéenne.

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

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

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

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

Vitamines, minéraux et compléments prescrits
Vitamines, minéraux et compléments prescrits par un médecin, en conjonction avec d'autres traitements, pour traiter les symptômes d'une pathologie médicale diagnostiquée ou pour faciliter le processus de rétablissement.

Cela ne comprend pas les ordonnances pour le traitement des syndromes de carence. Ces coûts sont pris en charge dans le cadre de la garantie « Médicaments prescrits et pansements », à condition que la garantie soit incluse dans votre couverture.

De même, la couverture ne s'étend pas aux prescriptions pendant la grossesse ou le traitement du cancer (tel que cela est requis conformément aux directives médicales). Ces coûts sont pris en charge dans le cadre des garanties « Maternité » et « Oncologie », à condition que la garantie en question soit incluse dans votre couverture.

Dans tous les cas, nous ne couvrons pas les vitamines, minéraux ou compléments obtenus sans ordonnance, ou lorsqu'ils sont prescrits à des fins préventives.

Vous/Votre/Vos
Personne travaillant pour l'entreprise et tout ayant droit mentionné sur le certificat d'assurance.

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.

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

COMPLICATIONS CAUSÉES PAR DES PATHOLOGIES QUI NE SONT PAS PRISES EN CHARGE PAR VOTRE COUVERTURE
Les frais engendrés par des complications causées directement par une maladie ou une blessure non prise en charge, ou prise en charge partiellement, selon les conditions de votre police d'assurance.

CONSULTATIONS PRATIQUÉES PAR VOUS OU UN MEMBRE DE LA FAMILLE
Toute consultation pratiquée et tout médicament ou soin prescrit par vous, votre conjoint, par l'un de vos parents ou l'un de vos enfants.

CONTAMINATION CHIMIQUE ET RADIOACTIVITÉ
Les services liés aux ou 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.

DÉPOUILLE MORTELLE
L'achat d'un terrain de sépulture, ou frais funéraires, y compris, mais sans s'y limiter, les fleurs et les frais du directeur funéraire.

ÉCHEC DE LA RECHERCHE OU DU SUIVI D'UN CONSEIL MÉDICAL
Le traitement ou service nécessaire suite à l'échec de la recherche ou du suivi d'un conseil médical.

ERREUR MÉDICALE
Le traitement nécessaire suite à une erreur médicale.

FACETTES DENTAIRES
Les facettes dentaires et procédures connexes.

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

FRAIS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT
Les honoraires de médecins pour remplir le formulaire de demande de remboursement ou d'autres frais administratifs.

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

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

MALADIES CAUSÉES INTENTIONNELLEMENT OU BLESSURES AUTO-INFLIGÉES
Les services liés aux ou le soin et/ou traitement des maladies causées intentionnellement ou des blessures auto-infligées, y compris les tentatives de suicide.

NAVIRE EN MER

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

OPÉRATIONS DE RECHERCHES ET/OU DE SAUVETAGE

Les demandes de remboursement liées à des opérations de « recherches et/ou de sauvetage », par exemple sur terre ou en descente d'une montagne, pour trouver un affilié et le transporter vers un lieu sûr. Veuillez noter qu'en cas d'évacuation médicale, nous ne prenons en charge que les activités qui commencent à la fin des opérations de « recherches et/ou de sauvetage ».

ORTHOPHONIE

L'orthophonie liée à un retard de développement (à moins que la personne ne réponde aux critères de retard de développement et que la garantie « Retard de développement » soit comprise dans votre police), la dyslexie, la dyspraxie ou les troubles du langage et de l'expression.

PARTICIPATION À UNE GUERRE OU À DES ACTES CRIMINELS

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

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

PATHOLOGIES PRÉEXISTANTES (CETTE EXCLUSION S'APPLIQUE AUX POLICES AVEC UN MORATOIRE OU FAISANT L'OBJET DU MEMP/MCT (AUPARAVANT MORATOIRE))

Les pathologies préexistantes lorsqu'un ou plusieurs des éléments suivants se sont manifestés au cours des 24 mois précédant votre date d'adhésion (ou la date indiquée sur votre certificat d'assurance) :

- **il était raisonnablement prévisible que la pathologie médicale surviendrait après votre date de début ;**

- la pathologie s'est clairement manifestée ;
- vous avez présenté des signes ou des symptômes de la pathologie ;
- vous avez demandé conseil au sujet de cette pathologie ;
- vous avez reçu un traitement/des soins pour cette pathologie ;
- vous aviez connaissance du fait que vous étiez atteint de cette pathologie.

Une fois que vous avez complété une période de 24 mois consécutifs après votre date d'adhésion, votre pathologie préexistante peut être couverte, à condition que vous n'ayez pas ressenti de symptômes, n'ayez pas eu besoin ou n'ayez pas reçu de traitement, de médicaments, de régime spécial ou de conseils, ou n'ayez pas présenté d'autres signes de la pathologie.

PATHOLOGIES PRÉEXISTANTES (CETTE EXCLUSION S'APPLIQUE AUX POLICES SOUMISES À UNE SOUSCRIPTION MÉDICALE COMPLÈTE OU FAISANT L'OBJET DU MEMP/MCT (AUPARAVANT SOUSCRIPTION MÉDICALE COMPLÈTE))
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 début de la police ;
- elles n'ont pas été déclarées dans le bulletin d'adhésion ;
- elles apparaissent entre la date de signature du bulletin d'adhésion et les échéances suivantes (la plus récente prévaudra) :
  - la date à laquelle nous envoyons votre certificat d'assurance ou ;
  - la date de début de votre police.

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

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

PRÉ ET POSTNATAL
Les cours pré et postnatals.

PRODUITS ACHETÉS SANS ORDONNANCE
Les médicaments qui peuvent être achetés sans ordonnance.

PRODUITS PERSONNELS ET COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

Nous ne couvrons pas les produits suivants, même s'ils sont prescrits, médicalement recommandés et/ou reconnus comme ayant des effets thérapeutiques :

- **les produits personnels tels que rince-bouche, dentifrice, pastilles et sprays antiseptiques, shampooing, crème solaire, désinfectant, gants, masques, visières, thermomètres et fournitures pour bébés ;**
- **les produits cosmétiques, y compris les crèmes hydratantes, les émulsions, les lotions, les gels et les huiles pour la peau qui ne contiennent pas de composants médicinaux ;**
- **les aliments pour enfants, y compris le lait maternisé administré par voie orale.**

Nous ne couvrons pas non plus les vitamines, minéraux ou compléments (y compris les préparations nutritionnelles, diététiques, biologiques ou à base de plantes), sauf dans les cas suivants :

- **lorsqu'ils sont prescrits :**
  - **pendant la grossesse, conformément aux directives médicales ;**
  - **pendant le traitement contre le cancer, conformément aux directives médicales ;**
  - **pour traiter des syndromes de carence diagnostiqués ;**
- **lorsqu'ils sont couverts par la garantie « Vitamines, minéraux et compléments prescrits », et que cette garantie est incluse dans votre police.**

RETARD DE DÉVELOPPEMENT

Le retard dans le développement cognitif, à moins que la personne ne réponde aux critères du retard de développement et que la garantie soit incluse dans votre police. La couverture des retards de développement physique n'est fournie que dans le cadre des garanties « Kinésithérapie prescrite » et « Ergothérapie » si celles-ci sont incluses dans votre couverture, et si le retard est confirmé comme étant d'au moins 12 mois sur la base de mesures quantitatives documentées par des professionnels de la santé qualifiés. L'accompagnement éducatif quotidien et l'admission, les séjours et les hospitalisations de jour dans des centres d'éducation spécialisés ne sont pas couverts.

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 DANS LES CAS SUIVANTS

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

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

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

SOINS ORTHOMOLÉCULAIRES

Veuillez consulter la définition des « Soins orthomoléculaires ».

STÉRILISATION, DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS ET CONTRACEPTION

Les diagnostics, traitements ou complications liés à :

- **la stérilisation ;**
- **des dysfonctionnements sexuels (à moins que ce trouble ne soit lié à une prostatectomie totale à la suite de l'opération d'un cancer) ;**
- **la contraception (y compris l'insertion ou l'extraction d'appareils contraceptifs, et tout autre contraceptif), sauf si elle est prescrite pour des raisons médicales qui ne sont pas liées à la contraception.**

TESTS GÉNÉTIQUES

Les tests génétiques,

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

TESTS TRIPLES (BART'S), QUADRUPLES OU POUR LE SPINA BIFIDA
Les tests triples (Bart's) ou Quadruples, ou les tests pour le Spina Bifida, hormis pour les femmes de 35 ans ou plus.

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

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

TRAITEMENT COSMÉTIQUE
Tout traitement cosmétique, même lorsque ces soins ont été médicalement prescrits. Cela comprend les soins prodigués par un chirurgien plasticien, que ce soit pour des raisons médicales/psychologiques ou non. Les exceptions suivantes s'appliquent :

- 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'intervention chirurgicale initiale aient également été couverts par cette police ;
- les procédures et la chirurgie de transition de genre, si vous remplissez les critères pour les soins de transition de genre et que la garantie est incluse dans votre police.

TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ
Traitement de l'infertilité, y compris la procréation médicalement assistée ou les traitements pour soigner tout problème médical en résultant, sauf si vous bénéficiez d'une garantie spécifique pour le traitement de l'infertilité ou si vous bénéficiez des garanties en médecine courante nécessaires et qui couvrent les examens non-invasifs destinés à déterminer les causes de l'infertilité (telles que les garanties « Médecins généralistes », « Médecins spécialistes » et « Analyses et examens médicaux »).

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 ET SERVICES LIÉS AU POIDS
Traitement et services pour le contrôle du poids, y compris la chirurgie bariatrique, les médicaments (sauf indication contraire pour le traitement du diabète de type 2 établi), les compléments, les adhésions à des clubs de santé, les programmes de régime alimentaire et les programmes résidentiels de troubles alimentaires.

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

TRAITEMENTS OU MÉDICAMENTS EXPÉRIMENTAUX OU DONT LES EFFETS NE SONT PAS PROUVÉS
Toute forme de traitement ou de médicament qui nous semble expérimental ou dont les effets ne sont pas prouvés conformément aux pratiques médicales généralement reconnues.

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

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

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 :

- Chirurgie bariatrique ;
- Complications de grossesse et à l'accouchement ;
- Soins dentaires, chirurgie dentaire, parodontologie, orthodontie, implants dentaires et prothèses dentaires ;
- Retard de développement ;

- Diététicien(ne) ;
- Circoncision facultative des nouveau-nés de sexe masculin ;
- Soins dentaires d'urgence ;
- Traitement de l'infertilité ;
- Soins de transition de genre ;
- Bilans de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies ;
- Traitement du VIH/SIDA ;
- Homéopathie, phytothérapie chinoise, Tui na, ventouses, réduction, acupuncture et soins ayurvédiques ;
- Traitement hormonal substitutif ;
- Traitement hospitalier et de jour des pathologies congénitales ;
- Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier ;
- Correction visuelle au laser ;
- Évacuation médicale en cas de soins non urgents ;
- Rapatriement sanitaire ;
- Psychiatrie et psychothérapie en médecine courante ;
- Soins en médecine courante ;
- Soins palliatifs ;
- Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris les examens des yeux ;
- Équipement médical prescrit ;
- Vitamines, minéraux et compléments prescrits ;
- Chirurgie préventive ;
- Rapatriement du corps ou dépenses funéraires ;
- Maternité ;
- Frais de transport d'une personne accompagnant un assuré évacué ou rapatrié ;
- 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 parent proche qui est en danger de mort ou décédé.

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 ;**
- **maladies causées intentionnellement ou blessures auto-infligées, y compris le suicide, pendant l'année suivant la date à laquelle la personne assurée a rejoint la police ;**
- **participation active à des activités souterraines ou sous-marines telles que l'extraction minière souterraine ou plongée sous-marine ;**
- **activités sur l'eau (plates-formes pétrolières) et activités aériennes, sauf indication contraire dans le contrat d'entreprise ;**
- **contamination chimique ou biologique, radioactivité ou toute contamination par le matériau nucléaire, y compris la fission du combustible nucléaire ;**
- **risque de guerre :**
  - **présence dans un pays déconseillée par le gouvernement britannique à ses ressortissants (cela s'applique quelle que soit la nationalité de la personne assurée) 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 s'il/si elle est**

lui-même/elle-même pilote militaire et a déposé son plan de vol conformément à la réglementation locale ;

- participation active à des sports ou activités extrêmes, y compris sans toutefois s'y limiter :
  - 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, la luge, l'alpinisme, le skeleton, le ski ou le snowboard hors-piste ;
  - sports équestres y compris la chasse à cheval, le saut d'obstacle, le polo, le steeple-chase ou les courses de chevaux de toutes sortes ;
  - sports aquatiques tels que la spéléologie, la plongée spéléologique, la plongée à plus de 10 mètres de profondeur, la plongée de haut-vol, le rafting et le canyoning ;
  - sports en voiture ou véhicules à deux roues, tels que la moto ou le quad ;
  - sports de combats ;
  - sports aériens tels que les vols en ULM, montgolfière, parapente, deltaplane, parachute ascensionnel et sauts en parachute ;
  - autres sports divers tels que le saut à l'élastique.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

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

Service d'assistance téléphonique 24 h/24, 7 j/7, pour toute question ou en cas d'urgence

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

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

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

www.allianzcare.com

www.facebook.com/AllianzCare
www.instagram.com/allianzcare/
www.linkedin.com/company/allianz-care
x.com/AllianzCare
www.youtube.com/c/allianzcare
www.tiktok.com/@allianzcare

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.