

Guide des conditions générales pour les particuliers

Flexicare

Couvertures santé à court terme pour vous et votre famille

Entrée en vigueur le 1er juin 2026

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.

Nous sommes la marque d'assurances santé internationales d>Allianz Partners. Allianz Partners regroupe un certain nombre d'activités dont la santé internationale, l'assistance, l'assurance voyages et l'assurance automobile.

AWP Health & Life SA est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

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 ?	9
Besoin de recevoir des soins ?	12
Conditions générales de votre couverture	20
Conditions générales.....	20
Gestion de votre police	22
Paiement des primes	27
Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture	29
Protection des données.....	33
Procédure de résolution des réclamations et des litiges	34
Définitions.....	37
Exclusions	49
Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !...	60

Comment utiliser votre couverture ?

Services d'assistance

Nous souhaitons vous offrir le service de qualité supérieure que vous méritez. Dans les pages suivantes, nous décrivons l'ensemble des services que nous proposons. Découvrez tous les services à votre disposition.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

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

Service d'assistance téléphonique

Téléphone : **+353 1 630 1303**



Pour consulter la liste 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

Le saviez-vous ?

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

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.

Les services Web

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

- 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.

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.



PAE - Le Programme d'aide aux expatriés**

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.

Si votre police d'assurance comprend le Programme d'aide aux expatriés (PAE), vous pouvez bénéficier des services de conseils en suivant les étapes suivantes :

- Téléchargez l'application TELUS Health One depuis l'App Store ou Google Play et connectez-vous à l'aide des identifiants suivants :

Nom d'utilisateur : AllianzCare

Mot de passe : Expatriate

- Vous pouvez également accéder au portail du PAE via le site Web : www.allianzcare.com/eap-login



Les Services de sécurité relatifs aux voyages**

Tandis que le monde continue de connaître 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.

Si votre police d'assurance comprend les Services de sécurité relatifs aux voyages, vous pouvez vous inscrire en suivant les étapes suivantes :

- Téléchargez l'application Crisis24 Horizon depuis l'App Store ou Google Play, ou rendez-vous sur crisis24horizon.com/allianztravsec.
- Inscrivez-vous en ajoutant votre adresse e-mail et cliquez sur « Continuer ».
- Entrez vos informations et l'identifiant ALLIANZTSS.
- Suivez les instructions fournies dans l'e-mail pour réinitialiser le mot de passe.
- Pour obtenir de l'aide, vous pouvez contacter support@crisis24.com.

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. 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, ainsi que des conditions générales du service telles qu'elles sont indiquées par le prestataire de services externe concerné. En acceptant les conditions générales des prestataires de services externes, vous établissez directement avec eux une relation contractuelle distincte. Leurs services peuvent être soumis à des restrictions géographiques.

Les conditions générales des prestataires de services externes sont disponibles dans leur intégralité sur leurs sites Web, ainsi que dans l'application et/ou sur la plateforme concernée où les services peuvent être hébergés. Les prestataires de services externes sont des contrôleurs de données indépendants. Nous vous recommandons de consulter leurs déclarations de confidentialité pour comprendre comment ils traitent vos données personnelles. Les prestataires de services externes offrent des services non liés à l'assurance qui ne sont pas destinés à remplacer les consultations médicales, le diagnostic, le traitement, l'évaluation ou les soins en personne. Vous comprenez et acceptez le fait que l'assureur, son réassureur et leurs administrateurs 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.

Ce guide vous a-t-il été utile ?

Répondez à notre
court sondage



Comment fonctionne votre couverture ?

Ce qui est pris en charge par ma couverture

Vous et vos ayants droit êtes couverts pour les traitements médicalement nécessaires et les coûts, services et équipements résultant de l'apparition ou de l'aggravation d'un problème de santé, conformément à votre tableau des garanties. Dans le cadre de votre police, vous êtes couvert pour les traitements médicaux, les coûts, les services ou le matériel qui :

- sont, selon nous, médicalement nécessaires, adaptés à l'état, à la maladie ou à la blessure du patient ;
- ont un but palliatif, curatif et/ou diagnostique ;
- sont administrés par un médecin, un dentiste ou un thérapeute agréé.

Votre couverture est également soumise :

- aux **définitions et exclusions de la police** (également disponibles dans ce guide) ;
- à **toutes les conditions particulières** indiquées sur votre certificat d'assurance ;
- à **tout avenant** à la police, aux **conditions générales de la police** et à **toute autre exigence légale** ;
- 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 ;
- au fait que le traitement soit dispensé par un médecin, un dentiste ou un thérapeute agréé, ou sous leur supervision.

Veuillez noter que les pathologies préexistantes ne sont pas couvertes dans le cadre de cette police.

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 adéquat 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 période d'assurance (trois, six, neuf ou 12 mois, en fonction de ce que vous avez sélectionné).

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

- l'indication « 100 % des frais réels » apparaît à côté de la garantie ;
- un plafond de garantie spécifique s'applique : la garantie est plafonnée à un montant spécifique (par ex. 2 490 £/ 3 000 €/ 4 050 \$ US/ 3 900 CHF).

Les plafonds des garanties s'appliquent « par période d'assurance ».

Dans certains cas indiqués dans votre tableau des garanties, en plus du plafond de garantie, nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties, par exemple « 80 % des frais réels, jusqu'à 2 000 \$ US ».

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, jusqu'à concurrence du plafond global ou du plafond de garantie qui s'applique. Le montant total que nous verserons peut être soumis à un plafond global.



1ère facture de soins

Léa paie 20 %



Nous payons
80 %

2e facture de soins

Léa paie 20 %



Nous payons
80 %

3e facture de soins

Léa paie 20 %



Nous payons
80 %



La contribution de Léa

Notre contribution

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.

1^{ère} 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.

2^e 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 si nous en convenons autrement, 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 réservons le droit de rejeter votre demande de remboursement ;**
- s'il est prouvé par la suite que les soins ou services administrés sont éligibles, nous ne paierons que **80 %** des garanties en hospitalisation et **50 %** des autres 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 ».

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 contacterons le prestataire de santé pour organiser directement le paiement de votre facture, dans la mesure du possible.

En cas d'urgence

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



Envoyez votre formulaire de demande de remboursement dûment rempli accompagné de vos factures/reçus à :

claims@allianzworldwidecare.com

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 presentez qu'une évacuation ou qu'un rapatriement est nécessaire, contactez notre service téléphonique disponible 24 h/24 et nous nous en occuperons. Étant donné le caractère urgent de la situation, nous vous conseillons de nous téléphoner. Toutefois, vous pouvez également nous contacter par e-mail. Si vous nous contactez par e-mail, veuillez indiquer en objet de votre message « Urgent - Évacuation/Rapatriement ».

Pour éviter une augmentation des frais et des retards inutiles lors des procédures d'évacuation, veuillez nous contacter avant de contacter des prestataires de santé, 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

Pour accéder aux soins médicaux aux États-Unis, nous vous recommandons fortement de nous contacter avant de planifier tout traitement.

Cela nous permet de donner des instructions à notre partenaire externe local aux États-Unis. En fonction de votre pathologie médicale, notre partenaire vous guidera à travers un vaste réseau d'établissements de santé américains qui fournissent des traitements de qualité sur la base du règlement direct et vous aidera à éviter des dépenses inutiles ou inopinément élevées.

En cas d'urgence, lorsqu'il n'est pas possible de nous contacter à l'avance, présentez simplement votre carte d'affiliation. Votre prestataire de santé contactera alors notre partenaire externe pour obtenir les accords nécessaires afin que votre traitement se poursuive.

Nous réglerons les frais du traitement auquel vous avez droit directement auprès de votre prestataire de santé. 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.

Informations supplémentaires concernant les demandes de remboursement de vos dépenses

Demands 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 au plus tard six mois après la fin de la période d'assurance. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler ces demandes.
- **Envoi des demandes de remboursement :** vous devez envoyer un formulaire de demande de remboursement différent par personne et par pathologie médicale.
- **Documents justificatifs :** lorsque vous nous envoyez des copies des documents justificatifs (par exemple, des reçus médicaux), veuillez à conserver les originaux. Nous sommes en droit de demander des pièces justificatives/reçus originaux à des fins d'audit jusqu'à 12 mois après le règlement de votre demande de remboursement. Nous pouvons également vous demander une preuve de paiement (par exemple, un relevé bancaire ou de carte bancaire) pour les factures médicales que vous avez réglées. Nous vous conseillons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance qui ne nous parvient pas pour des raisons qui échappent à notre contrôle.
- **Devise 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 éligible aura eu lieu.
- **Envoi d'informations** : vous et vos ayants droit vous engagez à nous aider à obtenir toutes les informations nécessaires au traitement d'une demande de remboursement. Nous avons le droit d'accéder à l'ensemble des dossiers médicaux et de nous adresser directement au prestataire de soins ou au médecin traitant. Nous pourrions, si nous le jugeons nécessaire, demander qu'un examen de santé soit effectué à nos frais par notre médecin. Toutes les informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Nous nous réservons le droit de refuser le paiement si vous ou vos ayants droit ne nous aidez pas à obtenir les informations dont nous avons besoin.

Soins nécessaires suite à la faute d'une tierce personne

Si les soins que vous devez subir sont la conséquence des actions d'une tierce personne, vous devez nous le signaler et nous en avvertir 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.

La police d'assurance santé est un contrat conclu entre nous et la personne assurée indiquée sur le certificat d'assurance. Le contrat comprend les documents suivants :

- Le **guide des conditions générales** (ce document), présente les garanties standard et les règles de votre police d'assurance santé. Nous vous recommandons de le lire attentivement, conjointement avec votre certificat d'assurance et votre tableau des garanties.
- Le **certificat d'assurance** présente les formules choisies, la date d'entrée en vigueur et la date de fin de la police, ainsi que la zone géographique de couverture. Si d'autres conditions spécifiques s'appliquent à votre couverture, elles figureront sur le certificat d'assurance. Elles auront également été détaillées sur un Formulaire de conditions particulières que nous vous ferons parvenir avant le début de votre couverture. Un nouveau certificat d'assurance vous sera envoyé si nous effectuons un changement que nous sommes autorisés à faire.
- Le **tableau des garanties** indique la(les) formule(s) choisie(s), les garanties dont vous bénéficiez, et précise les garanties/traitements pour lesquels une entente préalable doit être soumise. Tous les plafonds, délais de carence, franchises et/ou quotes-parts applicables aux garanties apparaissent également dans le tableau des garanties.

- **Les informations que nous avons reçues** dans le bulletin d'adhésion signé, le bulletin d'adhésion en ligne ou le formulaire de confirmation d'état de santé (que nous appellerons collectivement « bulletin d'adhésion approprié ») ou dans tout autre document médical justificatif, par ou au nom des assurés.

Gestion de votre police

Début de la couverture

L'envoi du certificat d'assurance est la confirmation que nous avons accepté votre demande d'être sur la police. Le certificat indiquera la date de début de votre couverture. Veuillez noter qu'aucune garantie ne fera l'objet de remboursement dans le cadre de votre police tant que nous n'aurons pas reçu la prime dans son intégralité.

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 resterez titulaire de la police, 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 couvertures pour les particuliers et les familles.

Décès du titulaire de la police ou d'un ayant droit

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

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

Suite au décès d'un ayant droit, son affiliation prendra fin et un remboursement de la prime de l'année en cours pour cette personne sera

effectué au prorata si aucune demande de remboursement n'a été effectuée. Nous pourrions demander un acte de décès avant d'effectuer le paiement.

Changement de pays de résidence

Il est important que vous nous informiez si vous changez de pays de résidence. Ce changement peut avoir des conséquences sur la couverture ou la prime d'assurance, même si vous déménagez dans un pays situé à l'intérieur de votre zone de couverture. Il est possible que votre couverture existante ne soit pas disponible dans ce nouveau pays.

Veillez nous contacter afin de vérifier si votre couverture est valable dans le pays dans lequel vous déménagez : individual.admin@e.allianz.com

Il est important de noter que dans certains pays, les couvertures sont soumises à des restrictions légales en ce qui concerne l'assurance santé, 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

Veillez 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.

Extension de la couverture

Veillez noter que votre adhésion (ainsi que celle de vos ayants droit figurant sur votre certificat d'assurance) prendra fin à l'expiration de la période de couverture que vous avez choisie lors de votre souscription (trois, six, neuf ou 12 mois).

Nos formules Flexicare ne sont pas renouvelées automatiquement. Si vous avez besoin de rester plus longtemps à l'étranger, vous pouvez prolonger votre couverture en effectuant une nouvelle demande en ligne pour une durée supplémentaire de trois, six ou neuf mois.

Si vous avez initialement souscrit une couverture Flexicare d'une durée de 12 mois, il n'est pas possible de prolonger cette formule. Dans ce cas, nous vous recommandons de souscrire l'une de nos formules Care, conçues pour une couverture santé internationale à long terme.

Votre droit de rétractation

Vous pouvez exercer votre droit de rétractation si vous changez d'avis. La résiliation de votre police dans le cadre de l'exercice de votre droit de rétractation s'appliquera à toutes les personnes couvertes sous la police. La rétractation vous donne droit au remboursement intégral de la prime payée pour l'année/la période d'assurance, à condition qu'aucun remboursement n'ait été effectué sous cette police.

Vous pouvez vous rétracter **dans un délai de 30 jours** à compter de la date à laquelle :

- vous recevez les conditions générales de votre police ; ou
- vous concluez le contrat d'assurance (c'est-à-dire lorsque vous signez le bulletin d'adhésion ou lorsque vous cliquez sur le bouton « Accepter » sur notre site web si vous souscrivez en ligne)

... la date la plus tardive prévaudra.

Passé ce délai de 30 jours, les deux parties seront liées par le contrat d'assurance et la prime pour l'année/la période d'assurance sélectionnée

sera due dans son intégralité et selon la fréquence de paiement que vous aurez choisie.

Comment exercer votre droit de rétractation

La manière la plus simple de vous rétracter est de le faire **en ligne** :

- Rendez-vous sur www.allianzcare.com/fr/ressources/votre-droit-de-retractation.html.
- Cliquez sur le bouton « **Se rétracter** ».
- Envoyez votre demande dans le délai de **30 jours** indiqué ci-dessus.

Une fois votre demande traitée, nous vous enverrons une **confirmation** écrite par e-mail.

Outre la procédure en ligne décrite ci-dessus, vous pouvez également nous contacter aux coordonnées indiquées à la fin de ce guide et demander à vous rétracter. Veuillez vous assurer de le faire dans le délai de 30 jours indiqué ci-dessus.

Fin de l'affiliation

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

- à la fin de la période de couverture que vous avez choisie lors de votre souscription (trois, six, neuf ou 12 mois), car nos formules Flexicare ne sont pas renouvelées automatiquement. **Si vous avez besoin de rester plus longtemps à l'étranger, vous pouvez prolonger votre couverture en effectuant une nouvelle demande en ligne** pour une durée supplémentaire de trois, six ou neuf mois. Si vous avez initialement souscrit une couverture Flexicare d'une durée de **12 mois**, il n'est pas possible de prolonger cette formule. Dans ce cas, nous vous recommandons de souscrire l'une de nos **formules Care**, conçues pour une couverture santé internationale à long terme ;
- si vous ne payez pas une prime avant ou à sa date d'échéance ;

- si vous ne payez pas le montant de la taxe sur les primes d'assurance (TPA) ou de toute taxe, prélèvement ou frais que vous devez nous verser dans le cadre du contrat, avant ou à sa date d'échéance ;
- en cas de décès du titulaire de la police. Veuillez consulter la section « Décès du titulaire de la police ou d'un ayant droit » pour plus d'informations ;
- s'il existe des preuves raisonnables que le titulaire de la police ou tout ayant droit nous a induit en erreur ou a tenté de le faire. Cela comprend le fait de fournir des informations fallacieuses ou de ne pas divulguer des informations pertinentes, ou de s'associer à une tierce personne pour nous fournir des informations fallacieuses, de manière intentionnelle ou par négligence, et qui peuvent influencer notre choix dans les prises de décision suivantes :
 - l'acceptation de votre demande de couverture ;
 - la prime à payer ;
 - le paiement d'une demande de remboursement.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section « Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture ».

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

Veuillez noter que si votre affiliation prend fin, la couverture de vos ayants droit se terminera également.

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.

Paieiment des primes

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

En acceptant la couverture, vous acceptez de payer la prime indiquée sur le devis, par le mode de paiement indiqué. Vous devez nous payer par avance pour la durée de votre couverture. La prime doit nous être versée immédiatement après notre acceptation de votre demande de 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.

Vous devez payer votre prime dans la devise que vous avez sélectionnée lors de la souscription. Si vous êtes dans l'incapacité de payer votre prime pour quelque raison que ce soit, veuillez nous contacter au **+353 1 630 1303**.

Tout retard dans le paiement de la prime initiale peut entraîner la perte de la couverture d'assurance.

Si la prime n'est pas réglée dans les délais voulus, nous pourrions renoncer à exécuter nos obligations contractuelles, aussi longtemps que le paiement de ladite prime sera dû. Le contrat d'assurance sera considéré comme nul et non avenu, sauf si nous demandons le règlement de la prime devant les tribunaux dans les trois mois suivant la date de début de la police ou la date de fin du contrat d'assurance.

Les effets de la résiliation cesseront si vous vous acquittez du règlement dans un délai d'un mois après la résiliation ou, si la résiliation était accompagnée d'une échéance, dans un délai d'un mois après l'expiration de l'échéance, à condition qu'aucune réclamation n'ait été engagée dans l'intervalle.

Paiement d'autres frais

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

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

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

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

Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture

Loi applicable :

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

Clause de suspension en raison de sanctions :

Les garanties, la couverture et les remboursements 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 réglementations 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.

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, n'est autorisé à modifier votre police en votre nom. Les modifications ne sont valables que sur confirmation écrite de notre part.

Lorsque la couverture est fournie par quelqu'un d'autre :

Nous pouvons rejeter une demande de remboursement si vous ou l'un de vos ayants droit pouvez être indemnisé par :

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

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

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

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

Circonstances indépendantes de notre volonté (Cas de force majeure) :

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

Fraude :

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

Si le contrat est résilié pour cause de communication de renseignements erronés ou de non-divulgence de faits matériels, la prime payée à ce jour sera reversée, après déduction de tous les paiements des demandes de remboursement déjà effectués. Si le montant des demandes de remboursement excède celui de la prime, nous demanderons le remboursement de la différence au titulaire de la police.

- b) 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. Si le contrat est rendu nul et non avenue suite à une demande de remboursement fausse, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou suite à l'utilisation de dispositifs ou moyens frauduleux, la prime ne sera pas remboursée, en partie ou en totalité, et toute demande de remboursement en instance de règlement sera annulée. Si une demande de remboursement est frauduleuse, le contrat sera résilié à partir de la date à laquelle l'événement frauduleux sera découvert.

Résiliation :

Nous pourrions résilier la police d'assurance lorsque vous ne vous serez pas acquitté du règlement des primes dont vous êtes redevable. Cette résiliation vous sera notifiée et le contrat d'assurance sera considéré comme résilié à compter de la date à laquelle la prime mentionnée était due. Si vous vous acquittez cependant de la prime dans un délai de 30 jours, la police d'assurance sera considérée comme n'ayant jamais été résiliée et nous prendrons en charge tout sinistre survenu pendant ce délai. Si le paiement de la prime intervient après le délai des 30 jours, vous devrez compléter un formulaire de confirmation d'état de santé avant que la police d'assurance ne soit réinstaurée, ce qui sera soumis à souscription.

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 résolution des réclamations et des litiges

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

Téléphone : **+353 1 630 1303**

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

E-mail : customer.resolution@e.allianz.com

Adresse : **Customer Resolution 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.

Résolution des litiges

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

nomination d'un médiateur. Si les parties ne parviennent pas à convenir de la nomination d'un médiateur habilité sous 14 jours, l'une ou l'autre des parties, sur notification écrite à l'autre partie, pourra demander au CEDR de choisir un médiateur.

Pour mettre en œuvre la médiation, une partie devra en informer par écrit (notification de résolution à l'amiable du litige « Alternative Dispute Resolution (ADR) ») l'autre partie impliquée dans le litige en exigeant la médiation. Une copie de la demande devra être envoyée au CEDR. La médiation aura lieu 14 jours au plus tard à compter de la date de la notification de résolution à l'amiable du litige. Aucune partie ne pourra, conformément à la présente Clause 2, engager une procédure judiciaire ou d'arbitrage en lien avec le litige tant que ce dernier n'a pas fait l'objet d'une médiation et que la médiation n'a pas été close ou si l'autre partie n'a pas participé à la médiation, sous réserve que le droit de lancer une procédure ne soit pas compromis par un retard. La médiation aura lieu dans le pays où la loi s'applique. L'accord de médiation auquel il est fait référence dans la procédure type sera régi, interprété et appliqué conformément à la législation du pays où la loi s'applique. Les tribunaux du pays où la loi s'applique auront la compétence exclusive pour régler les réclamations, litiges ou différends pouvant découler de la médiation ou en rapport avec cette dernière.

3. Tout litige, controverse ou réclamation :

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

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

Prescription

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

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.

Antécédents familiaux

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

Antécédents familiaux directs

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

Appareils et matériel chirurgicaux

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.

Certificat d'assurance

Ce document présente les détails de votre couverture et est délivré par nos soins. Il confirme qu'un contrat d'assurance a été conclu entre nous.

Chambre d'hôpital

Séjour en chambre particulière ou semi-privée comme indiqué dans le tableau des garanties. 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.

Veillez 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 », « 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.

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.

Date d'effet

Il s'agit du premier jour de la période 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.

Dent naturelle

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

Évacuation médicale

Cela s'applique dans les cas suivants :

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

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

Si la nécessité médicale empêche l'assuré d'être évacué ou transporté à sa sortie d'hôpital après des soins hospitaliers, nous prendrons en charge les frais d'une chambre d'hôtel avec salle de

bain pendant une durée n'excédant pas sept jours. Les suites et les hôtels quatre ou cinq étoiles ainsi que l'hébergement d'un accompagnateur sont exclus.

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

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

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

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 membres de la famille assurés en cas d'évacuation ou de rapatriement

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

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

Frais de transport des personnes assurées 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 débiter 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 d'une personne accompagnant l'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(e) est également couvert(e) 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.

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 médecins

Les frais de consultation, y compris les honoraires de médecin et de spécialiste, engagés dans le cadre d'un traitement en médecine courante.

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.

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.

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 et pansements 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.

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, succursale irlandaise - l'assureur.

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.

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.

Veillez 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 de toute pathologie physique ou mentale, blessure, maladie ou trouble pour lesquels vous ou vos ayants droit avez déjà présenté des signes ou des symptômes, ou pour lesquels vous avez reçu ou on vous a recommandé des conseils médicaux, des résultats diagnostiques, des examens ou un traitement, qu'un diagnostic officiel ait été posé ou non.

Nous considérerons toute pathologie médicale comme préexistante si nous pouvons déterminer que vous ou vos ayants droit auriez pu en connaître l'existence. Votre police ne couvre pas les pathologies préexistantes.

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 et elles ne seront pas couvertes.

Pays de résidence principal

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

Pays d'origine

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

Période d'assurance

Elle débute à la date d'entrée en vigueur de votre police indiquée sur le certificat d'assurance.

Personne assurée

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

Prévisible

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

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.

Raisnable 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

Si vous bénéficiez de la garantie « Rapatriement sanitaire », celle-ci apparaîtra dans votre tableau des garanties. 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. 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.

Règlement direct

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.

Réseau mondial de prestataires de santé

Il s'agit de tous les prestataires de santé avec lesquels nous avons mis en place le règlement direct des frais médicaux de nos affiliés.

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 d'urgence sans hospitalisation

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

Soins en médecine courante

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

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, 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.

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 et 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.

Vous/Votre/Vos

Le titulaire de la police et les ayants droits indiqués 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 OU MALADIES RÉSULTANT D'UNE PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS OU DES SPORTS EXTRÊMES OU PROFESSIONNELS

Les demandes de remboursement résultant d'une participation à des activités ou des sports extrêmes ou professionnels, y compris, mais sans s'y limiter :

- base jump ;
- tombstoning ;
- saut de falaises ;
- alpinisme à haute altitude au-dessus de 3 000 mètres ;
- escalade ;
- parapente ;
- spéléologie ;
- courses de sports mécaniques, y compris les courses de motocross et de dirt bike ;
- rodéo sur taureau ou course de taureaux ;
- parkour ;
- plongée sous-marine à plus de 30 mètres de profondeur ;
- ski hors-piste.

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.

DOSAGE DES MARQUEURS TUMORAUX

Le dosage des marqueurs tumoraux, à moins que le cancer spécifique en question ne vous ait été diagnostiqué précédemment. Dans ce cas, la couverture est assurée par la garantie « Oncologie ».

DYSPHORIE DE GENRE

Soins et/ou traitement ou services liés à la dysphorie de genre.

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

Frais liés aux opérations de « recherche et/ou de sauvetage » :

- pour localiser une personne assurée ; et/ou
- pour accéder à une personne assurée, l'extraire ou la transporter depuis un milieu aquatique, un site souterrain, une montagne ou tout autre lieu terrestre difficilement accessible par la route ou à pied.

Veillez noter que lorsque votre couverture inclut les garanties « Transport local en ambulance », « Évacuation médicale » et/ou « Rapatriement sanitaire », nous ne couvrirons que les frais admissibles pour les activités commençant après la fin des opérations de « recherche et/ou de sauvetage » et une fois que vous aurez été transporté vers un lieu sûr sur la terre ferme.

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

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 prévaut) :
 - 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 postnataux.

PRODUITS ACHETÉS SANS ORDONNANCE

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

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, shampoing, 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.

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 l'exception des tests génétiques des récepteurs tumoraux, lorsque cela est médicalement approprié et que la garantie « Oncologie » est incluse dans votre couverture.

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. La seule exception est la chirurgie réparatrice dans le but de rétablir une fonction ou un aspect physique après un accident défigurant, ou à la suite d'une chirurgie liée au traitement d'un cancer, à condition que l'accident ou l'intervention chirurgicale initiale aient également été couverts par cette police.

TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ

Le traitement de l'infertilité, y compris la procréation médicalement assistée ou toute conséquence négative, sauf si une garantie spécifique est prévue ou si vous avez sélectionné une formule Médecine courante. Si vous avez sélectionné une formule Médecine courante, la couverture est limitée aux examens non-invasifs destinés à déterminer les causes de l'infertilité, dans les limites de votre formule Médecine courante.

TRAITEMENT EN DEHORS DE LA ZONE GÉOGRAPHIQUE DE COUVERTURE

Les traitements ou services reçus, dispensés ou obtenus en dehors de la zone géographique de couverture, sauf en cas d'urgence ou sur autorisation de notre part.

TRAITEMENT ET SERVICES LIÉS AU POIDS

Les traitements et services destinés au contrôle du poids, y compris :

- les médicaments prescrits ou recommandés par un médecin dans le seul ou principal but de la gestion du poids ;
- les médicaments prescrits ou recommandés par un médecin en lien avec toute pathologie ou tout symptôme, que cette pathologie soit ou non considérée comme étant liée au poids, ou qu'elle puisse être prévenue, améliorée ou soulagée par la gestion du poids (sauf si ces médicaments sont indiqués pour le traitement d'un diabète de type 2 établi) ;
- la chirurgie bariatrique (sauf si vous bénéficiez d'une garantie prévue à cet effet) ;
- les compléments alimentaires ;
- les abonnements à des clubs de remise en forme ;
- les programmes diététiques ;
- les programmes résidentiels pour les 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 DE LA PERSONNALITÉ ET DU COMPORTEMENT

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

TROUBLES DU SOMMEIL

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

VISITES À DOMICILE

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

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 :

- Accouchement à domicile ;
- Bilan de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies ;
- Chirurgie bariatrique ;
- Complications de grossesse et à l'accouchement ;
- Correction visuelle au laser ;
- Diététicien ;
- Équipement médical prescrit ;
- Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un parent proche qui est en danger de mort ou décédé ;
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps ;
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation ou de rapatriement ;
- Frais de transport d'une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié ;
- Greffe d'organe ;
- Homéopathie, médecine traditionnelle chinoise, acuponcture et soins ayurvédiques ;
- Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris les examens des yeux ;
- Maternité ;
- Psychiatrie et psychothérapie en médecine courante ;
- Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier ;
- Rapatriement sanitaire ;
- Rééducation ;

- Retard de développement ;
- Soins dentaires, chirurgie dentaire, parodontologie, orthodontie et prothèses dentaires ;
- Soins dentaires d'urgence ;
- Soins en médecine courante ;
- Traitement de l'infertilité ;
- Traitement préventif ;
- Vaccinations.

CAPITAL DÉCÈS ACCIDENTEL

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

- participation active à une guerre, des émeutes, des désordres civils, des actes terroristes, des actes criminels, des actes illégaux ou à des actes contre une intervention étrangère, que la guerre ait été déclarée ou non ;
- les maladies causées intentionnellement ou blessures auto-infligées, y compris le suicide, pendant l'année suivant la date à laquelle la personne assurée a rejoint la police ;
- participation active à des activités souterraines ou sous-marines telles que l'extraction minière souterraine ou plongée sous-marine ;
- activités sur l'eau (plates-formes pétrolières, derricks) et activités aériennes, sauf indication contraire ;
- contamination chimique ou biologique, radioactivité ou toute contamination par le matériau nucléaire, y compris la fission du combustible nucléaire ;
- risque de guerre :
 - présence dans un pays déconseillé par le gouvernement britannique à ses ressortissants (cela s'applique quelle que soit la nationalité de 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

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

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

E-mail : client.services@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.linkedin.com/company/allianz-care

www.youtube.com/c/allianzcare

www.instagram.com/allianzcare/

x.com/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 Prudential située au 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

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.