Allianz

Guide des Conditions générales

Medimergency

Couverture médicale d'urgence pour les déplacements professionnels

Entrée en vigueur le 1er avril 2025

Bienvenue

Vous pouvez compter sur nous, votre assurance santé internationale, pour vous donner accès aux meilleurs soins possibles en cas d'urgence médicale lors d'un déplacement professionnel - où que vous soyez dans le monde.

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.

Pour plus de détails sur votre couverture, veuillez vous adresser à l'administrateur en charge de votre police collective.

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

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

Table des matières

Comment utiliser votre couverture ? 4

Services d'assistance 4

Comment fonctionne votre couverture ? 7

Besoin de recevoir des soins ? 10

Conditions générales de votre couverture 17

Conditions générales 17

Gestion de votre police 18

Paiement des primes 21

Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture 23

Protection des données 26

Procédure de traitement des réclamations 26

Exclusions 36

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition ! 43

Comment utiliser votre couverture ?

Services d'assistance

Assistance téléphonique d'urgence

Si vous devez recevoir des soins médicaux d'urgence dans un hôpital ou une clinique, veuillez contacter au plus vite notre service d'assistance téléphonique. Ainsi, nous pourrons arranger le règlement direct de vos factures d'hôpital, lorsque cela est possible, et traiter votre demande de remboursement sans délai.

Notre service d'assistance d'urgence est disponible 24 heures par jour, 365 jours par an.

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
Veuillez noter que les numéros gratuits ne sont pas toujours accessibles depuis un téléphone mobile. Dans ce cas, veuillez composer le numéro indiqué ci-dessus.

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

Le saviez-vous ?

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

Les services Web

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

- chercher des prestataires de santé (vous n'êtes pas limité aux prestataires figurant dans cet annuaire) ;
- télécharger des formulaires ;
- accéder à notre bibliothèque sur la santé et le bien-être.

Les Services de sécurité relatifs aux voyages**

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

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

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

**Certains services pouvant être compris dans votre couverture sont fournis par des prestataires externes au groupe Allianz, tels que le Programme d'aide aux employés, les Services de sécurité relatifs aux voyages, l'application de fitness, le deuxième avis médical et les services de télémédecine. S'ils sont inclus dans votre couverture, ces services seront indiqués dans votre tableau des garanties. Ces services sont mis à votre disposition sous réserve de votre acceptation des conditions générales de votre police et des conditions générales des prestataires externes. Ces services peuvent être soumis à des restrictions géographiques. L'application de fitness ne fournit pas de conseils médicaux ou de santé et les ressources sur le bien-être

contenues dans Olive sont uniquement à titre d'information. L'application de fitness et les ressources sur le bien-être contenues dans Olive ne doivent pas être considérées comme un substitut aux conseils professionnels (médicaux, physiques ou psychologiques). Elles ne doivent pas non plus être considérées comme un substitut aux diagnostics, traitements, évaluations ou soins que vous pourriez recevoir de votre propre médecin. Vous comprenez et acceptez le fait qu'AWP Health & Life SA – Succursale irlandaise et AWP Health & Life Services Limited ne sont pas responsables ou passibles de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation de ces services tiers.

Comment fonctionne votre couverture ?

Ce qui est pris en charge par ma couverture

Cette couverture est spécialement conçue pour couvrir vos **soins médicaux d'urgence** au cours de vos déplacements professionnels à l'étranger. En cas d'urgence médicale, nous couvrons les traitements d'extrême urgence, les accidents et tout autre événement décrit dans les conditions générales.

L'incident assuré commence au moment de l'urgence et se termine lorsque les soins sont considérés comme n'étant plus médicalement nécessaires ou lorsque le patient est en mesure d'être transporté, conformément au diagnostic médical.

Cette police ne prend pas en charge **tout traitement régulier ou traitement supplémentaire** (y compris la rééducation) requis après la situation d'urgence.

Qu'est-ce qu'une urgence médicale ?

Par **urgence médicale**, nous entendons un accident, une catastrophe, le début soudain ou l'aggravation d'une maladie grave engendrant un état médical qui présente une menace immédiate pour votre santé et exige par conséquent des mesures médicales urgentes. Nous ne prenons en charge que les soins médicaux administrés par un médecin généraliste/spécialiste ou une hospitalisation **commençant dans les 24 heures suivant l'événement d'urgence**.

Où puis-je recevoir des soins ?

Vous êtes couvert(e) dans le monde entier pour vos déplacements professionnels en dehors votre pays de résidence principal ou de votre pays d'emploi principal.

Combien de temps dure ma couverture ?

Selon le produit choisi par votre entreprise, la durée maximum de votre couverture peut être de :

- 90 jours de voyage par année d'assurance ;
- 180 jours de voyage par année d'assurance ;
- ou alors, la couverture est fournie pour un nombre maximum de jours de déplacement professionnel par année d'assurance (ci-après appelé « Durée de la couverture ») et soumise à l'entrée en vigueur du contrat d'entreprise entre votre entreprise et nous. Veuillez contactez le responsable de votre police collective pour confirmer le nombre de jours maximum couverts dans le cadre d'un déplacement professionnel. Votre couverture commence le premier jour de votre déplacement professionnel.

Les pathologies préexistantes et chroniques sont-elles prises en charge ?

Nous prenons en charge l'intensification aigüe de la gravité des pathologies préexistantes et chroniques, ainsi que l'hospitalisation d'urgence en lien avec les pathologies préexistantes et chroniques, dans la limite de la couverture.

Cette couverture médicale d'urgence ne prend pas en charge les pathologies préexistantes si :

- le traitement à l'étranger est la seule raison, ou l'une des raisons, qui justifie le déplacement à l'étranger ; et/ou
- il était très probable que le traitement aurait lieu au cours du déplacement professionnel.

Pour plus d'informations sur les pathologies préexistantes et chroniques, veuillez consulter la section « Définitions ».

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

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

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

- l'indication « 100 % des frais réels » apparait à côté de la garantie ;
- un plafond de garantie spécifique s'applique : la garantie est plafonnée à un montant spécifique (par ex. 30 000 €).

Bien que beaucoup de garanties comprises dans votre tableau des garanties soient entièrement couvertes, certaines sont limitées à un montant spécifique. Il s'agit du plafond de garantie.

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

Besoin de recevoir des soins ?

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

Vérifiez votre niveau de couverture

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

Une entente préalable est nécessaire pour certains traitements

Les garanties pour lesquelles une entente préalable est nécessaire apparaissent dans votre tableau des garanties. L'entente préalable se fait par le biais d'un formulaire prévu à cet effet. La procédure d'entente préalable nous permet d'évaluer chaque cas, de tout organiser avec l'hôpital avant votre admission et de mettre en place plus facilement le règlement direct des frais hospitaliers, lorsque cela est possible.

Bien qu'une entente préalable ne soit pas requise à l'avance pour des soins d'urgence avec hospitalisation, vous-même, votre médecin ou un collègue devez nous informer de votre hospitalisation dans les 48 heures suivant l'incident.

Si nous ne sommes pas informés de votre hospitalisation dans les 48 heures ou si une entente préalable n'est pas obtenue pour les garanties indiquées par un * dans le tableau des garanties, **nous nous réservons le droit de rejeter la demande de remboursement.** Si vous effectuez une demande de remboursement sans obtenir d'entente préalable, et que par la suite il s'avère que le traitement était médicalement nécessaire, nous rembourserons uniquement **50 %** de la garantie prise en charge.

Pour envoyer un formulaire d'entente préalable :

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

Envoyez-nous le formulaire dûment rempli par e-mail ou par courrier (coordonnées disponibles sur le formulaire).

Soins hospitaliers

En cas d'hospitalisation, dans la mesure du possible et si un préavis raisonnable nous est donné, nous arrangerons un règlement direct avec l'hôpital, sujet à tout plafond de garantie et quote-part. C'est-à-dire que nous règlerons les frais en prenant directement contact avec l'hôpital.

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

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

Recevez les soins médicaux et payez votre prestataire de santé.

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

Demandez le remboursement des frais médicaux pour lesquels vous êtes couvert en remplissant et en envoyant un formulaire de demande de remboursement téléchargeable sur : www.allianzcare.com/fr/ressources/ressources-pour-les-affilies.html. Vous pouvez également demander une copie

numérique du formulaire de demande de remboursement auprès du responsable de la police collective de votre entreprise.

Vous devrez remplir les sections 5 et 6 du formulaire de demande de remboursement si les informations demandées dans ces sections ne sont pas déjà indiquées sur votre facture médicale.

Veuillez nous envoyer le formulaire de demande de remboursement et tous les documents justificatifs, les factures et les reçus, directement par e-mail, ou par courrier (coordonnées disponibles sur le formulaire). Dans ce cas, afin de traiter votre demande de remboursement, nous contacterons votre responsable de police collective pour confirmer que vous étiez en déplacement professionnel à la/aux date(s) de votre traitement.

Veuillez vous assurer que vos informations de paiement indiquées sur le formulaire de demande de remboursement sont correctes pour éviter tout retard dans le remboursement de vos demandes.

Vous pouvez faire le choix de transmettre votre formulaire de demande de remboursement dûment complété et les factures / reçus / ordonnances justificatifs au responsable de la police collective de votre entreprise qui nous les enverra. Afin de protéger vos données privées, nous vous conseillons de cacheter le colis.

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

Veuillez noter que **vous devez nous informer de tout traitement / hospitalisation dans les 48 heures** suivant l'incident.

Traitement rapide des demandes de remboursement

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

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

Évacuations et rapatriements

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

Pour éviter une augmentation des frais et des retards inutiles lors des procédures d'évacuation, veuillez nous contacter avant de contacter d'autres prestataires, même si ceux-ci vous contactent directement. Si l'évacuation/rapatriement n'est pas organisé(e) par nos soins, nous nous réservons le droit de décliner toute demande de remboursement des frais.

+353 1 630 1303
medical.services@e.allianz.com

Informations supplémentaires concernant les demandes de remboursement de vos dépenses

Demandes de remboursement des frais médicaux
Avant de nous envoyer une demande de remboursement, veuillez noter les points suivants :

- **Date limite pour effectuer une demande de remboursement :** vous devez envoyer toutes vos demandes de remboursement à l'aide d'un formulaire de demande remboursement au plus tard six mois après la fin de l'année d'assurance. Si la couverture se termine au cours de l'année d'assurance, vous devez envoyer votre demande de remboursement au plus tard six mois après la date à laquelle la couverture a pris fin. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler ces demandes.

- **Entente préalable :** veuillez noter que certains coûts nécessitent l'envoi d'un formulaire d'entente préalable avant qu'ils ne soient administrés. Veuillez consulter le tableau des garanties pour prendre connaissance des traitements nécessitant une entente préalable.

- **Frais éligibles :** nous ne remboursons les traitements que s'ils résultent d'une urgence médicale couverte, sont médicalement nécessaires, sont prodigués par un médecin, dentiste ou autre thérapeute agréé, sont administrés selon les pratiques médicales généralement reconnues et sont reçus au cours d'un événement couvert.

- **Documents justificatifs :** il est de votre responsabilité de garder tous les justificatifs originaux lorsque vous nous envoyez des copies (par ex. reçus de factures médicales). Dans le cadre de nos procédures d'audit, nous nous réservons le droit de vous demander les originaux de ces documents/reçus pendant les 12 mois suivant le traitement d'une demande de remboursement. Nous nous réservons également le droit de vous demander de nous fournir une preuve de paiement de vos frais médicaux (par ex. relevé de compte bancaire ou relevé de carte bancaire). Nous vous recommandons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être

tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.

- **Devise :** veuillez indiquer sur le formulaire de demande de remboursement la devise dans laquelle vous souhaitez être payé. Dans certains cas, il est possible que nous ne puissions pas effectuer de paiement dans la devise que vous avez demandée 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.

- **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 indiquées dans le tableau des garanties.

- **Acomptes :** si vous devez verser un acompte avant le début d'un traitement médical, les frais engagés ne seront remboursés que lorsque le traitement aura eu lieu.

- **Envoi d'informations :** vous vous engagez à nous aider à obtenir toutes les informations nécessaires au traitement d'une demande de remboursement. Nous avons le droit d'accéder à l'ensemble des dossiers médicaux et de nous adresser directement au prestataire de soins ou au médecin traitant. Nous pourrons, si nous le jugeons nécessaire, demander qu'un examen de santé soit effectué à nos frais par nos médecins. De plus, nous pourrons demander une autopsie lorsque celle-ci ne sera pas interdite par la loi. Toutes les informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Nous nous réserverons le droit de refuser le paiement si vous ne nous aidez pas à obtenir les informations dont nous avons besoin.

- **Paiements :** nous effectuons le remboursement des traitements directement auprès de l'affilié. Lorsque cela sera possible, nous établirons le règlement direct des soins hospitaliers auprès de l'hôpital. Les frais encourus seront remboursés par personne et selon les plafonds de la police, après avoir pris en compte toute entente préalable requise.

- **Expiration de la couverture d'assurance :** à l'expiration de la couverture d'assurance, vous n'avez plus droit au remboursement de vos frais médicaux (pour plus de détails, reportez-vous à la section « Expiration de la police »).

Conditions générales de votre couverture

Conditions générales

Cette section présente les garanties et les règles de votre couverture Medimergency. Nous vous recommandons de la lire conjointement avec votre tableau des garanties et votre certificat d'assurance (s vous en avez un).

- **Votre certificat d'assurance** indique la formule et la zone géographique de couverture que votre entreprise a choisies pour vous. Il indique également la date d'effet et de renouvellement de votre couverture. Un nouveau certificat vous sera envoyé après tout changement demandé par votre employeur, ou après tout changement que nous sommes autorisés à faire, ou encore après tout changement dont vous avez fait la demande et qui a été accepté par votre employeur et nous.

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

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

Gestion de votre police

Début de la couverture

Le contrat d'entreprise est un contrat d'assurance d'une durée d'un an entre votre entreprise et nous. La date de début et la date de fin de l'année d'assurance sont indiquées dans le contrat d'entreprise.

Selon le produit choisi par votre entreprise, les conditions peuvent être les suivantes :

- La durée de votre police d'assurance dépend de la durée de couverture choisie pour vous par votre employeur (90 ou 180 jours). Veuillez vérifier votre certificat d'assurance pour confirmer.

- La couverture dont vous bénéficiez selon le contrat d'entreprise ci-dessus est valable pendant un nombre maximum de jours de déplacement professionnel (c'est-à-dire la « Durée de couverture ») par année d'assurance. Votre couverture débutera le premier jour de déplacement professionnel et sera valable jusqu'à ce que le nombre maximum de jours de déplacement professionnel ait été atteint, ou jusqu'à ce que l'année d'assurance du contrat se termine. La date la plus proche prévaudra. Veuillez contacter votre responsable de police collective pour confirmer la durée de la couverture.

Renouvellement de votre couverture

A la fin de l'année d'assurance, votre entreprise peut décider de renouveler le contrat d'assurance sur la base des conditions générales applicables à cette date. Vous serez alors lié par ces conditions.

Si votre entreprise renouvelle le contrat d'entreprise avec nous, un nouveau nombre maximum de jours de déplacement professionnel (c'est-à-dire la « Durée de couverture ») vous sera accordé. Votre couverture pour la nouvelle année d'assurance débutera le premier jour de déplacement professionnel et se poursuivra jusqu'à ce que le nombre maximum de jours de déplacement professionnel ait été atteint ou jusqu'à ce que l'année d'assurance se termine. La date la plus proche prévaudra.

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.

Fin de votre couverture

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

- lors de votre retour dans votre principal pays de résidence ou votre pays d'emploi principal après un déplacement à l'étranger, ou suite à une évacuation médicale / un rapatriement sanitaire ;
- après 90 ou 180 jours passés à l'étranger au cours de l'année d'assurance, selon la durée de prise en charge sélectionnée par votre employeur ;
- lorsque vous atteignez le nombre de jours de déplacement professionnel qui vous sont octroyés pour l'année d'assurance en question. Veuillez contactez votre responsable de police collective pour confirmer le nombre de jours maximum auxquels vous avez droit dans le cadre d'un déplacement professionnel ;
- si votre entreprise décide de mettre fin à la police d'assurance ou ne renouvelle pas votre affiliation ;
- si votre entreprise ne paie pas les primes ou tout autre paiement dû selon les conditions du contrat d'entreprise qu'elle a passé avec nous ;
- lorsque vous cessez de travailler pour l'entreprise ;
- en cas de décès de l'employé(e) assuré(e). Cependant, si la personne assurée décède à l'étranger lors d'un déplacement professionnel, la couverture santé prend fin après le rapatriement du corps.

Nous pouvons mettre fin à votre affiliation et à celle de vos ayants droit (le cas échéant) s'il existe des preuves raisonnables que vous, ou vos ayants droit, nous avez induits en erreur ou avez tenté de le faire. Cela comprend le fait de fournir des informations fallacieuses ou de ne pas divulguer des informations, ou de s'associer à une tierce personne pour nous fournir des

informations fallacieuses, de manière intentionnelle ou par négligence, et qui peuvent influencer notre choix dans les prises de décision suivantes :

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

Expiration de la police

Veuillez noter qu'à expiration de la police d'assurance, vous n'avez plus droit au remboursement de vos frais médicaux. Les frais couverts engagés durant la période de couverture seront remboursés pendant une durée maximale de six mois après la date d'expiration.

En cas d'incident urgent se produisant à l'étranger et pour lequel des garanties incluses dans cette couverture sont remboursables, et qui est toujours en cours lorsque la couverture expire, les frais continueront d'être pris en charge. Ceci ne s'appliquera que s'il est prouvé que vous n'êtes pas en mesure de voyager et jusqu'à ce que vous soyez en mesure de voyager (jusqu'à un maximum de quatre semaines suivant la date de fin de votre couverture).

Paiement des primes

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

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

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

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

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

dans les 30 jours suivant la date à laquelle nous vous en informons (la date la plus récente prévaudra).

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

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

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

Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture

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

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

- à toute sanction, interdiction ou restriction applicable en vertu des résolutions des Nations unies ; ou
- aux sanctions commerciales ou économiques, aux lois ou régulations de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

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

Qui est couvert ?
Seuls les membres assurés et leurs ayants droit (le cas échéant) tels que définis dans ce guide et dans le contrat d'entreprise sont couverts.

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

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

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

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

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

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

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

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

Fraude :
Nous ne paierons pas la garantie si :

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

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

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

Protection des données

La manière dont nous protégeons votre vie privée et traitons vos informations personnelles est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Vous devez la lire avant de nous envoyer vos informations personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur :
www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html

Vous pouvez également nous appeler pour obtenir un exemplaire papier.
+353 1 630 1303

Pour toute question sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, veuillez nous contacter par e-mail à :
AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Procédure de traitement des réclamations

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

Téléphone :	**+353 1 630 1303**
E-mail :	client.services@e.allianz.com
Adresse :	**Customer Advocacy Team, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.**

Nous traiterons votre réclamation conformément à notre procédure interne de traitement des réclamations. Pour plus d'informations, rendez-vous sur :
www.allianzcare.com/fr/procedure-de-traitement-des-reclamations.html

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

Définitions

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

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.

Année d'assurance

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

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 nommé par l'entreprise comme ayant droit. Seuls les ayants droit qui voyagent avec la personnes assurée sont couverts.

Certificat d'assurance

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

Chambre d'hôpital
Séjour en chambre particulière ou semi-privée comme indiqué dans le tableau des garanties. Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas couvertes.

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

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Il s'agit d'un traitement chirurgical de la bouche, de la mâchoire, du visage ou du cou réalisé par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue dans un hôpital pour soigner les pathologies suivantes : les problèmes buccaux, les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, les fractures faciales, les déformations congénitales de la mâchoire, les maladies de la glande salivaire et les tumeurs.

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

- l'extraction chirurgicale des dents incluses ;
- l'ablation chirurgicale des kystes ;
- les interventions chirurgicales orthognatiques pour corriger les malocclusions.

Complications à l'accouchement
Frais médicalement nécessaires en raison de complications à l'accouchement, y compris les césariennes médicalement nécessaires.

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

Nous prenons en charge les complications de grossesse jusqu'à la fin de la 32e semaine de grossesse (jusqu'à la fin de la 25e semaine de grossesse pour les naissances multiples), à condition que la mère soit en bonne santé lorsque débute le déplacement professionnel et qu'il n'y ait aucun indicateur de difficultés de grossesse.

Si un accouchement imprévu se produit pendant le voyage d'affaires avant la fin de la 32e semaine de grossesse (ou avant la fin de la 25e semaine de grossesse en cas de naissances multiples), nous prenons en charge les soins/procédures nécessaires à la mère durant l'accouchement mais pas ceux nécessaires au nouveau-né.

Contrat d'entreprise
Il s'agit du contrat que nous avons passé avec votre employeur et par lequel vous et vos ayants droit (le cas échéant) êtes assurés chez nous. Cet accord détermine les personnes qui peuvent

être assurées, le début de la couverture, les modalités de renouvellement et de paiement des primes.

Déplacement professionnel
Il a lieu lorsque la personne assurée voyage à l'étranger pour une courte durée à des fins professionnelles. Les jours de voyage supplémentaires qui précèdent ou qui suivent le déplacement professionnel mais qui ne sont pas nécessaires ou qui ne sont pas liés à la raison/le besoins professionnel(le) qui justifie le déplacement professionnel ne sont pas couverts.

Entreprise
Il s'agit de de votre employeur (ou une entreprise au nom de laquelle vous êtes en déplacement professionnel) nommé dans le contrat d'entreprise.

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

Si la nécessité médicale empêche l'assuré d'être évacué ou transporté à sa sortie d'hôpital après des **soins hospitaliers**, nous prendrons en charge les frais d'une chambre d'hôtel avec salle de bain pendant une durée n'excédant pas sept jours. Les suites et les hôtels quatre ou cinq étoiles ainsi que l'hébergement d'un accompagnateur sont exclus.

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

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

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

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

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

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 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.

Incident assuré
Il s'agit des soins d'urgence médicalement nécessaires que reçoit la personne assurée. L'incident assuré doit être causé par un accident, une maladie aigüe ou une blessure, conformément aux conditions générales détaillées dans ce guide. L'incident assuré commence au moment de l'urgence et se termine lorsque les soins ne font plus partis de l'incident urgent ou lorsque le patient est en mesure d'être transporté.

Maternité
Frais médicalement nécessaires engagés lors de la grossesse et l'accouchement. Cela comprend les frais d'hospitalisation, les frais de spécialiste, les soins prénatals et postnatals de la mère, les frais de sage-femme (pendant l'accouchement uniquement).

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 soumis à prescription médicale
Il s'agit de produits pour lesquels une ordonnance est nécessaire, dont la fonction est de traiter une maladie dont le diagnostic a été confirmé, un état pathologique ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Il s'agit de médicaments tels que les antibiotiques, les sédatifs, etc. Ces médicaments doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie diagnostiquée. Ils doivent être également reconnus par les instances internationales de régulation.

Veuillez noter qu'en cas de traitement continu, il vous appartient d'amener avec vous le stock de médicaments prescrits nécessaire lors de votre déplacement professionnel.

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

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

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

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

Nous/Notre/Nos
AWP Health & Life SA.

Oncologie
Cela fait référence aux honoraires des spécialistes, examens, radiothérapie, chimiothérapie et frais hospitaliers occasionnés dans le cadre d'un traitement du cancer, et ce à compter de l'établissement du diagnostic.

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.

Pathologies préexistantes
Tout problème de santé, maladie ou blessure corporelle ou tout symptôme lié à ce problème, maladie ou blessure corporelle pour lesquels une consultation ou un traitement médical a été reçu avant votre déplacement à l'étranger, ou dont vous aviez connaissance et pour lesquels vous n'avez pas sollicité de consultation ou de traitement avant le début de votre déplacement.

Pays d'emploi principal
Il s'agit du pays dans lequel la personne assurée paye ses impôts et ses charges sociales.

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

Personnes assurées
Les personnes assurées sont :

- les employés de l'entreprise qui voyagent en dehors de leurs pays de résidence principal ou de leur pays d'emploi principal (le cas échéant). Selon le contrat d'entreprise, la durée du déplacement peut être de 180 jours maximum par année au nom de l'entreprise ou correspondre au nombre de jours maximum convenu dans le contrat d'entreprise. Les employés doivent être âgés de moins de 70 ans afin de bénéficier de cette assurance ;

- les invités de l'entreprise, qui se rendent dans une société affiliée à des fins commerciales (jusqu'à 180 jours par personne et par année d'assurance ou pendant le nombre de jours convenu dans le contrat d'entreprise). Un invité est une personne qui part en

déplacement professionnel au nom de l'entreprise mais qui n'est pas un employé (par exemple, un partenaire commercial, un avocat, un client, etc.) ;

- les époux ou les partenaires des employés couverts peuvent également bénéficier de la couverture d'assurance, à la discrétion de l'assureur, en tant qu'ayants droit. Veuillez contacter le responsable de la police collective de votre entreprise afin de confirmer si les ayants droit peuvent bénéficier de la couverture sous cette police.

Rapatriement du corps

Transport du corps de la personne assurée décédée du pays où se trouve la personne assurée vers le pays de la sépulture. Nous couvrons, entre autres, les frais d'embaumement, un container légalement approprié pour le transport, les frais de transport et les autorisations gouvernementales nécessaires. Les frais liés à la crémation ne seront couverts que si celle-ci est légalement requise. Les frais pour toute personne accompagnant le corps ne sont pas pris en charge, sauf indication contraire dans le tableau des garanties. Nous devons approuver au préalable tous les frais liés au rapatriement du corps par le biais d'un formulaire d'entente préalable. Un acte de décès officiel et une confirmation écrite d'un médecin stipulant la cause du décès doivent être fournis.

Rapatriement sanitaire

Il s'agit d'une couverture facultative qui n'apparaît dans le tableau des garanties que si elle a été sélectionnée. Si les soins nécessaires ne peuvent pas être prodigués localement, vous pourrez choisir d'être médicalement évacué vers votre pays d'origine pour y recevoir un traitement au lieu d'être transporté au centre médical adéquat le plus proche. Cependant, votre pays d'origine doit être inclus dans votre zone géographique de couverture. Une fois le traitement terminé, nous couvrirons les frais du voyage de retour, en classe économique, vers votre pays de résidence principal. Le retour doit s'effectuer dans le mois qui suit la fin du traitement.

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

Rééducation

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

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

Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation
Ils désignent les soins dentaires d'extrême urgence suite à un accident grave et nécessitant une admission à l'hôpital. Les soins concernent le soulagement immédiat des douleurs dentaires et 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.

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.

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

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

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.

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

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

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. L'incident assuré commence au moment de l'urgence et se termine lorsque les soins qui résultent du diagnostic médical ne font plus partis de l'incident urgent ou lorsque le patient est en mesure d'être transporté.

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

Exclusions

Même si nous prenons en charge l'essentiel des urgences médicales, certains frais relatifs aux traitements, pathologies médicales et procédures suivants ne sont pas couverts par cette police d'assurance.

ACQUISITION D'UN ORGANE
Les dépenses occasionnées lors de l'acquisition d'un organe, telles que la recherche d'un donneur, les tests de compatibilité, la collecte, le transport et les frais administratifs..

BLESSURES RÉSULTANT D'UNE PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS SPORTIVES PROFESSIONNELLES
Les traitements ou procédures diagnostiques pour des blessures résultant d'une participation à des activités sportives professionnelles ou à des activités dangereuses.

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

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

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

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

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

ÉQUIPEMENT MÉDICAL
L'équipement médical non urgent tel que les appareils auditifs, auxiliaires de phonation (larynx électronique), béquilles ou fauteuils roulants, appareils orthopédiques, membres artificiels, appareils à hernie, bas de contention élastiques ou semelles orthopédiques.

ERREUR MÉDICALE
Le traitement nécessaire suite à une erreur médicale.

ÉVACUATION MÉDICALE, RAPATRIEMENT SANITAIRE OU RAPATRIEMENT DU CORPS
Évacuation médicale, rapatriement sanitaire ou rapatriement du corps que nous n'aurions pas autorisés au préalable.

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.

GREFFE D'ORGANE
Les greffes d'organe ou toute conséquence en résultant.

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT
Les frais liés à la grossesse et à l'accouchement, y compris les complications ou les conséquences qui en résultent, à la seule exception des « Complications de grossesse » prises en charge jusqu'à la fin de la 32e semaine ou jusqu'à la fin de la

25e en cas de grossesse multiple, si cette garantie est incluse dans la tableau des garanties. Cette exclusion comprend entre autres mais pas seulement :

- les frais de maternité ;
- les frais liés à une naissance prématurée, sauf s'ils sont pris en charge par la garantie « Complications de grossesse » ;
- les frais liés aux soins médicaux nécessaires si la mère voyage contre l'avis de son médecin, ou s'il y a des indications de la présence de difficultés liées à la grossesse ;
- les frais d'un voyage dont le but est de donner naissance à l'étranger ;
- l'interruption volontaire de grossesse, sauf en cas de danger pour la vie de la femme enceinte ;
- l'accouchement à domicile ;
- les soins du nouveau-né.

INCIDENTS URGENTS EN DEHORS DE LA DURÉE DE COUVERTURE CONVENUE
Il s'agit des incidents urgents qui se produisent avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance indiquée dans le contrat d'entreprise ou en dehors de la durée de couverture convenue.

KINÉSITHÉRAPIE
Kinésithérapie en médecine courante.

MALADIES CAUSÉES INTENTIONNELLEMENT OU BLESSURES AUTO-INFLIGÉES
Le soin ou traitement des maladies causées intentionnellement ou des blessures auto-infligées, y compris les tentatives de suicide.

MÉDICAMENTS NON SOUMIS À PRESCRIPTION MÉDICALE
Les médicaments qui peuvent être achetés sans ordonnance.

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

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

OPTIQUE
Les lentilles de contact et lunettes.

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

PARTICIPATION À UNE GUERRE OU À DES ACTES CRIMINELS
Décès ou traitement pour toute maladie, affection ou blessure résultant d'une participation active aux situations suivantes, que la guerre ait été déclarée ou non :

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

PATHOLOGIES CHRONIQUES
Les pathologies chroniques telles qu'elles sont définies dans le présent document.

PATHOLOGIES PRÉEXISTANTES
Les pathologies préexistantes (y compris les pathologies chroniques préexistantes), à l'exception des crises d'urgence aigües liées aux pathologies préexistantes et aux pathologies chroniques préexistantes qui sont remboursables et se produisent lorsque la personnes assurée est en déplacement professionnel.

Par ailleurs, les pathologies préexistantes et les pathologies chroniques préexistantes ne sont pas couvertes si :

- **le traitement à l'étranger est la seule raison, ou l'une des raisons, qui justifie le déplacement à l'étranger ; et/ou**
- **nous savons ou soupçonnons que l'affilié a souscrit l'assurance dans le but de se rendre étranger afin d'y recevoir un traitement pour une pathologie et si les symptômes de la pathologie concernée étaient connus de la personne assurée avant la souscription.**

RETARD DE DÉVELOPPEMENT
Le traitement du retard de développement n'est pas pris en charge.

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 DENTAIRES
Soins dentaires, chirurgie dentaire, parodontologie, orthodontie, prothèses dentaires et dévitalisations, à l'exception des soins dentaires d'urgence avec ou sans hospitalisation.

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE
Les soins à domicile et l'administration de tout service de soin par un membre quelconque du corps médical au domicile de la personne assurée.

SOINS NON URGENTS
Les frais pour des soins non urgents ne sont pas pris en charge.

SOINS ORTHOMOLÉCULAIRES
Veuillez consulter la définition des « Soins orthomoléculaires ».

SOINS REÇUS APRÈS LA FIN DE L'INCIDENT ASSURÉ
Il s'agit des soins (dont la rééducation) nécessaires après la fin de l'incident assuré.

SOINS REÇUS DANS LE PAYS DE RÉSIDENCE
Il s'agit des soins dans le pays de résidence principal, dans le pays d'emploi principal ou dans tout autre pays dans lequel la personnes assurée est déjà assurée en cas de risques sanitaires et d'accidents.

SUBSTANCES, PRODUITS PERSONNELS ET COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES
Les substances, produits personnels et compléments alimentaires, y compris les vitamines et minéraux (sauf pendant la grossesse pour soigner les syndromes diagnostiqués de carence en vitamines), rince-bouche, dentifrice, pastilles et sprays antiseptiques, shampooing, crème solaire, produits cosmétiques, désinfectant, gants, masques, visières, thermomètres, nourriture pour enfants, fournitures pour bébés et lait maternisé administré oralement. Ces produits sont exclus même s'ils ont été médicalement recommandés ou prescrits, ou bien reconnus pour avoir des effets thérapeutiques. Les frais de consultations auprès de

nutritionnistes ou diététiciens ne sont pas couverts non plus, à moins qu'une garantie spécifique n'apparaisse dans votre tableau des garanties.

TOXICOMANIE OU ALCOOLISME

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

TRAITEMENT COSMÉTIQUE

Tout traitement cosmétique ou esthétique afin de mettre en valeur votre apparence, 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 à cette exclusion est la chirurgie réparatrice dans le but de rétablir une fonction ou un aspect physique après un accident défigurant, ou à la suite d'une chirurgie liée au traitement d'un cancer, à condition que l'accident ou l'intervention chirurgicale initiale aient également été couverts par cette police.

TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ

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

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.

TRAITEMENT PARAMÉDICAL

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

TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE
Tout traitement psychiatrique et la psychothérapie.

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 :

- **Frais d'une personne accompagnant une personne assurée évacuée ou rapatriée ;**
- **Oncologie ;**
- **Greffe d'organe ;**
- **Soins palliatifs et soins de longue durée**
- **Orthoptie et ergothérapie prescrites ;**
- **Traitement préventif ;**
- **Bilan de santé, dont le dépistage de maladies ;**
- **Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/rapatriement ;**
- **Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps ;**
- **Frais de transport des personnes assurées pour se rendre auprès d'un parent proche qui est en danger de mort ou décédé ;**
- **Vaccinations.**

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

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

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

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

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

Veuillez noter que les numéros gratuits ne sont pas toujours accessibles depuis un téléphone mobile. Dans ce cas, veuillez composer l'un des numéros indiqués ci-dessus. Les appels téléphoniques sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires. Veuillez noter que seul le souscripteur (ou tout représentant désigné) ou le gestionnaire de la police collective peut apporter des modifications à la police. Des questions de sécurité seront posées lors de chaque appel, pour vérifier l'identité de la personne qui appelle.

E-mail :	client.services@e.allianz.com
Adresse :	**Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande**

www.allianzcare.com

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

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

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. Enregistrée en France : 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.