



Couvertures médicales

Conditions générales pour contrats individuels

Entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2011



Allianz 
Allianz Worldwide Care

Bienvenue chez Allianz Worldwide Care

Cette brochure décrit en détails comment nous vous offrons accès aux soins dont vous avez besoin, lorsque vous en avez le plus besoin. Elle présente les garanties standard et les règles de votre police avec Allianz Worldwide Care. Veuillez lire ces conditions générales conjointement avec votre certificat d'assurance et votre tableau des garanties afin de vous assurer que vous comprenez parfaitement votre niveau de couverture.

Nous vous remercions d'avoir choisi Allianz Worldwide Care comme prestataire d'assurance santé. Nous vous recommandons de lire avec attention tous les documents relatifs à la couverture que vous avez sélectionnée afin d'être sûr qu'elle vous apporte entière satisfaction.

Vous et votre famille pouvez compter sur Allianz Worldwide Care, votre compagnie d'assurance santé, pour vous donner accès aux meilleurs soins possibles. En tant que spécialistes en assurances maladie, nous vous proposons un service rapide, flexible et totalement fiable.

Ceci est une traduction française du document en anglais « Individual Benefit Guide ». La version en anglais de ce document 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. Allianz Worldwide Care Limited, filiale du groupe Allianz, est enregistrée en Irlande et régie par la Banque Centrale d'Irlande. Siège social : 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. No. : 310852

Sommaire

Introduction	5-6	Ce qui n'est pas pris en charge	37-47
Services réservés aux affiliés	7-13	Paiement des primes et informations générales	48-63
Service téléphonique	7	Paiement des primes	48
Assistance téléphonique d'urgence	8	Evénements importants	50
Service de conseils médicaux MediLine	8	Informations générales	56
Pack d'adhésion	9		
Services en ligne	11	Procédure de remboursement	64-74
Annuaire de prestataires médicaux	13	Demandes de remboursement en hospitalisation	64
		Demandes de remboursement en médecine courante ou dentaire	65
		Demandes de paiement en cas de décès accidentel	69
		Entente préalable	70
		Soins aux Etats-Unis	74
Votre couverture	14-36	Questions / réponses	75-76
Plafonds des garanties	14	Faire une réclamation	77
Nécessité médicale	15		
Pathologies chroniques	15	Définitions	78-90
Pathologies préexistantes	16		
Délai de carence	16	Conditions générales supplémentaires	91-94
Franchises ou quotes-parts	17		
Votre zone de couverture	17		
Votre formule Hospitalisation expliquée	18		
Autres garanties de la formule Hospitalisation	19		
Votre formule Médecine Courante expliquée	32		
Votre formule Dentaire expliquée	34		
Votre formule Rapatriement expliquée	35		

Introduction

Détails de votre police d'assurance avec nous.

Si vous avez besoin d'aide ou d'informations supplémentaires concernant votre couverture, n'hésitez pas à nous contacter. La liste complète de nos coordonnées se trouve en page 7.

La police est un contrat annuel conclu entre Allianz Worldwide Care et l'affilié mentionné sur le certificat d'assurance. Le contrat est composé :

- Des conditions générales pour contrats individuels, du certificat d'assurance, du tableau des garanties et de tout avenant au contrat ;
- Des informations fournies à Allianz Worldwide Care dans le bulletin d'adhésion signé, le bulletin d'adhésion en ligne ou le formulaire de déclaration de santé (nommés ci-après « bulletin d'adhésion approprié ») ou dans tout autre document médical justificatif, par ou au nom des assurés.

Pour bien comprendre les termes de votre police d'assurance, nous vous recommandons de lire attentivement ce document conjointement avec

votre tableau des garanties et votre certificat d'assurance. Vos documents contractuels décrivent les garanties et les limites de la formule que vous avez sélectionnée, c'est-à-dire votre couverture, vous expliquent comment effectuer une demande de remboursement et détaillent toutes les conditions générales de votre police d'assurance avec nous.

Les formules choisies sont indiquées dans votre certificat d'assurance et dans le tableau des garanties, tous deux inclus dans votre pack d'adhésion. Les avenants ou conditions particulières uniques à votre couverture sont mentionnés dans le certificat d'assurance (et ont été détaillés dans un formulaire de conditions particulières émis avant le début de votre police).

Veillez noter qu'une entente préalable est exigée pour tous les soins en hospitalisation, et qu'elle peut être nécessaire pour d'autres garanties. Si l'entente préalable n'est pas obtenue pour des soins pour lesquels elle est requise, nous nous réserverons le droit de refuser la demande de remboursement. Pour de plus amples informations sur l'entente préalable, veuillez vous reporter aux pages 70 à 73.

Services réservés aux affiliés

Tous nos services réservés aux affiliés vous sont présentés ci-dessous.

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.

Service téléphonique

L'équipe de professionnels multilingues d'Allianz Worldwide Care est à votre disposition 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour répondre à vos questions sur la police d'assurance. Les membres du service téléphonique peuvent accéder instantanément aux détails de votre police et à l'historique des communications échangées avec nous afin de vous fournir l'aide nécessaire telle que confirmer la prise en charge d'un traitement ou vous informer sur le statut de vos demandes de remboursement. Vous pouvez nous contacter par email, téléphone ou fax aux coordonnées suivantes :

Service téléphonique

Email : client.services@allianzworldwidecare.com

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
Fax :	+ 353 1 630 1306

Pour consulter la liste de nos **numéros gratuits**, rendez-vous sur www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers. Veuillez noter que les numéros gratuits ne sont pas toujours accessibles depuis un téléphone mobile. Dans ce cas, veuillez composer un des numéros indiqués ci-dessus.

Assistance téléphonique d'urgence

Si vous devez recevoir des soins médicaux d'urgence dans un hôpital ou une clinique, veuillez, dans la mesure du possible, contacter sans délai notre service téléphonique. Notre assistance téléphonique d'urgence est disponible 24 heures sur 24, 365 jours par an, afin de vous offrir une gamme de services tels que l'organisation d'une évacuation médicale d'urgence.

En cas d'urgence, l'obtention d'une entente préalable n'est pas requise à l'avance pour des soins en hospitalisation ; toutefois nous devons en être informés **dans les 48 heures** suivant l'incident et à ce moment-là, le service téléphonique pourra recueillir les détails de l'entente préalable. Nous pourrions ainsi organiser le règlement direct de vos

frais d'hôpital, lorsque cela sera possible, et traiter votre demande de remboursement dans les plus brefs délais.

Service de conseils médicaux MediLine

Ce service, fourni par une équipe médicale anglophone expérimentée, dispense des informations et des conseils sur une large gamme de sujets tels que la pression artérielle, les régimes, les maladies infectieuses, les premiers secours, les soins dentaires, les vaccins, l'oncologie, l'infirmité, la parole, la stérilité, la pédiatrie, la santé mentale et la santé générale. Pour accéder à ce service de conseils médicaux disponible 24 heures sur 24, 365 jours par an, composez le numéro suivant :
+ 44 (0) 208 416 3929.

Pour toute question concernant votre police d'assurance ou vos demandes de remboursement, veuillez contacter directement le service téléphonique d'Allianz Worldwide Care.

Veillez noter que le service MediLine, ainsi que les informations et ressources médicales qu'il fournit, ne saurait en aucun cas remplacer l'avis d'un professionnel de santé ou les soins que les médecins fournissent à leurs patients. Il ne saurait aussi être sollicité pour obtenir un diagnostic ou un traitement médical et ne doit pas être utilisé à cette fin. Vous devez obtenir l'avis de votre médecin avant de commencer tout nouveau traitement ou si vous avez des questions concernant un problème de santé. Vous comprenez et acceptez le fait qu'Allianz Worldwide Care n'est pas responsable ou passible de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation de ce service ou des informations ou ressources fournies par ce service. Les appels à MediLine 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.

Pack d'adhésion

Une fois le contrat d'assurance signé avec Allianz Worldwide Care garantissant une couverture santé pour vous et vos ayants droit (le cas échéant), un pack d'adhésion complet vous est alors remis. Ce pack est composé des documents suivants :

- **Votre carte d'affiliation personnalisée**
Nous fournissons à chaque assuré une carte d'affiliation personnalisée qui contient les coordonnées et numéros indispensables pour nous contacter. Nous vous recommandons de toujours avoir cette carte sur vous. Si vous la perdez ou si des corrections sont nécessaires (par exemple l'orthographe d'un nom), contactez simplement notre service téléphonique par email ou par téléphone et une nouvelle carte vous sera envoyée.

- **Votre certificat d'assurance**

Votre certificat d'assurance indique la couverture que vous avez choisie pour vous et vos ayants droit (le cas échéant). Il indique également les dates de début et de renouvellement de votre couverture (et les dates effectives auxquelles ont été ajoutés vos ayants droit) et tout avenant ou condition particulière unique à votre couverture. Il est important que vous vous assuriez de l'exactitude des informations. Si des corrections sont nécessaires, veuillez nous les faire savoir dans les plus brefs délais.

- **Votre tableau des garanties**

Votre tableau des garanties résume votre couverture et indique les garanties qui requièrent une entente préalable. Pour bien comprendre votre couverture, nous vous recommandons de lire attentivement votre

tableau des garanties conjointement avec ce guide et votre certificat d'assurance.

- **Les conditions générales pour contrats individuels**

Ce guide présente les garanties et les règles de votre police d'assurance. Nous vous recommandons de le lire attentivement, conjointement avec votre certificat d'assurance et votre tableau des garanties.

- **Un formulaire d'entente préalable**

Un formulaire d'entente préalable doit nous être remis pour approbation avant tout traitement présenté en pages 71 et 72 de ce guide et identifié par un 1 ou un 2 dans votre tableau des garanties. Veuillez noter que le formulaire d'entente préalable est également disponible sur notre site Internet.

- **Un formulaire de demande de remboursement**

Les formulaires de demande de remboursement dûment complétés sont traités et les instructions de paiement sont adressées à votre banque en moins de 48 heures. Si des informations supplémentaires sont nécessaires pour compléter la demande, vous ou votre médecin en serez informé par email ou par courrier dans les 48 heures suivant la réception du formulaire. Un email vous sera automatiquement envoyé (si votre adresse email nous a été communiquée) pour vous informer du traitement de votre demande. Veuillez noter que le formulaire de demande de remboursement est également disponible sur notre site Internet.

- **Votre nom d'utilisateur et mot de passe pour les services en ligne**

Pour accéder à nos services en ligne, veuillez utiliser le nom d'utilisateur et le mot de passé fournis dans votre pack d'adhésion.

Services en ligne

Vous pouvez accéder à nos services en ligne sécurisés depuis notre site Internet www.allianzworldwidecare.com/members.

Vous pouvez utiliser l'identifiant indiqué dans une lettre incluse dans votre pack d'adhésion.

Si vous n'avez pas reçu votre identifiant, vous pourrez accéder à votre compte en ligne en cliquant sur le lien « S'inscrire » dans l'écran « Affiliés » du notre site Internet. Veuillez saisir votre numéro de

police, nom et date de naissance tels qu'indiqués dans les documents de votre pack d'adhésion. Un email automatique détaillant votre identifiant vous sera envoyé à l'adresse email que nous avons dans nos registres (si elle nous a été communiquée).

Les services en ligne vous permettent les actions suivantes :

- Afficher et modifier vos informations personnelles en ligne ;
- Récupérer de manière sécurisée le nom d'utilisateur et le mot de passe en cas de perte ou d'oubli ;
- Télécharger votre certificat d'assurance et les conditions générales pour contrats individuels ;
- Télécharger la carte d'affiliation au format PDF, pour les affiliés qui nous ont rejoints depuis 2007 ;
- Consulter votre tableau des garanties et vérifier le montant de remboursement encore disponible ;
- Confirmer le statut des demandes de remboursement soumises et visualiser la correspondance échangée à ce sujet ;
- Afficher une description des transactions concernant les primes et les informations sur les primes dues ;
- Payer votre prime due en ligne ;
- Mettre à jour les données de votre carte bancaire, si nécessaire.

Pour obtenir de l'aide sur les services en ligne, veuillez contacter notre service téléphonique.

Annuaire de prestataires médicaux

Notre annuaire de prestataires médicaux est disponible sur le site Internet d'Allianz Worldwide Care www.allianzworldwidecare.com/members. Cet annuaire en ligne permet de rechercher des hôpitaux, cliniques, médecins et spécialistes par pays, avec la possibilité de restreindre la recherche à une région ou à une ville. Il est aussi possible de cibler plus précisément la catégorie de praticiens (ex. : médecine interne) ou la spécialité (ex. : chirurgie, neurochirurgie, traumatologie, etc.). **Vous n'êtes pas limité aux prestataires figurant dans cet annuaire.**

Votre couverture

Vous trouverez ci-dessous une vue d'ensemble de votre couverture médicale.

Cette section vous donne un aperçu de la couverture que nous fournissons pour chaque formule. Veuillez observer que la couverture est sujette aux définitions, exclusions et restrictions et à toute condition particulière indiquée dans votre certificat d'assurance (et dans le formulaire de conditions particulières émis avant le début de votre police). Pour toute question concernant votre couverture, veuillez contacter notre service téléphonique afin de confirmer vos droits.

Plafonds des garanties

Deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans le tableau des garanties. Le **plafond global de la formule**, applicable à certaines d'entre elles, est le montant maximum que nous paierons pour l'ensemble des garanties, par affilié, par année d'assurance, et sous cette formule en particulier.

Certaines garanties ont également un **plafond propre**, par exemple « Soins à domicile ou dans un centre de convalescence ». Ces plafonds de garantie peuvent être appliqués soit « par année d'assurance », « durant la vie de l'assuré » ou « par événement », comme par voyage, par visite ou par grossesse. Nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties, par exemple « 65 % des frais réels, jusqu'à 4 150 £/5 000 €/7 100 \$/7 500 CHF ». Lorsque le plafond de garantie s'applique ou lorsque le terme « 100 % des frais réels » est indiqué pour certaines garanties, le remboursement sera sujet au plafond global de la formule, si celle-ci en a un. Tous les plafonds s'appliquent par affilié et par année d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

Nécessité médicale

En tant que compagnie d'assurances, nos clients attendent de nous que nous contrôlions les frais médicaux, dans la mesure du possible, dans le but de maintenir des primes abordables. Pour cela, notre équipe de professionnels de santé hautement expérimentés s'assure que les interventions médicales prévues sont appropriées et médicalement nécessaires. Par médicalement nécessaires, il faut entendre que les soins doivent être donnés en quantité et en qualité appropriées pour traiter la pathologie, la maladie ou la blessure du patient.

De plus, notre équipe d'experts en sinistres s'assure que nous ne remboursons que les prestataires médicaux dont le coût des soins est raisonnable et d'usage. Par raisonnable et d'usage, nous entendons que les montants facturés sont conformes aux

procédures médicales standard et généralement reconnues. Si nous considérons un sinistre inapproprié, nous nous réservons le droit de diminuer le montant à rembourser.

Pathologies chroniques

Est considérée comme une pathologie chronique toute maladie ou blessure ayant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Est de nature récurrente ;
- Est sans remède identifié et généralement reconnu ;
- Répond difficilement à tout type de traitement ;
- Requiert un traitement palliatif ;
- Nécessite un suivi ou un contrôle prolongé ;
- Conduit à un handicap permanent.

Les pathologies chroniques (y compris les pathologies chroniques préexistantes) ne sont pas toujours prises en charge par votre couverture. Veuillez vous référer à la section « Notes » de votre tableau des garanties pour vérifier si les pathologies chroniques sont ou non couvertes.

Pathologies préexistantes

Est considérée comme une pathologie préexistante tout problème de santé ou problème lié dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours des cinq années précédant le début de la couverture, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Tout problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droit auraient raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante.

Les pathologies préexistantes ne sont pas toujours prises en charge par votre couverture. Veuillez vous référer à la section « Notes » de votre tableau des garanties pour vérifier si les pathologies préexistantes sont ou non couvertes. Une pathologie préexistante non déclarée dans le bulletin d'adhésion approprié ne sera pas prise en charge. **De plus, tout problème de santé survenant après avoir complété le bulletin d'adhésion approprié et avant la confirmation de la couverture par notre service de souscription sera également considéré comme préexistant et ne sera pas couvert en cas de non-déclaration.**

Délai de carence

Un délai de carence est une période commençant à la date de début de votre police (ou à sa date d'entrée en vigueur si vous êtes un ayant droit) pendant laquelle vous ne pouvez prétendre à

certaines garanties. Votre tableau des garanties indiquera celles concernées par un délai de carence. Veuillez noter que si vous souhaitez une couverture ou zone de couverture plus importante et que cela est accepté lors du renouvellement de la police, des délais de carence pourront s'appliquer.

Franchises ou quotes-parts

Une franchise correspond à un montant à votre charge qui est déduit de la somme remboursable. Une quote-part est un pourcentage des frais encourus qui reste à votre charge. Certaines formules peuvent inclure une quote-part maximum par affilié et par année d'assurance, et lorsque cela sera le cas, le montant que vous devrez payer sera plafonné au montant indiqué dans votre tableau des garanties. Les franchises et quotes-parts, lorsque applicables, sont payables par personne, par année d'assurance,

sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

Veuillez vous référer à votre tableau des garanties pour vérifier si des franchises ou des quotes-parts s'appliquent aux garanties de la formule que vous avez choisie. Les franchises ou quotes-parts peuvent s'appliquer séparément aux formules Hospitalisation, Médecine Courante, Dentaire ou Rapatriement, ou bien à la combinaison entre ces couvertures.

Votre zone de couverture

La zone géographique de couverture que vous avez sélectionnée est confirmée dans votre certificat d'assurance.

Votre formule Hospitalisation expliquée

Les différentes garanties que nous pouvons offrir vous sont résumées dans cette section. Celles dont vous bénéficiez sont précisées dans votre tableau des garanties.

Garanties hospitalières

En cas d'hospitalisation, vous serez remboursé pour les garanties incluses dans votre formule Hospitalisation, dans les limites de votre couverture. Les garanties hospitalières comprennent entre autres la chambre d'hôpital, les frais d'anesthésie et de bloc opératoire, les frais chirurgicaux, les appareillages chirurgicaux, les prothèses et les analyses. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour connaître celles dont vous bénéficiez. Une entente préalable est

requis avant tout traitement hospitalier indiqué dans votre tableau des garanties.

Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier

Si les soins psychiatriques et de psychothérapie sont compris dans votre couverture, ils vous seront remboursés dans la limite du montant spécifié dans votre tableau des garanties, en cas d'hospitalisation uniquement, sauf accord contraire. Cette garantie peut être soumise à un délai de carence.

Frais de séjour d'un parent restant à l'hôpital avec un enfant assuré

Si cette garantie est incluse, en cas d'hospitalisation d'un enfant assuré, les frais d'hébergement d'un parent restant avec cet enfant seront couverts durant

la durée de l'hospitalisation, dans la limite du montant précisé dans le tableau des garanties. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, nous prendrons en charge l'équivalent d'une chambre dans un hôtel trois étoiles. Veuillez vérifier dans votre tableau des garanties si une limite d'âge s'applique à l'enfant.

Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation

Si cette garantie est comprise dans votre formule Hospitalisation, les soins dentaires d'urgence nécessitant une hospitalisation suite à un accident grave seront remboursés dans la limite du montant indiqué dans votre tableau des garanties. Veuillez noter que 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.

Autres garanties de la formule Hospitalisation

Toutes ou certaines des garanties suivantes peuvent être incluses dans votre formule. Celles dont vous bénéficiez sont précisées dans votre tableau des garanties.

Hospitalisation de jour

Si cette garantie est fournie dans votre formule Hospitalisation, la prise en charge sera assurée pour une hospitalisation de jour planifiée et effectuée dans un hôpital ou un centre médical de jour, dans la limite du montant figurant dans le tableau des garanties. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Chirurgie ambulatoire

Si cette garantie est comprise dans votre formule, vous serez couvert pour toute intervention chirurgicale réalisée dans un cabinet chirurgical, un hôpital, un centre médical de jour ou dans un service de médecine courante, dans la limite du montant prévu dans le tableau des garanties. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Soins à domicile ou dans un centre de convalescence

Si cette garantie est prévue dans votre formule Hospitalisation, vous serez couvert pour les soins reçus à domicile ou dans un centre de convalescence si ces soins sont administrés immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation, dans la limite du montant prévu dans le tableau des

garanties. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise. Veuillez également noter que cette garantie ne rembourse pas les soins palliatifs ou de longue durée qui, le cas échéant, sont couverts par une garantie distincte.

Rééducation

Si cette garantie est incluse dans votre formule, les soins reçus dans un centre de rééducation habilité, immédiatement après la fin d'un traitement médical aigu, seront pris en charge. Le montant couvert est indiqué dans votre tableau des garanties. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Transport local en ambulance

Si cette garantie est comprise dans votre formule Hospitalisation, la prise en charge sera assurée pour

le transport en ambulance, requis en cas d'urgence ou de nécessité médicale, jusqu'à l'hôpital ou l'établissement médical habilité le plus proche et le mieux adapté à votre situation, dans la limite du montant précisé dans le tableau des garanties.

Somme forfaitaire pour maternité/paternité (formule santé pour les Iles anglo-normandes uniquement)

Si cette garantie est prévue dans votre formule, une somme forfaitaire sera versée pour la naissance d'un enfant à charge à chacun des parents assurés avec Allianz Worldwide Care. Cette somme ne sera versée que si les soins ne sont pas facturés par l'hôpital. Cette garantie est limitée au montant figurant dans le tableau des garanties.

Pour en bénéficier, vous devez nous faire parvenir une copie du certificat de naissance de l'enfant dans les trois mois suivant sa naissance.

Pour prétendre à cette garantie, la mère ou le père doivent être couverts par notre assurance santé réservée aux Iles anglo-normandes depuis au moins 10 mois consécutifs avant la naissance de l'enfant.

Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture

Si cette garantie est applicable, vous et vos ayants droit serez couverts pour les soins d'urgence uniquement, reçus au cours de voyages d'affaires ou touristiques en dehors de votre zone géographique de couverture (le cas échéant). La couverture est fournie pour une période maximum de six semaines par voyage et dans la limite du montant spécifié dans

le tableau des garanties. Vous ne serez pas couverts pour les soins de suivi ou thérapeutiques non urgents, et ce même si vous êtes dans l'incapacité de vous rendre dans un pays de votre zone géographique de couverture. Pour les déplacements de plus de six semaines en dehors de votre zone de couverture, veuillez nous contacter.

Vous êtes couverts non seulement en cas d'urgence mais aussi pour le début soudain ou l'intensification d'une maladie grave qui entraîne une pathologie médicale menaçant immédiatement votre santé. Pour être considéré comme un soin d'urgence, et ainsi être couvert par cette garantie, veuillez vous rappeler que le traitement médical, administré par un praticien, médecin généraliste ou spécialiste, doit commencer dans les 24 heures suivant l'incident.

Les frais liés à la maternité, la grossesse, l'accouchement ou toute complication durant la grossesse ou l'accouchement sont exclus de cette garantie.

Evacuation médicale

Si le traitement nécessaire pour lequel vous êtes couvert ou si la transfusion sanguine requise en cas d'urgence ne peuvent être dispensés localement, vous serez alors évacué en ambulance, en hélicoptère ou en avion, vers le centre médical approprié le plus proche (qui peut se situer ou non dans votre pays d'origine). Si cette garantie est comprise dans votre formule Hospitalisation, vous serez couvert à hauteur du montant figurant dans le tableau des garanties.

L'évacuation médicale sera réalisée par le moyen de transport le plus économique et le mieux adapté à votre état médical, et votre médecin doit en faire la demande. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

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.

Lorsqu'un assuré est évacué vers le centre médical approprié le plus proche pour y recevoir un **traitement continu**, nous prendrons aussi en charge le coût raisonnable 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 et le principal pays de résidence. L'hébergement d'un accompagnateur est exclu. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Si du sang ne peut être trouvé, et lorsque cela s'avère approprié et conseillé par le médecin traitant, nous ferons notre possible pour localiser et faire transporter du sang ainsi que du matériel de transfusion stérile. La décision d'entreprendre cette démarche reste cependant du ressort exclusif de nos conseillers médicaux. Allianz Worldwide Care et ses agents n'accepteront d'être tenus responsables si les démarches entreprises n'aboutissent pas ou si du sang ou des équipements contaminés sont utilisés.

Frais d'une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié

Si cette garantie est comprise dans votre formule, elle permettra à une personne de voyager avec un assuré évacué ou rapatrié. Si l'accompagnateur ne peut pas voyager dans le même véhicule, nous lui paierons le transport aller-retour en classe économique. Les frais seront couverts dans la limite du montant spécifié dans le tableau des garanties. Les frais d'une chambre d'hôtel ou autres dépenses liées ne sont pas pris en charge. Veuillez noter qu'une entente préalable est également requise.

Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation

Si cette garantie est comprise dans votre formule, elle permettra à tous les membres assurés de la famille

de voyager avec un assuré évacué. Si la famille ne peut pas voyager dans le même véhicule, nous paierons le transport aller-retour en classe économique. Les frais seront couverts dans la limite du montant spécifié dans le tableau des garanties. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Rapatriement du corps

En cas de décès, lorsque cela est couvert, nous verserons une compensation dont le montant maximum est indiqué dans le tableau des garanties, pour couvrir le coût du rapatriement du corps de la personne assurée de son principal pays de résidence vers le pays de la sépulture.

Cette garantie couvre 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 de toute personne accompagnant le corps ne sont pas pris en charge, sauf indication contraire dans le tableau des garanties. Nous devons approuver au préalable toutes les dépenses liées au rapatriement d'un corps et pour cela une entente préalable est requise.

Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps

Si cette garantie est comprise dans votre formule, elle couvrira les frais de transport raisonnables, de tout membre assuré de la famille qui résidait à l'étranger avec l'affilié décédé, afin de se rendre dans le pays

d'origine ou le pays de sépulture choisi par le défunt. Les frais seront couverts dans la limite du montant spécifié dans le tableau des garanties. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Scanographie, IRM, tomographie et scanographie-tomographie

La scanographie, l'IRM, la tomographie ainsi que les systèmes combinés scanographie-tomographie, dans le cadre d'une hospitalisation ou en médecine courante, peuvent être remboursés dans les limites de votre formule Hospitalisation (veuillez vous référer à votre tableau des garanties). Une entente préalable n'est pas nécessaire pour la scanographie mais elle est requise pour l'IRM, la tomographie et les systèmes combinés scanographie-tomographie.

Oncologie

Si cette garantie est comprise dans votre formule Hospitalisation, les honoraires des spécialistes et les frais d'examen, de radiothérapie, de chimiothérapie et d'hôpital occasionnés dans le cadre d'un traitement planifié du cancer seront couverts, et ce à compter du moment du diagnostic, et dans la limite du plafond indiqué dans le tableau des garanties. En cas d'hospitalisation et de soins de jour en hôpital, une entente préalable est requise.

Maternité

Si cette garantie est incluse, elle fait référence aux frais médicalement nécessaires occasionnés pendant la grossesse et l'accouchement, comprenant les frais d'hôpital, les honoraires des spécialistes, les soins pré et postnataux prodigués à la mère, les honoraires de

sage-femme (uniquement au cours de l'accouchement) ainsi que les soins apportés au nouveau-né. Toute césarienne non médicalement nécessaire sera couverte dans la limite du coût d'un accouchement naturel réalisé dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie. Les frais liés aux complications de grossesse ou aux complications à l'accouchement ne sont pas couverts par cette garantie.

Si vous disposez de la garantie maternité, cela sera indiqué dans votre tableau des garanties ainsi que tout plafond ou délai de carence applicable. Les frais de maternité sont remboursés « par grossesse » ou « par année d'assurance » (cela est également confirmé dans votre tableau des garanties).

Pour bénéficier de cette garantie, veuillez noter qu'une entente préalable est requise en cas d'hospitalisation uniquement.

Complications de grossesse

Si cette garantie est comprise dans votre couverture, les complications de grossesse concernent la santé de la mère, et 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.

Veuillez vérifier dans votre tableau des garanties si vous en bénéficiez et si elle est soumise à un plafond ou délai de carence. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise en cas d'hospitalisation uniquement.

Complications à l'accouchement

Les complications à l'accouchement désignent uniquement les pathologies suivantes qui surviennent durant l'accouchement et qui nécessitent une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire. Si elles sont couvertes, cela sera précisé dans votre tableau des garanties.

Les complications à l'accouchement ne seront prises en charge que si vous disposez également d'une garantie maternité. Veuillez noter que les complications à l'accouchement couvrent également la césarienne lorsque celle-ci est médicalement nécessaire. Veuillez vérifier dans votre tableau des garanties si vous en bénéficiez et si elle est soumise à un plafond ou délai de carence. Une entente préalable est requise en cas d'hospitalisation uniquement.

Accouchement à domicile

Si cette garantie est incluse dans votre formule, en cas d'accouchement à domicile, nous verserons une somme forfaitaire telle qu'indiquée dans le tableau des garanties.

Couverture des nouveau-nés

Les nouveau-nés (à l'exception des naissances multiples) sont couverts dès la naissance sans souscription médicale, à condition que nous en soyons informés dans les quatre semaines suivant la date de naissance et que la mère biologique ait été assurée chez nous depuis au moins six mois consécutifs. Si nous en sommes informés plus de quatre semaines après la naissance, les nouveau-nés feront l'objet d'une souscription médicale complète et ne seront couverts qu'à la date de notre

acceptation. Pour ajouter un nouveau-né à votre police, vous devez adresser une requête écrite par email à notre service de souscription : underwriting@allianzworldwidecare.com.

Le traitement hospitalier administré à des naissances multiples, dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, est couvert à hauteur de 24 900 £/30 000 €/42 500 US\$/45 000 CHF maximum par enfant durant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les termes prévus par la formule Médecine Courante.

Veuillez noter que toutes les naissances multiples seront soumises à une souscription médicale complète.

Correction visuelle au laser

Lorsque couverte, la correction visuelle au laser correspond au traitement chirurgical visant à améliorer la capacité de réfraction de la cornée par une intervention au laser, et inclut les examens pré-opératoires nécessaires. Veuillez vérifier dans votre tableau des garanties si la correction visuelle au laser est prise en charge. Le cas échéant, la couverture sera limitée au montant figurant dans le tableau des garanties et à une intervention au cours de la vie de l'assuré.

Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation

Si cette garantie est indiquée dans votre tableau des garanties, une somme définie vous sera versée pour chaque nuit passée à l'hôpital, dans la limite d'un nombre maximum de nuits par année d'assurance.

Cette garantie ne s'applique que si le traitement administré est totalement gratuit et inclus dans votre couverture médicale. Le montant payable par nuit et le nombre maximum de nuits sont précisés dans le tableau des garanties.

Frais de transport (formule santé pour les Iles anglo-normandes uniquement)

Si une hospitalisation de jour dans un hôpital privé, des soins en médecine courante post-opératoires ou un traitement hospitalier sont nécessaires, si votre couverture les prend en charge et si votre médecin nous a informés par écrit de la nécessité médicale d'un déplacement dans une autre Ile anglo-normande, au Royaume-Uni ou en France, nous rembourserons chaque trajet aller-retour dans la limite du montant précisé dans le tableau des garanties. Seuls les frais de transport suivants sont couverts par cette garantie :

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

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

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

Une entente préalable est requise. Une attestation écrite émanant du Ministère de la Santé britannique

est également nécessaire, confirmant que vous ne recevez pas d'indemnité de transport.

Soins d'urgence sans hospitalisation

Cette garantie couvre les soins reçus aux urgences suite à un accident ou à une maladie soudaine. Pour être considérés comme une urgence, les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'incident. Si vous bénéficiez de cette garantie, elle figurera dans votre tableau des garanties ainsi que son plafond.

Cependant, si vous avez également choisi une formule Médecine Courante, le montant des soins en médecine courante excédant le plafond de la garantie « Soins d'urgence sans hospitalisation » sera également pris en charge, selon les termes de la formule.

Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation

Si cette garantie est comprise dans votre formule, vous serez couvert pour les soins reçus dans un cabinet de chirurgie dentaire ou dans un service d'urgences pour le soulagement immédiat d'une douleur dentaire. Les plombages temporaires, dans la limite de trois par année d'assurance, et la réparation de dommages causés lors d'un accident seront également pris en charge. Les soins doivent être reçus dans les 24 heures suivant l'incident. Les prothèses dentaires et les traitements endodontiques sont exclus.

La garantie pour les soins dentaires d'urgence est limitée à la somme spécifiée dans le tableau des garanties. Cependant, si vous avez également choisi une formule dentaire, le montant des soins dentaires excédant le plafond de la garantie « Soins dentaires

d'urgence sans hospitalisation » sera également pris en charge, selon les termes de la formule.

Soins palliatifs et soins de longue durée

Si cette garantie est comprise dans votre formule Hospitalisation, la prise en charge sera assurée pour les frais relatifs aux traitements reçus dans le but d'apaiser les souffrances physiques et psychologiques causées par une maladie évolutive et incurable et afin de maintenir une certaine qualité de vie. Cette garantie est limitée au montant indiqué dans votre tableau des garanties et une entente préalable est requise pour les soins de longue durée et les soins palliatifs.

Décès accidentel

Si cette garantie est incluse dans votre formule, nous verserons une somme forfaitaire en cas de décès d'un affilié adulte âgé de 18 à 70 ans. Le montant sera précisé dans le tableau des garanties. Les affiliés qui souhaitent désigner un bénéficiaire différent de ceux spécifiés dans la section « Demandes de paiement en cas de décès accidentel » de ce guide (pages 69 et 70) peuvent le faire en contactant notre service téléphonique.

Votre formule Médecine Courante expliquée

Nous proposons différentes formules Médecine Courante, chacune offrant divers niveaux de remboursement, de franchise ou de quote-part. Votre **formule Médecine Courante**, si vous en avez

choisi une, comprend toutes ou certaines des garanties suivantes :

- Consultations de médecin généraliste ;
- Prescription de médicaments ;
- Consultations de spécialiste ;
- Analyses ;
- Vaccinations ;
- Consultations de chiropracteur, d'ostéopathe, d'homéopathe, de phytothérapeute et d'acupuncteur ;
- Consultations prescrites de kinésithérapeute, d'orthophoniste, d'orthoptiste et d'ergothérapeute ;
- Bilans de santé, incluant les examens de dépistage de maladies (plus de détails ci-dessous) ;
- Traitement de la stérilité (plus de détails ci-dessous) ;

- Psychiatrie et psychothérapie ;
- Aides médicales prescrites ;
- Lunettes et lentilles de contact prescrites.

Veillez consulter votre tableau des garanties pour confirmer la couverture en médecine courante dont vous bénéficiez. Une entente préalable est requise pour l'ergothérapie (pour les consultations en médecine courante uniquement). Un délai de carence peut aussi s'appliquer à certaines de ces garanties.

Bilans de santé, incluant les examens de dépistage de maladies

Sauf accord contraire, votre couverture comprend les bilans de santé, incluant les examens de dépistage de maladies. Les bilans de santé doivent être réalisés régulièrement à certaines périodes de la vie et incluent les examens suivants :

- Examen cardio-vasculaire ;
- Examen neurologique ;
- Dépistage d'un cancer ;
 - Frottis cervico-utérin annuel ;
 - Mammographie (pour les femmes de 50 ans ou plus, ou plus jeunes en cas d'antécédents familiaux) ;
 - Dépistage du cancer de la prostate (pour les hommes de 50 ans ou plus, ou plus jeunes en cas d'antécédents familiaux) ;
- Bilan de santé pour enfant (pour un enfant dont l'âge n'excède pas six ans et limité à 15 visites pour la vie).

Traitement de la stérilité

Vous êtes couvert pour les examens non-invasifs visant à déterminer les causes de la stérilité, dans la limite de la formule Médecine Courante (veuillez

noter que cette garantie **ne concerne pas la formule santé pour les Iles anglo-normandes** qui exclut la recherche des causes de la stérilité).

Si votre tableau des garanties inclut une garantie spécifique pour le traitement de la stérilité, toute recherche complémentaire nécessaire afin d'établir la cause de la stérilité telle que l'hystérosalpingographie, la laparoscopie ou l'hystérogographie sera également couverte. Si un plafond de garantie et un délai de carence s'appliquent, ceux-ci figureront dans votre tableau des garanties.

Cependant, la procréation médicalement assistée ou toute conséquence négative ne sera pas couverte, sauf si vous bénéficiez d'une garantie spécifique pour le traitement de la stérilité. De plus, le traitement hospitalier administré à des naissances multiples, dont la conception a été rendue possible par

procréation médicalement assistée, est couvert à hauteur de 24 900 £/30 000 €/42 500 US\$/45 000 CHF maximum par enfant durant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les termes prévus par la formule Médecine Courante.

Veillez noter que toutes les naissances multiples seront soumises à une souscription médicale complète.

Votre formule dentaire expliquée

Votre couverture dentaire, si vous en avez choisi
Votre formule dentaire, si vous en avez choisi une, ou les garanties dentaires pour lesquelles vous qualifiez sont indiquées dans votre tableau des garanties, ainsi que le niveau de remboursement et les délais de

carence. Veuillez noter que votre formule dentaire peut être soumise à un plafond global maximum.

Votre formule Rapatriement expliquée

Cette couverture est facultative et n'apparaît dans votre tableau des garanties que si elle a été sélectionnée.

Rapatriement sanitaire

Si les soins nécessaires pour lesquels vous êtes couverts ne peuvent pas être prodigués sur place, la formule Rapatriement vous permettra d'être rapatrié dans votre pays d'origine au lieu d'être transporté au centre médical approprié le plus proche. Cependant, votre pays d'origine doit être inclus dans votre zone géographique de couverture. Une fois le traitement

terminé, nous couvrirons également les frais du voyage de retour, en classe économique, vers votre principal pays de résidence si le voyage est effectué dans le mois qui suit la fin des soins. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Frais d'une personne accompagnant l'assuré rapatrié

Si cette garantie est comprise dans votre formule, elle permettra à une personne de voyager avec un assuré rapatrié. Si l'accompagnateur ne peut pas voyager dans le même véhicule, nous lui paierons le transport aller-retour en classe économique. Les frais seront couverts dans la limite du montant spécifié dans le tableau des garanties. Les frais d'une chambre d'hôtel ou autres dépenses liées ne sont pas pris en charge. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement

Si cette garantie est comprise dans votre formule, elle permettra à tous les membres assurés de la famille de voyager avec l'assuré rapatrié. Si la famille ne peut pas voyager dans le même véhicule, nous paierons le transport aller-retour en classe économique. Les frais seront couverts dans la limite du montant spécifié dans le tableau des garanties. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille en danger de mort ou décédé

Si cette garantie est comprise dans votre formule, elle couvrira les frais de transport raisonnables (dans la limite du plafond indiqué dans le tableau des garanties) pour permettre aux membres de la famille assurés de se rendre sur le lieu où un proche au premier degré est en danger de mort ou décédé. Les demandes de remboursement doivent être accompagnées d'un certificat de décès ou d'une attestation du médecin. Cette garantie est limitée à un sinistre pour la durée de la police. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.

Ce qui n'est pas pris en charge

Bien que la plupart des maladies soient couvertes par la police d'assurance, les dépenses liées aux traitements, pathologies et procédures médicales répertoriés ci-dessous en sont exclues, sauf indication contraire dans le tableau des garanties ou dans tout autre avenant écrit.

- a) **Les conditions, exclusions et restrictions standard suivantes s'appliquent à toutes nos formules, sauf indication contraire :**
1. Tout traitement en **dehors de la zone géographique de couverture**, à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence ou que nous ayons autorisé le traitement.
 2. Les produits classés comme **vitamines ou minéraux** (sauf au cours d'une grossesse ou pour traiter une déficience clinique majeure en vitamines), les consultations auprès de nutritionnistes ou de diététiciens, de même que les compléments alimentaires ou diététiques tels que les laits maternisés et les produits cosmétiques spéciaux, même lorsque ceux-ci ont été médicalement recommandés ou prescrits ou bien reconnus pour avoir des effets thérapeutiques. (Pour les bénéficiaires de la **formule santé réservée aux Iles anglo-normandes**, cette exclusion s'applique également à la grossesse.)
 3. Les médicaments qui peuvent être achetés **sans ordonnance**.
 4. Tout traitement prodigué par un **chirurgien plasticien**, que ce soit pour des raisons médicales/psychologiques ou non, ainsi que tout traitement cosmétique ou esthétique afin de mettre en valeur votre apparence, même lorsque ces soins ont été médicalement prescrits. L'exception à cette exclusion est la chirurgie réparatrice qui a pour but de rétablir une fonction ou un aspect physique après un

accident défigurant, ou à la suite d'une chirurgie liée au traitement d'un cancer, à condition que l'accident ou l'acte chirurgical soit survenu pendant votre adhésion à la police.

5. 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.
6. Tout traitement directement lié à la **gestation pour autrui**, que vous soyez la mère porteuse ou le parent d'accueil.
7. Le **capital décès accidentel*** ne sera pas versé si le décès d'un assuré est la cause directe ou indirecte des situations suivantes :
 - Accidents qui surviennent lorsque l'assuré se livre à des activités aéronautiques de tout type, y compris lorsqu'il monte ou descend

d'un appareil, autre qu'en tant que passager payant son vol dans un avion multi-moteur standard opéré par une compagnie aérienne ou charter reconnue ;

- Participation à des courses ou tests de vitesse ou d'endurance de tout type ;
- Participation à des sports motorisés de tout type, y compris la navigation, dans tout bateau destiné à naviguer à une vitesse supérieure à 30 nœuds ;
- Alpinisme, y compris la spéléologie qui requiert l'utilisation de cordes ou de guides ;
- Rafting et canoë en eaux vives, plongée sous-marine et nautisme ou navigation en dehors des eaux côtières (12 milles marins ou plus de la côte).

**Nos conditions, exclusions et restrictions standard s'appliquent également au capital décès accidentel.*

8. Le soin ou traitement des **maladies causées intentionnellement** ou des **blessures auto-infligées**, y compris les tentatives de suicide.
9. Le soin ou traitement de la **toxicomanie** ou de l'**alcoolisme**.
10. Les **maladies, accidents et leurs conséquences**, ainsi que les cas de **décès** qui sont liés à l'**abus d'alcool** ou de **drogues** par l'assuré.
11. Le **retard de développement**, sauf si l'enfant n'a pas atteint le niveau de développement cognitif ou physique prévu pour un enfant de son âge. Nous ne couvrons pas lorsque le développement de l'enfant est légèrement ou temporairement en retard. Le retard du développement, cognitif ou physique, doit avoir été mesuré quantitativement par une personne qualifiée et avoir été estimé à 12 mois.
12. Nous ne couvrons pas les maladies telles que les **troubles du comportement** ou de l'**inattention**, l'**hyperactivité**, les **troubles du spectre autistique**, le **trouble de l'opposition et du défi**, les **comportements anti-sociaux**, les **troubles obsessionnels compulsifs**, les **troubles affectifs ou d'adaptation**, les **troubles alimentaires**, ainsi que tout traitement qui encourage des relations socio-émotionnelles positives comme les **thérapies par la communication** ou par le **jeu et la thérapie familiale**.
13. La **psychothérapie**, en hospitalisation ou médecine courante, n'est couverte que si vous ou vos ayants droit avez été examinés au préalable par un psychiatre et avez été dirigés par ce dernier vers un psychologue clinicien pour un traitement approfondi.
14. Si votre couverture le prévoit, la **psychothérapie en médecine courante** sera limitée à 10 séances

par pathologie, après quoi le traitement devra être examiné à nouveau par le psychiatre référant. Si davantage de séances sont requises, un rapport d'examen justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être remis. Les frais pour un thérapeute ou conseiller familial ne sont pas pris en charge.

15. Le traitement des maladies ou des blessures contractées suite à une **participation active à une guerre, des émeutes, des manifestations, des troubles civils, des actes terroristes, des actes criminels ou à des actes contre une intervention étrangère**, que la guerre ait été déclarée ou non.
16. 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.
17. Les diagnostics ou traitements des **troubles du sommeil**, dont l'insomnie.
18. 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.
19. Les traitements ou procédures diagnostiques pour des **blessures résultant d'une participation à des activités sportives professionnelles**.
20. 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.
21. Les **soins orthomoléculaires** (veuillez vous référer à la définition 1.65).

22. Toute consultation pratiquée, de même que tout médicament ou soin prescrit par vous, votre conjoint, par l'un de vos parents ou l'un de vos enfants.
23. Les honoraires de médecin pour remplir le formulaire de demande de remboursement ou d'autres frais administratifs.
24. La visite à domicile d'un médecin à moins qu'elle n'ait été nécessaire suite à l'apparition soudaine d'une maladie empêchant l'assuré de se rendre chez un médecin généraliste, spécialiste ou tout autre thérapeute.
25. Les tests et traitements liés à l'**obésité**.
26. 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.
27. Les **traitements paramédicaux** à l'exception des traitements indiqués dans le tableau des garanties.
28. Le traitement nécessaire suite **à l'échec de la recherche ou du suivi d'un conseil médical**.
29. Le traitement nécessaire **suite à une erreur médicale**.
30. Toute opération ou traitement lié à un **changement de sexe**.
31. Les **traitements reçus aux Etats-Unis** si nous savons ou soupçonnons que l'affilié a souscrit l'assurance dans le but de se rendre aux Etats-Unis afin d'y recevoir un traitement et si les symptômes de la pathologie concernée étaient connus de l'affilié avant sa souscription.

- 32.** Les frais engendrés par des **complications directement causées par une maladie ou une blessure dont la couverture est exclue ou limitée** selon les termes de votre police d'assurance.
- 33a.** Sauf dans le cas où une garantie spécifique est prévue pour le **traitement de la stérilité**, la couverture est limitée aux **examens non-invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité**, dans les limites de votre formule Médecine Courante (cela s'applique aux **formules santé internationales uniquement**).
- 33b.** Sauf indication contraire dans le tableau des garanties, les diagnostics, traitements ou complications liés à la **stérilisation**, à des **dysfonctionnements sexuels** et à la **contraception**, y compris l'insertion ou l'extraction d'appareils contraceptifs et tout autre contraceptif, ne sont pas couverts, même s'ils sont prescrits pour des raisons médicales. La seule exception à cette exclusion est la prescription de contraceptifs pour soigner l'acné lorsqu'ils sont prescrits par un dermatologue. (La **stérilité** est également exclue de la **formule santé réservée aux Iles anglo-normandes**.)
- 34.** L'**interruption volontaire de grossesse**, sauf en cas de danger pour la vie de la femme enceinte.
- 35.** Le traitement hospitalier pour des **naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée** est limité à 24 900 £/30 000 €/42 500 US\$/45 000 CHF par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les termes prévus par la formule Médecine Courante.
- 36.** Les **tests génétiques** à l'exception des tests d'ADN lorsqu'ils sont directement liés à une

- amniocentèse couverte par la police d'assurance, à savoir pour les femmes âgées de 35 ans ou plus.
37. Les cours pré et postnataux.
38. Les tests triples (Bart's) ou quadruples, ou les tests pour le spina bifida, hormis pour les femmes de 35 ans ou plus.
39. Les traitements, procédures, soins médicaux suivants, et toute conséquence négative ou complication en résultant, ne sont pas couverts sauf indication contraire dans le tableau des garanties :
- 39.1 Soins dentaires de routine, chirurgie dentaire, parodontologie, orthodontie et prothèses dentaires, à l'exception de la stomatologie, qui est couverte dans la limite du plafond global de votre formule Hospitalisation ;
 - 39.2 Soins en médecine courante ;
 - 39.3 Soins dentaires d'urgence ;
 - 39.4 Maternité et complications à l'accouchement ;
 - 39.5 Complications de grossesse ;
 - 39.6 Accouchement à domicile ;
 - 39.7 Lunettes et lentilles de contact prescrites ;
 - 39.8 Aides médicales prescrites ;
 - 39.9 Vaccinations ;
 - 39.10 Traitement préventif ;
 - 39.11 Bilans de santé, incluant les examens de dépistage de maladies ;
 - 39.12 Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier ;
 - 39.13 Psychiatrie et psychothérapie en médecine courante ;
 - 39.14 Traitement de la stérilité ;
 - 39.15 Rééducation ;
 - 39.16 Rapatriement sanitaire ;
 - 39.17 Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement ;

- 39.18 Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille en danger de mort ou décédé ;
- 39.19 Frais d'une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié ;
- 39.20 Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation ;
- 39.21 Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps ;
- 39.22 Correction visuelle au laser ;
- 39.23 Greffe d'organe.

b1) Les exclusions et restrictions supplémentaires suivantes s'appliquent à toutes les formules à l'exception de la [formule santé réservée aux Iles anglo-normandes](#) (dont vous trouverez les exclusions spécifiques au point b2) :

40. Les pathologies préexistantes (y compris les pathologies chroniques préexistantes) sont

couvertes par cette police, sauf si cela est indiqué autrement dans un formulaire de conditions particulières qui vous est envoyé avant le début de votre police (le cas échéant). **Toute pathologie préexistante non déclarée dans le bulletin d'adhésion approprié ne sera pas couverte par la police.** Tout problème de santé, survenant après avoir complété le bulletin d'adhésion approprié et avant la confirmation de la couverture par notre service de souscription, sera aussi considéré préexistant et ne sera pas couvert en cas de non-déclaration.

41. Les traitements d'orthophonie sont sujets à un remboursement dans le cas d'une infirmité physique diagnostiquée, telle qu'une obstruction nasale, un trouble neurogène (par exemple parésie de la langue, commotion cérébrale) ou articulaire impliquant la structure buccale (par exemple fente palatine). Nous ne couvrons pas les soins d'orthophonie liés au retard de

développement, à la dyslexie, à la dyspraxie ou aux troubles du langage et de l'expression.

42. Les **frais de transport** vers et depuis les établissements médicaux (dont les frais de parking) pour un traitement pris en charge, sauf les frais de transport couverts par les garanties « Transport local en ambulance », « Evacuation médicale » ou « Rapatriement sanitaire ».

b2) Les exclusions et restrictions supplémentaires suivantes s'appliquent uniquement à la formule santé réservée aux Iles anglo-normandes :

40. Les **pathologies préexistantes**.
41. Les **pathologies chroniques** ne sont pas couvertes par la police.

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

42. Les **médicaments délivrés sur ordonnance** et les **pansements**, à moins qu'ils n'aient été prescrits pour une hospitalisation ou des soins de jour en hôpital.
43. L'**infection par le VIH, le SIDA** ou toute pathologie psychiatrique liée.
44. La **chirurgie dentaire**, les **prothèses dentaires**, la **parodontologie** et les **traitements**

- orthodontiques, à l'exception des soins dentaires de routine tels que décrits dans la définition.
45. La greffe d'organe.
46. Les frais de transport vers une autre Ile anglo-normande, le Royaume-Uni et la France pour une hospitalisation ou des soins de jour en hôpital ne sont pas pris en charge si les soins proposés ou toute autre alternative sont disponibles localement. Notez cependant que les frais médicaux engagés sont remboursés selon les termes de votre police.
47. Les frais de transport liés à des soins en médecine ne sont pas couverts, à l'exception des consultations post-opératoires qui ne peuvent pas être dispensées par un médecin local.
48. Le remboursement des frais de transport est exclu :
- Lorsque les frais sont pris en charge par le Ministère de la Santé britannique ;
 - Lorsque les soins ne sont pas compris dans votre couverture ;
 - Si le transport n'a pas été sollicité par votre médecin traitant ;
 - Pour un parent accompagnant un enfant de 18 ans ou plus ;
 - Pour les frais annexes au déplacement tels que l'hébergement ou les repas ;
 - Si avant le déplacement nous n'avons pas donné notre accord pour l'ensemble des frais ;
 - Pour tout frais de transport supérieur aux tarifs standard.

49. Les garanties suivantes **ne sont pas incluses** dans la formule santé réservée aux Iles anglo-normandes :

49.1 Orthophonie ;

49.2 Orthoptie ;

49.3 Podologie ;

49.4 Evacuation médicale ou rapatriement sanitaire ;

49.5 Rapatriement du corps ;

49.6 Réparation de lunettes.

Paiement des primes et informations générales

Vous trouverez dans la section suivante des informations générales sur le paiement de vos primes d'assurance ainsi que des détails concernant certains aspects importants de votre affiliation.

Paiement des primes

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

Vous êtes dans l'obligation de nous payer à l'avance la prime due pour la durée de votre affiliation. Le montant que vous avez accepté de payer et le mode de paiement que vous avez sélectionné sont indiqués sur votre devis, avant l'émission du contrat. La **prime initiale** ou le premier versement est payable immédiatement après notre acceptation de votre souscription.

Les **primes ultérieures** sont dues le premier jour de la période de paiement choisie. Vous pouvez choisir de payer chaque mois, chaque trimestre, tous les six mois ou en une seule fois, en fonction du mode de paiement sélectionné. En cas de différence entre le prix accordé et votre facture/vos détails du paiement, veuillez nous contacter au plus vite. Nous ne sommes pas responsables des paiements effectués par le biais de tierces personnes.

Vous devez payer votre prime dans la devise que vous avez sélectionnée lors de la souscription. Si vous êtes dans l'incapacité de payer votre prime pour quelque raison que ce soit, veuillez nous contacter au : + 353 1 630 1303. Les modalités de paiement peuvent être modifiées lors du renouvellement de la police et pour cela vos instructions doivent nous parvenir par écrit au moins 30 jours avant la date de

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

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

Si une **prime ultérieure** n'est pas payée en temps voulu, nous pourrions, par écrit et aux frais du souscripteur, fixer une échéance de deux semaines minimum afin que le souscripteur s'acquitte de sa dette. Ce délai expiré, nous pourrions résilier le contrat par écrit avec effet immédiat et nous serons alors dégagés de nos obligations contractuelles.

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

La **prime** est ajustée annuellement à la date de renouvellement et nous nous réservons le droit de modifier nos conditions générales à cette même date.

Paiement d'autres frais

En plus de la prime, vous devez également verser le montant de toute taxe sur les primes d'assurance (IPT) ainsi que de toute nouvelle taxe, prélèvement ou frais liés à votre affiliation et que nous sommes légalement obligés de payer ou de vous facturer. Le montant de ces taxes, prélèvements ou frais que

vous devez nous verser est indiqué sur votre facture/vos détails du paiement.

La date d'échéance de leur règlement est la même que celle de vos primes, sauf exception déterminée par la loi.

Modification des primes et autres frais

Chaque année, à la date de renouvellement, nous pouvons modifier la méthode utilisée pour calculer les primes, la procédure pour les fixer, leur montant et le mode de paiement. Nous vous assurons qu'en cas de modification, celle-ci n'entrera en vigueur qu'à partir de la date de renouvellement.

Nous pouvons modifier le montant de la taxe sur les primes ou de toute autre taxe, prélèvement ou frais que vous devez nous verser, si le taux de la taxe sur

les primes ou de toute autre taxe, prélèvement ou frais est modifié, ou en cas d'introduction de toute nouvelle taxe, prélèvement ou frais.

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

Evénements importants

Ce guide contient des références à des événements importants tels que le début, le renouvellement ou la fin de votre affiliation, ou l'ajout d'ayants droit. Cette section vous explique clairement quand et comment

ces événements ont lieu. Notre but est d'améliorer constamment les services que nous fournissons à nos affiliés. A cette fin, si vous annulez votre affiliation, merci de bien vouloir nous en communiquer le motif.

Début de votre affiliation

L'assurance est valide à partir de la date de début indiquée sur le certificat d'assurance. La couverture est valide pendant 12 mois et est strictement conditionnelle à l'acceptation de votre souscription, dont témoigne le certificat d'assurance que nous vous enverrons alors. Aucune garantie ne fera l'objet de remboursement dans le cadre de votre police tant que nous n'aurons pas reçu la prime initiale et si les primes ultérieures ne sont pas payées lorsqu'elles sont dues.

Dates de début et de fin de la couverture pour les ayants droit inclus dans votre affiliation

Si votre police inclut un ou plusieurs ayants droit, leur affiliation démarrera à la date d'entrée en vigueur spécifiée sur votre certificat d'assurance le plus récent les confirmant comme ayants droit. Leur affiliation sera valide tant que vous serez assuré (et tant que l'âge de l'enfant à charge est inférieur à la limite fixée). Si votre affiliation prend fin, la couverture des ayants droit se terminera également ; toutefois, ceux figurant sur le certificat d'assurance pourront effectuer une demande de souscription en leur propre nom, s'ils le souhaitent et s'ils ont l'âge minimum requis. La couverture cessera également pour tout ayants droit ayant dépassé la limite d'âge fixée. Toutefois, ils pourront effectuer une demande de souscription en leur propre nom, s'ils le désirent.

Ajouter un ayant droit

Pour inclure un ou tous les membres de votre famille dans votre police, il est nécessaire que vous remplissiez le bulletin d'adhésion approprié.

Les nouveau-nés (à l'exception des naissances multiples) sont couverts dès la naissance sans souscription médicale, à condition que nous en soyons informés dans les quatre semaines suivant la date de naissance et que la mère biologique ait été assurée chez nous depuis au moins six mois consécutifs. Si nous en sommes informés plus de quatre semaines après la naissance, les nouveau-nés feront l'objet d'une souscription médicale complète et ne seront couverts qu'à la date de notre acceptation. Pour ajouter un nouveau-né à votre police, vous devez adresser une requête écrite par

email à notre service de souscription :
underwriting@allianzworldwidecare.com.

Le traitement hospitalier administré à des naissances multiples, dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, est couvert à hauteur de 24 900 £/30 000 €/42 500 US\$/45 000 CHF maximum par enfant durant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les termes prévus par la formule Médecine Courante.

Veuillez noter que toutes les naissances multiples seront soumises à une souscription médicale complète.

Changement de pays de résidence

Il est important que vous nous informiez si vous changez de pays de résidence.

Au moment de votre retour dans votre pays d'origine en tant que principal pays de résidence, votre police d'assurance peut continuer dès lors que votre pays d'origine est inclus dans votre zone de couverture. Il est important de noter que dans certains pays, les couvertures sont soumises à des restrictions légales, notamment pour les ressortissants de ces pays. Il est de votre responsabilité de vous assurer que votre couverture d'assurance santé est conforme à la législation et nous vous recommandons de vous renseigner auprès d'un conseiller légal indépendant à ce sujet.

Si vous devenez résident permanent aux Etats-Unis, votre affiliation ne pourra pas continuer dû au fait que nos formules ne sont pas compatibles avec la législation américaine.

Renouvellement de votre affiliation

La durée de votre couverture d'assurance est de 12 mois. La police est automatiquement renouvelée pour l'année d'assurance suivante à condition que la formule santé dont vous et vos ayants droit (le cas échéant) bénéficiez soit toujours disponible, que toutes les primes dues aient été payées et que les données de paiement vous concernant à la date du renouvellement soient toujours valides. Par exemple, si vous payez par carte bancaire, il nous faut les références de votre carte. Et si vous recevez une nouvelle carte bancaire, vous devez nous en communiquer les détails.

Un mois avant la date de renouvellement, nous vous ferons parvenir un nouveau certificat d'assurance sur lequel sera indiqué le montant de la prime pour l'année d'assurance suivante. Si vous ne recevez pas votre certificat d'assurance dans le mois qui précède la date de renouvellement, il est important que vous nous en avisiez.

Vous pouvez résilier votre police en nous donnant un préavis écrit d'un mois, à compter de la date à laquelle le certificat d'assurance lié au renouvellement est mis à votre disposition. Nous nous réservons le droit d'imposer certaines conditions au renouvellement de la police. Les conditions générales de la police ainsi que le tableau des garanties en vigueur à la date de renouvellement seront valides pour la totalité de la nouvelle année d'assurance.

Veillez noter que si vous souhaitez changer de souscripteur lors du renouvellement, le nouveau souscripteur devra compléter le bulletin d'adhésion approprié et sera soumis à une souscription médicale complète. Le décès du souscripteur actuel est la seule exception à cette règle (veuillez consulter la section suivante pour plus de détails).

Fin de votre affiliation

Votre affiliation prendra automatiquement fin dans les cas suivants :

- Si vous ne payez pas une prime avant ou à sa date d'échéance. Cependant, si vous payez la ou les primes arriérées dans les 30 jours suivant la date d'échéance, votre affiliation pourra éventuellement être maintenue sans que vous soyez obligé d'effectuer une nouvelle demande

d'adhésion. Si vous êtes dans l'incapacité de payer votre prime pour quelque raison que ce soit, veuillez nous contacter au :
+ 353 1 630 1303.

- Si, avant ou à la date d'échéance, vous ne payez pas le montant de la taxe sur les primes d'assurance ou de toute taxe, prélèvement ou frais que vous devez nous verser dans le cadre du contrat.
- En cas de décès du souscripteur. Si le souscripteur décède, le premier ayant droit indiqué sur le certificat d'assurance pourra nous faire parvenir une demande pour devenir le souscripteur et inclure les autres ayants droit dans sa police. Si cette demande nous parvient **dans les 28 jours**, nous pourrons, à notre discrétion, ne pas ajouter de restrictions ou

exclusions qui leur seraient spécifiques, en plus des restrictions ou exclusions déjà en application au moment du décès du souscripteur.

Nous pourrions mettre un terme à l'affiliation d'un assuré et à celle de toutes les personnes mentionnées sur le certificat d'assurance s'il existe des preuves raisonnables que la personne concernée nous a induits 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 :

- Vous autoriser ou non à souscrire la police (ou autoriser vos ayants droit) ;

- Définir les primes que vous devez payer ;
- Déterminer si nous devons payer un sinistre.

Si votre affiliation prend fin pour une raison autre qu'une fraude ou la non-divulgation d'informations (voir la section ci-après), nous vous rembourserons les primes que vous nous avez versées pour la période postérieure à la date de fin de votre affiliation. Cependant, si votre compte est débiteur, nous en déduirons le montant de toute somme que nous vous devons.

Informations générales

Résiliation et fraude

- a. 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. Cependant, si le paiement de la prime intervient après le délai des 30 jours, vous devrez compléter un formulaire de déclaration de santé avant que la police d'assurance ne soit réinstaurée, ce qui sera soumis à souscription.

- b. Si vous ou vos ayants droit communiquez des renseignements faux, erronés ou omettez de divulguer des faits matériels qui pourraient avoir une incidence sur notre estimation du risque, par exemple dans le bulletin d'adhésion approprié, le

contrat sera considéré comme nul et non avenu dès la date de début, sauf accord contraire et écrit de notre part. **Tout problème de santé survenant après avoir complété le bulletin d'adhésion approprié et avant la confirmation de la couverture par notre service de souscription sera également considéré comme préexistant et ne sera pas couvert en cas de non-déclaration.** Si le souscripteur doute de la pertinence d'une information, il doit nous la communiquer. Si le contrat est résilié pour cause de communication de renseignements erronés ou de non-divulgation de faits matériels, la prime payée à ce jour sera reversée, après déduction de tous les remboursements de sinistres déjà effectués. Si le montant des sinistres excède celui de la prime, nous demanderons le remboursement de la différence à l'assuré principal.

c. Dans le cas où une demande de remboursement s'avère fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou si des dispositifs ou moyens 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 la police d'assurance, nous ne rembourserons pas ce sinistre. Vous nous seriez alors immédiatement redevable de toute somme versée pour ce sinistre avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission. Si le contrat est rendu nul et non avenu suite à une demande de remboursement fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou suite à l'utilisation de dispositifs ou moyens frauduleux, la prime ne sera pas remboursée, en partie ou en totalité, et toute demande de remboursement en instance de règlement sera annulée. Si une demande de remboursement est frauduleuse, le contrat sera résilié à partir de la

date à laquelle l'événement frauduleux sera découvert.

Décès

En cas de décès du souscripteur ou d'un ayant droit, nous devons en être informés par écrit **dans un délai de quatre semaines**. La couverture prendra fin et la prime sera reversée au pro rata si aucun sinistre n'a été remboursé. Nous nous réservons le droit de demander un certificat de décès avant d'effectuer le paiement. Suite au décès du souscripteur, un ayant droit couvert par la police peut faire une demande pour devenir le nouveau souscripteur, s'il le souhaite et s'il a l'âge minimum requis.

Votre droit de résilier

Selon les termes de la police, vous pouvez annuler votre contrat par écrit dans les 30 jours suivant la

réception de l'ensemble des conditions générales ou suivant la date de début / renouvellement de votre police ; la date la plus récente prévaudra. Veuillez adresser votre demande de résiliation à notre service client. Vous ne pouvez pas antidater la résiliation de votre souscription.

Si vous souhaitez résilier votre couverture, veuillez remplir le document « Votre droit de renonciation », compris dans votre pack d'adhésion. Veuillez envoyer le document à l'adresse suivante : client.services@allianzworldwidecare.com, ou le poster à :

Client Services Team, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande

Suite à cette notification, vous serez en droit de recevoir le remboursement complet de toutes les

primes payées en lien avec la période annuelle de couverture la plus récente, et à condition qu'aucun sinistre n'ait été remboursé. Si vous décidez de ne pas exercer votre droit de résilier la souscription pendant ces 30 jours, les deux parties seront liées par le contrat d'assurance et la prime pour cette année d'assurance sera due dans sa totalité et selon la fréquence de paiement que vous aurez choisie.

A l'adhésion ou au renouvellement de votre police, vous pourrez également annuler l'affiliation d'un ou de plusieurs ayants droit pour quelque raison que ce soit, dans les 30 jours qui suivent la réception ou le renouvellement de votre certificat d'assurance. Si vous souhaitez annuler l'affiliation de vos ayants droit, veuillez remplir le document « Votre droit de renonciation » et l'envoyer aux adresses ci-dessous.

En pareil cas, vous aurez alors droit au remboursement complet de toutes les primes payées en lien avec leur affiliation, pour la période annuelle de couverture la plus récente, à condition qu'aucun sinistre en leur nom n'ait été remboursé.

Modifications de votre couverture

Tout changement de formule ne peut être effectué qu'au moment du renouvellement de la police. Si vous souhaitez modifier votre niveau de couverture, veuillez nous contacter avant la date de renouvellement de votre police d'assurance pour discuter de vos options. Si vous souhaitez augmenter le niveau de votre couverture, vous pourrez être amené à compléter un questionnaire sur votre historique médical et/ou accepter certaines exclusions ou restrictions liées à votre couverture avant que nous approuvions votre affiliation. Un

montant de prime supplémentaire devra être payé et des délais de carence pourront s'appliquer.

Si vous déménagez dans un pays inclus dans votre zone de couverture actuelle, vous devrez nous communiquer le plus tôt possible votre nouvelle adresse, vos nouvelles coordonnées, vos références bancaires ou celles de votre carte de crédit (selon le mode de paiement que vous avez choisi). Votre couverture continuera sans interruption et sans frais supplémentaires.

En revanche, si vous déménagez dans un pays situé hors de votre zone de couverture (par exemple, si votre zone de couverture est « Afrique » et vous déménagez au Royaume-Uni), vous devrez nous contacter pour élargir votre zone de couverture. Un montant de prime supplémentaire devra être payé et des délais de carence pourront s'appliquer.

Si vous avez des questions concernant vos primes ou en cas de changement de situation de vos ayants droit, veuillez nous contacter au :

+ 353 1 630 1303 pour discuter vos options.

Modifications que nous pouvons effectuer

Nous pouvons modifier les garanties et règles liées à votre affiliation à la date de renouvellement. Ces modifications ne prendront effet qu'à partir de la date de renouvellement de votre contrat, quelle que soit la date à laquelle nous les effectuons. Ces modifications peuvent affecter par exemple :

- Le montant des primes ;
- La fréquence de paiement des primes ;
- La couverture dont vous bénéficiez.

Nous n'ajouterons pas de restrictions ou d'exclusions à la couverture d'un affilié qui lui seraient

personnelles en raison de problèmes médicaux ayant surgi après son adhésion à la police, à condition qu'il nous ait fourni les informations demandées avant la souscription et qu'il n'ait pas demandé un élargissement de la couverture.

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

Modification des détails de votre affiliation

Nous vous fournirons un nouveau certificat d'assurance dans l'un des cas suivants :

- Si vous ajoutez à votre affiliation un ayant droit tel qu'un nouveau-né ;
- Si nous devons effectuer des modifications suite à une demande de votre part, ou que nous sommes autorisés à faire, telles que le mode de paiement de votre prime.

Votre nouveau certificat d'assurance remplacera toute version antérieure en votre possession à compter de la date d'émission indiquée sur le nouveau certificat.

Autres parties

Aucune autre personne n'est autorisée à effectuer ou confirmer toute modification de votre affiliation en notre nom, ou décider de ne pas faire respecter nos droits. Pour être valide, toute modification de votre

affiliation doit être confirmée par écrit. Toute confirmation de votre couverture ne sera valide que si nous la confirmons par écrit.

Expiration de la police

Veillez noter qu'à expiration de la police d'assurance, vous n'avez plus droit au remboursement de vos frais médicaux. Les frais couverts par la police d'assurance et engagés durant la période de couverture seront remboursés pendant une durée maximale de six mois après expiration de l'assurance. Cependant, les traitements en cours ou les soins complémentaires nécessaires après la date d'expiration ne seront plus pris en charge.

Soins nécessaires suite à la faute d'une tierce personne

Si les soins que vous devez recevoir sont la conséquence des actions d'une tierce personne, vous devrez nous le signaler et nous en avertir par écrit le plus tôt possible. Par exemple, en cas de soins pour une blessure causée lors d'un accident de voiture dans lequel vous êtes une victime. Dans ce cas-là, vous devrez prendre toutes les mesures raisonnables pour obtenir de la personne responsable les détails de son assurance afin que nous puissions récupérer, auprès de son assureur, le coût des soins que nous avons versé.

Si vous recouvrez les frais des soins que nous avons payés, vous devrez nous en rembourser le montant (et les intérêts le cas échéant).

Couverture par une autre assurance

Si vous possédez une autre police d'assurance couvrant les frais des soins ou garanties dont vous nous avez demandés le remboursement, vous devrez nous en informer par écrit. Dans ce cas-là, nous paierons uniquement notre part des frais des soins.

Changement d'adresse ou d'email

Veuillez nous informer le plus rapidement possible de tout changement d'adresse privée, professionnelle ou d'email.

Courrier

Toute correspondance doit nous être envoyée par courrier postal affranchi ou par email. D'une manière générale, nous ne renvoyons pas les documents

originaux. Toutefois, si vous en faites la demande lors de l'envoi de ces documents, nous vous les retournerons.

Loi applicable

Votre affiliation est régie par le droit irlandais. Tout litige ne pouvant être résolu à l'amiable sera réglé par les tribunaux irlandais.

Procédure de remboursement

Avant de procéder à toute demande de remboursement, **veuillez vous assurer que le traitement requis est pris en charge par votre couverture.** Veuillez vous référer à votre tableau des garanties et n'hésitez pas à contacter notre service téléphonique.

Demandes de remboursement en hospitalisation

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, franchise et quote-part. C'est-à-dire que nous réglerons les frais en prenant directement contact avec l'hôpital.

Une entente préalable doit être convenue avant le début de tous les soins en hospitalisation. Les pages 70 à 73 contiennent des détails importants sur l'**entente préalable**.

Nous pourrions organiser le règlement direct de façon plus efficace et rapide si vous procédez de la manière suivante :

Pour des soins **planifiés** :

1. Téléchargez le formulaire d'entente préalable depuis notre site Internet **www.allianzworldwidecare.com/members**. Votre médecin et vous-même devez remplir les sections appropriées de ce formulaire.
2. Une fois le formulaire dûment complété, adressez-le nous au moins cinq jours ouvrés avant le début des soins, afin d'assurer qu'il n'y aura pas de délai lors de l'admission. Vous pouvez nous le faire parvenir par :

Vous pouvez télécharger les formulaires de demande de remboursement et d'entente préalable depuis notre site Internet : **www.allianzworldwidecare.com**

- Email, après avoir numérisé le document : medical.services@allianzworldwidecare.com ;
- Fax au : + 353 1 653 1780 ;
- Courrier à l'adresse indiquée dans le formulaire ;
- Si les soins doivent avoir lieu **dans les 72 heures** et si vous disposez des informations nécessaires, le service téléphonique pourra recueillir les détails de l'entente préalable.

Pour des **soins d'urgence** :

Bien qu'une entente préalable ne soit pas requise à l'avance pour des soins d'urgence, vous-même, votre médecin, un ayant droit ou un collègue devez nous informer de votre hospitalisation **dans les 48 heures** suivant l'incident. A ce moment-là, le service téléphonique pourra recueillir les détails de l'entente préalable. Nous pourrons ainsi arranger le règlement

direct de vos frais d'hôpital, dans la mesure du possible.

Demandes de remboursement en médecine courante ou dentaire

Pour les soins dentaires ou en médecine courante, vous devez régler les honoraires du praticien au moment des soins, puis adresser une demande de remboursement, lequel dépendra des plafonds des garanties de votre couverture.

Lors d'un traitement en médecine courante auprès d'un dentiste, médecin ou spécialiste, munissez-vous d'un formulaire de demande de remboursement (celui-ci peut être téléchargé depuis notre site Internet www.allianzworldwidecare.com/members) et suivez la procédure ci-dessous :

1. Le médecin/prestataire médical devra vous remettre une facture indiquant le diagnostic ou le problème médical traité et le montant des honoraires.
2. Remplissez vous-même les sections 1 à 5 du formulaire. Les sections 6 et 7 devront être complétées par le médecin.
3. Lorsque vous nous envoyez le formulaire de demande de remboursement, veuillez joindre les originaux des documents justificatifs, des factures et des reçus, par exemple les factures des médecins et les reçus des pharmacies accompagnés des ordonnances correspondantes (si elles ont été fournies).

Un email vous sera automatiquement envoyé (si vous nous avez fourni une adresse électronique)

pour vous informer du traitement de votre demande de remboursement. Si nous ne disposons pas de votre adresse email, nous vous informerons du traitement de votre demande par courrier postal.

Merci de noter les points suivants :

1. Il est de votre responsabilité de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous (notamment une copie des demandes de remboursement et des justificatifs médicaux). Nous ne pouvons pas être tenus responsables des documents égarés par les services postaux.
2. Les formulaires de demande de remboursement dûment complétés sont traités et les instructions de paiement sont adressées à votre banque **en moins de 48 heures**. Si des informations supplémentaires sont nécessaires pour

compléter la demande, vous ou votre médecin en serez informé par email ou par courrier dans les 48 heures suivant la réception du formulaire.

3. **Lorsque le montant de la demande de remboursement est inférieur à celui de la franchise de votre police d'assurance**, veuillez conserver tous les formulaires et les reçus. **Vous ne devez en aucun cas les détruire ou vous en débarrasser.** Conservez toutes les demandes de remboursement et les reçus en rapport avec des soins en médecine courante jusqu'à ce que le montant total soit supérieur à celui de votre franchise. Envoyez-nous alors tous les formulaires ainsi que tous les originaux des factures s'y rapportant.
4. Veuillez utiliser **un formulaire de demande de remboursement différent par personne et par pathologie médicale.**
5. **Veillez indiquer, sur la demande de remboursement, la devise dans laquelle vous souhaitez être remboursé.** Sans indication de votre part, le remboursement sera effectué dans la devise de la facture. Il arrive parfois que les réglementations bancaires internationales ne nous autorisent pas à effectuer un paiement dans la devise que vous avez demandée. Dans ces cas-là, le remboursement sera effectué dans la devise de votre facture (dans la mesure du possible). Si nous devons effectuer une conversion d'une devise vers une autre, nous utiliserons le taux de change appliqué à la date d'émission des factures ou le taux de change appliqué à la date à laquelle le remboursement est effectué.
6. Veuillez vous assurer que **vos coordonnées de paiement indiquées sur le formulaire de**

- demande de remboursement sont correctes afin d'éviter tout retard dans le remboursement de vos demandes.
7. Veuillez noter que **certains soins en médecine courante nécessitent une entente préalable** avant qu'ils ne soient administrés. Veuillez vous référer au tableau des garanties pour prendre connaissance de celles nécessitant une entente préalable.
 8. Veuillez noter que **seuls les frais pour des traitements reçus seront remboursés** dans les limites de votre police, en prenant en compte toute entente préalable requise, et après déduction de toute franchise ou quote-part indiquée dans le tableau des garanties.
 9. **A 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 » en page 62).
 10. Toute demande de remboursement devra nous être communiquée, accompagnée des originaux des factures et des reçus, **au plus tard six mois après la fin de l'année d'assurance ou au plus tard six mois après la fin de la couverture si celle-ci se termine au cours de l'année d'assurance**. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler le sinistre.

Vous et vos ayants droit vous engagez à nous fournir toutes les éléments nécessaires au traitement d'une demande de remboursement. Nous nous réservons le droit d'accéder à tous les dossiers médicaux et de contacter directement les prestataires de soins ou le

Adresse :
Allianz Worldwide Care
18B Beckett Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irlande

médecin traitant. Nous pourrions, si nous le jugeons nécessaire, demander qu'un examen de santé soit effectué à nos frais par notre représentant médical. Toute information sera traitée dans la plus stricte confidentialité. Nous nous réservons le droit de refuser le paiement si vous ou vos ayants droit ne respectiez pas ces engagements.

Vous pouvez également contrôler le statut de votre demande de remboursement via les services en ligne.

Demandes de paiement en cas de décès accidentel

Si cette garantie est incluse dans la couverture médicale sélectionnée, veuillez noter que les demandes de remboursement devront nous parvenir dans les 90 jours ouvrables suivant la date du décès et les documents suivants devront nous être remis :

- Un certificat de décès ;
- Un rapport médical indiquant la cause du décès ;
- Une déclaration écrite indiquant la date, le lieu et les circonstances de l'accident ;
- Des documents officiels prouvant la situation familiale de l'assuré, et pour les bénéficiaires, une preuve d'identité ainsi qu'une preuve du lien de parenté avec l'assuré.

A moins que cela n'ait été indiqué différemment par l'assuré, les bénéficiaires seront :

- Le conjoint (ou la conjointe) de l'assuré, s'ils ne sont pas légalement séparés ;
- A défaut du conjoint, les enfants de l'assuré encore vivants, à part égale entre eux. Cela inclut les enfants du conjoint ou partenaire, les enfants adoptés ou placés, et les enfants nés plus de 300 jours avant la date de décès de l'assuré ;

- A défaut des enfants, le père ou la mère de l'assuré, à part égale entre eux, ou leur survivant ;
- A défaut des parents, les biens de l'assuré.

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

Veuillez noter que si l'assuré ainsi qu'un ou tous les bénéficiaires décèdent en même temps, l'assuré sera considéré comme le dernier à être décédé.

Entente préalable

Veuillez consulter votre tableau des garanties pour vérifier celles qui requièrent une entente préalable.

Qu'est-ce que l'entente préalable ?

Certains traitements et coûts requièrent à l'avance une entente préalable. Une fois approuvés par Allianz Worldwide Care, la couverture de ces traitements et coûts nécessaires est alors confirmée. Les garanties qui requièrent une entente préalable sont indiquées par un 1 ou un 2 dans le tableau des garanties. Lorsque cela est nécessaire, vous et votre médecin devez compléter les sections appropriées du formulaire, et nous le transmettre afin d'être approuvé préalablement aux soins.

Veuillez nous contacter **au moins cinq jours ouvrés avant votre traitement** afin d'assurer qu'il n'y aura pas de délai lors de l'admission. Nous y répondrons dans un délai de 24 heures suivant la réception d'un formulaire dûment complété.

Notre service téléphonique pourra recueillir les détails du formulaire d'entente préalable par téléphone si **les soins doivent être administrés dans les 72 heures**.

Quand l'entente préalable est-elle requise ?

Une entente préalable est requise pour les garanties suivantes (toutes ne sont pas nécessairement incluses dans votre couverture) :

- Soins hospitaliers¹ inclus dans votre formule Hospitalisation ;
- IRM² (imagerie par résonance magnétique), tomographie² (par émission de positons) et scanographie-tomographie² ;
- Soins à domicile ou dans un centre de convalescence² ;
- Maternité², complications de grossesse² et complications à l'accouchement² (hospitalisation uniquement) ;
- Oncologie² (hospitalisation et soins de jour uniquement) ;
- Chirurgie ambulatoire² ;
- Hospitalisation de jour² ;
- Ergothérapie² (médecine courante uniquement) ;
- Rééducation² ;
- Soins palliatifs et soins de longue durée² ;
- Evacuation médicale² (ou rapatriement si couvert) ;
- Frais d'une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié² ;
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation (ou rapatriement si couvert)² ;
- Rapatriement du corps² ;

- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps² ;
- Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille en danger de mort ou décédé² ;
- Frais de transport² vers une autre Ile anglo-normande, le Royaume-Uni ou la France.

Votre tableau des garanties indique celles qui requièrent une entente préalable avant le début du traitement.

Pourquoi l'entente préalable est-elle nécessaire ?

Comme pour toutes les polices d'assurance santé, votre couverture ne prendra en charge qu'un traitement médicalement nécessaire et conforme aux pratiques médicales généralement reconnues. Il

est donc très important que vous nous contactiez avant le traitement pour que nous puissions vérifier si celui-ci est médicalement nécessaire et si les frais sont appropriés.

De plus, l'entente préalable nous permet de vous offrir un meilleur service dans les situations suivantes :

- En cas de traitement planifié, nous aurons le temps de nous mettre en relation avec l'hôpital afin de faciliter votre admission et d'organiser un règlement direct si possible. Vous pourrez ainsi être hospitalisé sans avance de frais ;
- Votre traitement pourra être supervisé par notre équipe médicale ;

- En cas d'évacuation/rapatriement, nous organiserons et coordonnerons l'évacuation en votre nom.

Que se passe-t-il si l'entente préalable n'est pas obtenue ?

Si vous n'obtenez pas l'entente préalable et si par la suite les soins reçus s'avèrent ne pas avoir été médicalement nécessaires, **nous nous réservons le droit de rejeter votre demande de remboursement.**

Si l'entente préalable n'est pas accordée pour les garanties numérotées 1 dans le tableau des garanties, **nous nous réservons le droit de décliner votre demande.** S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que **80 %** de la garantie pour laquelle vous qualifiez.

Si l'entente préalable n'est pas accordée pour les garanties numérotées 2 dans le tableau des garanties, **nous nous réservons le droit de décliner votre demande.** S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que **50 %** de la garantie pour laquelle vous qualifiez.

Même si la demande d'entente préalable n'est pas requise à l'avance pour des soins d'urgence, nous devons en être informés **dans les 48 heures** suivant l'incident. A ce moment-là, le service téléphonique pourra recueillir les détails de l'entente préalable. Nous pourrions ainsi organiser le règlement direct de vos frais d'hôpital, lorsque cela sera possible.

Soins reçus aux Etats-Unis

Afin de fournir un service local efficace aux bénéficiaires d'une couverture « mondiale », nous avons sélectionné Olympus Managed Healthcare pour gérer, en notre nom, votre police d'assurance santé aux Etats-Unis. Olympus entrera en contact directement avec les prestataires médicaux pour coordonner le règlement direct de tous les traitements médicaux pour lesquels vous qualifiez.

Pour localiser un prestataire médical aux Etats-Unis, veuillez vous rendre sur

www.allianzworldwidecare.com/olympus. Une fois que vous avez choisi l'hôpital ou le médecin, veuillez contacter Olympus qui organisera un rendez-vous pour vous. Vous pourrez également appeler Olympus si vous avez des questions quant au choix d'un prestataire. Le **service téléphonique d'Olympus**

dédié à Allianz Worldwide Care est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, au : **(+ 1) 800 541 1983** (numéro gratuit depuis les Etats-Unis). Ce numéro apparaît également au dos de votre carte d'affiliation.

Vous pouvez aussi souscrire auprès d'Olympus une carte de réduction en pharmacie qui peut être utilisée à chaque fois que vos médicaments sur ordonnance ne sont pas pris en charge par votre police d'assurance santé. Pour vous enregistrer et obtenir cette carte, veuillez vous rendre sur **www.omhc.com/pharmacy** et cliquer sur « Print Your Card Now ».

Les traitements reçus aux Etats-Unis ne seront pas couverts si nous savons ou soupçonnons que l'affilié a souscrit l'assurance dans le but de se rendre aux Etats-Unis afin d'y recevoir un traitement et si les symptômes de la pathologie étaient connus de l'affilié avant sa souscription.

Questions / réponses

Nous avons sélectionné quelques questions pouvant vous intéresser. Si vous en avez d'autres, n'hésitez pas à nous contacter.

Q. Dans quels pays puis-je recevoir un traitement ?

R. Si le traitement médical nécessaire pour lequel vous êtes couvert ne peut être administré sur place, vous aurez la possibilité de recevoir ce traitement dans un autre pays inclus dans votre zone géographique de couverture (celle-ci est indiquée dans votre certificat d'assurance). Cependant, une entente préalable sera requise avant votre départ afin que nous puissions organiser le remboursement des frais médicaux et de transport occasionnés.

Si le traitement médical nécessaire pour lequel vous êtes couvert peut être administré sur place mais vous choisissez de vous rendre dans un autre pays de votre zone géographique de couverture, nous rembourserons les frais médicaux admissibles dans la limite de votre couverture, mais nous ne rembourserons pas les frais de voyage occasionnés.

Q. Suis-je couvert dans mon pays d'origine ?

R. Au moment de votre retour dans votre pays d'origine en tant que principal pays de résidence, votre police d'assurance peut continuer dès lors que votre pays d'origine est inclus dans votre zone géographique de couverture. Il est important de noter que dans certains pays, les couvertures sont soumises à des restrictions légales, notamment pour les ressortissants de ces pays. Il est de votre responsabilité de vous assurer que votre couverture

d'assurance santé est conforme à la législation et nous vous recommandons de vous renseigner auprès d'un conseiller légal indépendant à ce sujet. Si vous devenez résident permanent aux Etats-Unis, votre affiliation ne pourra pas continuer dû au fait que nos formules ne sont pas compatibles avec la législation américaine.

Q. Que se passe-t-il si je déménage dans un autre pays ?

R. Si vous êtes toujours expatrié et si le pays dans lequel vous déménagez est compris dans votre zone géographique de couverture, vous devrez nous communiquer le plus tôt possible votre nouvelle adresse, vos nouvelles coordonnées, vos références bancaires ou celles de votre carte de crédit (selon le mode de paiement des primes que vous avez choisi). Votre couverture continuera sans interruption et sans frais supplémentaires jusqu'à la date de renouvellement de votre police, date à laquelle votre prime sera revue en tenant compte de votre nouveau pays de résidence. En revanche, si vous déménagez dans un pays situé hors de votre zone de couverture (par exemple, si votre zone de couverture est « Afrique » et vous déménagez au Royaume-Uni), vous devrez nous contacter pour élargir votre zone de couverture. Un montant de prime supplémentaire devra être payé et des délais de carence pourront s'appliquer.

Q. Quand puis-je changer mes conditions de paiement ?

R. Tout changement apporté aux conditions de paiement (par exemple le mode ou la fréquence) ne peut être effectué qu'au moment du renouvellement de la police d'assurance. Si de tels changements sont nécessaires, vous devrez nous envoyer des instructions écrites 30 jours avant votre date de renouvellement.

Q. Que se passe-t-il si je ne paie pas ma prime d'assurance en temps voulu ?

R. Nous pourrions résilier la police d'assurance si vous ne vous acquittez pas 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 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. Cependant, si le paiement de la prime intervient après le délai de 30 jours, vous devrez remplir un formulaire de déclaration de santé avant que la police d'assurance ne soit réinstaurée.

Q. Dans quels hôpitaux puis-je me rendre ?

R. Vous pouvez utiliser notre annuaire de prestataires médicaux en ligne pour rechercher des médecins et

hôpitaux dans le monde entier. Toutefois, vous n'êtes pas limité aux prestataires figurant dans cet annuaire. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise avant tout traitement hospitalier ainsi que d'autres traitements tels qu'indiqués dans votre tableau des garanties. Nous arrangerons, dans la mesure du possible, un règlement direct de vos frais d'hospitalisation auprès de votre prestataire médical.

Q. Que dois-je faire en cas d'urgence ?

R. En cas d'urgence, faites-vous toujours et immédiatement prendre en charge par un médecin. Il est important de nous en informer **dans les 48 heures** suivant l'incident.

Pour plus d'informations, veuillez vous rendre sur www.allianzworldwidecare.com

Faire une réclamation

Veillez trouver ci-dessous les indications à suivre si vous avez une réclamation.

Nous accueillons toujours avec plaisir les commentaires de nos affiliés, qu'ils soient négatifs ou positifs. Nous avons mis en place une procédure très simple à suivre en cas de problème afin d'en garantir le traitement rapide et efficace.

Contactez en premier lieu le service téléphonique d'Allianz Worldwide Care (+ 353 1 630 1303). Si nous ne sommes pas en mesure de résoudre le problème par téléphone, veuillez nous contacter par email, fax ou courrier :

Allianz Worldwide Care
18B Beckett Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irlande

Fax : + 353 1 630 1306
Email : client.services@allianzworldwidecare.com

Si vous n'êtes pas satisfait de la façon dont nous avons traité votre problème et que vous souhaitez y donner suite, vous pourrez transmettre votre plainte au médiateur des services financiers irlandais (**Financial Services Ombudsman**).

Le médiateur des services financiers est une fonction officielle légale consistant à arbitrer de façon impartiale les conflits non résolus entre les prestataires de services financiers et leurs clients.

Financial Services Ombudsman's Bureau
3rd Floor, Lincoln House
Lincoln Place
Dublin 2
Irlande

Tél : + 353 1 662 0899
Fax : + 353 1 662 0890
Email : enquiries@financialombudsman.ie
www.financialombudsman.ie

Définitions

Ces définitions sont applicables aux garanties comprises dans notre gamme de couvertures médicales et peuvent faire partie de votre police spécifique. Veuillez vous référer à votre tableau des garanties pour déterminer celles qui s'appliquent. Lorsque les mots et expressions suivants apparaissent dans vos documents de police d'assurance, ils auront les significations définies ci-dessous. Si des garanties particulières s'appliquent à votre couverture, vous trouverez leur définition dans la section « Notes » située à la fin de votre tableau des garanties.

- 1.1 **Accident** : blessure qui résulte d'un événement imprévu survenant indépendamment de la volonté de l'assuré et dont la cause échappe à son contrôle. La cause et les symptômes doivent être médicalement et objectivement définissables, être sujets à un diagnostic et requérir une thérapie.
- 1.2 **Affilié/assuré** : vous et vos ayants droit tels qu'indiqués sur le certificat d'assurance.
- 1.3 **Aides médicales prescrites** : tout instrument, équipement ou appareil médical prescrit aidant la fonction ou la capacité d'un membre ou d'un organe, à l'instar d'un appareil auditif, d'un auxiliaire de phonation (larynx électronique), de béquilles ou d'un fauteuil roulant, d'un appareil orthopédique, d'un membre artificiel, d'un appareil à hernie, de bas de contention ou de semelles orthopédiques. Les coûts des aides médicales prescrites dans le cadre de soins palliatifs ou de soins de longue durée (voir définitions 1.59 et 1.66) ne sont pas pris en charge.
- 1.4 **Analyses** : examens tels que les radiographies ou les tests sanguins, entrepris dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés.
- 1.5 **Année d'assurance** : elle débute à la date d'entrée en vigueur indiquée sur le certificat d'assurance et s'achève exactement un an plus tard.
- 1.6 **Appareillages chirurgicaux et prothèses** : appareil ou membre artificiel installé ou utilisé lors d'une intervention faisant partie intégrante du procédé chirurgical ou étant considéré comme médicalement nécessaire au traitement faisant suite à la chirurgie.
- 1.7 **Ayant droit** : il s'agit de votre conjoint(e) ou partenaire (y compris partenaire de même sexe) et/ou tout enfant à charge non marié (y compris celui de votre conjoint ou partenaire, tout enfant adopté ou placé) qui dépend financièrement du souscripteur jusqu'à son 18^e anniversaire, ou jusqu'à son 24^e anniversaire s'il

poursuit des études à temps plein, et qui est également nommé sur votre certificat d'assurance comme ayant droit.

1.8 **Bilan de santé, incluant les examens de dépistage de maladies** : examens médicaux entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Le bilan de santé doit être réalisé régulièrement à certaines périodes de la vie et inclut les examens suivants :

- Examen cardio-vasculaire ;
- Examen neurologique ;
- Dépistage d'un cancer :
 - Frottis cervico-utérin annuel ;
 - Mammographie (pour les femmes de 50 ans ou plus, ou plus jeunes en cas d'antécédents familiaux) ;
 - Dépistage du cancer de la prostate (pour les hommes de 50 ans ou plus, ou plus jeunes en cas d'antécédents familiaux) ;
- Bilan de santé pour enfant (pour un enfant dont l'âge n'excède pas six ans et limité à 15 visites pour la vie).

1.9 **Capital décès accidentel** : le montant indiqué dans le tableau des garanties sera versé si l'assuré (âgé de 18 à 70 ans) décède au cours de la période d'assurance suite

à un accident (y compris suite à une blessure professionnelle).

1.10 **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.

1.11 **Chambre d'hôpital** : séjour en chambre privée ou semi-privée comme indiqué dans le tableau des garanties. Les chambres de luxe, de fonction et en suite ne sont pas couvertes.

1.12 **Chirurgie ambulatoire** : procédure chirurgicale effectuée dans un hôpital ou un centre médical de jour ne nécessitant pas la garde médicale du patient.

1.13 **Chirurgie dentaire** : cela inclut l'extraction de dents, l'apicoectomie, ainsi que le traitement d'autres problèmes buccaux tels que des déformations congénitales de la mâchoire (par ex. de la voûte du palais), des fractures et des tumeurs. La chirurgie dentaire ne couvre aucun traitement chirurgical lié aux implants dentaires.

1.14 **Complications à l'accouchement** : elles désignent uniquement les pathologies suivantes, apparues durant

- l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire. Les complications à l'accouchement ne seront prises en charge que si vous disposez également d'une garantie maternité. Si votre couverture inclut une telle garantie, les complications à l'accouchement couvriront également la césarienne lorsque celle-ci sera médicalement nécessaire.
- 1.15 **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.
- 1.16 **Consultations de médecin généraliste** : traitement non chirurgical pratiqué ou administré par un médecin généraliste.
- 1.17 **Consultations de spécialiste** : frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin spécialiste.
- 1.18 **Correction visuelle au laser** : traitement visant à améliorer la capacité de réfraction par une intervention au laser, incluant les examens pré-opératoires nécessaires.
- 1.19 **Délai de carence** : période commençant à la date de début 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.
- 1.20 **Ergothérapie** : traitement destiné au bon développement des capacités moteur de l'individu, intégration sensorielle, coordination, équilibre et autres aptitudes telles que s'habiller, manger, faire sa toilette, etc., de façon à faciliter la vie au quotidien et à améliorer l'interaction avec le monde physique et social. Une entente préalable est requise pour l'ergothérapie administrée en médecine courante.
- 1.21 **Evacuation médicale** : cela s'applique lorsque le traitement nécessaire pour lequel vous êtes couvert ou si la transfusion sanguine requise en cas d'urgence ne peuvent être dispensés localement. Vous serez alors évacué 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.
- Une fois le traitement terminé, nous prendrons en charge le coût du billet retour en classe économique

afin que l'assuré évacué retourne dans son principal pays de résidence.

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.

Lorsqu'un assuré a 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 et le principal pays de résidence. L'hébergement d'un accompagnateur est exclu.

- 1.22 **Frais de séjour d'un parent restant à l'hôpital avec un enfant assuré** : frais d'hébergement en hôpital d'un parent pendant toute la durée de l'hospitalisation d'un enfant assuré pour un traitement couvert par la police. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, nous prendrons en charge l'équivalent d'une chambre dans un hôtel trois étoiles. Notez cependant que les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts.

- 1.23 **Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille en danger de mort ou décédé** : prise en charge des frais de transport raisonnables (dans la limite du plafond indiqué dans le tableau des garanties) pour permettre aux membres de la famille assurés de se rendre sur le lieu où un proche au premier degré est en danger de mort ou décédé. Un proche au premier degré correspond au conjoint, parent, frère, sœur ou enfant y compris un enfant adopté ou l'enfant du conjoint. Les demandes de remboursement doivent être accompagnées d'un certificat de décès ou d'une attestation du médecin validant le motif du voyage, ainsi que des copies des billets d'avion. Cette garantie est limitée à un sinistre pour la durée de la police. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.
- 1.24 **Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps** : prise en charge des frais de transport raisonnables, de tout membre assuré de la famille qui résidait à l'étranger avec l'affilié décédé, afin de se rendre dans le pays d'origine ou le pays de sépulture choisi par le défunt. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.
- 1.25 **Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/de rapatriement** : prise

- en charge des frais de transport raisonnables de tous les membres assurés de la famille de la personne évacuée ou rapatriée, par exemple un mineur qui serait autrement sans surveillance. Si la famille ne peut pas voyager dans le même véhicule, nous paierons le transport en classe économique. En cas de rapatriement, ces frais de transport raisonnables seront couverts uniquement si la formule Rapatriement facultative fait partie de votre couverture. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.
- 1.26 **Frais d'une personne accompagnant l'assuré rapatrié ou évacué** : frais encourus par une personne voyageant avec l'assuré rapatrié ou évacué. Si l'accompagnateur ne peut pas voyager dans le même véhicule, nous paierons le transport en classe économique. Une fois le traitement terminé, nous prendrons en charge le billet de retour de l'accompagnateur en classe économique afin qu'il retourne dans le pays d'où la personne a été évacuée ou rapatriée. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.
- 1.27 **Franchise** : montant à votre charge qui est déduit de la somme remboursable.
- 1.28 **Grefe d'organe** : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes et/ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle osseuse, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursables.
- 1.29 **Grossesse** : période depuis la date du premier diagnostic jusqu'à l'accouchement.
- 1.30 **Honoraires de sage-femme** : il s'agit des honoraires facturés par une sage-femme ou une accoucheuse qui, en conformité avec les lois du pays dans lequel les soins sont prodigués, a reçu une formation complète et réussi les examens ou concours la sanctionnant.
- 1.31 **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.
- 1.32 **Hospitalisation de jour** : hospitalisation de jour planifiée et effectuée dans un hôpital ou un centre médical de jour, comprenant une chambre d'hôpital et

les soins infirmiers, ne nécessitant pas la garde du patient pendant la nuit, et pour laquelle une autorisation de sortie est délivrée le jour même.

- 1.33 **Kinésithérapie prescrite** : traitement administré par un kinésithérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin. La kinésithérapie est initialement limitée à 12 séances par pathologie. Si davantage de séances sont requises, un rapport d'examen justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être remis. La kinésithérapie exclut certains traitements tels que le Rolfing, les massages, la méthode Pilates, la fangothérapie et la thérapie MILTA.
- 1.34 **Lunettes et lentilles de contact prescrites** : prise en charge d'un examen des yeux réalisé par un optométriste ou un ophtalmologiste (limité à un par année d'assurance), ainsi que des lentilles de contact ou des lunettes de correction.
- 1.35 **Maternité** : frais médicalement nécessaires occasionnés pendant la grossesse et l'accouchement, comprenant les frais d'hôpital, les honoraires des spécialistes, les soins pré et postnataux prodigués à la mère, les honoraires de sage-femme (uniquement au cours de l'accouchement) ainsi que les soins apportés au nouveau-né. Les frais liés aux complications de grossesse ou aux complications à l'accouchement ne sont pas couverts par cette garantie. De plus, toute césarienne non médicalement nécessaire sera couverte dans la limite du coût d'un accouchement naturel réalisé dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie.
- 1.36 **Médecin** : docteur autorisé, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, à pratiquer la médecine dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.
- 1.37 **Nécessité médicale** : services et fournitures qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :
- (a) Etre nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient ;
 - (b) Etre appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient ;
 - (c) Etre conformes aux pratiques médicales généralement reconnues et aux standards professionnels de la communauté médicale en application au moment des soins ;
 - (d) Etre requis pour des raisons autres que le confort ou la commodité du patient ou de son médecin ;
 - (e) Avoir un effet médical prouvé et démontré ;

- (f) Etre considérés comme du type et du niveau les mieux appropriés ;
- (g) Etre donnés avec un équipement en quantité et en qualité appropriées pour le soin requis par l'état du patient ;
- (h) Etre 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.

1.38 **Nous/Notre/Nos** : Allianz Worldwide Care.

1.39 **Obésité** : elle est diagnostiquée lorsqu'une personne présente un indice de masse corporelle supérieur à 30 (un outil de calcul de l'indice de masse corporelle est disponible sur notre site Internet www.allianzworldwidecare.com).

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

1.41 **Orthodontie** : usage d'appareils pour corriger une malocclusion et replacer les dents pour un fonctionnement et un alignement corrects.

1.42 **Orthophonie** : soins dispensés par un orthophoniste qualifié pour traiter des infirmités physiques diagnostiquées, telles qu'une obstruction nasale, des troubles neurogènes (par exemple parésie de la langue, commotion cérébrale) ou articulaires impliquant la structure buccale (par exemple fente palatine).

1.43 **Parodontologie** : traitement dentaire dû à une maladie de la gencive.

1.44 **Pathologie chronique** : maladie ou blessure ayant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Est de nature récurrente ;
- Est sans remède identifié et généralement reconnu ;
- Répond difficilement à tout type de traitement ;
- Requiert un traitement palliatif ;
- Nécessite un suivi ou un contrôle prolongé ;
- Conduit à un handicap permanent.

1.45 **Pathologie préexistante** : tout problème de santé ou problème lié dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours des cinq années précédant le début de la couverture, qu'un traitement ou conseil médical

ait été recherché ou non. Tout problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droit aurai-ent raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante. Tout problème de santé survenant après avoir complété le bulletin d'adhésion approprié et avant la confirmation de la couverture par le service de souscription d'Allianz Worldwide Care sera également considéré comme préexistant et ne sera pas couvert en cas de non-déclaration.

- 1.46 **Pays d'origine** : pays pour lequel l'assuré possède un passeport en cours de validité et/ou vers lequel il souhaiterait être rapatrié.
- 1.47 **Podologie (formule santé réservée aux Iles anglo-normandes uniquement)** : soins médicalement nécessaires prodigués par un professionnel diplômé d'Etat et titulaire d'un diplôme universitaire en podologie reconnu par les podologues du Council for the Professions Supplementary to Medicine (conseil des professions paramédicales). Le praticien doit également bénéficier d'une accréditation supplémentaire, par exemple être membre de la Society of Chiropractors & Podiatrists (société des podologues) ou du College of Podiatrists of The Society of Chiropractors & Podiatrists.

- 1.48 **Prescription de médicaments** : produits tels que l'insuline, les seringues ou les aiguilles hypodermiques, dont la délivrance nécessite une ordonnance, afin de traiter une maladie ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Les médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits.
- 1.49 **Principal pays de résidence** : pays dans lequel vous et vos ayants droit vivez pendant plus de six mois de l'année.
- 1.50 **Prothèses dentaires** : cela comprend les couronnes, inlays, onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collée, bridges, dentures et implants, ainsi que tous les traitements auxiliaires nécessaires.
- 1.51 **Psychiatrie et psychothérapie** : traitement d'un trouble mental ou nerveux suivi par un psychiatre ou un psychologue clinicien. Ce trouble doit être associé à une souffrance actuelle ou à une gêne majeure dans des activités quotidiennes importantes telles que l'activité professionnelle. La pathologie susmentionnée doit être cliniquement grave et non déclenchée par un événement particulier tel qu'un deuil, un problème

social, scolaire ou d'acculturation. Ce trouble doit répondre aux critères de classification d'un système de classement international tel que le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (Diagnostic and Statistical Manual - DSM-IV) ou la « Classification internationale des maladies » (International Classification of Diseases - ICD-10).

1.52 **Quote-part** : pourcentage des frais encourus qui est à votre charge.

1.53 **Rapatriement du corps** : transport du corps du défunt du principal pays de résidence vers le pays de la sépulture. Cette garantie couvre 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 de 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'une entente préalable.

1.54 **Rapatriement sanitaire** : il s'agit d'une couverture facultative et n'apparaît dans le tableau des garanties

que si elle a été sélectionnée. Cela signifie que si les soins nécessaires ne peuvent pas être prodigués localement, vous pourrez choisir d'être médicalement évacué vers votre pays d'origine pour y recevoir un traitement au lieu d'être transporté au centre médical approprié le plus proche. Cependant, votre pays d'origine doit être inclus dans votre zone géographique de couverture. Une fois le traitement terminé, nous couvrirons également les frais du voyage de retour, en classe économique, vers votre principal pays de résidence si le voyage est effectué dans le mois qui suit la fin du traitement.

1.55 **Rééducation** : traitement visant à restaurer une forme et/ou une fonction normale après une blessure ou une maladie grave. La garantie ne couvre que les traitements qui commencent immédiatement après la fin du traitement médical aigu.

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

1.57 **Soin/traitement en médecine courante** : traitement pratiqué par un médecin, thérapeute ou spécialiste dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessite pas l'admission du patient dans un hôpital.

- 1.58 **Soins à domicile ou dans un centre de convalescence** : soins infirmiers reçus immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation ou de soins de jour en hôpital pour lesquels vous qualifiez. Nous ne rembourserons que le montant de garantie mentionné dans le tableau des garanties si le médecin traitant décide (et avec l'accord de notre directeur médical) qu'il est médicalement nécessaire que l'affilié reste dans un centre de convalescence ou qu'une infirmière soit présente à son domicile. La couverture ne s'applique pas aux séjours en station thermale, en centre de cure ou de remise en forme, ni au titre des soins palliatifs et soins de longue durée (voir définitions 1.59 et 1.66).
- 1.59 **Soins de longue durée** : soins dispensés sur une période prolongée après la fin d'un traitement aigu, généralement pour une pathologie chronique ou une invalidité nécessitant des soins réguliers, intermittents ou continus. Les soins de longue durée peuvent être prodigués à domicile, dans un centre communautaire, à l'hôpital ou en maison de repos.
- 1.60 **Soins dentaires de routine** : cela comprend le bilan dentaire annuel, les plombages simples liés aux caries et les dévitalisations.
- 1.61 **Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation** : ils désignent les soins dentaires d'extrême urgence suite à un accident grave et nécessitant une hospitalisation. Les soins doivent être reçus dans les 24 heures suivant l'incident. Veuillez noter que 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.
- 1.62 **Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation** : soins reçus dans une clinique dentaire chirurgicale ou une salle d'urgence d'hôpital afin de soulager rapidement une douleur dentaire. Ces soins incluent les plombages temporaires (limités à trois plombages par année d'assurance) et/ou les soins dispensés suite à un accident. Les soins doivent être reçus dans les 24 heures suivant l'incident. Les prothèses dentaires et les dévitalisations ne sont pas incluses.
- 1.63 **Soins du nouveau-né** : ensemble de moyens et méthodes permettant d'évaluer l'intégrité fonctionnelle (organes et structure osseuse) du nouveau-né. Ces examens indispensables sont prodigués immédiatement après la naissance. Les procédures complémentaires de diagnostic préventif telles que les tampons à prélèvement, la détermination du groupe

- sanguin ou les examens auditifs ne sont pas couvertes. Tout autre traitement ou examen médicalement nécessaire est couvert selon les termes de la police d'assurance du nouveau-né.
- 1.64 **Soins d'urgence sans hospitalisation** : soins reçus aux urgences suite à un accident ou à une maladie soudaine mais qui ne nécessitent pas la garde médicale du patient pendant la nuit. Les soins doivent être reçus dans les 24 heures suivant l'incident.
- 1.65 **Soins orthomoléculaires** : soins ayant pour but de restaurer l'environnement écologique optimal des cellules du corps, en corrigeant les déficiences de niveau moléculaire sur la base d'une biochimie individuelle. Ces soins utilisent des substances naturelles comme les vitamines, les minéraux, les enzymes, les hormones, etc.
- 1.66 **Soins palliatifs** : traitements hospitaliers, de jour ou ambulatoires administrés suite au diagnostic établissant que la maladie est en phase terminale et qu'aucun traitement ne peut guérir la maladie. Cette garantie prévoit le remboursement des soins physiques et psychologiques, ainsi que celui des frais d'hébergement en hôpital ou en hospice, des soins infirmiers et des médicaments délivrés sur ordonnance.
- 1.67 **Soins postnataux** : soins médicaux post-partum de routine reçus par la mère jusqu'à six semaines après l'accouchement.
- 1.68 **Soins prénataux** : dépistages et examens de suivi classiques nécessaires durant la grossesse. Pour les femmes âgées de 35 ans et plus, cela inclut les tests triples (Bart's) ou quadruples, les tests pour le spina bifida, les amniocentèses et les analyses ADN directement liées à une amniocentèse couverte par la police d'assurance.
- 1.69 **Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation** : somme versée pour l'hébergement et le traitement d'une pathologie médicale couverte par l'assurance de l'affilié, dans un hôpital qui n'a pas facturé. Cette garantie est limitée à la somme mentionnée dans le tableau des garanties et elle est versée dès la sortie de l'hôpital.
- 1.70 **Spécialiste** : médecin diplômé possédant l'expérience et les qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité reconnue, ce qui inclut les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention dans un domaine particulier de la médecine. Cette garantie ne couvre pas les frais de consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue. Lorsque ces frais sont couverts, une garantie distincte pour la psychiatrie

- ou psychothérapie apparaîtra dans le tableau des garanties.
- 1.71 **Stomatologie** : interventions chirurgicales, telles que l'extraction des dents de sagesse, lorsqu'elles sont pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste ou par un stomatologue. Nous ne prenons pas en charge les procédures réalisées par un dentiste à moins que la garantie dentaire appropriée soit incluse dans votre couverture, et auquel cas, la couverture sera limitée au plafond de votre garantie dentaire.
- 1.72 **Thérapeute** : chiropracteur, ostéopathe, phytothérapeute, homéopathe, acupuncteur, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute ou orthoptiste qualifiés et diplômés en vertu des lois du pays dans lequel le traitement est administré.
- 1.73 **Traitement de la stérilité** : cela comprend l'hystérosalpingographie, la laparoscopie, l'hystérogographie et toute autre procédure de nature invasive nécessaire pour déterminer la cause de la stérilité chez l'homme et la femme. En cas de fécondation in vitro (FIV), la couverture est limitée au plafond indiqué dans le tableau des garanties.
- 1.74 **Traitement hospitalier** : traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde médicale de l'assuré pendant la nuit.
- 1.75 **Traitement paramédical** : traitement thérapeutique ou diagnostique ne répondant pas aux critères de la médecine occidentale conventionnelle. L'acte paramédical doit être pratiqué par des thérapeutes agréés et inclut la chiropractie, l'ostéopathie, la phytothérapie, l'homéopathie et l'acupuncture.
- 1.76 **Traitement préventif** : traitement entrepris en l'absence de tout symptôme préalable. Il peut s'agir par exemple de l'ablation d'une excroissance à l'instar d'un grain de beauté.
- 1.77 **Transport local en ambulance** : il s'agit du transport en ambulance, requis en cas d'urgence ou de nécessité médicale, à destination de l'hôpital ou de l'établissement médical habilité le plus proche et le mieux adapté à la situation.
- 1.78 **Urgence** : apparition d'un problème de santé soudain et imprévu, qui nécessite une assistance médicale d'urgence. Seuls les soins commencés dans les 24 heures suivant l'incident sont couverts.

- 1.79 **Vaccinations** : vaccins et rappels exigés par les autorités sanitaires du pays dans lequel le traitement est administré et toute vaccination médicalement nécessaire avant un voyage dans un pays étranger, ainsi que la prophylaxie anti-paludisme. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont inclus.
- 1.80 **Vous/Votre** : l'assuré indiqué sur le certificat d'assurance.

Conditions générales supplémentaires

Les conditions supplémentaires importantes détaillées ci-dessous s'appliquent à votre police.

1. **Ce que nous couvrons :**

- a) L'étendue de votre couverture est définie par votre tableau des garanties, le certificat d'assurance, tout avenant à la police, ces conditions générales pour contrats individuels, ainsi que tout autre document contractuel. Les frais médicaux liés à l'apparition ou l'aggravation d'une maladie ou de toute autre condition médicale seront remboursés en accord avec votre tableau des garanties et les conditions générales.
- b) Les traitements et procédures ne sont pris en charge que s'ils ont un but palliatif, curatif et/ou diagnostique, s'ils sont médicalement nécessaires, appropriés et s'ils sont prescrits et administrés par un médecin, un dentiste ou tout autre thérapeute ayant une licence. Les demandes de remboursement et/ou les frais engendrés ne seront remboursés que si le diagnostic et/ou le traitement prescrit sont conformes aux pratiques médicales généralement reconnues. Les frais et dépenses occasionnés par des agissements à l'encontre d'un avis médical ne seront pas remboursés.
- c) Les demandes de remboursement seront honorées si nous estimons que le montant des factures et des

reçus fournis est raisonnable et d'usage dans le pays où le traitement a été administré. Dans le cas contraire, nous nous réserverons le droit de réduire le montant du remboursement.

- d) Si du sang ne peut être trouvé, et lorsque cela s'avère approprié et conseillé par le médecin traitant, nous ferons notre possible pour localiser et faire transporter du sang ainsi que du matériel stérile de transfusion. La décision de procéder à ce transport reste cependant du ressort exclusif de nos conseillers médicaux. Allianz Worldwide Care et ses agents n'accepteront pas d'être tenus responsables si les démarches entreprises n'aboutissent pas ou si du sang ou des équipements contaminés sont utilisés.

2. **Responsabilité :** Notre responsabilité vis-à-vis de l'assuré se limite aux montants figurant dans le tableau des garanties et dans tout avenant au contrat. En aucun cas, le montant du remboursement, que ce soit selon les termes de cette police, de la sécurité sociale ou de toute autre assurance, n'excédera le montant de la facture.

3. **Responsabilité civile d'un tiers :** Si vous ou l'un de vos ayants droit pouvez être indemnisé par la sécurité sociale ou une autre police d'assurance concernant une demande de remboursement que vous nous avez faite

parvenir, nous nous réserverons le droit de refuser de payer le sinistre.

Vous devez nous faire part de toute information nécessaire si vous êtes en droit de réclamer des indemnités auprès d'un tiers. 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 la police d'assurance.

Nous nous reconnaissons le droit de subrogation et pouvons instituer une procédure en votre nom, mais à nos frais, pour récupérer pour notre propre bénéfice tout paiement effectué dans le cadre d'une autre police d'assurance.

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

5. **Arbitrage** :

- a) 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.
- b) Si les différends ne peuvent pas être réglés conformément à la disposition 5.a, les parties tenteront de 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 habilité. 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 « ADR » de résolution à l'amiable du litige) 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 5.b, engager une procédure judiciaire ou d'arbitrage en lien avec le litige tant que ce dernier n'aura pas fait l'objet d'une médiation et que la médiation n'aura 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 à Dublin, en Irlande, et se déroulera en anglais. L'accord de médiation auquel il est fait référence dans la procédure type sera régi, interprété et appliqué conformément à la législation irlandaise. Les tribunaux irlandais auront la compétence exclusive pour régler les réclamations, litiges ou différends pouvant découler de la médiation ou en rapport avec cette dernière.

c) Tout litige, controverse ou réclamation :

- découlant de ce contrat ou y afférant (ou toute violation, résiliation ou non-validité à cet égard), dans le cas où la valeur en cause est supérieure à 500 000 €, ou
- ayant été soumis à médiation conformément à la clause 5.b. 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 la notification de résolution à l'amiable

devra être réglé par les tribunaux irlandais 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 5.c devra être engagée dans les neuf mois calendaires suivant la date d'expiration de la période de trois mois susmentionnée.

6. **Protection des données :** Allianz Worldwide Care, membre du groupe Allianz, est une compagnie irlandaise habilitée d'assurances non-vie. Nous recueillons et utilisons les informations personnelles dans le but de préparer des devis, de souscrire les polices, de percevoir les primes, de régler les sinistres et pour tout autre motif directement lié à la gestion des polices, en accord avec le

contrat d'assurance. La confidentialité des informations sur les patients et les affiliés constitue l'une de nos priorités. Nous nous conformons à la législation européenne sur la protection des données ainsi qu'aux directives internationales sur le secret médical. Vous êtes en droit d'accéder aux informations personnelles vous concernant. Vous avez également le droit de nous demander de modifier ou supprimer toute information que vous jugez inexacte ou obsolète. Nous ne conserverons pas les données plus longtemps que nécessaire et uniquement pour les finalités pour lesquelles nous les avons obtenues.

6. **Communication avec les ayants droit :** Dans le but de gérer votre police d'assurance, nous pouvons parfois nécessiter de demander des informations complémentaires. Si nous devons communiquer au sujet d'un ayant droit inclus dans la police (par exemple si des informations complémentaires sont nécessaires pour traiter une demande de remboursement), nous contacterons l'assuré principal, qui agit au nom de et pour le compte de ses ayants droit, afin qu'il nous fournisse les informations nécessaires. De la même manière, dans le but d'administrer les demandes de remboursement, toute information en lien avec une personne couverte par la police sera directement envoyée à l'assuré principal.