



Plan Santé international
Prestige

Plan Santé international

Conditions générales
Avril 2018

Présentation de votre police d'assurance

Questions concernant votre police
d'assurance

+44 (0)1892 556 274

Fax +44 (0)1892 508 256 24h/24

Assistance en cas d'urgence

+44 (0)1892 513 999

24h/24

Assistance et informations médicales

24h/24

+44 (0)1892 772 578

Contactez un professionnel de santé à toute
heure du jour et de la nuit

Consultez la FAQ à l'adresse suivante :

axaglobalhealthcare.com

Clientèle en ligne (Customer Online)

axaglobalhealthcare.com/customer

Les documents de votre police
sont disponibles dans d'autres
formats.

Si vous souhaitez obtenir une
copie en Braille, une impression
en gros caractère ou une version
audio, veuillez nous contacter.

Le présent plan d'assurance médicale privée est
organisé et administré par AXA Global Healthcare (UK)
Limited et souscrit par AXA PPP healthcare Limited.
Siège social : 5 Old Broad Street, London, EC2N 1AD,
United Kingdom.

Sommaire

Section	Page
1 Introduction à votre police Cette section décrit les bases de votre couverture	6
2 Effectuer une demande de remboursement Tout ce que vous devez savoir sur le fonctionnement des demandes de remboursement	17
3 Fonctionnement de votre police Y compris dans quelle mesure nous prenons en charge les traitements, comment nous payons ces traitements et les règles relatives aux exclusions permanentes	21
4 Votre couverture pour les pathologies, traitements, tests et coûts spécifiques Règles qui s'appliquent aux pathologies, traitements, tests et coûts spécifiques	29
5 Gestion de votre police Y compris comment apporter des ajouts ou des modifications à votre couverture, comment fonctionnent les franchises, et comment porter réclamation	43
6 Informations juridiques Détail de nos droits et responsabilités mutuels Glossaire Liste de termes du guide ayant une signification particulière	48
7 Glossaire Liste de termes du guide ayant une signification particulière	55

Informations sur la santé par nos experts

Informations sur la santé fournies par des experts disponibles 24h/24, 7j/7
+44 (0)1892 772 578

Ou renseignez-vous sur
axaglobalhealthcare.com

Nous ne sommes pas disponibles uniquement pour vos demandes de paiement, vous pouvez également nous joindre à chaque fois que vous souhaitez parler à un expert de la santé.

Obtenez les dernières informations concernant les vaccinations et les précautions de santé nécessaires avant un voyage. Vérifiez les symptômes qui vous inquiètent. Comprenez les facteurs d'une pathologie. Ou appelez-nous pour simplement obtenir de l'aide et être rassuré.

- ✓ Des infirmières, sages-femmes, pharmaciens et conseillers sont à votre écoute. Vous pouvez joindre une sage-femme ou un pharmacien de 8h00 à 20h00 (GMT) du lundi au vendredi, de 8h00 à 16h00 le samedi et les jours fériés au Royaume-Uni, et de 8h00 à 12h00 (GMT) le dimanche.
- ✓ Ce service est entièrement confidentiel et indépendant de notre service concernant les demandes de paiement.

Vous pouvez choisir de rester anonyme et de ne pas enregistrer l'appel. Vous pouvez aussi nous demander de prendre note de votre appel au cas où vous souhaiteriez rappeler.

Nous ne sommes pas en mesure de diagnostiquer des pathologies ou de prescrire des médicaments, mais nous pouvons apporter les dernières informations concernant maladies et pathologies, traitements et médicaments spécifiques, ainsi que notre aide et nos conseils.

Gérer votre police en ligne

Gérez votre police, effectuez des demandes de paiement et restez en contact en toute simplicité.

Inscrivez-vous pour pouvoir faire appel à nous quand vous le souhaitez.
axaglobalhealthcare.com/customer

Pour vous inscrire, vous aurez besoin du numéro de police figurant sur votre certificat d'assurance. Le titulaire de la police doit s'inscrire en premier.

- ✓ Gérer votre police et mettre à jour vos informations personnelles
- ✓ Afficher les informations relatives à votre police
- ✓ Vérifier que votre traitement est couvert
- ✓ Nous poser des questions
- ✓ Faire une réclamation
- ✓ Contrôler vos demandes de remboursement et vos certificats d'assurance
- ✓ Voir vos relevés
- ✓ Nous envoyer des documents
- ✓ Demander des transferts d'argent
- ✓ Disponible pour tous les membres de la famille figurant sur votre police et âgés de 16 ans et plus
- ✓ Trouver un hôpital ou un médecin
- ✓ Rester informé des actualités autour de la santé et de la sécurité dans le monde
- ✓ Obtenir les dernières actualités et informations d'experts de la santé
- ✓ Accéder au réseau mondial de gestion médicale
- ✓ Obtenir de l'aide lorsque votre état de santé est complexe

1 Introduction à votre police

Cette **police** répond aux demandes et aux besoins d'une personne souhaitant obtenir la couverture visée aux sections 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7 et 1.8, et doit être lue en conjonction avec votre certificat d'assurance, qui indique le niveau de couverture et les options que vous avez achetées avec votre **police**.

Cette section décrit les bases de votre couverture. Elle vous informe également des aspects importants qui ne sont pas pris en charge.

La lecture de cette section vous aidera à comprendre la suite des informations disponibles dans ce guide.

Les tableaux de cette section comportent uniquement les grandes lignes de votre couverture. Pour obtenir l'intégralité des informations, veuillez lire le reste de votre guide.

- 1.1 > Devise qui s'applique à votre **police**
- 1.2 > Pays dans lesquels vous êtes couvert
- 1.3 > Plafond de votre **police**
- 1.4 > Votre couverture
- 1.5 > Couverture en option
- 1.6 > Principaux aspects qui ne sont pas couverts
- 1.7 > Votre couverture pour les traitements d'urgence aux États-Unis (pour les assurés qui n'ont pas pris de couverture supplémentaire valable aux États-Unis)
- 1.8 > Votre couverture en cas d'évacuation ou de rapatriement d'urgence

Mots et phrases en gras

Certains mots et certaines phrases que nous utilisons dans ce guide ont une signification particulière, par exemple lorsque nous parlons de **traitement**.

Nous avons marqué ces mots en gras. Leur signification est disponible dans le glossaire.

Vous, votre et vos

Lorsque nous utilisons « vous », « votre », « vôtre » et « vos », nous faisons référence au titulaire de la **police** et aux membres de la famille couverts par votre **police**.

Nous, notre et nos

Lorsque nous utilisons « nous », « notre », « nôtre » ou « nos », nous faisons référence à AXA Global Healthcare (UK) Limited agissant au nom de AXA PPP healthcare Limited, la compagnie d'assurance qui souscrit ce produit.

1.1 > Devise applicable à votre police

Lorsque vous effectuez une demande de remboursement, nous vous payons selon la devise que vous avez spécifiée.

La devise doit figurer dans notre liste des devises dans lesquelles nous pouvons payer. Pour consulter la liste, rendez-vous sur axaglobalhealthcare.com/currencies.

Nous utiliserons le taux de change figurant dans le Guide des devises internationales du Financial Times le jour du **traitement** pour les **patients en externe** et les **patients en soins de jour**, et le jour de l'admission pour le **traitement des patients hospitalisés**.

Si des contrôles des taux de change ou de la devise sont en cours, il se peut que nous n'utilisions pas le taux figurant dans le Financial Times. Dans de tels cas, nous serons peut-être amenés à vous demander la preuve du taux de change en vigueur lors de l'achat des devises et nous utiliserons ce taux de change pour vous rembourser.

1.2 > Pays dans lesquels vous êtes couvert

Votre couverture s'applique aux **traitements** qui vous sont dispensés dans n'importe quel pays en dehors des États-Unis.

Si vous avez opté pour la couverture optionnelle valable aux États-Unis, votre couverture s'applique également aux **traitements** qui vous sont dispensés aux États-Unis. Votre certificat d'assurance indique si vous disposez d'une couverture aux États-Unis.

Pays où vous résidez habituellement

Le **pays où vous résidez habituellement** désigne le pays dans lequel le **titulaire de la police** vit ou prévoit de vivre la majeure partie de l'année. Il figurera en tant qu'adresse sur votre certificat d'assurance. Vous devez nous indiquer tout changement concernant le **pays où vous résidez habituellement**.

1.3 > Plafond de votre police

Ce tableau indique le montant maximal que nous verserons dans le cadre de demandes de paiement, par **année**, pour chaque assuré couvert par votre **police**.

Certaines parties de votre couverture ont des plafonds qui leur sont propres. Ils sont indiqués dans le présent guide.

Plafond de la **police**

Plafond de la **police** par assuré

- ✓ 2 000 000 £ ou
- ✓ 3 200 000 \$ ou
- ✓ 2 550 000 €

- Ne s'applique pas aux frais d'évacuation et de rapatriement.
- » Voir la section **1.8 Votre couverture en cas d'évacuation ou de rapatriement d'urgence**

Les plafonds qui s'appliquent à la police sont indiqués dans les trois devises suivantes :

Seule la devise que vous avez demandée lorsque vous avez contracté votre **police** s'applique à votre **police**.

£ = Livre Sterling

\$ = Dollars des États-Unis

€ = Euro

1.4 > Votre couverture

Couverture des patients hospitalisés ou en soins de jour		
	Informations relatives aux plafonds	Remarque
Frais en hôpital et en centre de soins de jour	✓ Compris dans le plafond de votre police	Frais des patients hospitalisés ou des patients en soins de jour : <ul style="list-style-type: none"> • hébergement standard • Traitement psychiatrique • examens de diagnostic • frais de la salle d'opération • soins infirmiers • médicaments • pansements • radiothérapie et chimiothérapie • kinésithérapie • appareils chirurgicaux utilisés par le médecin au cours des opérations chirurgicales. <p>» Voir les sections 3.5 Hôpitaux où vous pouvez recevoir votre traitement, 3.6 Hébergement que nous prenons en charge à l'hôpital où vous recevez vos soins, et 3.7 Différences lorsque vous bénéficiez d'un traitement au Royaume-Uni.</p>
Honoraires	✓ Compris dans le plafond de votre police	Frais liés aux : chirurgiens, anesthésistes et médecins. <p>» Voir la section 3.4 Qui peut vous dispenser le traitement ?</p>
Traitements d'urgence aux États-Unis (ne s'applique pas si vous avez pris la couverture supplémentaire valable aux États-Unis)	✓ Jusqu'à dix semaines de traitement , avec un plafond de : <ul style="list-style-type: none"> ✓ 20 000 £ ou ✓ 32 000 \$ ou ✓ 25 500 € 	Cette somme doit couvrir le traitement d'urgence des patients hospitalisés ou en soins de jour concernant une pathologie qui apparaît soudainement lors d'un séjour aux États-Unis. Remarque : cet avantage s'applique uniquement en l'absence de couverture supérieure valable aux États-Unis.
Prestation forfaitaire lorsque vous n'avez pas eu à payer pour vos traitements ou votre séjour à l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 100 £ par nuit ou ✓ 160 \$ par nuit ou ✓ 125 € par nuit 	Nous payerons cette somme si : <ul style="list-style-type: none"> • vous êtes admis pour un traitement avec hospitalisation avant minuit • nous aurions couvert votre traitement si vous en aviez bénéficié à titre privé. Si votre police d'assurance prévoit une franchise, nous ne la déduirons pas de la prestation forfaitaire.
Hébergement à l'hôpital pour un parent lorsqu'un enfant est à l'hôpital	✓ Compris dans le plafond de votre police	Couvre les coûts liés au séjour d'un parent à l'hôpital pour accompagner un enfant âgé de moins de 18 ans. L'enfant doit être couvert par votre police et bénéficier d'un traitement couverte par votre police .

Couverture des patients en consultation externe		
	Informations relatives aux plafonds	Remarque
Chirurgie	✓ Compris dans le plafond de votre police	» Voir la section 3.4 Qui peut vous dispenser le traitement ?
Scanners TDM, IRM ou TEP	✓ Compris dans le plafond de votre police	TDM : tomодensitométrie IRM : imagerie par résonance magnétique TEP : tomographie par émission de positrons » Voir les sections 3.4 Qui peut vous dispenser le traitement ?, 3.5 Hôpitaux où vous pouvez recevoir votre traitement et 3.7 Différences lorsque vous bénéficiez d'un traitement au Royaume-Uni
Médicaments et pansements	✓ 750 £ par année ou ✓ 1,200 £ par année ou ✓ 950 € par année	Les médicaments et les pansements sont destinés au traitement d'une pathologie que nous prenons en charge, et doivent être prescrits par un médecin .
<p>Les éléments suivants concernant les patients en externe sont limités en tout à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 750 £ par année • 9 200 \$ par année • 7,330 € par année <p>Certains de ces éléments ont également leur propre plafond. Celles-ci sont indiquées ci-dessous.</p>		
	Informations relatives aux plafonds	Remarque
Honoraires de consultation	✓ Compris dans le plafond global	Comprend les honoraires de consultation des médecins pour les patients en externe liés au traitement des patients hospitalisés ou des patients en soins de jour que vous recevez.
Traitement psychiatrique	✓ Compris dans le plafond global	» Voir la section 4.21 Santé mentale
Examens de diagnostic	✓ Compris dans le plafond global	Y compris les examens de diagnostic liés au traitement de patients hospitalisés ou de patients en soins de jour .
Traitement par kinésithérapie	✓ Compris dans le plafond global	

1.4 > Votre couverture (suite)

Vaccinations	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 300 £ par année ou ✓ 480 £ par année ou ✓ 380 € par année ✓ Le plafond global s'applique 	Si administré par un médecin ou une infirmière. Le plafond s'applique à l'ensemble des coûts d'administration du vaccin et du vaccin lui-même.
Frais de praticien de médecine alternative	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 300 £ par année ou ✓ 480 £ par année ou ✓ 380 € par année ✓ Le plafond global s'applique 	
Autres types de couverture		
	Informations relatives aux plafonds	Remarque
Transport en ambulance	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compris dans le plafond de votre police 	Types d'ambulances pris en charge : <ul style="list-style-type: none"> • ambulance terrestre • ambulance aérienne, le cas échéant. Motifs auxquels le transport en ambulance est pris en charge : <ul style="list-style-type: none"> • pour les transports d'urgence vers et entre les hôpitaux ; ou • lorsqu'un médecin affirme qu'il s'agit d'un impératif médical.
Évacuation et rapatriement d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 	Si votre police a une franchise, vous ne devez pas payer la franchise lorsque vous demandez le paiement d'une évacuation d'urgence. » Voir la section 1.8 Votre couverture en cas d'évacuation ou de rapatriement d'urgence
Prestation forfaitaire si vous bénéficiez d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie gratuite	<ul style="list-style-type: none"> ✓ De 50 à 5 000 £ par année ou ✓ De 80 à 8 000 \$ par année ou ✓ De 60 à 6 375 € par année 	Si vous choisissez de bénéficier d'une chimiothérapie ou radiothérapie gratuite en soins de jour ou en externe pour soigner un cancer . Nous prenons en charge les coûts uniquement si le traitement devait être couvert par votre police . Si votre police a une franchise, vous n'avez pas à payer la franchise lorsque vous demandez le remboursement de cette prestation forfaitaire. Cette prise en charge s'applique uniquement lorsque vous n'avez pas eu à payer vos traitements ou votre séjour à l'hôpital . » Voir la section 4.4 Cancer

Infirmière qui vous administre à domicile la chimiothérapie ou les antibiotiques par perfusion intraveineuse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prise en charge intégrale pour un maximum de 28 jours par année 	<p>Nous prenons en charge le traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à domicile ; • dans un autre lieu adapté. <p>Nous rémunérerons une infirmière chargée de vous administrer l'un des traitements suivants par perfusion intraveineuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chimiothérapie pour traiter le cancer • antibiotiques. <p>Les conditions sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous auriez été à l'hôpital en tant que patient hospitalisé ou en soins de jour • L'infirmière travaille sous la surveillance d'un médecin.
Supports vertébraux, attelles de genou ou aircasts s'ils entrent dans le cadre d'une procédure chirurgicale . Prothèse externe dans le cadre du traitement actif du cancer .	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2,500 £ par année ou ✓ 4,000 \$ par année ou ✓ 3,200 € par année 	
Perruques dans le cadre du traitement actif du cancer	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 150 £ par année ou ✓ 240 £ par année ou ✓ 190 € par année 	Si votre police a une franchise, vous ne devez pas payer la franchise.
Dialyse rénale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 50,000 £ par année ou ✓ 80,000 \$ par année ou ✓ 63,750 € par année 	<p>Dialyse rénale nécessaire en raison d'une insuffisance rénale chronique.</p> <p>Ces plafonds ne s'appliquent pas aux dialyses nécessaires dans les six semaines de préparation en vue d'une transplantation rénale.</p>
Examen ophtalmologique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Règlement complet d'un test de la vision par année 	» Voir la section 4.20 Hypermétropie, myopie et astigmatisme
Prescription de lunettes et de lentilles de contact	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 100 £ par année ou ✓ 160 £ par année ou ✓ 125 € par année 	<p>Nous prenons en charge ces coûts à condition que les lunettes ou les lentilles aient pour but de corriger votre vue.</p> <p>» Voir la section 4.20 Hypermétropie, myopie et astigmatisme</p>
Bilan de santé	<p>Prise en charge des coûts d'un bilan de santé par année jusqu'à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 300 £ ou ✓ 480 \$ ou ✓ 380 € 	

1.4 > Votre couverture (suite)

Autres types de couverture suite		
	Informations relatives aux plafonds	Remarque
Indemnités de handicap	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 50,000 £ par année ou ✓ 80,000 £ par année ou ✓ 63 750 € par année 	<p>La limite dépend de l'invalidité en question.</p> <p>» Voir la section 4.10 Indemnités de handicap</p> <p>Si votre police a une franchise, vous n'avez pas à payer la franchise lorsque vous demandez le paiement d'indemnités de handicap.</p>
Grossesse et accouchement		
Les pathologies survenant au cours de la grossesse et de l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oui, prises en charge dans les plafonds qui s'appliquent au reste de cette police. 	<p>» Voir la section 4.24 Grossesse et accouchement ou nous contacter au +44 (0)1892 556 274</p>
Pour plus d'informations, voir la section 4.25 Grossesse et accouchement ou nous contacter au +44 (0)1892 556 274 Les consultations prénatales et postnatales, les dépistages ou les suivis Accouchement sans complication	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 10,000 £ par année ou ✓ 16,000 £ par année ou ✓ 12,750 € par année 	<p>Cette couverture s'applique après les 10 premiers mois suivant la souscription ou l'adhésion de l'assurée enceinte à cette police, sauf si nous en avons convenu autrement sur votre contrat d'assurance.</p>
Dégâts dentaires accidentels	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 10,000 £ par année ou ✓ 16,000 £ par année ou ✓ 12,750 € par année 	<p>Les dégâts doivent être liés à un impact extérieur. D'autres conditions s'appliquent également.</p> <p>» Voir la section 4.35 Pathologies dentaires</p>
Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 50 % du coût jusqu'à un maximum de : ✓ 500 £ par année ou ✓ 800 £ par année ou ✓ 635 € par année 	<p>Si votre police a une franchise, vous n'avez pas à payer la franchise lorsque vous demandez le paiement de frais dentaires.</p> <p>» Voir la section 4.35 Pathologies dentaires</p>
Assurance voyage		Voir votre guide indépendant Assurance voyage

1.5 > Couverture en option

Votre certificat d'assurance indique si vous avez ajouté cette couverture.

	Informations relatives aux plafonds	Remarque
Soins dentaires améliorés en option (Si vous prenez cette couverture en complément, celle-ci remplace la couverture standard Soins dentaires.)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 80 % des coûts à hauteur de 1 500 £ maximum par année ou ✓ 80 % des coûts à hauteur de 2 400 \$ maximum par année ou ✓ 80 % des coûts à hauteur de 1 900 € maximum par année 	<p>Si votre police a une franchise, vous n'avez pas à payer la franchise lorsque vous demandez le paiement de frais dentaires.</p> <p>» Voir la section 4.35 Pathologies dentaires</p>

1.6 > Principaux aspects qui ne sont pas couverts

Comme tous les programmes d'assurance, il existe certains aspects que notre **police** n'est pas destinée à prendre en charge. Nous avons dressé ici la liste des aspects les plus importants, mais veuillez vous reporter à votre guide pour voir les détails.

Quels sont les principaux aspects non couverts par ma police ?

Votre police ne couvre pas	Pour plus d'informations	Remarques
× Traitement des pathologies déjà présentes, ou dont vous présentiez les symptômes avant votre adhésion	» Voir la section 3.2 Fonctionnement de votre police par rapport aux pathologies préexistantes et leurs symptômes	Votre police a pour but de couvrir le traitement nécessaire des nouvelles pathologies qui apparaissent après votre adhésion.
× Traitement dispensé au Royaume-Uni par des fournisseurs qui ne figurent pas dans notre Registre des hôpitaux du Royaume-Uni		<p>Si vous bénéficiez d'un traitement au Royaume-Uni et décidez de recourir à un autre hôpital, nous pouvons vous verser une prestation forfaitaire.</p> <p>Nous utilisons un Registre des hôpitaux du Royaume-Uni pour nous aider à maintenir les primes à un niveau abordable.</p> <p>» Consultez notre Registre des hôpitaux à l'adresse axapphealthcare.co.uk/hospitals</p>

1.6 > Principaux aspects qui ne sont pas couverts (suite)

Votre police ne couvre pas	Pour plus d'informations	Remarques
x Traitement hors urgence que vous recevez aux États-Unis, à moins d'avoir pris la couverture supplémentaire valable aux États-Unis		Si vous avez opté pour une couverture supplémentaire valable aux États-Unis, votre couverture s'applique également aux traitements qui vous sont dispensés aux États-Unis. » Voir les sections 1.2 Pays dans lesquels vous êtes couvert et 1.7 Votre couverture pour les traitements d'urgence aux États-Unis
x Coûts d'organisation du traitement		Votre police d'assurance ne prend pas en charge vos frais d'organisation du traitement , tels que les appels ou les coûts de déplacement.

1.7 > Votre couverture pour les traitements d'urgence aux États-Unis (pour les assurés qui n'ont pas pris de couverture supplémentaire valable aux États-Unis)

Votre **police** est conçue pour couvrir vos **traitements** en dehors des États-Unis. Elle vous octroie également une couverture d'urgence aux États-Unis.

Quelle est ma couverture aux États-Unis ?

Nous prendrons en charge les **hospitalisations** ou les **soins de jour** nécessaires en urgence en raison d'une **pathologie** apparue soudainement lors d'un séjour aux États-Unis.

Nous ne vous verserons aucun montant si vous avez voyagé aux États-Unis pour obtenir le **traitement**, ou si vous avez effectué le voyage en dépit d'un avis médical contraire (y compris l'avis publié par le chef des services médicaux du département de la santé britannique).

1.8 > Votre couverture en cas d'évacuation ou de rapatriement d'urgence

Appelez-nous au +44 (0)1892 513 999 pour être évacué ou rapatrié en urgence.

Nous prendrons en charge les coûts d'évacuation si :

- vous êtes, où devez être hospitalisé **d'urgence** ; et
- votre médecin désigné ou le médecin qui vous traite pense que l'établissement médical actuel, ou le plus proche ne sont pas à même de vous procurer le **traitement** dont vous avez besoin.

Si nous acceptons de couvrir votre évacuation d'urgence, nous prendrons en charge les coûts liés à votre rapatriement.

Nous ne prendrons pas en charge les coûts d'évacuation ou de rapatriement si vous décidez de partir suivre votre **traitement** ailleurs alors que nous jugeons l'établissement médical le plus proche adapté à votre **traitement**. C'est également le cas si vous décidez de rentrer dans le **pays où vous résidez habituellement** pour suivre votre **traitement**.

Que faire si j'ai besoin d'être transporté d'urgence en Afrique

Si vous êtes blessé, ou si vous souffrez d'une maladie qui ne peut être traitée dans la zone où l'incident s'est produit, nous pouvons organiser votre transport dans l'**établissement** de santé le plus proche et le plus adapté, en Afrique, afin d'y recevoir un **traitement** médical.

Ce service est offert :

- aux assurés qui n'ont pas encore été admis à l'**hôpital**, à la suite du diagnostic ferme d'un professionnel de santé ; et
- il est manifestement impossible de recevoir des soins appropriés à l'endroit où ils se trouvent.

Comment fonctionne la prise en charge en cas d'évacuation ou de rapatriement d'urgence

Si vous êtes **hospitalisé** d'urgence et que vous, ou le médecin qui vous traite juge que les établissements de santé locaux ne sont pas adaptés pour vous soigner, demandez à quelqu'un d'appeler notre numéro d'urgence.

Nous nommerons un médecin qui pourra évaluer les établissements et le service d'évacuation ou de rapatriement décrit au début de cette section sera mis en place.

Quels coûts prendrons-nous en charge ?

Si le médecin juge que les établissements ne sont pas adaptés pour vous soigner, nous prendrons en charge les coûts raisonnables de :

- votre évacuation vers un **établissement de santé** adapté au **traitement** dans le pays où vous vous trouvez ; ou de
- votre évacuation vers un **établissement de santé** adapté d'un autre pays pour y être **soigné**.

Une fois que vous serez sorti de l'**établissement de santé** dans lequel vous avez été évacué, nous prendrons en charge les coûts de rapatriements vers l'une des options suivantes :

- le lieu ou le **pays où vous résidez habituellement**
- un pays dont vous êtes titulaire d'un passeport.

Nous prenons en charge ces coûts dans la mesure où nous avons convenu du moyen de transport utilisé, et de la date et de l'heure de l'évacuation avant son exécution.

Nous prendrons également en charge tout **traitement** nécessaire vous ayant été administré par l'agence d'évacuation que nous avons choisie au cours de votre évacuation.

Rapatriement suite au décès

Si vous décédez en dehors d'un pays dont vous avez un passeport, nous prendrons en charge les coûts de transport de votre corps vers un port ou un aéroport dans :

- le **pays où vous résidez habituellement** ; ou
- un pays où vous êtes détenteur d'un passeport.

Les exclusions concernant les évacuations ou rapatriements en urgence s'appliquent également aux rapatriements suite au décès.

Les autres membres de ma famille ou mes amis pourront-ils voyager avec moi ?

Si l'assuré qui doit être évacué est âgé de moins de 18 ans, nous prendrons en charge les coûts supplémentaires de transport et d'hébergement raisonnablement nécessaires pour qu'une personne âgée de 18 ans ou plus l'accompagne dans son trajet. Si la personne qui doit être évacuée ou rapatriée est âgée de plus de 18 ans, nous pourrions prendre en charge ces coûts si nous jugeons que cela est justifié d'un point de vue médical.

Une fois que notre assuré atteint sa destination d'évacuation, nous ne couvrons plus les coûts supplémentaires de l'accompagnateur.

Quelle est ma couverture si un membre de ma famille couvert par un produit souscrit par AXA PPP healthcare est évacué ou rapatrié ?

Votre couverture dépendra de s'il est évacué ou rapatrié du lieu où vous résidez habituellement tous les deux, ou si vous voyagez ensemble au même moment.

Si vous voyagez avec un **membre de la famille** couvert par un produit souscrit par AXA PPP healthcare et que celui-ci est évacué ou rapatrié, nous prendrons en charge vos coûts supplémentaires de transport et d'hébergement raisonnablement nécessaires et résultant de l'évacuation ou du rapatriement. Nous y procéderons si vous êtes apte, d'un point de vue médical, à voyager avec le **membre de la famille**.

Si vous vous trouvez tous les deux à l'endroit où vous résidez habituellement et devez être évacué ou rapatrié de ce lieu, nous prendrons en charge vos coûts supplémentaires de transport raisonnablement nécessaires et résultant de l'évacuation ou du rapatriement. Nous y procéderons si vous êtes apte, d'un point de vue médical, à voyager avec le **membre de la famille**. Nous ne prendrons pas en charge les coûts liés à votre hébergement.

Qu'en est-il de mon ticket de transport ?

Toute part d'un ticket de transport vous appartenant ou appartenant à toute personne que vous évacuez avec vous devient notre propriété immédiate. Vous devez nous donner les tickets.

Puis-je décider de voyager dans un pays spécifique pour y être soigné ?

Vous pouvez choisir de vous rendre dans un pays spécifique pour y être **traité**, mais nous ne prendrons pas en charge les coûts du voyage vers ce pays. Une fois que vous vous trouvez dans ce pays, les termes de votre **police d'assurance** s'appliquent normalement.

Exclusions qui s'appliquent à votre couverture en cas d'évacuation ou de rapatriement d'urgence

Vous n'êtes pas couvert pour les évacuations ou rapatriements d'urgence si vous êtes concerné par l'un des cas suivants :

- La **pathologie** ne nécessite pas de **traitement** d'urgence avec **hospitalisation** immédiate.
- La **pathologie** ne vous empêche pas de voyager ou de travailler.
- La **pathologie** résulte directement d'une blessure auto-infligée, d'un suicide ou d'une tentative de suicide.
- La **pathologie** est liée d'une quelconque manière à l'abus d'alcool, de drogues ou de toutes autres substances.
- La **pathologie** résulte de la pratique ou de l'entraînement à un sport pour lequel vous recevez une compensation salariale ou monétaire, y compris les subventions et le parrainage (sauf si vous recevez uniquement les frais de transport).
- La **pathologie** résulte de la pratique du base jump ou du cliff diving, du pilotage d'un avion sans permis ou d'un vol d'apprentissage, de la pratique des arts martiaux, de l'escalade libre ou de l'alpinisme sans cordes, du trekking à une hauteur de plus de 2 500 mètres, de la plongée sous-marine à une profondeur de plus de 10 mètres, du saut à l'élastique, du canyoning, du deltaplane ou ULM, du parachutisme, de la spéléologie d'exploration, du ski hors-piste ou toute activité de sport d'hiver pratiquée hors piste.

- L'évacuation implique de vous déplacer d'un bateau, d'une plate-forme pétrolière ou d'un emplacement offshore similaire.
- Nous n'avons pas approuvé l'évacuation ou le rapatriement au préalable.
- Nous n'avons pas été informés de la **pathologie** dans les 30 jours suivant son évolution en urgence (sauf si raisonnablement impossible).
- La **pathologie** résulte d'une contamination nucléaire, biologique ou chimique, d'une guerre (déclarée ou non), d'une action ennemie, d'une invasion, d'une guerre civile, d'une émeute, d'une rébellion, d'une insurrection, d'une révolution, du renversement d'un gouvernement légalement constitué, d'explosions d'armes de guerre ou de tout événement similaire à l'un des susmentionnés.
- L'urgence survient pendant un voyage touristique dans un pays dans lequel le ministère des affaires étrangères et du Commonwealth **britannique** déconseille tout voyage, ou toutes vacances ou voyage non nécessaire.

Limites de notre responsabilité concernant votre couverture en cas d'évacuation ou de rapatriement d'urgence

Nous ne pourrions être tenus pour responsables de :

- toute défaillance ou retard concernant l'exécution de l'évacuation ou du rapatriement ;
- de blessures ou du décès survenant lors de votre déplacement.

ne s'appliquent pas en cas de défaillance ou de retard causés par une négligence de notre part ou de la part d'une personne nommée pour agir en notre nom.

2 Effectuer une demande de remboursement

1

Prenez contact avec nous avant de consulter votre médecin.

- Rendez-vous sur votre compte à l'adresse axajobalhealthcare.com/customer
- Appelez-nous au +44 (0)1892 556 274
- Pour un traitement aux États-Unis, appelez-nous au +1 800 308 2611

Veillez à nous contacter avant de consulter votre médecin ou de suivre un traitement.

Nous pourrions vous informer de votre couverture et vous éviter de payer un traitement pour lequel vous n'êtes pas couvert.

2

Nous vérifierons votre couverture et vous informerons de la suite des événements.

Nous vous demanderons peut-être de nous fournir plus d'informations, venant par exemple votre médecin. Vous ou votre médecin devez nous fournir les informations que nous demandons le plus tôt possible dans un délai raisonnable pour nous permettre d'évaluer votre demande de paiement.

2.1 > Manière dont nous effectuons les remboursements

Paielements effectués auprès de notre réseau d'hôpitaux

Nous avons des accords qui nous permettent d'effectuer des paiements directs auprès de certains **hôpitaux**.

Vous pouvez consulter ces hôpitaux dans notre réseau des hôpitaux, disponible à l'adresse axaglobalhealthcare.com/customer.

Les **hôpitaux** présents dans le réseau des hôpitaux sont constamment mis à jour, vous devez donc toujours effectuer une vérification auprès de nous avant la mise en place d'un **traitement**.

Paielement des demandes concernant le traitement des patients hospitalisés et en soins de jour dans un hôpital avec lequel nous avons des accords de paiements directs

Si vous recevez un **traitement** dans un **hôpital** qui figure dans notre réseau des hôpitaux, nous versons directement à l'**hôpital** le **traitement** couvert par votre **police**.

Vous devez indiquer au lieu de votre **traitement** que vous êtes assuré d'AXA. Cela signifie que les coûts facturés pour votre **traitement** sont ceux que nous avons déterminés avec l'**hôpital** ou l'**établissement**.

N'oubliez pas de nous contacter avant votre **traitement**.

Paielement des demandes de traitement des patients hospitalisés et en soins de jour dans d'autres hôpitaux

Si vous recevez un **traitement** pour lequel vous êtes couvert dans un **hôpital** qui ne fait pas partie de notre réseau des hôpitaux, nous pouvons quand même payer l'**hôpital** directement. Veuillez indiquer à l'**hôpital** que vous êtes assuré d'AXA lors de votre admission. Il vous indiquera s'il peut nous facturer directement votre **traitement** ou si vous serez facturé.

N'oubliez pas de nous contacter avant votre **traitement**.

Paielement des demandes relatives au traitement des patients en externe

Si vous bénéficiez d'un **traitement en externe**, la plupart des fournisseurs vous demanderont de payer pour votre **traitement** et de nous envoyer votre demande de remboursement par la suite. Cependant, certains fournisseurs accepteront de vous dispenser le **traitement en externe** et de nous réclamer le paiement par la suite. Il s'agit du « traitement en externe sans versement liquide ».

Si vous bénéficiez d'un « traitement en externe sans paiement en liquide ».

Si vous bénéficiez d'un « traitement en externe sans paiement en liquide », nous payons le fournisseur une fois que vous avez reçu votre **traitement**. S'il s'avère que votre **traitement** n'est pas couvert, vous devrez nous payer le coût du **traitement**.

Vous devez présenter votre carte d'assuré AXA ainsi qu'un formulaire séparé avec votre photo d'identité lorsque vous recevez votre **traitement**.

Les **traitements** que nous couvrons sans paiement en liquide sont :

- les consultations de généraliste/médecin de famille
- les consultations de spécialiste
- les médicaments et pansements sur ordonnance
- les **examens de diagnostic** mineurs, tels que les radios et les échographies
- les analyses de sang
- jusqu'à cinq sessions de kinésithérapie (vous devrez nous demander une autorisation préalable pour d'autres sessions)
- les vaccinations.

Tous les fournisseurs ne proposent pas de « traitement en externe sans paiement en liquide ».

Si vous payez le traitement vous-même

Si vous payez un **traitement en externe** vous-même, demandez toujours la facture ou le reçu entièrement détaillé. Vous en aurez besoin pour effectuer une demande de remboursement, ou pour vos propres dossiers.

Nous vous verserons les coûts du **traitement** que nous prenons en charge. S'il s'avère que votre **traitement** ou une partie de celui-ci n'est pas couvert(e), nous ne remboursons pas les coûts du **traitement** qui ne sont pas pris en charge.

Quelle demande dois-je faire si j'ai déjà payé pour mon traitement ?

Si vous souhaitez effectuer une demande de remboursement pour les factures médicales que vous avez payées vous-même, vous devez effectuer la demande dans les six mois à moins que ce ne soit pas raisonnablement possible. Si votre **traitement** est pris en charge, nous vous remboursons les coûts.

Veillez nous contacter au numéro dédié aux demandes de paiement ou à l'adresse axaglobalhealthcare.com/customer.

Nous vous indiquerons comment effectuer une demande de remboursement. Nous aurons besoin des reçus ou des factures d'origine détaillé(e)s correspondant au **traitement**.

Que se passe-t-il si je reçois une facture ?

Si vous recevez une facture, veuillez nous contacter au numéro dédié aux demandes de paiement ou à l'adresse axaglobalhealthcare.com/customer.

Nous vous indiquerons comment envoyer la facture pour nous permettre de l'évaluer.

Que dois-je faire si j'ai besoin d'un traitement supplémentaire ?

Si vous avez besoin d'un **traitement** supplémentaire, veuillez nous appeler en premier lieu pour confirmer votre couverture.

Dans quelle devise serai-je payé ?

Lorsque vous effectuez une demande de remboursement, nous vous payons selon la devise que vous avez spécifiée. La devise doit figurer dans notre liste des devises dans lesquelles nous pouvons payer. Pour consulter la liste, rendez-vous sur axaglobalhealthcare.com/currencies.

Nous utiliserons le taux de change figurant dans le Guide des devises internationales du Financial Times le jour du **traitement** pour **les patients en externe** et **les patients en soins de jour**, et le jour de l'admission pour **le traitement des patients hospitalisés**.

Si des contrôles des taux de change ou de la devise sont en cours, il se peut que nous n'utilisions pas le taux figurant dans le Financial Times. Dans de tels cas, nous serons peut-être amenés à vous demander la preuve du taux de change en vigueur lors de l'achat des devises et nous utiliserons ce taux de change pour vous rembourser.

Frais facturés par votre banque

Veillez contacter votre banque pour savoir si elle facture des frais pour envoyer ou recevoir des fonds, ou pour changer des devises. Les frais facturés par votre banque ne sont pas pris en charge par votre **police d'assurance**.

2.2 Informations dont nous pouvons avoir besoin lorsque vous effectuez une demande de remboursement

Lorsque vous nous appelez, nous vous indiquons si votre **traitement** est pris en charge.

En général, c'est très rapide. Cependant, il peut arriver que nous ayons besoin d'informations de santé plus détaillées, dont l'accès à votre dossier médical.

Qu'entend-on par « des informations plus détaillées » ?

Nous avons besoin d'informations plus détaillées concernant l'une des procédures suivantes :

- Nous pouvons demander à votre **médecin** de nous envoyer plus d'informations concernant votre **pathologie**. Votre **médecin** peut vous facturer ces informations. Ces frais ne sont pas pris en charge par votre **police d'assurance**.
- Nous pouvons aussi vous demander de nous donner votre accord pour accéder à votre dossier médical.
- Dans certains cas, nous pouvons vous demander de compléter des formulaires supplémentaires. Nous vous demanderons de compléter ces formulaires le plus vite possible, et pas plus tard que six mois après le début de votre **traitement** (sauf impossibilité pour une raison valable).
- Très rarement, nous pouvons demander à un **médecin** de nous conseiller sur les facteurs médicaux ou de vous examiner. Dans ce cas, nous prenons en charge l'intervention du **médecin** et tenons compte de votre situation personnelle lors du choix de celui-ci.

Que se passe-t-il si je ne souhaite pas fournir l'information que vous avez demandée ?

Si vous ne nous fournissez pas les informations demandées, ou refusez de nous laisser accéder à votre dossier médical lorsque nous le demandons, nous ne serons pas nécessairement en mesure d'accéder à votre demande, et donc de procéder au paiement. Nous pouvons également vous demander de nous rembourser toute somme vous ayant été versée précédemment dans le cadre de cette **pathologie**.

2.3 Et si mon traitement n'est pas pris en charge ?

Si votre **police d'assurance** ne couvre pas votre **traitement**, nous vous l'indiquerons, et nous vous ferons part de tout autre moyen par lequel nous pouvons vous aider.

2.4 > Que se passe-t-il si j'ai besoin d'un traitement d'urgence ?

Si vous avez besoin d'un **traitement** d'urgence, vous ne serez peut-être pas en mesure de nous appeler avant de recevoir le **traitement**. Appelez-nous, ou demandez à quelqu'un de nous appeler le plus vite possible.

Si possible, donnez votre carte d'assuré à l'**hôpital** pour qu'il nous contacte si besoin.

3 Fonctionnement de votre police

- 3.1 > Types de médicaments, de traitements et d'opérations chirurgicales pris en charge
- 3.2 > Fonctionnement de votre police par rapport aux pathologies préexistantes et leurs symptômes
- 3.3 > Fonctionnement de votre police par rapport aux pathologies qui durent ou réapparaissent (pathologies chroniques)
- 3.4 > Qui peut vous dispenser le traitement ?
- 3.5 > Hôpitaux où vous pouvez recevoir votre traitement
- 3.6 > Hébergement que nous prenons en charge à l'hôpital où vous recevez vos soins
- 3.7 > Différences lorsque vous bénéficiez d'un traitement au Royaume-Uni
- 3.8 > Restrictions générales

Fonctionnement de votre police

Pour obtenir l'intégralité des informations concernant le fonctionnement de votre police, veuillez lire le reste de votre guide.

Des questions ?

Si vous avez des doutes sur le fonctionnement d'un aspect, veuillez nous envoyer un message à l'aide de votre compte Clientèle en ligne (Customer Online) à l'adresse axaglobalhealthcare.com/customer.

C'est généralement plus rapide que de chercher la réponse vous-même dans le guide.

Vous pouvez aussi nous appeler au +44 (0)1892 556 274 et nous serons heureux de vous fournir des explications.

Effectuer une demande de remboursement

Si vous souhaitez effectuer une demande de remboursement, veuillez consulter la section 2 Effectuer une demande de remboursement.

3.1 Types de médicaments, de traitements et d'opérations chirurgicales pris en charge

Votre police couvre les **traitements médicaux établis**.

Nous ne prévoyons aucune couverture pour les traitements ou procédures de nature expérimentale, ou dont l'efficacité n'a pas été avérée.

Médicaments, traitements et opérations chirurgicales que nous prenons en charge

Nous procéderons au paiement de tout médicament dont l'efficacité a été avérée. Cela signifie que le médicament doit faire l'objet d'une licence d'utilisation émise par :

- L'agence européenne des médicaments (EMA), ou
- par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis si le **traitement** est administré en dehors l'Europe.

Le médicament doit être utilisé conformément aux termes de sa licence.

Pour qu'une **procédure chirurgicale** soit prise en charge, celle-ci doit figurer dans notre tableau des procédures et frais.

Nous prendrons également en charge les **traitements** qui ne figurent pas dans notre tableau des procédures et frais si, avant le début du **traitement**, il est établi que le **traitement** est reconnu comme adapté par un organisme médical faisant autorité. Cela signifie que les procédures et pratiques doivent avoir subi les essais et évaluations cliniques adaptés, et être suffisamment renseignées dans les journaux médicaux publiés.

Quels aspects ne sont pas pris en charge ?

Nous ne procéderons pas au paiement des traitements dont l'efficacité n'a pas été avérée, ou qui sont de nature expérimentale.

Vous n'êtes pas couvert pour les complications résultant de traitements, autorisés ou non, dont l'efficacité n'a pas été prouvée ou dont la nature est expérimentale.

- » **Pour vérifier si nous acceptons de prendre en charge un traitement, veuillez nous contacter au +44 (0)1892 556 274 avant de commencer le traitement.**

3.2 Fonctionnement de votre police par rapport aux pathologies préexistantes et leurs symptômes

Votre **police** a pour but de couvrir le **traitement** des nouvelles **pathologies** qui apparaissent après votre adhésion.

Vous pouvez aussi être couvert pour le **traitement** de pathologies dont vous aviez connaissance ou dont vous souffriez déjà avant votre adhésion. Nous nommons celles-ci pathologies préexistantes. Votre couverture concernant les pathologies préexistantes dépend des conditions de souscription auxquelles vous avez adhéré.

Votre certificat d'assurance indique les conditions de souscription auxquelles vous avez adhéré. Voici les options :

- Souscription intégrale (ou souscription médicale intégrale)
- Exclusions médicales permanentes
- Moratoire.

Définition de pathologie préexistante

Une pathologie préexistante est une maladie ou un préjudice :

- pour lequel vous avez bénéficié de médicaments, de conseils ou d'un **traitement** dans les cinq années précédant le début de votre couverture ; ou
- pour lesquels vous avez eu des symptômes dans les cinq années précédant le début de votre couverture, que la pathologie ait été ou non diagnostiquée.

Conditions de souscription

Nous avons décrit le fonctionnement des conditions de souscription ainsi que votre couverture concernant les pathologies préexistantes dans les tableaux suivants.

Si vous avez des incertitudes concernant la couverture du **traitement** de pathologies préexistantes, il est préférable de nous contacter.

Définition de souscription intégrale ou souscription médicale intégrale

« souscrit intégralement » signifie que nous vous avons demandé des informations sur vos antécédents médicaux, y compris les éventuelles pathologies préexistantes, avant votre adhésion. Nous avons ensuite établi votre couverture sur la base des informations que nous avons reçues.

Nous indiquons toute condition spécifique ou exclusion sur votre certificat d'assurance ; veuillez l'examiner attentivement. Par exemple, il se peut que nous ne puissions pas couvrir une pathologie spécifique si vous l'avez déjà eue par le passé. Votre certificat d'assurance vous indiquera si nous pouvons supprimer l'exclusion au bout d'un certain temps.

Définition du suivi de la couverture des pathologies préexistantes

Si vous avez adhéré aux termes de la « poursuite des exclusions médicales », nous continuons d'appliquer les exclusions relatives aux **pathologies** de votre ancien assureur. Cela signifie normalement que nous vous avons seulement posé quelques questions d'ordre médical.

Nous avons indiqué toute condition spécifique ou exclusion sur votre certificat d'assurance ; veuillez l'examiner attentivement. Par exemple, il se peut que nous ne puissions pas couvrir une pathologie spécifique si vous l'avez déjà eue par le passé. Votre certificat d'assurance vous indiquera si oui ou non l'exclusion sera supprimée au bout d'un certain temps.

Si nous poursuivons un moratoire de votre précédente assurance maladie, les règles de votre moratoire peuvent s'avérer légèrement différentes, et nous sommes susceptibles de faire commencer le moratoire à la date de début d'origine de votre ancienne assurance. Votre certificat d'assurance vous indiquera la date de début de votre moratoire.

Définition de moratoire

Si vous avez adhéré aux termes du moratoire, cela signifie que vous n'avez pas de couverture pour le **traitement** des problèmes d'ordre médical que vous aviez avant de nous rejoindre jusqu'à ce que :

vous ayez été assuré pendant deux années consécutives, et

qu'une période de deux années consécutives se soit écoulée sans rencontrer de troubles liés à cette pathologie.

Si vous nous avez rejoints par le biais d'un autre assureur ou de la **police** d'une société, et que nous avons repris le moratoire de cet assureur, les règles peuvent s'avérer légèrement différentes, et nous sommes susceptibles de faire commencer le moratoire à la date de début d'origine de votre ancienne assurance.

Si vous avez adhéré aux conditions du moratoire, que signifie « sans encombre » ?

« Sans encombre » signifie que, concernant la **pathologie** pour laquelle vous avez besoin d'un **traitement**, vous n'avez pas :

- reçu d'avis médical d'un **médecin**
- pris de médicaments (y compris les médicaments en vente libre)
- suivi de régime spécial
- reçu de **traitement** médical
- consulté de médecin, de praticien de médecine alternative, d'opticien ou de dentiste.

Pathologies spécifiées comme non prises en charge

Si vous nous avez rejoints aux conditions du moratoire et que vous souffrez d'une pathologie préexistante, nous ne prenons pas en charge cette pathologie ou celles qui figurent dans ce tableau.

Pathologie préexistante au moment de votre adhésion	Pathologies spécifiques que nous ne prenons pas en charge quelle que soit leur cause
Vous avez été diagnostiqué diabétique.	Diabète Maladie cardiaque ischémique Cataracte Rétinopathie diabétique Pathologie rénale diabétique Pathologie artérielle AVC
Vous avez suivi un traitement pour une tension artérielle élevée (hypertension) durant les cinq années précédant votre adhésion.	Tension artérielle élevée Maladie cardiaque ischémique AVC Insuffisance rénale avec hypertension
Vous avez fait l'objet d'un dépistage, d'un traitement ou d'un suivi en raison d'un test d'antigène prostatique spécifique (PSA) durant les cinq années précédant votre adhésion.	Problèmes de prostate

Qu'arrive-t-il si vous avez omis de parler d'une pathologie, d'un symptôme ou d'un traitement dont vous aviez connaissance lorsque nous vous avons questionné à ce sujet ?

Quelle que soit la forme de souscription à laquelle vous avez adhéré, nous vous avons peut-être posé des questions d'ordre médical avant de valider votre couverture. Nous avons défini les termes de votre prime sur la base de vos réponses. Si vous n'avez pas répondu de façon exhaustive ou avec précision, même si ce n'était pas délibéré, nous ne prendrons pas en charge le **traitement** de la pathologie.

Cela signifie que nous ne prendrons en charge le **traitement** d'aucune pathologie dont vous auriez dû nous informer lorsque cela vous a été demandé, mais que vous n'avez pas mentionné ou que vous avez mentionné en omettant certaines informations. Sont concernées :

- toute pathologie préexistante ou passée, que vous ayez ou non eu un **traitement** à cet égard
- toute **pathologie** passée qui réapparaît
- toute **pathologie** passée dont vous auriez raisonnablement dû avoir connaissance, même sans consulter un médecin.

Dès que vous effectuez une demande de remboursement, nous pouvons demander de plus amples informations à votre **médecin** afin de déterminer si vous présentiez des symptômes avant votre adhésion.

Si nous devons consulter vos antécédents médicaux, nous avons besoin d'un délai pour le faire avant de confirmer si nous pouvons prendre en charge votre demande.

3.3 Fonctionnement de votre police par rapport aux pathologies qui durent ou réapparaissent (pathologies chroniques)

Votre **police** prend en charge ces deux groupes de pathologies :

- maladies et pathologies imprévisibles qui répondent rapidement à un **traitement (pathologies aiguës)**
- maladies qui réapparaissent, qui durent ou exigent un **traitement** plus long (**pathologies chroniques**).

Votre couverture pour le **traitement** des **pathologies chroniques** avec **hospitalisation** est limitée à 120 jours par admission.

Que sont les pathologies aiguës et les pathologies chroniques ?

Pathologie aiguë – Une **pathologie aiguë** est une maladie ou blessure susceptible de répondre rapidement à un **traitement** visant à vous faire retrouver l'état de santé qui était le vôtre avant l'apparition de la maladie ou de la blessure, ou vous permettant de guérir complètement.

Pathologie chronique – Une **pathologie chronique** est une maladie ou blessure caractérisée par un ou plusieurs des aspects suivants :

- Elle nécessite un suivi permanent ou à long terme sous forme de consultations, d'examen, de contrôles et/ou de tests.
- Elle nécessite un contrôle permanent ou à long terme des symptômes.
- Elle nécessite une réhabilitation, ou une formation spéciale pour être gérée.
- Elle dure indéfiniment.
- Elle n'a pas de remède connu.
- Elle est récurrente ou susceptible de se manifester à nouveau.

3.4 Qui peut vous dispenser le traitement ?

Votre **police** prend en charge les **traitements** qui vous sont dispensés par :

- **des médecins ;**
- **des praticiens de médecine alternative ;**
- **des kinésithérapeutes.**

Nous payons leurs frais normaux du **traitement**. Nous ne payons pas si les frais sont plus élevés pour votre **traitement** que la somme habituellement facturée pour ce **traitement**.

Nous payons les coûts liés à un chirurgien et à un anesthésiste par opération à moins d'en avoir convenu autrement avec vous avant votre opération.

3.5 Hôpitaux où vous pouvez recevoir votre traitement

L'**hôpital** dans lequel vous recevez votre **traitement** doit disposer d'une licence d'**hôpital** de médecine ou de chirurgie délivrée par les autorités du pays dans lequel l'**hôpital** est situé.

» **Voir la section 3.7 pour plus d'informations concernant les différences sur ce point si vous recevez votre traitement au Royaume-Uni.**

Établissements non couverts ?

Les **traitements** suivis dans les types d'établissement suivants ne sont pas couverts même si ceux-ci sont enregistrés en tant qu'**hôpitaux** :

- installation médicale de cures thermales
- spa
- clinique de cure naturelle
- autres établissements similaires

3.6 > Hébergement que nous prenons en charge à l'hôpital où vous recevez vos soins

Si votre **traitement** est pris en charge par votre **police d'assurance**, nous nous acquitterons des frais raisonnables d'une chambre simple standard avec bain ou douche.

Nous prendrons également en charge vos menus standard.

Quels aspects ne sont pas couverts à l'hôpital ?

Nous ne prenons pas en charge :

- le surclassement de votre chambre ;
- la nourriture ou les boissons non comprises dans le menu standard ;
- les coûts qui ne sont habituellement pas facturés à une personne séjournant dans une chambre simple standard avec bain ou douche ;
- l'hébergement ou les repas des visiteurs ;
- les soins infirmiers spécifiques, sauf si nous avons convenu au préalable de leur nécessité.

3.7 > Différences lorsque vous bénéficiez d'un traitement au Royaume-Uni

Il existe des différences au niveau de votre couverture par rapport aux autres pays si vous êtes couvert au **Royaume-Uni**. Ces différences affectent les lieux où vous pouvez bénéficier d'un **traitement** et les limites appliquées aux frais que nous payons.

Lieux où vous pouvez bénéficier d'un traitement au Royaume-Uni

Si vous bénéficiez d'un **traitement** au Royaume-Uni, vous devez choisir un **hôpital**, un centre de **soins de jour** ou un **centre d'imagerie** figurant dans notre **Registre des hôpitaux du Royaume-Uni**. Les **hôpitaux**, les centres de **soins de jour** et les **centres d'imagerie** figurant dans notre **Registre des hôpitaux du Royaume-Uni** ont tous signé avec nous un accord qui définit les normes des soins cliniques et la gamme des services qu'ils fournissent, ainsi que les coûts facturés pour les services dispensés à nos assurés.

Vous pouvez obtenir une copie de notre **Registre des hôpitaux du Royaume-Uni** sur axapphealthcare.co.uk/hospitals ou en nous appelant au +44 (0)1892 556 274.

Veillez noter qu'il existe des restrictions concernant le lieu où vous pouvez être **opéré** de la cataracte.

Lieux où vous pouvez être opéré de la cataracte au Royaume-Uni

Si vous devez être **opéré** de la cataracte au Royaume-Uni, nous prenons en charge le **traitement** dans un **établissement du Royaume-Uni** ayant un accord avec nous pour effectuer des **opérations chirurgicales** de la cataracte.

Que se passe-t-il si je suis soigné au Royaume-Uni dans un centre qui ne figure pas dans le Registre des hôpitaux du Royaume-Uni ?

Si vous êtes **hospitalisé** ou bénéficiez de **soins de jour** au **Royaume-Uni**, dans un centre qui ne figure dans notre **Registre des hôpitaux du Royaume-Uni**, nous procédons uniquement à une prestation forfaitaire. Vous devrez acquitter de tous les frais liés à votre **traitement**.

Traitement	Prestation forfaitaire
Traitement avec hospitalisation dans un centre qui ne figure pas dans notre Registre des hôpitaux du Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 100 £ par nuit ou ✓ 160 \$ par nuit ou ✓ 125 € par nuit
Soins de jour dans un centre qui ne figure pas dans notre Registre des hôpitaux du Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 100 £ par jour, ou ✓ 160 \$ par jour, ou ✓ 125 € par jour
Scanner TDM, IRM ou TEP dans un centre d'imagerie qui ne fait pas partie de notre Registre des hôpitaux du Royaume-Uni . TDM : tomodensitométrie IRM : imagerie par résonance magnétique TEP : tomographie par émission de positrons	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 100 £ par visite, ou ✓ 160 \$ par visite, ou ✓ 125 € par visite

Que se passe-t-il si je dois impérativement être soigné au Royaume-Uni dans un centre qui ne figure pas dans le Registre des hôpitaux du Royaume-Uni ?

S'il est impératif que vous soyez hospitalisé ou en **soins de jour** au **Royaume uni**, dans un centre qui ne figure dans notre **Registre des hôpitaux du Royaume-Uni**, veuillez nous en informer avant de commencer le **traitement**. Nous examinerons votre cas et nous pourrions éventuellement payer vos frais d'**hôpital**, mais vous devez obtenir notre accord écrit avant de commencer le **traitement**.

Accords avec les médecins, les kinésithérapeutes et les praticiens de médecine alternative concernant les sommes que nous payons au Royaume-Uni

Au **Royaume-Uni**, nous avons un tableau des procédures et frais qui définit les plafonds des paiements que nous versons aux **médecins, kinésithérapeutes** et aux praticiens de médecine alternative. Si vous ne nous appelez pas avant de suivre le **traitement**, nous prenons en charge le paiement dans la limite du montant habituel facturé par les **médecins, les kinésithérapeutes** ou les **praticiens de médecine alternative** pour ce **traitement**.

Vérification de l'anesthésiste impliqué dans votre traitement

Si un anesthésiste participe à votre **traitement**, nous vous recommandons de demander son nom à votre **médecin** et de nous appeler pour nous le communiquer. Nous vérifierons si l'anesthésiste facture généralement une somme comprise dans notre tableau des procédures et frais, ou si cette somme est plus élevée.

Appelez-vous même si vous ne connaissez pas le nom de l'anesthésiste, nous pourrions vérifier avec quel anesthésiste votre **médecin** travaille habituellement, et les sommes qu'il facture généralement.

Contactez-nous systématiquement avant de bénéficier du **traitement**, où que vous soyez dans le monde.

3.8 > Restrictions générales

Rapports écrits

Nous ne prenons pas en charge les coûts engendrés par des rapports écrits.

Frais administratifs

Nous ne nous prenons pas en charge les frais administratifs.

Traitement et patients pris en charge par des membres de la famille

Nous ne prenons pas en charge vos médicaments ou votre **traitement** si la personne que vous consultez ou qui vous soigne est un membre de votre famille.

4 Votre couverture pour les pathologies, traitements, tests et coûts spécifiques

- 4.1 > SIDA/VIH
- 4.2 > Abus d'alcool, de drogues ou de toutes autres substances
- 4.3 > Réduction mammaire
- 4.4 > Cancer
- 4.5 > Podologie et podothérapie
- 4.6 > Conséquences de traitements, interventions médicales ou modifications corporelles antérieures
- 4.7 > Contraception
- 4.8 > Chirurgie esthétique
- 4.9 > Activité délictueuse
- 4.10 > Indemnité handicap
- 4.11 > Médicaments et pansements destinés aux traitements en externe
- 4.12 > Prothèses et dispositifs externes
- 4.13 > Retrait de tissus adipeux
- 4.14 > Changement de sexe
- 4.15 > Bilan de santé
- 4.16 > Traitement hormonal substitutif (THS)
- 4.17 > Stérilité et procréation assistée
- 4.18 > Dialyse rénale
- 4.19 > Troubles de l'apprentissage et du développement
- 4.20 > Hypermétropie, myopie et astigmatisme
- 4.21 > Santé mentale
- 4.22 > Vieillesse naturelle
- 4.23 > Contamination nucléaire, biologique ou chimique et risques de guerre
- 4.24 > Don d'organes ou de tissu
- 4.25 > Grossesse et accouchement
- 4.26 > Traitement préventif et tests de dépistage
- 4.27 > Chirurgie reconstructive
- 4.28 > Réhabilitation
- 4.29 > Blessures auto-infligées et suicide
- 4.30 > Troubles sexuels
- 4.31 > Maladies/infections sexuellement transmissibles
- 4.32 > Coûts domestiques et sociaux, et autres coûts non liés au traitement
- 4.33 > Traitement lié aux sports et aux activités associées
- 4.34 > Stérilisation
- 4.35 > Compléments
- 4.36 > Pathologies dentaires
- 4.37 > Traitements qui ne relèvent pas d'un impératif médical
- 4.38 > Traitement pour la perte de poids

Des règles particulières s'appliquent à la façon dont nous prenons en charge certains **traitements**, pathologies, tests et coûts. Celles-ci sont décrites dans cette section.

Lisez cette section en parallèle des autres sections du présent guide, sachant que les autres règles relatives à la couverture s'appliquent également, par exemple les règles concernant les pathologies préexistantes, les **pathologies chroniques** et les personnes que nous payons.

Si vous avez des incertitudes concernant la couverture dont vous bénéficiez avec votre **police** (même si vous n'avez pas de demande de paiement à effectuer dans l'immédiat) veuillez nous envoyer un message à l'aide de votre compte Clientèle en ligne (Customer Online) axaglobalhealthcare.com/customer.

Ou appelez-nous simplement au +44 (0)1892 556 274.

Nous serons ravis de vous renseigner sur votre couverture, et cela s'avère généralement plus rapide que de chercher vous-même dans le guide.

4.1 > SIDA/VIH

Nous ne prenons pas en charge le **traitement** d'une **pathologie résultant** d'une infection par le VIH.

4.2 Abus d'alcool, de drogues ou de toutes autres substances

Nous ne prenons pas en charge les **traitements** dont vous avez besoin suite à, ou en relation avec l'abus d'alcool, de drogues ou de toutes autres substances.

4.3 > Réduction mammaire

Nous ne prenons pas en charge les réductions mammaires, pour les hommes comme pour les femmes.

Aide lorsque votre état de santé est complexe

Si votre **pathologie** ou diagnostic est complexe et que vous avez des doutes quant à ce qui vous arrive, nous pouvons vous aider.

Nos experts médicaux ont une grande expérience des situations complexes en matière de santé. Ils vous écouteront expliquer votre situation et vous suggéreront une aide. Ils peuvent vous conseiller d'obtenir un second avis de la part d'un spécialiste, ou vous proposer de gérer la situation en votre nom pour vous permettre de reprendre le contrôle.

Ce service est dirigé en notre nom par des consultants spécialistes indépendants possédant une expertise spécifique dans les cas complexes.

4.4 > Cancer

En raison de la nature du **cancer**, nous le prenons en charge de façon légèrement différente des autres pathologies. Cette section décrit ces différences. Si un aspect particulier de votre couverture ne figure pas ici, la couverture standard décrite dans une autre partie de votre guide s'applique.

À propos de votre couverture pour le traitement du cancer

Nous prenons en charge les dépistages du **cancer** et le **traitement** visant à tuer les cellules **cancéreuses**.

Nous prenons en charge le **traitement actif du cancer** pour tout **cancer** qui apparaît après votre adhésion. Nous prenons également en charge ce **cancer** s'il réapparaît et que vous êtes encore assuré.

Si vous avez des exclusions pour le **cancer** en raison de vos antécédents médicaux, nous ne prenons pas en charge le **traitement** de ce **cancer** en cas de réapparition.

» **Pour plus d'informations sur notre prise en charge du traitement des pathologies préexistantes, voir la section 3.2**

Prestation forfaitaire lorsque vous n'avez pas eu à payer pour vos traitements ou votre séjour à l'hôpital

Si vous bénéficiez d'un **traitement** gratuit par radiothérapie ou chimiothérapie et que votre **police d'assurance** aurait dû couvrir le **traitement**, nous effectuerons le paiement d'une prestation forfaitaire :

- De 50 £ par jour à 5 000 £ par **année**
- De 80 \$ par jour à 8 000 \$ par **année**
- De 60 € par jour à 6 375 € par **année**.

Prise en charge de votre cancer

Lieu de traitement	
Traitement actif du cancer à l'hôpital	✓ Oui Si vous bénéficiez d'un traitement au Royaume-Uni, cela implique un traitement dans un hôpital , dans un centre de soins de jour ou un centre d'imagerie qui figure dans notre Registre des hôpitaux du Royaume-Uni .
Chimiothérapie par perfusion intraveineuse à domicile	✓ Oui, avec l'accord de notre équipe clinique
Traitement dans un hospice	× Non

Diagnostic	
Honoraires des spécialistes qui traitent votre cancer	✓ Oui Si les consultations ont lieu avant votre diagnostic, elles sont prises en charge dans le cadre de votre plafond de consultations externes . Les consultations qui font suite à votre diagnostic sont prises en charge dans votre plafond des soins de jour et des hospitalisations .
Examens de diagnostic liés au cancer	✓ Oui Si les tests ont lieu avant votre diagnostic, ils sont pris en charge dans le cadre de votre plafond de consultations externes . Les examens qui font suite à votre diagnostic sont pris en charge dans votre plafond des soins de jour et des hospitalisations .
Opérations chirurgicales telles que décrites au point « Opérations chirurgicales » ci-dessous	✓ Oui
Scanners TDM, IRM ou TEP	✓ Oui
Tests génétiques visant à choisir la chimiothérapie adaptée » Voir la section 3.1 pour en savoir plus sur les traitements efficaces	✓ Oui
Tests génétiques pour déterminer s'il existe un risque génétique que vous développiez un cancer	× Non

4 Votre couverture pour les pathologies, traitements, tests et coûts spécifiques suite

Chirurgie	
Chirurgie destinée au traitement ou au diagnostic du cancer , dans la mesure où l'efficacité du traitement a été prouvée	✓ Oui
» Voir la section 3.1 pour en savoir plus sur les traitements efficaces	
Nouvelles procédures chirurgicales et procédures expérimentales	<p>Veillez nous contacter avant de subir toute procédure chirurgicale nouvelle ou de nature expérimentale afin que nous puissions discuter avec vous de la procédure. Nous vous écrirons pour vous indiquer ce que nous acceptons de prendre en charge avant le début de votre traitement.</p> <p>Nous couvrirons uniquement l'équivalent de la procédure chirurgicale non expérimentale telle qu'elle figure dans le tableau des procédures et frais.</p> <p>Pour obtenir une copie du tableau des procédures et frais veuillez vous rendre sur le site axaglobalhealthcare.com ou nous appeler au +44 (0)1892 556 274.</p>
Complications découlant des procédures chirurgicales nouvelles ou de nature expérimentale	× Non, même si nous avons accepté de prendre en charge la procédure en elle-même
Traitements préventifs	
Traitements préventifs, tels que :	× Non
Des dépistages lorsque vous ne présentez pas de symptômes du cancer . Par exemple, si un examen a démontré que vous présentez des risques de cancer du sein, nous ne couvrons pas le dépistage ou tout traitement visant à réduire les risques de développement futur du cancer (tel que la mastectomie).	
Vaccinations visant à prévenir le développement ou la réapparition du cancer , telles que les vaccinations contre le cancer du col de l'utérus	✓ Oui, les vaccinations sont prises en charge dans le cadre de la couverture de vos vaccinations en externe .

Traitement médicamenteux	
<p>Traitement médicamenteux destiné à tuer les cellules cancéreuses, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> les thérapies biologiques, telles que le l'Herceptin ou l'Avastin la chimiothérapie 	<p>✓ Oui</p> <p>Il n'existe pas de limite de temps pour la prise en charge de ces médicaments.</p> <p>Nous les prenons en charge si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ils disposent d'une autorisation de l'Agence européenne du médicament si vous recevez le traitement en Europe, ou de la Food and Drug Administration si vous recevez le traitement n'importe où ailleurs dans le monde ; ils sont utilisés conformément à leur autorisation ; et leur efficacité a été prouvée. <p>Les médicaments que nous prenons en charge changent régulièrement en fonction des autorisations relatives.</p> <p>Veuillez nous appeler pour connaître les derniers traitements pris en charge.</p>
<p>Chimiothérapie et/ou biothérapie pour prévenir la réapparition du cancer ou pour maintenir la rémission</p>	<p>✓ Oui</p>
<p>Médicaments expérimentaux</p>	<p>Si vous participez à un essai clinique randomisé approuvé par le comité éthique approprié, nous payons votre séjour à l'hôpital et les honoraires des spécialistes pendant la durée d'administration du médicament expérimental.</p> <p>Vous devez nous appeler avant le traitement pour nous permettre de valider les coûts et la prise en charge par écrit. Vous devrez peut-être nous fournir des informations avant que nous ne validions les coûts. Par exemple, nous vous demanderons de nous fournir une copie de vos formulaires d'acceptation de l'essai.</p>
<p>Autres médicaments.</p> <p>Nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> les médicaments destinés à renforcer les os, tels que les bisphosphonates ou le Denosumab ; les traitements hormonaux administrés par injection (par exemple goserelin, également connu sous le nom de Zoladex). 	<p>✓ Oui. Ils sont pris en charge dans la mesure où vous les prenez en même temps que la chimiothérapie ou thérapie biologique destinée à tuer les cellules cancéreuses couverte par votre police d'assurance.</p>
<p>Médicaments destinés au traitement de pathologies secondaires par rapport au cancer, tels que l'érythropoïétine (EPO)</p>	<p>✓ Oui, pendant la durée de la chimiothérapie couverte par votre police d'assurance.</p>
<p>Médicaments en externe, ou autres médicaments pouvant être prescrits par un médecin</p>	<p>✓ Oui, pris en charge dans le cadre de votre couverture globale pour les médicaments et pansements en externe.</p>

4 Votre couverture pour les pathologies, traitements, tests et coûts spécifiques suite

Radiothérapie	
Radiothérapie, y compris lorsqu'elle est utilisée pour réduire la douleur	✓ Oui
Soins palliatifs	
Soins destinés à soulager la douleur plutôt qu'à soigner le cancer	✓ Nous continuerons à vous apporter notre soutien et notre prise en charge dans le traitement de votre cancer , même si celui-ci devient incurable. Nous prenons en charge la radiothérapie, la chimiothérapie et les opérations chirurgicales (telles que le drainage des liquides ou l'insertion d'une endoprothèse) pour réduire la douleur.
Accompagnement en fin de vie	
Accompagnement en fin de vie	✓ Nous prenons en charge les traitements pour réduire les symptômes des patients en fin de vie.
Suivi	
Couverture de suivi pour les consultations et les examens de suivi relatifs au cancer	✓ Oui, dans la mesure où vous êtes encore assuré et où votre police d'assurance prend en charge ceci. La prise en charge relève de votre couverture pour les traitements en externe.
Plafonds	
Limites temporelles de traitement du cancer Votre police vous couvre pendant la durée de votre traitement pour tuer les cellules cancéreuses et pendant le suivi.	Pas de limite de temps pendant que vous êtes couvert par cette police .
Limites financières dans le traitement du cancer	Pas de limites particulières. Les règles des autres traitements s'appliquent à votre traitement contre le cancer .

Autres types de couverture	
<p>Traitement des cellules souches ou de la moelle osseuse</p> <p>Comprend le paiement de frais médicaux raisonnables pour permettre à un donneur vivant de faire don de cellules souches ou de moelle osseuse.</p> <p>Ne comprend pas les éventuels coûts administratifs associés. Par exemple, nous ne prendrons pas en charge les coûts de transport ou les coûts engagés pour trouver un donneur.</p> <p>» Voir la section 4.24 Don d'organes ou de tissu pour plus d'informations sur ce point</p>	<p>✓ Oui</p>

4.5 Podologie et podothérapie

Nous ne prenons pas en charge les coûts généraux liés à la podologie et à la podothérapie, même s'ils sont administrés par un podologue. Cela concerne les examens de la marche et les orthèses.

4.6 > Conséquences de traitements, interventions médicales ou modifications corporelles antérieurs

Si vous avez reçu par le passé un **traitement**, une intervention médicale ou une intervention corporelle précédemment non couvert par votre **police d'assurance**, nous ne prenons pas en charge le **traitement** supplémentaire ou les coûts plus élevés des **traitements** qui sont :

- le résultat du **traitement**, de l'intervention médicale ou de la modification corporelle antérieure, ou
- liés au **traitement**, à l'intervention médicale ou à la modification corporelle antérieure.

4.7 > Contraception

Nous ne prenons pas en charge la contraception, ou toute conséquence de l'utilisation d'une contraception.

4.8 > Chirurgie esthétique

Nous ne prenons pas en charge :

- Les **traitements** esthétiques ou de **chirurgie** esthétique.
- Les **traitements** liés à un **traitement** ou une procédure **chirurgicale** esthétique antérieur(e).

» Voir également la section 4.27 Chirurgie reconstructive

4.9 > Activité délictueuse

Nous ne prenons pas en charge les **traitements** dont vous avez besoin en conséquence de votre participation active à des activités délictueuses.

4.10 > Indemnité handicap

Nous vous verserons une prime forfaitaire si vous êtes victime d'un accident entraînant une des invalidités répertoriées dans le tableau.

L'invalidité doit être totale et incurable par **traitement** médical ou chirurgical.

L'accident doit être causé par des moyens visibles et violents externes.

Le tableau présente les limites de certaines invalidités. Le montant maximal que nous vous verserons pour un unique accident est de :

- 50 000 £ ou
- 80 000 \$ ou
- 63 750 €.

<p>Perte de la vue totale et incurable d'un œil</p> <p>Perte de la parole totale et incurable</p> <p>Perte de l'audition totale et incurable</p> <p>Perte d'un membre, ce qui signifie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de l'usage totale et incurable d'une main, d'un bras, d'un pied ou d'une jambe, ou • Perte d'une main par séparation au niveau ou au-dessus du poignet, ou • Perte d'un pied par séparation au niveau ou au-dessus de la cheville, ou 	<p>Limite :</p> <p>25 000 £ ou 40 000 \$ ou 31 875 €</p>
<p>Perte de la vue totale et incurable des deux yeux</p> <p>Perte de la vue totale et incurable d'un œil et d'un membre</p> <p>Perte de l'audition et de la parole totale et incurable</p> <p>Perte de deux membres</p>	<p>Limite :</p> <p>50 000 £ ou 80 000 \$ ou 63 750 €</p>

4.11 > Médicaments et pansements destinés aux traitements en externe

Nous prenons en charge les médicaments et les pansements destinés au **traitement** des patients **en externe** si les médicaments et les pansements :

- sont prescrits par un **médecin** et
- entrent dans le cadre d'un **traitement** médical couvert par votre **police d'assurance**.

4.12 > Prothèses et dispositifs externes

Nous prenons en charge :

- les coûts liés aux perruques et aux prothèses externes nécessaires au cours du **traitement actif du cancer**,
- les coûts liés aux supports vertébraux, attelles de genou ou aircasts s'ils entrent dans le cadre d'une **procédure chirurgicale** ou s'ils sont intégrés au **traitement** d'une pathologie pour laquelle vous êtes couvert.

Nous ne prenons pas en charge les coûts destinés à vous fournir ou à vous équiper de prothèses ou de dispositifs externes nécessaires pour toute autre raison. Les prothèses et les dispositifs incluent des éléments comme les béquilles ou les supports d'articulation.

4.13 > Retrait de tissus adipeux

Nous ne prenons pas en charge le retrait de tissus adipeux ou en excès, tels que l'abdominoplastie (lipoaspiration abdominale), que ce prélèvement soit nécessaire pour des raisons médicales ou psychologiques.

4.14 > Changement de sexe

Nous ne prenons pas en charge le **traitement** destiné à changer de sexe.

Quels aspects ne sont pas pris en charge ?

Nous ne prenons en charge aucun des éléments suivants s'ils sont en lien avec un changement de sexe, de quelque manière que ce soit :

- opérations chirurgicales de changement de sexe ou autre **traitement** chirurgical
- psychothérapie ou services similaires
- tout autre **traitement**.

5.15 > Bilan de santé

Nous prenons en charge une partie des coûts relatifs à un bilan de santé par **année**.

Voici quelques exemples d'éléments que votre bilan de santé peut inclure :

- indice de masse corporelle
- tension artérielle au repos
- analyse d'urine
- test du cholestérol
- instructions d'auto examen
- conseils sur la nutrition et le mode de vie

Pour effectuer une demande de remboursement de votre bilan de santé, envoyez-nous simplement une facture présentant votre nom afin de confirmer que vous avez bénéficié de ce bilan de santé.

4.16 > Traitement hormonal substitutif (THS)

Nous prenons en charge les traitements hormonaux substitutifs nécessaires suite à une intervention médicale.

Nous prendrons en charge les consultations de **médecin** et le coût des implants, des patchs ou des comprimés du THS pendant une durée maximale de 18 mois après l'intervention.

Les patchs et les comprimés sont soumis à votre plafond de médicaments et pansements **en externe**, décrite à la section 1.4 Votre couverture, page 9.

4.17 > Stérilité et procréation assistée

Nous ne prenons pas en charge les dépistages ou le **traitement** de la stérilité et la procréation assistée.

Sont concernées :

- les **traitements** visant à prévenir les fausses couches
- les **traitements** visant à accroître la fertilité
- les analyses liées aux fausses couches
- la procréation assistée
- tout événement survenant, ou tout **traitement** dont vous auriez besoin en conséquence de ces **traitements** ou de ces tests.

4.18 > Dialyse rénale.

Nous prenons en charge les dialyses rénales dans les cas suivants :

- dialyse rénale régulière ou à long terme si vous souffrez d'insuffisance rénale chronique.
- jusqu'à six semaines si vous vous préparez à recevoir une greffe du rein.

» Voir également Dialyse rénale à la section 1.4 Votre couverture pour voir le détail des limites qui s'appliquent à cette couverture

» Voir également 4.24 Don d'organes ou de tissu

4.19 > Troubles de l'apprentissage et du développement

Nous ne prenons pas en charge les **traitements**, dépistages, évaluations et corrections relatifs :

- aux troubles de l'apprentissage
- aux problèmes éducatifs
- aux problèmes comportementaux
- au développement physique
- au développement psychologique
- à un retard de langage.

Voici quelques exemples des pathologies que nous ne prenons pas en charge (veuillez nous appeler pour savoir si une pathologie est couverte) :

- dyslexie
- dyspraxie
- trouble du spectre autistique
- trouble du déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH)
- troubles de l'élocution et du langage, y compris la rééducation orthophonique nécessaire en raison d'une autre **pathologie**.

4.20 > Hypermétropie, myopie et astigmatisme

Nous ne prenons pas en charge les **traitements** visant à corriger l'hypermétropie, la myopie ou l'astigmatisme.

Cependant, nous prenons en charge le **traitement** de l'astigmatisme si celui-ci résulte d'une opération chirurgicale de remplacement du cristallin.

Tests oculaires

Nous prenons en charge les coûts d'un examen ophtalmologique par **année**.

Ce que vous devez demander pour votre examen ophtalmologique

Nous ne pouvons prendre en compte aucune demande de remboursement sans reçu.

Pour effectuer une demande de remboursement de votre examen ophtalmologique, demandez l'intégralité des reçus à votre opticien. Puis, appelez-nous pour savoir comment envoyer vos reçus.

Prescription de lunettes et de lentilles de contact

Nous prenons en charge les coûts liés aux tests oculaires ainsi qu'aux lunettes et lentilles de contact prescrites pour corriger la vision.

Quels aspects ne sont pas pris en charge ?

Nous ne prenons pas en charge les coûts engendrés par :

- la vérification des lentilles de contact ;
- les solutions pour lentilles de contact ;
- de nouvelles montures ;
- des verres qui n'ont pas fait l'objet d'une prescription ;
- les réparations de lunettes ;
- les remplacements nécessaires en raison de dégâts accidentels ;
- les éléments hors prescription que vous achetez dans le cadre d'un plan contractuel de prise en charge oculaire.

4.21 > Santé mentale

Nous prenons en charge le **traitement** des maladies psychiatriques sous forme d'**hospitalisation**, de **soins de jour** ou **en externe**.

En ce qui concerne le **traitement** sous forme d'**hospitalisation**, nous prenons en charge jusqu'à 100 jours sur la durée de votre vie.

Toutes les autres conditions de votre **police d'assurance** continuent de s'appliquer à cette couverture.

Que se passe-t-il si je dois aller à l'hôpital pour un problème d'ordre psychiatrique ?

Si vous devez vous rendre à l'hôpital pour le **traitement** d'un problème psychiatrique sous forme d'**hospitalisation** ou de **soins de jour**, vous ou un **membre de la famille** devez nous contacter pour vérifier votre couverture avant votre admission. Si votre **traitement** est couvert, nous contacterons l'hôpital pour leur demander un rapport médical. Nous nous organiserons également de façon à ce que l'hôpital nous envoie directement les factures liées à votre **traitement**.

Si l'hôpital se trouve au Royaume-Uni, celui-ci nous contactera pour vérifier votre couverture avant votre admission.

Qu'arrive-t-il si mon problème dure longtemps ?

Si vous devez rester à l'hôpital plus longtemps que convenu initialement, nous demanderons à votre **médecin** les raisons pour lesquelles vous devez suivre un **traitement** supplémentaire, et nous vous ferons savoir si nous acceptons de couvrir l'extension de votre séjour.

Quels aspects ne sont pas pris en charge ?

Nous ne prenons pas en charge les **traitements** liés, de quelque manière que ce soit, à :

- une blessure que vous vous êtes infligée délibérément vous-même ;
- une tentative de suicide ;
- l'abus d'alcool ;
- l'abus de drogues ou de toutes autres substances.

4.22 > Vieillesse naturelle

Nous ne prenons pas en charge le **traitement** de symptômes généralement associés au vieillissement naturel. Ceci inclut le **traitement** des symptômes de la puberté et de la ménopause qui ne découlent pas d'une autre maladie ou blessure.

4.23 > Contamination nucléaire, biologique ou chimique et risques de guerre

Nous ne prenons pas en charge les **traitements** dont vous avez besoin en raison d'une contamination nucléaire, biologique ou chimique.

Nous ne prenons pas en charge les **traitements** dont vous avez besoin en raison de votre implication active dans une guerre (déclarée ou non), une action ennemie, une invasion, une guerre civile, une émeute, une rébellion, une insurrection, une révolution, le renversement d'un gouvernement légalement constitué, des explosions d'armes de guerre ou tout événement similaire.

Nous ne prenons pas en charge les **traitements** dont vous auriez besoin pour vous être exposé à un danger, en vous rendant par exemple dans un lieu d'agitation ou en tant que spectateur.

Nous prenons en charge les **traitements** dus à un acte de terrorisme, dans la mesure où l'acte de ne relève pas d'une contamination nucléaire, biologique ou chimique.

4.24 > Don d'organes ou de tissu

Si vous prévoyez de faire don d'un organe ou de tissu en tant que donneur vivant, ou de recevoir un organe ou tissu d'un donneur vivant, veuillez nous appeler et nous vous indiquerons la prise en charge que nous proposons.

Aspects non pris en charge

Nous ne prenons pas en charge :

- les coûts liés au prélèvement d'organes ou de tissu d'un donneur
- les éventuels coûts administratifs associés : par exemple, les coûts de recherche d'un donneur
- les coûts associés à un don d'organe ou de tissu qui n'est pas conforme aux directives réglementaires adaptées.

4.25 > Grossesse et accouchement

Nous prenons en charge la grossesse et l'accouchement.

Il existe différentes limites à votre couverture en fonction de si la grossesse ou l'accouchement sont habituels ou inhabituels. Par accouchement habituel, nous faisons référence à l'accouchement qui ne requiert aucune **procédure chirurgicale**.

Grossesse et accouchement habituels

Pour la grossesse et l'accouchement habituels, nous prenons en charge :

- les consultations prénatales, les dépistages et les contrôles ;
- l'accouchement ;
- les consultations postnatales pendant les six semaines suivant la naissance.

Nous remboursons uniquement le montant habituel facturé par un **médecin** pour les **traitements** que nous prenons en charge.

La limite du montant total que nous remboursons est de :

- ✓ 10,000 £ par **année** ou
- ✓ 16,000 £ par **année** ou
- ✓ 12,750 € par **année**

Aucune couverture n'est disponible pendant les 10 premiers mois suivant la souscription ou l'adhésion à cette **police**, sauf si nous en avons convenu autrement sur votre contrat d'assurance.

Grossesse et accouchement inhabituels

Nous prenons également en charge le **traitement** des **pathologies** inhabituelles en lien avec la grossesse ou l'accouchement. Le **traitement** est couvert dans les limites qui s'appliquent au reste de cette **police d'assurance**.

Voici des exemples de **pathologies** inhabituelles en lien avec la grossesse et l'accouchement que nous prenons en charge :

- la grossesse extra-utérine (grossesse au cours de laquelle l'embryon ou le fœtus se développe en dehors de l'utérus)
- môle hydatiforme (croissance anormale de cellules dans l'utérus)
- placenta non décollé (rétention dans l'utérus après la naissance)
- placenta praevia
- éclampsie (coma ou crise d'épilepsie au cours de la grossesse, à la suite d'une pré-éclampsie)
- diabète (si des exclusions s'appliquent à votre cas en raison de vos antécédents relatifs au diabète, vous n'êtes pas couvert pour le **traitement** du diabète durant la grossesse)
- hémorragie du post partum (forts saignements dans les heures et les jours qui suivent immédiatement l'accouchement)
- fausse couche nécessitant un **traitement** chirurgical immédiat

Aspects non pris en charge

Nous ne prenons pas en charge les coûts liés aux cours sur le rôle parental ou tout autre cours lié à la grossesse ou à l'accouchement.



Appelez-nous systématiquement pour vérifier quels aspects sont couverts avant d'entamer tout **traitement** privé en rapport avec la grossesse ou l'accouchement qui fera l'objet d'une demande de remboursement de votre part.

Ajout d'un bébé à votre police



Si vous avez un bébé, nous pouvons généralement l'ajouter à votre **police** dès la naissance. Cependant, si un bébé est né après qu'un des parents ait eu recours à un **traitement** pour la fertilité ou suite à une procréation assistée, nous devons souscrire une assurance médicale pour lui. Veuillez nous appeler pour obtenir plus d'informations.

Si vous souhaitez ajouter un bébé à votre **police**, vous devez nous en informer dans les trois mois suivant la naissance du bébé.

» Voir la section 5.1 Ajout d'un membre de la famille ou d'un bébé

4.16 > Traitement préventif et tests de dépistage

L'assurance maladie est destinée à couvrir les problèmes que vous rencontrez dans le présent. En général, elle ne couvre pas les **traitements** préventifs ou les tests de dépistage.

Quels aspects des traitements préventifs ou des tests de dépistage génétiques ne sont pas couverts ?

Nous ne prenons pas en charge :

- les **traitements** préventifs, tels que la mastectomie préventive ;
- les tests de dépistage génétiques destinés à vérifier si vous présentez un risque génétique de développer une **pathologie**.



Si vous ne savez pas si votre **traitement** est préventif ou non, veuillez nous appeler avant d'entamer le **traitement**.

4.27 > Chirurgie reconstructive

Nous prenons en charge la **chirurgie** reconstructive dans certains cas, décrits ci-dessous.

Quels sont les aspects couverts ?

Nous prenons en charge votre première **chirurgie** reconstructive pour restaurer une fonction ou votre apparence à la suite d'un accident ou d'une **procédure chirurgicale** relative à une **pathologie** qui était couverte par votre **police**. Nous le ferons dans la mesure où :

- vous étiez couvert sans interruption par notre assurance avant l'accident ou la **procédure chirurgicale**
- nous avons au préalable validé le coût du **traitement** par écrit.

En cas de **cancer** du sein, la première **procédure chirurgicale** reconstructive désigne :

- une **procédure chirurgicale** prévue visant à reconstruire le sein malade
- une **procédure chirurgicale** supplémentaire prévue sur l'autre sein, si celui-ci n'a pas fait l'objet d'une procédure chirurgicale, afin d'améliorer la symétrie entre les deux seins
- tatouage de mamelons, jusqu'à 2 séances.



Veuillez nous appeler avant d'accepter d'effectuer une **chirurgie** reconstructive pour nous permettre de vous indiquer si vous êtes couvert.

Quels aspects ne sont pas pris en charge ?

Nous ne prenons pas en charge les **traitements** en lien avec une **procédure chirurgicale** reconstructive passée ou les opérations cosmétiques effectuées sur un sein reconstruit.

» Voir également la section 4.8 Chirurgie esthétique

4.28 > Réhabilitation

Nous prenons en charge les réhabilitations en **hôpital** pour une courte période, sous réserve de certaines limites.

Quels aspects de la réhabilitation prenons-nous en charge ?

Nous prenons en charge les réhabilitations avec **hospitalisation** pendant une durée maximale de 28 jours dans la mesure où :

- la réhabilitation fait partie du **traitement** pris en charge par votre **police** ;
- elle a lieu dans un **hôpital** ou une unité spécialisée dans la réhabilitation ;

- un **médecin** spécialisé dans la réhabilitation supervise votre **traitement** ;
- nous avons validé les coûts avant le début de votre réhabilitation ;
- le **traitement** ne pouvait pas être effectué en **externe**.

Si vous souffrez d'atteintes du système nerveux central à la suite d'un traumatisme externe ou d'un accident, nous étendrons votre couverture à 180 jours maximum de réhabilitation avec **hospitalisation**.



Si vous avez besoin d'une réhabilitation, veuillez nous appeler pour nous permettre de vous indiquer si vous êtes couvert.

Quels aspects de la réhabilitation ne prenons-nous pas en charge ?

Nous ne prenons pas en charge la réhabilitation en **soins de jour**.

Nous ne prenons pas en charge les **traitements** avec **hospitalisation** dont vous auriez pu bénéficier en **externe**. Ces traitements comprennent la réhabilitation.

4.29 > Blessures auto-infligées et suicide

Nous ne prenons pas en charge les **traitements** nécessaires qui résultent directement ou indirectement d'une blessure auto-infligée ou d'une tentative de suicide.

4.30 > Troubles sexuels

Nous ne prenons pas en charge le **traitement** des dysfonctionnements d'ordre sexuel ou de tout autre problème en lien avec les troubles sexuels.

4.31 > Maladies/infections sexuellement transmissibles

Nous ne prenons pas en charge le **traitement** des maladies/infections sexuellement transmissibles.

4.32 > Coûts domestiques et sociaux, et autres coûts non liés au traitement

Nous ne prenons pas en charge les coûts engagés pour des motifs sociaux ou domestiques, y compris, sans s'y limiter, les coûts de voyage ou d'assistance domestique. C'est le cas si votre séjour en tant que patient **hospitalisé** est étendu pour une raison indépendante de

vosre **traitement** et que vous auriez pu bénéficier de ce **traitement en externe**.

Nous ne prenons pas en charge le coût des visites à domicile, à moins qu'une visite à domicile ne soit nécessaire en raison de l'apparition soudaine d'une **pathologie aiguë** impliquant l'impossibilité de recevoir votre **traitement** ou les consultations dans une clinique médicale ou une salle de consultation.

4.33 > Traitement lié aux sports et aux activités associées

Nous ne prenons pas en charge le **traitement** des blessures qui résultent de la pratique d'un sport pour lequel :

- vous êtes rémunéré ;
- vous touchez une prime ou un parrainage (hors frais de voyage) ; ou
- vous participez pour gagner un prix en argent.

Nous ne prenons pas en charge le **traitement** des blessures subies lors de votre participation aux sports et aux activités suivants :

- base jump
- cliff diving
- pilotage d'un avion sans permis
- escalade libre
- plongée sous-marine à une profondeur de plus de 10 mètres, ou de plus de 30 mètres si vous disposez des qualifications en plongée nécessaires, ou si vous êtes encadré par un professeur de plongée ayant les qualifications requises, par exemple un professeur reconnu par l'Association professionnelle des moniteurs de plongée (APMP)
- toute activité pratiquée à une hauteur supérieure à 5 000 mètres au-dessus du niveau de la mer
- canyoning
- ski hors-piste ou tout sport d'hiver pratiqué hors-piste en l'absence de professeur disposant des qualifications requises

4.34 > Stérilisation

Nous ne prenons pas en charge :

- la stérilisation et ses conséquences ;
- la suppression de la stérilisation, ou toute conséquence de cette suppression.

4.35 > Compléments

Nous ne prenons pas en charge les compléments ou substances disponibles naturellement, tels que les vitamines, les minéraux ou les substances organiques.

4.36 > Pathologies dentaires

Quels sont les soins dentaires couverts ?

Votre couverture dépend de si vous disposez ou non de la couverture dentaire supérieure. Votre certificat d'assurance indique si vous disposez de la couverture dentaire supérieure.

Quels sont les aspects couverts si vous n'avez pas la couverture dentaire supérieure ?

Soins dentaires, tels que les plombages	✓ Oui
Bilans dentaires	× Non
Détartrage et polissage	× Non

Quels sont les aspects couverts si vous avez la couverture dentaire supérieure ?

Soins dentaires, tels que les plombages	✓ Oui
Bilans dentaires	✓ Oui
Détartrage et polissage	✓ Oui

» Voir également soins dentaires à la section 1.4 Votre couverture pour voir le détail des limites qui s'appliquent à votre couverture dentaire

Nous ne prenons pas en charge :

- les **traitements** esthétiques
- les **traitements** nécessaires en l'absence d'au moins un bilan de santé dentaire par **année**, par exemple le **traitement** des gingivites et des périodontites.

Quels sont les soins dentaires couverts en cas de dommage accidentel ?

Nous prenons en charge les types de **soins** dentaires suivants lorsqu'ils sont requis en raison d'un **dégât** accidentel causé par un impact extérieur au niveau de la bouche ou de la mâchoire :

- les coûts raisonnables de remplacement d'une couronne, d'un bridge, d'une facette ou d'un dentier et du remplacement de qualité équivalente à l'original

- les implants nécessaires pour des raisons médicales (et non esthétiques) : nous paierons à hauteur du coût de l'intervention dentaire équivalente destinée à poser un bridge
- le remplacement des dentiers à condition que vous les portiez au moment de subir le préjudice

Nous paierons le **traitement** uniquement si vous avez remarqué les dégâts dans les sept jours suivant le dégât accidentel et que le **traitement** a lieu sous 18 mois.

Nous ne prenons pas en charge les **traitements** requis suite à :

- une usure normale ;
- la consommation d'un aliment ou d'une boisson, même si ces derniers contenaient un corps étranger ;
- la pratique de la boxe ou du rugby (sauf le rugby foulards) sans porter de protection buccale adaptée ;
- le brossage des dents ou autre procédure d'hygiène.

4.37 > Traitements qui ne relèvent pas d'un impératif médical

Comme la plupart des assureurs, nous prenons en charge les **traitements** nécessaires sur le plan médical. Nous ne prenons pas en charge les **traitements** qui ne relèvent pas d'un impératif médical, ou qui relèvent d'une décision personnelle.

4.38 > Traitement pour la perte de poids

Nous ne prenons pas en charge le **traitement** des **procédures chirurgicales** pour la perte de poids.

Quels aspects ne sont pas pris en charge ?

Nous ne couvrons aucun frais de **procédure chirurgicale** bariatrique (perte de poids), indépendamment des raisons pour lesquelles la **procédure chirurgicale** est nécessaire. Sont concernées la pose d'un anneau gastrique, la gastrectomie longitudinale, ou autre **traitement** similaire.

5 Gestion de votre police

- 5.1 > Ajout d'un membre de la famille ou d'un bébé
- 5.2 > Modification de votre couverture
- 5.3 > Paiement de votre prime
- 5.4 > Paiement de votre franchise
- 5.5 > Annulation de votre police pendant la période de rétractation
- 5.6 > Nous tenir informés
- 5.7 > Pourquoi les primes changent
- 5.8 > Faire une réclamation

5.1 > Ajout d'un membre de la famille ou d'un bébé



Pour ajouter un membre de la famille ou un nouveau-né à votre couverture, appelez-nous au +44 (0)1892 556 274 et nous vous indiquerons comment faire.

Qui pouvez-vous ajouter ?

Vous pouvez demander l'ajout à votre **police** des **membres de la famille** suivants :

- Votre partenaire dans le cadre d'un mariage ou partenariat civil, ou la personne avec qui vous vivez de façon permanente dans le cadre d'une relation similaire. (Certaines circonstances peuvent nous empêcher d'ajouter un partenaire.)
- Vos enfants ou ceux de votre partenaire.
- Un nouveau-né.

Ajout d'un nouveau-né

Si vous souhaitez ajouter un nouveau-né à votre couverture, vous pouvez faire commencer celle-ci à la date de sa naissance dans la mesure où vous nous appelez dans les trois mois suivant la naissance. Normalement, nous n'aurons pas besoin d'informations sur son dossier médical.

Des limites peuvent s'appliquer à notre couverture si :

- le bébé est né après que l'un des parents ait eu recours à un **traitement** pour la fertilité ; ou
- le bébé est né grâce à une procréation assistée ; ou
- vous avez adopté le bébé.

Nous avons décrit ces limites dans les paragraphes suivants.

Bébés nés suite à un traitement pour la fertilité, grâce à la procréation assistée, ou bébés adoptés

Vous pouvez ajouter un bébé né suite à un **traitement** pour la fertilité, la procréation assistée (ex : FIV) ou que vous avez adopté, à votre **police d'assurance**. Comme la plupart des assurances santé, notre couverture de **traitement** rencontre certaines limites dans ces situations.

Si un bébé est né suite à un **traitement pour la fertilité**, ou une procréation assistée, ou si vous avez adopté le bébé :

- nous pouvons vous demander de plus amples informations sur le dossier médical du bébé ;
- nous ne prenons pas en charge les **traitements** dispensés dans les unités de soins néonatales spécialisées, ou les soins pédiatriques intensifs dispensés immédiatement après la naissance ;

- nous sommes susceptibles d'ajouter d'autres conditions à la couverture du bébé. Par exemple, nous pouvons limiter la prise en charge des pathologies préexistantes.

Nous incluons dans les **traitements** pour la fertilité les médicaments soumis ou non à prescription, ou autre **traitement** pris par l'un des parents dans le but d'accroître sa fertilité.

5.2 > Modification de votre couverture

Vous pouvez normalement apporter des changements à votre couverture, comme prendre une couverture dentaire supérieure ou modifier votre franchise pendant la période de rétractation ou au moment du renouvellement.

Contactez-nous afin de discuter avec nous de vos options. En fonction de vos conditions de souscription, de toute **pathologie** préexistante que vous présentez et de toute **pathologie** survenue depuis votre adhésion, il peut y avoir des restrictions ou des limites sur la couverture que vous pouvez ajouter.

5.3 > Paiement de votre prime

Lors de votre adhésion, avant que votre **police** ne soit prête à être renouvelée, nous vous ferons savoir à combien s'élève votre prime. Vous pouvez alors choisir de verser une prime annuelle, trimestrielle ou mensuelle.

Comment puis-je payer ma prime ?

Vous pouvez la payer d'une des façons suivantes :

- tous les ans, tous les trimestres ou tous les mois par prélèvement automatique si vous avez un compte bancaire au **Royaume-Uni**. Le paiement sera effectué en livres sterling.
- tous les ans, tous les trimestres ou tous les mois par carte bancaire
- tous les ans ou tous les trimestres par chèque.

Les documents de votre **police** vous indiqueront précisément comment nous collectons vos paiements, ou comment nous envoyer votre chèque.

Qu'arrive-t-il si j'oublie un paiement ?

Il est important de payer votre prime lorsqu'elle est due. Si vous oubliez un paiement, nous annulerons votre **police** et nous ne paierons aucune demande relative aux **traitements** dont vous avez bénéficié après l'échéance du paiement.

Si vous avez arrêté de payer votre **police d'assurance**, ou si vous avez manqué un paiement ou pensez que vous allez en manquer un, veuillez nous appeler au +44 (0) 1892 556 274. Nous vous renseignerons sur vos options de paiement ou vos options en matière de couvertures alternatives.

Frais facturés par votre banque

Veuillez contacter votre banque pour savoir si elle facture des frais pour envoyer ou recevoir des fonds, ou pour changer des devises. Les frais facturés par la banque ne sont pas pris en charge par votre **police**.

5.4 > Paiement de votre franchise

Votre certificat d'assurance vous indique si vous avez une franchise et de combien est-elle. Cette section vous indique comment la payer.

Si votre police d'assurance a une franchise

Si une franchise s'applique à votre **police**, celle-ci sera mentionnée dans votre certificat d'assurance. Voici comment fonctionnent les franchises :

- Nous devons soustraire le montant couvert par votre **police** de la première demande de remboursement de chaque personne pour chaque **année**. Par exemple, si une somme prise en charge s'élevait à 800 £, et que la franchise atteignait 100 £, nous aurions à vous verser 700 £.
- Si votre demande de remboursement concerne un **traitement** limité, nous appliquons le plafond avant de retirer la franchise.
- Nous comptons les coûts de **traitement** de chaque **année** en fonction de la date à laquelle le **traitement** a été mis en place.
- Même si le coût du **traitement** est moins élevé que celui de la franchise, veuillez nous en faire part pour nous permettre de la prendre en compte si vous effectuez une nouvelle demande de remboursement dans l'**année**.
- La franchise s'applique à chaque personne. Ainsi, si deux personnes couvertes par notre **police** effectuent une demande de remboursement, nous retirerons la franchise de leurs deux demandes.
- Plusieurs demandes de paiement peuvent être nécessaires pour que la totalité de la franchise soit payée.
- Une fois que le montant intégral d'une franchise a été acquitté pour une **année**, nous ne le prélevons plus sur les autres demandes de paiement de cette **année**.
- Que vous fassiez des demandes de remboursement concernant une même **pathologie** ou plusieurs **pathologies** ne change rien.

- La franchise s'applique à chaque **année**. Cela signifie que, si vous engagez des frais au cours de cette **année**, nous retirerons la franchise du paiement que nous vous versons pour votre remboursement. Si vous engagez davantage de coûts l'**année** suivante, même s'il s'agit d'une même pathologie, nous retirerons la franchise de la demande de remboursement correspondante.
- Si votre demande de paiement excède votre renouvellement, nous retirons cette franchise du montant que nous versons pour votre remboursement avant le renouvellement, puis nous le retirerons du montant que nous versons pour votre remboursement après renouvellement.
- Pour toute question sur le fonctionnement de votre franchise, veuillez nous contacter au +44 (0)1892 556 274.

Demandes de remboursement pour lesquelles vous n'avez pas à payer de franchise

Si vous demandez l'un des remboursements suivants, vous n'avez pas à payer de franchise :

- prestation forfaitaire lorsque vous n'avez pas eu à payer pour vos **traitements** ou votre séjour à l'**hôpital**
- service d'évacuation ou de rapatriement
- prestation forfaitaire si vous bénéficiez d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie gratuite
- toute demande en rapport avec des **soins** dentaires (à moins que la demande ne soit en lien avec un dommage accidentel, auquel cas vous aurez une franchise à payer)
- toute demande de paiement concernant des perruques
- indemnités de handicap

Si vous souhaitez modifier le montant d'une franchise

L'ajout d'une franchise ou l'augmentation du montant de votre franchise contribue à baisser votre prime.

Si vous souhaitez modifier ou ajouter une franchise, vous pouvez normalement le faire :

- pendant votre période de rétractation
- lors de votre renouvellement.

Contactez-nous au +44 (0)1892 556 274 et nous nous en chargerons pour vous.

5.5 > Annulation de votre police pendant la période de rétractation

Vous disposez d'un droit d'annulation pendant 14 jours à partir de la date à laquelle votre contrat est conclu, ou du jour où vous recevez les conditions d'utilisation intégrales de la **police**, en fonction du plus récent des deux. Il s'agit de la période de rétractation. Si vous annulez votre police pendant cette période, vous n'avez rien à payer dans la mesure où vous n'avez effectué aucune demande de remboursement pendant cette période.

Si vous faites une demande et que nous payons votre **traitement** pendant la période de rétractation, nous sommes autorisés à facturer le paiement des services que nous avons fournis. Cela signifie que nous pouvons retirer des frais sur des montants que nous vous remboursons.

Si vous n'annulez pas votre **police** pendant la période de rétractation, votre **police** se poursuit pendant une **année** dans la mesure où vous continuez à payer vos primes.

5.6 > Nous tenir informés

Il est important de nous informer le plus tôt possible de tout changement apporté à vos informations personnelles. Si vous ne savez pas si le changement est important, il est préférable de nous en faire part afin que nous puissions vous indiquer si celui-ci affecte votre **police**.

Changement de pays où vous résidez habituellement

Vous devez nous indiquer tout changement du **pays où vous résidez habituellement**.

Nous ne sommes pas en mesure de vous fournir une assurance dans tous les pays, c'est donc à vous de vérifier si votre couverture est toujours valide si vous déménagez.

Modification de toute information communiquée lors de votre adhésion

Si vous nous envoyez un formulaire, et qu'un changement se produit entre le moment où vous envoyez ce formulaire et le moment où nous confirmons avoir effectué les changements qui y figurent, vous devez nous en faire part.

Cela inclut le changement du **pays où vous résidez habituellement**.

5.7 > Pourquoi les primes changent

Les primes d'assurance maladie ont tendance à augmenter chaque **année**, quelle que soit la compagnie d'assurance maladie à laquelle vous avez recours.

Pourquoi ma prime augmente-t-elle chaque année ?

Plusieurs raisons peuvent expliquer l'éventuelle augmentation des coûts liés à votre assurance maladie. Nous revoyons les primes chaque **année** et effectuons des calculs basés sur un certain nombre de facteurs. Voici deux des raisons les plus fréquentes :

- Votre prime tend à augmenter quand vous vieillissez. Cela est dû au fait que, malheureusement, nous rencontrons en général davantage de pathologies en vieillissant.
- Le coût des **traitements** médicaux tend également à augmenter au fur et à mesure que de meilleures méthodes de diagnostic et de traitement des maladies sont développées. Nous revoyons régulièrement nos polices pour les maintenir à jour et y intégrer de nouveaux tests et **traitements** lorsque nous le pouvons.

Que se passe-t-il si ma prime doit changer ?

Votre prime change uniquement au moment du renouvellement ou si des modifications sont apportées, telles que l'ajout d'un nouveau-né au cours de l'**année**. Nous vous communiquerons toute modification apportée à votre prime longtemps à l'avance.

Y a-t-il quelque chose à faire pour réduire ma prime ?

Vous avez quelques options possibles pour réduire votre prime. Vous pouvez par exemple :

- ajouter une franchise ou demander une franchise supérieure ;
- supprimer la couverture dentaire supérieure ;
- changer de plan santé.

Contactez-nous au +44 (0)1892 556 274 afin de discuter avec nous de vos options.

5.8 > Faire une réclamation

Notre objectif est de nous assurer que vous soyez toujours satisfait de votre **police**. En cas de problème, nous avons à cœur d'y remédier le plus rapidement possible.

Faire une réclamation

Si vous souhaitez faire une réclamation, vous pouvez nous appeler ou nous écrire à l'aide des coordonnées ci-dessous.

Pour nous aider à résoudre l'objet de votre plainte, merci de nous indiquer les éléments suivants :

- votre nom et votre numéro de **police**
- un numéro de téléphone où vous joindre
- les détails de votre réclamation
- toute autre information pertinente dont nous n'avons peut-être pas connaissance.

Contactez-nous au +44 (0)1892 556 274

Ou envoyez-nous un courrier à l'adresse :

AXA Global Healthcare
Phillips House
Crescent Road
Tunbridge Wells
Kent
ENGLAND
TN11 2PL

Réponse à votre plainte

Nous répondrons à votre plainte le plus rapidement possible.

Si nous ne pouvons pas revenir vers vous directement, nous vous contacterons sous cinq jours ouvrés pour vous indiquer les étapes à venir.

Nous nous fixons toujours l'objectif de résoudre les problèmes dans les huit semaines qui suivent le moment où celui-ci nous a été communiqué. S'il apparaît que nous aurons besoin de plus de temps, nous vous ferons savoir les raisons de ce retard et nous vous tiendrons régulièrement au fait de notre progression.

The Financial Ombudsman Service

Le Financial Ombudsman Service peut coopérer directement avec nous concernant votre réclamation et, si ne pouvons répondre entièrement à une réclamation sous huit semaines ou si vous n'êtes pas satisfait de notre réponse finale, vous pouvez demander un examen indépendant auprès du Financial Ombudsman Service.

The Financial Ombudsman Service
Exchange Tower
Harbour Exchange Square
London
E14 9SR
UK

Téléphone : +44 (0)20 7964 0500

Téléphone à partir du **Royaume-Uni** et des îles Anglo-Normandes : 0800 023 4567 ou 0300 123 9 123

E-mail : complaint.info@financial-ombudsman.org.uk

Site Internet : financial-ombudsman.org.uk

Vos droits légaux

Aucune des informations de la section 5.8 n'affecte vos droits légaux.

6 Informations juridiques

- 6.1 > **Transfert de votre police lorsque le Royaume-Uni quittera l'Union européenne**
- 6.2 > **Droits et responsabilités**
- 6.3 > **Nos informations relatives aux autorisations et aux réglementations**
- 6.4 > **Le programme d'indemnisation en matière de services financiers (Financial Services Compensation Scheme, FSCS)**
- 6.5 > **Vos informations personnelles**
- 6.6 > **Que faire si une autre personne est responsable d'une partie des coûts relatifs à votre demande de paiement ?**
- 6.7 > **Que faire si votre demande de paiement concerne une blessure ou une pathologie causée par un tiers ?**

6.1 > Transfert de votre police lorsque le Royaume-Uni quittera l'Union européenne

Votre **police** est souscrite par AXA PPP healthcare Limited, un assureur basé au **Royaume-Uni**. Pour cette raison, si le **pays où vous résidez habituellement** est situé en dehors du **Royaume-Uni** dans un État membre de l'Union européenne (UE), nous pourrions être dans l'impossibilité d'acquitter les obligations qui nous incombent en vertu de votre **police** lorsque le Royaume-Uni quittera l'UE, en l'absence d'une disposition dans l'accord que nous avons conclu avec vous nous permettant de transférer automatiquement la souscription à un autre **assureur AXA situé dans l'UE**.

En initiant cette **police** vous acceptez que, si nous estimons qu'il pourrait être impossible pour AXA PPP healthcare Limited de s'acquitter légalement des obligations qui lui incombent en vertu de votre **police**, nous puissions vous écrire afin de vous informer de notre intention de transférer tous les droits et toutes les obligations incombant à AXA PPP healthcare Limited en vertu de la présente **police** à un autre assureur détenu par le Groupe AXA.. Cet assureur détiendra la licence nécessaire pour mener des activités d'assurer dans votre État membre de l'UE (**l'assureur AXA situé dans l'UE**). Ce transfert interviendra à 22h59 le 28 mars 2019, ou à une date antérieure que nous préciserons (la **date de transfert**).

Si nous vous écrivons pour vous donner un préavis raisonnable du transfert susmentionné, nous :

- confirmerons l'identité de **l'assureur AXA situé dans l'UE** chargé de prendre les droits et obligations qui nous incombent en vertu de la **police** et attesterons qu'il répond à ses exigences de fonds propres réglementaires
- communiquerons les informations relatives à l'agrément et à l'enregistrement de **l'assureur AXA situé dans l'UE**
- expliquerons le processus et tout changement apporté à votre **police**
- vous donnerons la possibilité d'annuler votre **police**, en expliquant le processus d'annulation (y compris les mesures à prendre pour choisir l'annulation, ainsi que les modalités régissant la somme que nous vous rembourserons).

Si nous appliquons ce droit de transfert (et si vous ne choisissez pas d'annuler votre **police**), alors, à la **date de transfert**, AXA PPP healthcare Limited sera remplacé par **l'assureur AXA situé dans l'UE** en tant que souscripteur de la présente **police**. À compter de la **date de transfert** :

- **l'assureur AXA situé dans l'UE** prendra toutes les mesures qu'AXA PPP healthcare Limited avait accepté de prendre en vertu de la présente **police** (à l'exception de toute mesure déjà prise par AXA PPP healthcare Limited à la **date de transfert** et à l'exception de tout changement éventuellement requis par la loi) comme si **l'assureur AXA situé dans l'UE** était nommé dans la présente **police** comme étant le souscripteur initial
- **l'assureur AXA situé dans l'UE** jouira de tous les droits dont AXA PPP healthcare Limited jouissait en vertu de la présente **police**, comme si **l'assureur AXA situé dans l'UE** était nommé dans la présente **police** comme étant le souscripteur initial, y compris le droit de recevoir le versement de toute prime en cours ou ordinaire due et/ou le versement de toute franchise liée aux demandes de remboursement
- AXA PPP healthcare Limited n'aura aucune autre obligation envers vous (y compris en lien avec les mesures qu'AXA PPP healthcare Limited avait accepté de prendre avant la **date de transfert**) et n'aura aucun droit de quelque nature que ce soit envers vous ou tout autre intérêt dans la présente **police**
- toutes les autorisations et les instructions de versement de primes et/ou de franchises à AXA PPP healthcare Limited prendront effet comme si elles stipulaient une autorisation et une instruction de versement des primes et/ou franchises à **l'assureur AXA situé dans l'UE**.
- dans la présente **police**, les termes « nous », « notre », « nôtre » et « nos » désigneront **l'assureur AXA situé dans l'UE** et le terme « AXA PPP healthcare Limited » désignera **l'assureur AXA situé dans l'UE**
- la date de renouvellement de votre **police** restera la même.

La présente section « Transfert de votre **police** lorsque le Royaume-Uni quittera l'Union européenne » aura préséance sur toute autre partie de la présente **police** ayant un sens différent (y compris toute partie de tout formulaire de souscription remplis par vos soins, tout état de faits déclaré par vos soins, le présent manuel, votre certificat d'assurance et notre lettre d'acceptation).

6.2 > Droits et responsabilités

Cette section définit nos droits et responsabilités mutuels.

Votre police

Votre **police** est établie pour une **année**.

Vous devez verser la prime de votre **police d'assurance** à l'échéance.

En contrepartie du paiement de votre prime, nous vous fournissons la couverture décrite dans votre **police**.

Nous prenons en charge les coûts engagés au cours de la période pour laquelle la prime a été versée.

Nous vous confirmerons la date de début et de fin de la **police**, les personnes couvertes et les éventuelles conditions particulières qui s'appliquent.

Ventes

Lorsque nous vendons nos **polices** directement aux clients, nous communiquons des informations visant à les aider à prendre les bonnes décisions, en fonction de leurs besoins, mais nous n'offrons pas de recommandations personnelles concernant nos polices. Vous avez peut-être acheté votre **police** auprès d'un intermédiaire ou d'un courtier, auquel cas cette personne vous dira si elle offre des recommandations personnelles.

Renouvellement

Avant la fin de chaque **année de couverture**, nous contacterons le **titulaire de la police** pour lui indiquer les termes auxquels la **police** se poursuivra si la **police** est toujours disponible. Nous renouvelerons la **police** selon les nouveaux termes, à moins que le **titulaire de la police** nous demande d'effectuer des changements ou nous indique qu'il souhaite l'annuler.

Nous collectons votre prime à l'aide de la méthode de paiement que vous avez utilisée l'**année** précédente.

Si le plan auquel vous étiez rattaché n'est plus disponible, nous ferons au mieux pour vous proposer une alternative.

Limite du terme de votre couverture si le pays où vous résidez habituellement se trouve aux États-Unis

Si le **pays où vous résidez habituellement** se trouve aux États-Unis, nous mettrons un terme à votre **police** à la fin de la première **année**.

Exigences qui peuvent s'appliquer dans le pays où vous résidez habituellement

Vous devez assurer que vous disposez d'une couverture qui respecte les exigences émises par le **pays où vous résidez habituellement**.

Par exemple :

- Certains pays exigent que les personnes qui y résident souscrivent une assurance maladie auprès d'un fournisseur local. La présente **police** n'est pas à même de satisfaire cette exigence.
- Certains pays exigent que les personnes qui y résident souscrivent une assurance maladie qui respecte certaines exigences. La couverture proposée par la présente **police** ne remplit peut-être pas ces exigences, ce qui signifie que vous serez dans l'obligation de souscrire une couverture supplémentaire ou une police différente.

Nous fournir des informations

À chaque fois que nous vous demandons des informations, vous veillerez à ce que les informations que vous nous communiquez soient vraies, exactes et exhaustives de façon à nous permettre de gérer les risques que nous évaluons. Si nous découvrons par la suite que ce n'est pas le cas, nous pouvons annuler la **police d'assurance** ou appliquer d'autres conditions de couverture en nous alignant sur les conditions que nous aurions appliquées si les informations nous avaient été présentées dans les règles.

Période de rétractation

La période de rétractation de 14 jours s'applique à partir de la plus récente des dates suivantes :

- le jour de la conclusion du contrat de la **police d'assurance**
- le jour où le **titulaire de la police** reçoit l'intégralité des conditions d'utilisation de la **police**.

Le **titulaire de la police** peut annuler la **police** au cours des 14 jours de la période de rétractation. Pour ce faire, il doit nous contacter pour nous en informer.

Si la **police** est annulée pendant la période de rétractation de 14 jours, nous restituerons toute prime versée dans le cadre de la **police**. Cela ne s'applique pas si une ou plusieurs demandes de paiement ont été effectuées dans le cadre de la couverture pendant la période de rétractation de 14 jours.

Si une demande de remboursement est effectuée pendant la période de rétractation de 14 jours, il se peut que le **titulaire de la police** doive payer les services que nous avons fournis dans le cadre de la **police**, dans la mesure autorisée par la loi. Nous pourrions déduire ces coûts de la prime remboursée.

Une nouvelle période de rétractation de 14 jours s'applique à chaque date de renouvellement.

Notre droit de refus concernant l'ajout d'un membre de la famille

Nous pouvons refuser d'ajouter un **membre de la famille** à la **police**. Le cas échéant, nous informerons le **titulaire de la police**.

Droits de subrogé

Nous, ou toute personne ou société que nous nommons, bénéficions des droits de subrogé relatifs à la récupération concernant le **titulaire de la police** ou d'autres **membres de la famille** en cas de demande de paiement. Cela signifie que nous endossons les droits du **titulaire de la police** ou d'autres **membres de la famille** concernant la récupération des sommes auxquelles ils ont droit et que nous avons déjà pris en charge dans le cadre de cette **police**.

Par exemple, nous pouvons récupérer des sommes auprès d'une personne à l'origine d'une blessure ou d'une maladie, ou auprès d'un autre assureur ou fournisseur national d'assurance maladie.

Le **titulaire de la police** doit nous fournir tous les documents, y compris les dossiers médicaux, ainsi que toute assistance raisonnable dont nous pourrions avoir besoin pour exercer ces droits du subrogé.

Le **titulaire de la police** ne doit pas entreprendre d'action visant à porter préjudice à ces droits du subrogé.

Nous nous réservons le droit de déduire de tout remboursement qui vous est normalement dû une somme qui sera récupérée auprès d'un tiers ou d'un fournisseur d'assurance maladie.

Que se passe-t-il si vous ne respectez pas les conditions de votre police ?

Si vous ne respectez pas les termes de votre **police** qui peuvent raisonnablement être considérés comme fondamentaux, nous pouvons effectuer l'une des actions suivantes :

- refuser d'effectuer un paiement ;
- récupérer auprès de vous toute perte causée par le non-respect de la police ;
- refuser de renouveler votre **police** ;
- imposer de nouvelles conditions de couverture ;
- interrompre immédiatement votre **police** ainsi que toute prise en charge.

Si vous (ou toute personne agissant en votre nom) demandez un paiement tout en sachant que cette demande est sans fondement ou frauduleuse, nous pouvons déclarer votre **police** nulle, comme si elle n'avait jamais existé. Si nous avons déjà effectué le paiement, nous pouvons vous reprendre le montant versé.

Si nous payons une demande et que celle-ci s'avère partiellement ou entièrement infondée ou frauduleuse par la suite, nous vous reprendrons le montant versé.

Notre droit de modification de votre police

Nous pouvons modifier tout ou partie de votre **police** à partir d'une date de renouvellement. Nous vous informerons de façon raisonnable de tout changement apporté à votre **police**.

Sanctions économiques internationales

Nous ne ferons pas affaire avec une personne ou une organisation figurant sur une liste de sanctions économiques ou soumise à des restrictions similaires de toute autre loi ou règlement. Sont comprises les listes de sanctions, les lois et les réglementations de l'Union Européenne, du **Royaume-Uni**, des États-Unis d'Amérique, ou imposées par une résolution des Nations Unies.

Si vous ou un **membre de la famille** êtes directement ou indirectement soumis à des sanctions économiques, y compris les sanctions à l'encontre du **pays où vous résidez habituellement**, nous nous réservons le droit de précéder aux actions suivantes :

- annuler immédiatement votre couverture (même si vous êtes autorisé par une autorité compétente à recevoir une prise en charge ou à payer des primes)
- cesser de payer les demandes de paiement de votre **police** (même si vous êtes autorisé par une autorité compétente à recevoir une prise en charge ou à payer des primes)
- annuler votre **police** ou supprimer un **membre de la famille** immédiatement et sans préavis.

Nous vous informerons le cas échéant.

Si vous avez connaissance du fait que vous ou un **membre de la famille** figurez sur une liste de sanctions, ou êtes sujet à des restrictions similaires, vous devez nous en informer dans les sept jours suivant cette découverte.

Loi qui s'applique à votre police

Vous êtes, et nous sommes libres de choisir la loi qui régit votre **police**. Les lois qui régissent l'Angleterre et le Pays de Galles s'appliquent, sauf si nous en avons convenu autrement.

Si vous vivez en dehors de l'Espace Économique Européen (EEE), vous acceptez, et nous acceptons de nous soumettre à la juridiction exclusive des tribunaux d'Angleterre et du Pays de Galles.

Langue de votre police

Nous aurons recours à l'anglais pour toutes les informations et communications concernant votre **police**. Ce document a été rédigé et traduit de la version originale anglaise et peut être traduit dans d'autres langues. En cas de différence, doute ou litige d'interprétation, la version anglaise a préséance.

Droits légaux

Le **titulaire de la police** et notre organisme sont seuls à disposer de droits reconnus par la loi dans le cadre de cette **police**. En vertu de la loi Contract (Rights of Third Parties) Act de 1999, aucune clause de cette **police** ne saurait être appliquée par une personne tierce, quelle qu'elle soit, y compris les **membres de la famille**.

6.3 > Nos informations relatives aux autorisations et aux réglementations

Nos plans sont organisés et administrés par AXA Global Healthcare (UK) Limited et souscrits par AXA PPP Healthcare Limited.

AXA Global Healthcare (UK) Limited est autorisée et réglementée par la Financial Conduct Authority.

Notre numéro du registre des services financiers est le 307140.

La société AXA PPP healthcare Limited est agréée par la Prudential Regulation Authority (PRA, Autorité de régulation prudentielle) et réglementée par la Financial Conduct Authority (FCA, Autorité de bonne conduite financière).

La FCA définit les réglementations concernant la vente et l'administration des assurances générales. Nous devons suivre ces réglementations lorsque nous traitons avec vous.

Vous pouvez vérifier les informations concernant notre enregistrement sur le site Internet de la FCA : fca.org.uk

6.4 > Le programme d'indemnisation en matière de services financiers (Financial Services Compensation Scheme, FSCS)

AXA PPP healthcare Limited et nous-mêmes participons au programme d'indemnisation en matière de services financiers (Financial Services Compensation Scheme, FSCS). Les responsables du programme peuvent agir s'ils jugent qu'un intermédiaire d'assurance rencontre des difficultés financières telles qu'elle pourrait ne plus être en mesure d'honorer ses engagements envers les clients. Ils peuvent agir en :

- apportant un soutien financier à l'assureur ou à l'intermédiaire d'assurance
- transférant les polices d'assurance à un autre assureur
- versant des compensations aux **titulaires de police**.

Le programme a été établi au **Royaume-Uni** dans le cadre du Financial Services and Markets Act (loi sur les marchés et services financiers) de 2000 et est administré par le Financial Services Compensation Scheme Limited. Vous trouverez plus d'informations sur ce programme sur le site Internet du FSCS : fscs.org.uk

6.5 > Vos informations personnelles

Votre **police** est souscrite par AXA PPP healthcare Ltd et administrée par AXA Global healthcare (ensemble « AXA »). Ceci est un résumé de nos politiques respectives en matière de confidentialité, qui sont à votre disposition sur nos sites Web : axapphealthcare.co.uk/privacypolicy et axaglobalhealthcare.com/privacypolicy

Veuillez faire en sorte que tous les personnes couvertes par la présente **police** lisent ce résumé et la totalité des politiques relatives à la confidentialité des données sur nos sites Web. Pour obtenir une copie de la **police** complète, veuillez nous appeler au +44 (0) 1892 556 274 et nous vous en enverrons une.

Nous tenons à vous rassurer sur le fait qu'AXA ne vend jamais les données personnelles de ses adhérents à des tiers. Nous utilisons vos données uniquement de façon légale, notamment en rassemblant uniquement les données dont nous avons besoin. Nous obtiendrons votre consentement avant de traiter des informations telles que vos informations de santé, selon les besoins.

Nous collectons des informations concernant votre personne et les **membres de la famille** couverts par votre **police** auprès de vous, de ces **membres de la famille**, de vos professionnels de santé, de votre employeur (si vous êtes couvert(e) par un régime d'entreprise), de votre courtier en assurance (si vous en avez un) et des fournisseurs d'informations tiers. Nous acceptons toute personne de moins de 16 ans avec le statut « Enfant » et nous collectons et enregistrons ses données uniquement sur consentement d'un parent/tuteur.

Nous traitons vos informations principalement afin de gérer votre adhésion et vos demandes de remboursement, y compris afin de mener les enquêtes nécessaires en cas de fraude présumée. Nous sommes légalement tenus de faire certaines choses, par exemple de déclarer toute activité criminelle présumée auprès des services répressifs. Nous traitons également certaines informations car cela nous aide à mener nos activités, par exemple afin d'effectuer des recherches, d'en apprendre plus sur votre personne ou d'obtenir des analyses statistiques, dans le but de déterminer les primes et les campagnes de marketing.

Nous pouvons divulguer vos informations à d'autres personnes ou entreprises. Nous le faisons par exemple pour :

- Gérer vos demandes de remboursement, par exemple afin de traiter avec vos médecins ;
- Gérer votre **police** avec votre courtier en assurance ;
- Prévenir et détecter les activités frauduleuses et les fautes médicales professionnelles, en nous entretenant avec d'autres assureurs et avec les services concernés ; et
- Permettre à d'autres sociétés AXA de vous contacter, si vous nous en avez donné l'autorisation.

Pour bien gérer votre **police**, nous pouvons consulter vos informations à partir de pays situés dans le monde entier, y compris en Inde et aux États-Unis, où certaines données sont gérées, ainsi qu'en Suisse où AXA a un centre de données européen. À ces fins, nous pouvons également transférer vos données dans le monde. Avant de le faire, nous nous assurerons que vos données sont protégées et divulguées uniquement aux personnes autorisées à les recevoir, dans le but exclusif de traiter votre **police** ou votre demande de remboursement.

Si nous avons besoin de votre consentement afin d'utiliser vos informations, vous pouvez annuler ce consentement, mais dans ce cas nous pourrions ne pas être en mesure de traiter vos demandes de remboursement ou de gérer votre **police** correctement.

Nous vous informerons de toute violation de données, ainsi que de toute divulgation de vos informations personnelles et médicales à des tiers non autorisés. Cette notification vous sera fournie dans un délai de 72 heures suivant la confirmation de l'incident.

Dans certains cas, vous avez le droit de nous demander d'arrêter de traiter vos données ou de nous dire que vous ne voulez pas recevoir certaines informations de notre part, comme nos communications de marketing. Vous pouvez également nous demander une copie des informations que nous détenons à votre sujet, et nous demander de corriger toute information erronée.

Pour nous demander d'exercer vos droits, veuillez nous appeler au +44 (0) 1892 556 274 ou nous écrire.

6.6 > Que faire si une autre personne est responsable d'une partie des coûts relatifs à votre demande de paiement ?

Vous devez nous indiquer si vous pouvez récupérer une partie de votre demande de paiement auprès d'un tiers. Ces tiers comprennent :

- un assureur auprès duquel vous avez souscrit une autre police d'assurance ;
- un système de santé national
- un tiers soumis à une responsabilité légale ou une obligation de paiement.

Nous paierons notre propre part de la demande.

Le fait de payer notre propre part uniquement nous permet de maintenir des coûts peu élevés pour les primes.

Si un tiers est responsable d'une partie de votre demande de remboursement, il devra s'acquitter des frais qui vous reviendraient habituellement, tels que votre franchise pour cette **police** ou un traitement privé non pris en charge par cette **police**.

6.7 > Que faire si votre demande de remboursement concerne une blessure ou une pathologie causée par un tiers ?

Si votre demande de remboursement est en rapport avec une blessure ou une **pathologie** causée par un tiers, ce dernier peut être obligé de payer une partie de votre demande. Cela signifie que vous devez nous indiquer le plus tôt possible si vous pensez qu'un tiers est à l'origine de la blessure ou de la **pathologie**, ou si vous pensez que cette personne était en tort. Si nous avons besoin de plus d'informations, nous pourrions vous contacter vous ou la personne concernée.

Nous vous verserons notre propre part de la demande et récupérerons notre paiement auprès du tiers. Nous procédons ainsi afin de maintenir le coût des primes à un niveau peu élevé. Cela signifie également que vous pourrez être remboursé pour tout montant que vous avez payé vous-même, tel qu'une franchise, ou si vous avez payé un traitement privé qui n'était pas couvert par votre **police**.

Vous devez inclure toutes les sommes (intérêts compris) que nous vous avons versées dans le cadre des blessures faisant l'objet de votre demande à l'encontre du tiers.

Vous (ou votre avocat) devez nous tenir informés :

- de la progression de votre réclamation et de toute action à l'encontre du tiers, ou autres mesures préventives ;
- de la progression et de l'issue de toute action, ou des discussions en vue d'un accord, ce qui implique de nous donner accès aux informations concernant tout accord conclu.

Nous rembourser les sommes qui vous sont versées par le tiers

Si nous avons payé votre demande et que vous êtes ultérieurement payé par le tiers, vous devez nous rembourser dans les 21 jours qui suivent le paiement du tiers. Le montant que vous devez nous verser dépend de celui que vous recevez :

- si le tiers règle la somme complète, vous devez nous rembourser notre paiement intégral ;
- si le tiers vous règle un pourcentage de votre réclamation relative aux dommages, vous devez nous reverser ce même pourcentage du paiement que nous vous avons versé ;
- si votre demande est acquittée dans le cadre d'un accord global et que le paiement que nous vous avons versé n'est pas identifié de façon individuelle, vous devez nous reverser la proportion que cet accord global représente au niveau de l'intégralité de la demande relative aux dommages que vous avez effectuée auprès du tiers ;
- si le tiers vous verse des intérêts, vous devez les inclure dans le calcul de la somme à nous verser ;
- Si vous ne nous remboursez pas, nous sommes autorisés à récupérer la somme que vous nous devez auprès de vous et votre **police** peut faire l'objet d'une annulation conformément à la section : « Que se passe-t-il si vous ne respectez pas les conditions de votre police ? » de la page 52.

Les droits et recours énoncés dans cette section ne se substituent pas aux droits et aux recours prévus par la loi, mais s'y ajoutent.

7 Glossaire

Certains termes du présent guide ont une signification particulière. Ces termes et leur signification figurent dans ce glossaire.

Lorsque nous avons utilisé ces termes, nous les avons mis en gras afin de vous indiquer qu'ils ont une signification particulière.

◆ Les termes marqués par ce symbole ont une signification approuvée par l'Association des Assureurs Britanniques. Cette signification est utilisée par la plupart des assureurs du Royaume-Uni.

traitement actif du cancer – **traitement** visant à réduire, à stabiliser ou à ralentir la propagation du **cancer**, et non administré dans le seul but de réduire les symptômes.

pathologie aiguë ◆ – maladie ou blessure susceptible de répondre rapidement à un **traitement** visant à vous faire retrouver l'état de santé qui était le vôtre avant l'apparition de la maladie ou de la pathologie, ou qui vous permet de guérir complètement.

cancer ◆ – tumeur, tissu ou cellules malins, caractérisés par la croissance et la progression incontrôlées des cellules malignes et l'invasion des tissus.

pathologie chronique ◆ – maladie ou blessure caractérisée par un ou plusieurs des aspects suivants :

- Elle nécessite un suivi permanent ou à long terme sous forme de consultations, d'exams, de contrôles et/ou de tests.
- Elle nécessite un contrôle permanent ou à long terme et un soulagement des symptômes.
- Elle nécessite une réhabilitation, ou une préparation spéciale pour être gérée.
- Elle dure indéfiniment.
- Elle n'a pas de remède connu.
- Elle est récurrente ou susceptible de se manifester à nouveau.

praticien de médecine alternative Définition pour le **traitement administré en dehors du Royaume-Uni** : médecin qualifié ou enregistré pour la pratique dans le pays où le **traitement** sera administré et exerçant l'activité suivante :

- homéopathe
- acuponcteur
- ostéopathe
- chiropracteur
- médecin exerçant la médecine traditionnelle chinoise.

Définition concernant les traitements administrés au Royaume-Uni : médecin répondant aux conditions suivantes :

- est pleinement agréé conformément aux lois médicales ;

- est spécialisé dans au moins un des domaines suivants : homéopathie, acuponcture, ostéopathie ou chiropractie ;
- est agréé conformément à la loi correspondante ;
- est reconnu par notre organisme comme **praticien de médecine alternative** pour les **traitements en externe**.

» **L'ensemble des critères sur lesquels nous nous basons pour reconnaître les médecins sont disponibles sur demande**

pays où vous résidez habituellement – le pays dans lequel le **titulaire de la police** vit ou prévoit de vivre la majeure partie de l'**année**. Il figurera en tant qu'adresse sur votre certificat d'assurance.

patient en soins de jour ◆ – patient admis dans un **hôpital** ou dans un centre de soins de jour pour bénéficier d'une période de récupération sous surveillance médicale, mais qui n'occupe pas de chambre la nuit.

centre de soins de jour – unité médicale où les patients en soins de jour suivent leur **traitement** .

» **Les unités reconnues pour le traitement au Royaume-Uni figurent dans notre Registre des hôpitaux à l'adresse axapphealthcare.co.uk/hospitals.**

examens de diagnostic ◆ – tests, tels que les radios ou les analyses de sang, destinés à trouver la cause de vos symptômes.

établissement – un **hôpital** ou un centre avec lequel nous avons un accord destiné à fournir une gamme de services médicaux, et qui figurent dans le **Registre des hôpitaux du Royaume-Uni**. Dans certains cas, le **traitement** peut avoir lieu dans un établissement qui fournit des **traitements** dans le cadre d'un accord avec l'un des établissements qui figurent dans le **Registre des hôpitaux du Royaume-Uni**.

membre de la famille – 1) le conjoint ou partenaire civil actuel du **titulaire de la police**, ou toute personne vivant avec le **titulaire de la police** de façon permanente dans le cadre d'une relation similaire, et 2) tout enfant du couple ou du **titulaire de la police**.

hôpital Définition en dehors du Royaume-Uni : hôpital disposant d'une autorisation d'hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il se situe.

Définition au Royaume-Uni : hôpital figurant dans notre **Registre des hôpitaux du Royaume-Uni**

patient hospitalisé ♦ – patient admis à l'**hôpital** et occupant une chambre la nuit ou plus longtemps pour des raisons médicales.

pathologie – toute maladie ou blessure, y compris les maladies psychiatriques.

médecin Définition pour le traitement en dehors du Royaume-Uni : personne diplômée en médecine et en **chirurgie** d'une école de médecine figurant dans le répertoire des écoles de médecine de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Définition concernant les traitements administrés au Royaume-Uni : personne répondant à l'ensemble des conditions suivantes :

- dispose d'une formation spéciale dans le domaine de la médecine, tel qu'une formation de chirurgien consultant, d'anesthésiste consultant, de médecin consultant ou de psychiatre consultant ;
- est pleinement agréé conformément aux lois médicales ;
- est reconnu comme spécialiste par notre organisation.

Au Royaume-Uni, la définition de spécialiste reconnu par notre organisation pour le **traitement des patients en externe** uniquement est étendue aux personnes qui remplissent les conditions suivantes :

- est spécialisé en médecine psychosexuelle, en médecine musculo-squelettique ou en médecine du sport, en **chirurgie** podiatrique.
- est pleinement agréé conformément aux lois médicales ;
- est reconnu comme spécialiste par notre organisation.

» **L'ensemble des critères sur lesquels nous nous basons pour reconnaître les spécialistes sont disponibles sur demande**

patient en externe ♦ – patient qui se rend dans un **hôpital**, une salle de consultation ou une clinique externe sans être admis comme **patient en soins de jour** ou **patient hospitalisé**.

police – le contrat d'assurance qui nous lie. L'ensemble des conditions de votre police sont définies dans les dernières versions de :

- tout formulaire de souscription que nous vous demandons de remplir ;
- toute déclaration ou fait que nous vous envoyons ;
- le présent guide ;
- votre certificat d'assurance et notre lettre d'acceptation.

titulaire de la police – la première personne dont le nom apparaît sur votre certificat d'assurance. Si la première personne dont le nom apparaît sur votre certificat d'assurance a moins de 18 ans, nous considérerons la personne qui paye la prime comme le titulaire de la police. Dans ce cas, le titulaire de la police n'aura pas droit à une couverture dans le cadre de cette **police**.

kinésithérapeute – Définition concernant les traitements administrés en dehors du Royaume-Uni : personne autorisée à pratiquer en tant que kinésithérapeute lorsqu'un **traitement** doit avoir lieu.

Définition concernant les traitements administrés au Royaume-Uni : personne répondant à l'ensemble des conditions suivantes :

- est pleinement agréé conformément aux lois médicales ;
- est spécialisé en kinésithérapie ;
- est reconnu par notre organisme comme kinésithérapeute pour le **traitement des patients en externe**.

» **L'ensemble des critères sur lesquels nous nous basons pour reconnaître les spécialistes sont disponibles sur demande**

centre d'imagerie – centre du **Royaume-Uni** où les **patients en externe** reçoivent les TDM (tomodensitométrie), les IRM (imagerie par résonance magnétique) et les TEP (tomographie par émission de positons)

» **Les centres que nous reconnaissons figurent dans notre Registre des hôpitaux du Royaume-Uni à l'adresse axapphealthcare.co.uk/hospitals.**

chirurgie /procédure chirurgicale – opération ou intervention de chirurgie invasive figurant dans notre tableau des procédures et frais.

acte de terrorisme – tout acte violent commis par un terroriste ou un groupe de terroristes pour contraindre ou intimider la population civile à des fins politiques, militaires, sociales ou religieuses.

traitement ♦ – services chirurgicaux ou médicaux (y compris les **examens de diagnostic**) requis pour diagnostiquer, soulager ou traiter une maladie ou une blessure.

Registre des hôpitaux du Royaume-Uni – liste des **hôpitaux**, **centres de soins de jour** et **centres d'imagerie** auxquels vous pouvez avoir recours dans le cadre des conditions de votre **police**.

La liste change régulièrement, il est donc préférable de nous consulter avant d'organiser un **traitement**. Certains **traitements** sont uniquement disponibles dans certains établissements.

» **Notre Registre des hôpitaux se trouve sur notre site Internet à l'adresse axapphealthcare.co.uk/hospitals.**

Royaume-Uni (RU) – Grande-Bretagne et Irlande du Nord, y compris les îles Anglo-Normandes et l'île de Man.

année – les 12 mois qui suivent la date de début de votre **police** ou la date du dernier renouvellement.



Le plan est organisé et administré par AXA Global Healthcare (UK) Limited et souscrit par AXA PPP healthcare Limited.
AXA Global Healthcare (UK) Limited est enregistrée en Angleterre (No.03039521).

Siège social : 5 Old Broad Street, London , EC2N 1AD. AXA Global Healthcare (UK) Limited est autorisée et réglementée au Royaume-Uni par la Financial Conduct Authority.

AXA Global Healthcare (Hong Kong) Limited est enregistrée à Hong Kong (N° 2293457).

Siège social : Unit 2201-2206, 22/F., Manhattan Place, 23 Wang Tai Road, Kowloon Bay, Kowloon, Hong Kong