



Couvertures médicales

Guide des services et prestations pour particuliers

Entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2009

Allianz 
Allianz Worldwide Care

Bienvenue chez Allianz Worldwide Care

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

Nous vous remercions d'avoir choisi Allianz Worldwide Care comme prestataire d'assurance santé. Nous vous recommandons de lire avec attention tous les documents relatifs à la couverture que vous avez sélectionnée afin de vous assurer que celle-ci vous apporte entière satisfaction. Selon les termes de votre police, vous avez 30 jours à compter de la date de réception des conditions générales de votre police, lors de l'adhésion ou du renouvellement, pour changer d'avis et annuler votre contrat.

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

Ceci est une traduction française du document en anglais « Individual Benefit Guide ». La version en anglais de ce document est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version en anglais, veuillez noter que la version en anglais est la version légalement engageante et officielle. Allianz Worldwide Care Limited, filiale du groupe Allianz, est enregistrée en Irlande et régie par l'Autorité de Réglementation des Services Financiers Irlandais. Siège social : 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. No. : 310852

Sommaire

Introduction	5-6	Ce qui n'est pas pris en charge par votre couverture	37-47
Services réservés aux adhérents	7-14	Paiement des primes et informations générales	48-64
Service d'assistance téléphonique	7	Paiement des primes	48
Service d'assistance téléphonique d'urgence	8	Evénements importants	51
Service de conseils médicaux MediLine	8	Informations générales	56
Pack d'adhésion	10		
Services en ligne	12		
Annuaire de prestataires médicaux	14		
Votre couverture	15-36	Comment procéder à une demande de remboursement	65-77
Plafonds des garanties	15	Demandes de remboursement en hospitalisation	65
Nécessité médicale	16	Demandes de remboursement en consultation externe ou dentaire	67
Pathologies chroniques	17	Demandes de remboursement de la garantie décès	71
Pathologies préexistantes	17	Entente préalable	72
Délai de carence	18	Soins aux Etats-Unis	76
Franchises ou quotes-parts	18		
Votre zone de couverture	19		
Votre couverture principale expliquée	19		
Autres garanties comprises dans votre couverture principale	21		
Votre couverture des consultations externes expliquée	34	Réponses aux questions	78-79
Votre couverture dentaire expliquée	36	Faire une réclamation	80
Votre couverture du rapatriement expliquée	36	Définitions	81-91
		Autres conditions générales de la police d'assurance	92-94

Introduction

Détails de votre police d'assurance avec nous.

Pour toute demande d'aide ou d'informations supplémentaires concernant votre couverture, n'hésitez pas à nous contacter. Veuillez vous référer à la page 7 pour obtenir la liste complète de nos coordonnées.

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

- Du guide des services et prestations pour particuliers, du certificat d'assurance, du tableau des garanties et de tout avenant au contrat ;
- Des informations fournies à Allianz Worldwide Care dans le formulaire d'affiliation signé ou dans le formulaire d'affiliation en ligne, comprenant la déclaration d'état de santé ou tout autre document médical justificatif, par ou au nom de l'assuré.

Pour bien comprendre les termes de votre police d'assurance, nous vous recommandons de lire attentivement ce document, accompagné de votre tableau des garanties et votre certificat d'assurance. Les documents relatifs à votre police décrivent les garanties et les limites de la couverture que vous avez choisie, vous expliquent comment procéder à une demande de remboursement et détaillent toutes les conditions générales de votre police d'assurance avec nous.

La ou les couvertures pour lesquelles vous avez opté sont indiquées dans votre certificat d'assurance et dans le tableau des garanties, tous deux inclus dans votre pack d'adhésion. Les avenants ou conditions particulières uniques à votre couverture sont indiqués sur le certificat d'assurance (et ont été détaillés dans un

formulaire de conditions particulières émis avant le début de votre police).

Veillez noter qu'une **approbation, via l'entente préalable, est exigée pour tous les soins en hospitalisation, et qu'elle peut être nécessaire pour d'autres garanties**. Si l'entente préalable n'est pas obtenue pour des soins pour lesquels elle est requise, nous nous réservons le droit de refuser la demande de remboursement. Pour de plus amples informations sur l'entente préalable, veuillez vous reporter aux pages 72 à 76.

Services réservés aux adhérents

Tous nos services réservés aux adhérents sont présentés ci-dessous.

Veillez noter que les appels téléphoniques sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires.

Veillez noter également que les numéros gratuits ne sont pas toujours accessibles depuis un téléphone mobile. Dans ce cas, veuillez composer le numéro normal de notre service d'assistance téléphonique.

Service d'assistance téléphonique

L'équipe de professionnels multilingues d'Allianz Worldwide Care est à votre disposition six jours par semaine (du dimanche 18h00 au vendredi 19h00 et le samedi de 8h00 à 16h00 GMT) pour répondre à vos questions sur votre police d'assurance. Notre personnel du service d'assistance téléphonique peut accéder instantanément aux détails de votre police et à l'historique des communications échangées avec nous afin de vous fournir l'assistance dont vous avez besoin, telle que confirmer votre couverture ou vous informer sur le statut de vos demandes de remboursement. Vous pouvez nous contacter par téléphone, fax ou email aux coordonnées suivantes :

Service d'assistance téléphonique

Anglais : + 353 1 630 1301
Allemand : + 353 1 630 1302
Français : + 353 1 630 1303
Espagnol : + 353 1 630 1304
Italien : + 353 1 630 1305

Pour consulter la liste la plus récente de nos **numéros gratuits**, rendez-vous sur www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

Fax : + 353 1 630 1306

Email : client.services@allianzworldwidecare.com

Service d'assistance téléphonique d'urgence

Si vous devez recevoir des soins médicaux d'urgence dans un hôpital ou une clinique, veuillez, dans la mesure du possible, contacter sans délai notre service d'assistance téléphonique (coordonnées en page 7). Notre service d'assistance téléphonique d'urgence est disponible 24 heures sur 24, 365 jours par an afin de vous offrir une gamme de services tels que l'organisation d'une évacuation médicale d'urgence ou l'envoi d'une entente préalable à votre hôpital (voir pages 72 à 76 pour plus de détails sur l'entente préalable).

En cas d'urgence, l'obtention d'une entente préalable n'est pas requise pour des soins en hospitalisation ; toutefois nous devons en être

informés dans les 48 heures suivant l'incident. En cas de soins d'urgence, veuillez noter qu'il est possible de fournir les détails de l'entente préalable par téléphone en appelant le service d'assistance téléphonique. Nous pourrions ainsi arranger le règlement direct de vos frais d'hôpital, lorsque cela est possible, et traiter votre demande de remboursement dans les plus brefs délais.

Service de conseils médicaux MediLine

Notre service de conseils médicaux, MediLine, vous permet de contacter immédiatement par téléphone notre équipe médicale anglophone expérimentée et d'obtenir des informations et des conseils médicaux complets tels que des :

- Conseils sur les soins pré et post-opératoires ;
- Conseils et informations concernant un large éventail de questions liées au style de vie comme l'alimentation, les blessures sportives, le tabagisme et la consommation d'alcool ;
- Informations sanitaires concernant les voyages à l'étranger, avant et après le séjour, comme les vaccins ;
- Informations sur les médicaments comme leur emploi et leurs effets.

Pour accéder à ce service de conseils médicaux 24 heures sur 24, 365 jours par an, composez le numéro suivant : + 44 (0) 208 403 9970

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

d'assistance téléphonique d'Allianz Worldwide Care (coordonnées en page 7).

Veillez noter que le service MediLine ainsi que ses informations et ressources médicales ne sauraient en aucun cas remplacer l'avis d'un professionnel de santé ou les soins que les médecins fournissent à leurs patients. Ils ne sauraient aussi être sollicités pour obtenir un diagnostic ou un traitement médical et ne doivent pas être utilisés à cette fin. Vous devez obtenir l'avis de votre médecin avant de commencer un nouveau traitement quel qu'il soit ou si vous avez des questions concernant un problème de santé. Vous comprenez et acceptez le fait qu'Allianz Worldwide Care n'est pas responsable ou passible de poursuites pour tout sinistre, perte ou dommage résultant directement ou indirectement de l'utilisation de ce service d'assistance ou des informations ou ressources fournies dans le cadre de ce service. Les appels au service MediLine sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires.

Pack d'adhésion

Une fois que vous et Allianz Worldwide Care avez signé un contrat d'assurance garantissant une couverture santé pour vous et les personnes à votre charge (le cas échéant), un pack d'adhésion complet vous est alors remis. Ce pack est composé des documents suivants :

- **Votre carte d'adhésion personnalisée**

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

d'assistance téléphonique par email ou par téléphone et une nouvelle carte vous sera envoyée.

- **Votre certificat d'assurance**

Votre certificat d'assurance présente de manière détaillée la couverture que vous avez choisie pour vous et les personnes à votre charge (le cas échéant). Il indique également les dates de début et de renouvellement de votre couverture (ainsi que les dates effectives auxquelles ont été ajoutées les personnes à votre charge) et tout avenant ou condition particulière unique à votre couverture. Il est important que vous vous assuriez que les informations sont correctes. Si des corrections sont nécessaires, veuillez nous le faire savoir dans les meilleurs délais.

- **Votre tableau des garanties**

Votre tableau des garanties résume la couverture que vous avez choisie et indique les garanties qui requièrent une entente préalable. Pour bien comprendre votre couverture, nous vous recommandons de lire attentivement votre tableau des garanties conjointement avec ce guide et votre certificat d'assurance.

- **Votre guide des services et prestations pour particuliers**

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

- **Un formulaire d'entente préalable**

Un formulaire d'entente préalable doit nous être fourni pour approbation avant tout traitement indiqué en pages 73 et 74 de ce guide et identifié par un 1 ou un 2 dans votre tableau des garanties. Notez que le formulaire d'entente préalable est disponible sur notre site Internet.

- **Un formulaire de demande de remboursement**

Pour garantir le paiement rapide et sans délai de votre demande de remboursement, veuillez suivre les instructions sur la procédure de remboursement (pages 65 à 77). Les formulaires de demande de remboursement dûment complétés sont

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

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

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

Services en ligne

Nos services en ligne sécurisés sont accessibles depuis notre site Internet www.allianzworldwidedecare.com.

Si vous nous avez fourni votre adresse email, vous pourrez accéder à votre compte en ligne en cliquant sur le bouton « S'inscrire » sur l'écran de connexion. Veuillez saisir votre numéro de police d'assurance, nom et date de naissance tels qu'indiqués dans les documents de votre pack

d'adhésion. Un email automatique sera envoyé à votre adresse email détaillant votre identifiant.

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

Les services en ligne vous permettent les actions suivantes :

- Afficher et modifier vos informations personnelles en ligne ;
- Récupérer de manière sécurisée le nom d'utilisateur et le mot de passe en cas de perte ou d'oubli ;
- Télécharger votre certificat d'assurance et votre guide des services et prestations pour particuliers ;

- Télécharger la carte d'adhésion au format PDF, pour les adhérents qui nous ont rejoints depuis 2007 ;
- Consulter votre tableau des garanties et vérifier le montant de remboursement encore disponible ;
- Confirmer les demandes de remboursement soumises et visualiser la correspondance échangée à ce sujet ;
- Procéder au règlement de la prime en ligne par carte bancaire (VISA ou MasterCard) ;
- Afficher une description des transactions concernant les primes et les informations sur les primes dues ;
- Mettre à jour les coordonnées de votre carte bancaire, si nécessaire.

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

Annuaire de prestataires médicaux

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

Votre couverture

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

Pour vous assurer que vous disposez bien de toutes les informations et de tous les documents nécessaires, votre pack d'adhésion inclut votre certificat d'assurance et votre tableau des garanties. Ces deux documents spécifient la ou les couvertures que vous avez choisies. Pour une meilleure compréhension de vos garanties, veuillez lire ce guide avec la plus grande attention conjointement avec votre tableau des garanties et votre certificat d'assurance.

Cette section contient des informations générales sur les prestations et garanties que nous fournissons pour chaque couverture. Veuillez observer que cette couverture est sujette à nos définitions de police, aux exclusions et restrictions et à toute condition particulière indiquée dans votre certificat d'assurance (et dans le formulaire de conditions particulières

émis avant le début de votre police). Pour toute question concernant votre couverture, veuillez contacter notre service d'assistance téléphonique afin de confirmer vos droits.

Plafonds des garanties

Deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans le tableau des garanties. La **limite générale de la couverture**, applicable à certaines d'entre elles, est le montant maximum que nous paierons pour l'ensemble des garanties, par adhérent, par année d'assurance, et sous cette couverture en particulier. Certaines garanties ont également un **plafond propre** qui s'applique indépendamment, par exemple « Soins à domicile ou dans un centre de convalescence ». Ces plafonds de garantie peuvent être appliqués soit « par année d'assurance », « durant la vie de

l'assuré » ou « par événement », comme par voyage, par visite ou par grossesse. Nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties comme « 65 % des frais, jusqu'à 3 650 £/5 000 €/7 100 \$/7 500 CHF ». Lorsque le terme « 100 % » est mentionné pour certaines garanties, veuillez noter que le remboursement est sujet à la limite générale de la couverture, si celle-ci en possède une.

Nécessité médicale

En tant que compagnie d'assurance, nos clients attendent de nous que nous contrôlions les coûts médicaux, lorsque cela est possible, dans le but de maintenir les primes d'assurance santé à un niveau abordable. Pour cela, notre équipe de professionnels de santé hautement expérimentés s'assure que les interventions médicales prévues

sont appropriées et médicalement nécessaires. Par médicalement nécessaires, il faut entendre que les soins doivent être donnés en quantité et en qualité appropriées pour traiter la pathologie, la maladie ou la blessure du patient.

De plus, notre équipe d'experts en demandes de remboursement s'assure que nous ne remboursons que les prestataires médicaux dont le coût des soins est raisonnable et d'usage. Par raisonnable et d'usage, nous entendons que les montants facturés sont conformes aux standards et correspondent aux procédures médicales généralement reconnues. Si nous considérons une demande inappropriée, nous nous réserverons le droit de diminuer le montant à rembourser.

Pathologies chroniques

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

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

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

vérifier si les pathologies chroniques sont ou non incluses dans votre ou vos couvertures.

Pathologies préexistantes

Est considérée comme une pathologie préexistante tout problème de santé ou problème en découlant dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours des cinq années précédant le début de la couverture, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Un problème de santé, ou une conséquence de celui-ci, dont vous ou les personnes à votre charge auraient raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante.

Les pathologies préexistantes ne sont pas toujours prises en charge par votre ou vos couvertures. Veuillez vous référer à la section

« Notes » de votre tableau des garanties pour vérifier si les pathologies préexistantes sont ou non incluses dans votre ou vos couvertures. Nous attirons votre attention sur le fait qu'une pathologie préexistante non déclarée dans votre formulaire d'affiliation ne sera pas prise en charge. Tout problème de santé survenant après avoir complété le formulaire d'affiliation et avant la confirmation de la couverture par notre service de souscription sera également considéré comme préexistant.

Délai de carence

Le délai de carence est la période commençant à la date de début de votre police (ou à sa date d'entrée en vigueur si vous êtes personne à charge) pendant laquelle vous ne pouvez prétendre à certaines garanties. Votre tableau des

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

Franchises ou quotes-parts

Une franchise correspond à un montant à votre charge qui est déduit de la somme remboursable, alors qu'une quote-part est un pourcentage des frais encourus qui est à votre charge. Certaines couvertures peuvent inclure une quote-part maximum par personne et par année d'assurance, et si cela est le cas, le montant que vous devrez payer sera plafonné au montant indiqué dans votre tableau des garanties.

Veillez vérifier dans votre tableau des garanties si des franchises ou des quotes-parts s'appliquent aux garanties de la ou des couvertures que vous avez choisies. Cela peut s'appliquer aussi bien aux couvertures principales qu'aux couvertures des consultations externes ou dentaires.

Votre zone de couverture

Votre certificat d'assurance confirme la zone géographique de couverture que vous avez sélectionnée.

Veillez noter qu'au moment de votre retour dans votre pays d'origine en tant que principal pays de résidence, votre police d'assurance peut continuer aussi longtemps que votre pays d'origine est inclus dans votre zone géographique de couverture. Il est également important de

noter que dans certains pays, les couvertures sont soumises à des restrictions légales, notamment pour les ressortissants de ces pays. Il est de votre responsabilité de vous assurer que votre couverture d'assurance santé est conforme à la législation et nous vous recommandons de vous renseigner auprès d'une source légale indépendante à ce sujet.

Votre couverture principale expliquée

La section suivante fournit un résumé des nombreuses garanties qui peuvent être disponibles dans la couverture principale sélectionnée. Veillez vous référer à votre tableau des garanties et à la section « Définitions » de ce guide pour en connaître tous les détails.

Garanties hospitalières

En cas d'hospitalisation, vous serez remboursé dans les limites de votre couverture pour les garanties incluses dans votre couverture principale. Les garanties hospitalières comprennent entre autres la chambre d'hôpital, les frais d'anesthésie et de bloc opératoire, les frais chirurgicaux, les appareils chirurgicaux, les prothèses et les analyses. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour connaître les garanties hospitalières dont vous bénéficiez. Une entente préalable est requise pour toutes les garanties hospitalières répertoriées dans votre tableau des garanties (pour plus d'informations sur l'entente préalable, veuillez consulter les pages 72 à 76).

Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier

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

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

Si cette garantie est prévue dans votre couverture principale, en cas d'hospitalisation d'un enfant assuré, les frais d'hébergement d'un parent accompagnant cet enfant seront pris en charge pendant la durée de l'hospitalisation, dans la

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

Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation

Si cette garantie est comprise dans votre couverture principale, les soins dentaires d'urgence reçus suite à un accident grave nécessitant une hospitalisation seront remboursés dans la limite du montant précisé dans le tableau des garanties. Veuillez noter que cette garantie ne couvre pas les soins dentaires de routine, la chirurgie dentaire, les prothèses dentaires et les soins d'orthodontie et de périodontie. Si ces soins sont couverts, ils figureront à part dans le tableau des garanties.

Autres garanties comprises dans votre couverture principale

Toutes ou certaines des garanties suivantes peuvent être incluses dans votre couverture. Veuillez consulter votre tableau des garanties et la section « Définitions » de ce guide afin de confirmer vos droits exacts ainsi que les soins nécessitant une entente préalable. Notre service d'assistance téléphonique est à votre disposition pour toute information complémentaire.

Soins de jour en hôpital

Si cette garantie est prévue dans votre couverture principale, la prise en charge sera assurée pour les soins de jour planifiés et reçus dans un hôpital ou un centre médical de jour, dans la limite du montant figurant dans le tableau des garanties.

Veillez noter qu'une entente préalable est requise.

Chirurgie ambulatoire

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

Soins à domicile ou dans un centre de convalescence

Si cette garantie est prévue dans votre couverture principale, vous serez couvert, dans la limite du

montant prévu dans le tableau des garanties, pour les soins reçus à domicile ou dans un centre de convalescence si ces soins sont administrés immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise. Veuillez également noter que cette garantie ne rembourse pas les soins palliatifs ou de longue durée qui, le cas échéant, sont couverts par une garantie distincte.

Rééducation

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

Transport local en ambulance

Si cette garantie est comprise dans votre couverture principale, la prise en charge sera assurée pour le transport en ambulance, requis en cas d'urgence ou de nécessité médicale, jusqu'à l'hôpital ou l'établissement possédant une licence médicale le plus proche et le mieux adapté à votre situation, dans la limite du montant précisé dans le tableau des garanties.

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

Si cette garantie est prévue dans votre couverture, une somme forfaitaire sera versée pour la naissance d'un enfant à charge à chacun des parents assurés par Allianz Worldwide Care. Cette

somme ne sera versée que si les soins ne sont pas facturés par l'hôpital. Cette garantie est limitée au montant figurant dans le tableau des garanties.

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

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

Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture

Si cette garantie est applicable, vous et les personnes à votre charge serez couverts pour les

soins d'urgence uniquement, reçus au cours de voyages d'affaires ou touristiques en dehors de votre zone géographique de couverture (le cas échéant). La couverture est assurée pour une période maximum de six semaines par voyage et dans la limite du montant spécifié dans le tableau des garanties.

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

Vous êtes couverts non seulement en cas d'urgence mais aussi pour le début soudain ou l'intensification d'une maladie grave qui entraîne

une pathologie médicale menaçant immédiatement votre santé. Pour être considéré comme un soin d'urgence, et ainsi entrer dans le cadre de cette garantie, veuillez vous rappeler que le traitement médical, administré par un praticien, médecin généraliste ou spécialiste, doit commencer dans les 24 heures suivant l'incident.

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

Evacuation médicale

Si le traitement nécessaire pour lequel vous êtes couvert et si la transfusion sanguine requise en cas d'urgence ne peuvent être dispensés localement, vous serez alors évacué vers le centre médical compétent le plus proche (qui peut se

situer ou non dans votre pays d'origine). Si cette garantie est comprise dans votre couverture principale, vous serez couvert à hauteur du montant figurant dans le tableau des garanties.

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

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

Lorsqu'un assuré est évacué vers le centre médical compétent le plus proche pour y recevoir un **traitement continu**, nous prendrons en charge les frais d'une chambre d'hôtel avec salle de bain. Le coût de l'hôtel doit être inférieur à celui des allers-retours entre le centre médical compétent le plus proche et le principal pays de résidence. L'hébergement d'un accompagnateur est exclu. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Si du sang ne peut être trouvé, et lorsque cela s'avère approprié et conseillé par le médecin traitant, nous mettrons tout en œuvre pour localiser et faire transporter du sang ainsi que du matériel stérile de transfusion. La décision d'entreprendre cette démarche reste cependant du ressort exclusif de nos conseillers médicaux. Allianz Worldwide Care et ses agents n'acceptent

d'être tenus responsables si les démarches entreprises n'aboutissent pas ou si du sang ou des équipements contaminés sont utilisés.

Frais pour une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié

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

Rapatriement du corps

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

Cette garantie couvre entre autres les frais d'embaumement, un container légalement approprié pour le transport, les frais de transport et les autorisations gouvernementales nécessaires. Les frais liés à la crémation ne seront couverts que si celle-ci est légalement requise. Les frais de toute personne accompagnant le corps ne sont pas couverts. Nous devons approuver au préalable tous les frais liés au rapatriement d'un corps et pour cela une entente préalable est requise.

Scanographie, IRM, tomographie et scanographie-tomographie

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

Oncologie

Si cette garantie est comprise dans votre couverture principale, les honoraires des spécialistes et les frais d'examen, de

radiothérapie, de chimiothérapie et d'hôpital occasionnés dans le cadre d'un traitement planifié du cancer seront couverts, et ce à compter du moment du diagnostic et dans la limite du plafond indiqué dans le tableau des garanties. En cas d'hospitalisation et de soins de jour en hôpital, une entente préalable est requise.

Maternité

Lorsqu'incluse, la garantie maternité fait référence aux frais médicalement nécessaires occasionnés pendant la grossesse et l'accouchement, comprenant les frais d'hôpital, les honoraires des spécialistes, les soins pré et post-nataux prodigués à la mère, les honoraires de sage-femme (uniquement au cours de l'accouchement) ainsi que les soins apportés au nouveau-né. Toute césarienne non médicalement

nécessaire sera couverte dans la limite du coût d'un accouchement naturel dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie. Les frais liés aux complications de grossesse ou aux complications à l'accouchement ne sont pas couverts par cette garantie.

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

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

Complications de grossesse

Si cette garantie est comprise dans votre couverture, il s'agit des complications concernant la santé de la mère et seules les complications suivantes qui surviennent au cours de la grossesse sont couvertes : grossesse extra-utérine, fausse couche, enfant mort-né ou môle.

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

Complications à l'accouchement

Ce terme fait référence uniquement aux pathologies suivantes apparues durant

l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire. Si elles sont couvertes, les complications à l'accouchement seront mentionnées dans votre tableau des garanties.

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

Accouchement à domicile

Si cette garantie est incluse dans votre couverture, la somme forfaitaire indiquée dans le tableau des garanties sera versée en cas d'accouchement à domicile.

Couverture des nouveau-nés

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

Le traitement hospitalier administré à des naissances multiples, dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, est couvert à hauteur de 22 000 £/30 000 €/42 500 \$/45 000 CHF maximum par enfant durant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en consultations externes seront payés selon les termes prévus par la couverture des consultations externes.

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

Correction visuelle au laser

La correction visuelle au laser concerne tous les traitements visant à améliorer la capacité de réfraction de la cornée par une intervention au

laser, ce qui inclut les examens pré-opératoires nécessaires. Veuillez vérifier dans votre tableau des garanties si la correction visuelle au laser est couverte. Le cas échéant, la couverture sera limitée au montant figurant dans le tableau des garanties et à une intervention au cours de la vie de l'assuré.

Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation

Si cette garantie est indiquée dans votre tableau des garanties, une somme vous sera versée pour chaque nuit passée à l'hôpital, dans la limite d'un nombre maximum de nuits par année d'assurance. Cette garantie ne s'applique que si le traitement administré est totalement gratuit et inclus dans votre couverture médicale. Le montant payable par nuit et le nombre maximum de nuits sont spécifiés dans le tableau des garanties.

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

Si des soins de jour en hôpital, des consultations externes post-opératoires ou une hospitalisation dans une structure privée sont nécessaires, et si votre couverture les prend en charge et que votre médecin nous a fait part par courrier de la nécessité médicale d'un déplacement dans une autre Ile anglo-normande, au Royaume-Uni ou en France, nous paierons pour chaque trajet aller-retour dans la limite du montant précisé dans le tableau des garanties. Seuls les frais de transport suivants sont couverts par cette garantie :

- Billets d'avion en classe économique pour vous rendre d'une Ile anglo-normande à une autre, au Royaume-Uni ou en France ;
- Trajets en seconde classe en train, métro et autobus ;

- Trajets en taxi avec un maximum de 22 £/30 € par trajet.

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

En cas de nécessité médicale, les soins requis au cours du voyage peuvent également être pris en charge dans la limite de 110 £/150 € par voyage.

Une entente préalable est requise. Une attestation écrite émanant du ministère de la Santé britannique est également nécessaire, confirmant que vous ne recevez pas d'indemnité de transport.

Soins d'urgence en consultation externe

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

Cependant, si vous avez également choisi une couverture des consultations externes, vous serez couvert selon les termes de cette couverture pour le montant des soins en consultation externe excédant le plafond de la garantie « Soins d'urgence en consultation externe ».

Soins dentaires d'urgence en consultation externe

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

La garantie pour les soins dentaires d'urgence est limitée à la somme spécifiée dans le tableau des garanties. Cependant, si vous avez également choisi une couverture dentaire, vous serez

couvert selon les termes de cette couverture pour le montant des soins dentaires excédant le plafond de la garantie « Soins dentaires d'urgence en consultation externe ».

Soins palliatifs et soins de longue durée

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

Garantie décès

Si cette garantie est incluse dans votre couverture principale, une somme globale sera versée en cas de décès d'un adhérent adulte âgé de 18 à 70 ans. Le tableau des garanties indique le montant de cette somme ainsi que le délai de carence applicable. Les adhérents qui souhaitent nommer un bénéficiaire autre que ceux indiqués dans la section « Demandes de remboursement de la garantie décès » de ce guide (pages 71 et 72) peuvent le faire en contactant notre service d'assistance téléphonique.

Votre couverture des consultations externes expliquée

Nous proposons différentes couvertures des consultations externes, chacune offrant un niveau de remboursement, de franchise ou de quote-part différent.

Votre **couverture des consultations externes**, si vous en avez choisi une, comprend toutes ou certaines des garanties suivantes :

- Honoraires de médecin généraliste ;
- Prescription de médicaments ;
- Honoraires de spécialiste ;
- Analyses ;
- Vaccinations ;

- Soins de chiropractie, d'ostéopathie, d'homéopathie, de phytothérapie et d'acupuncture ;
- Soins de kinésithérapie, d'orthophonie, d'orthoptie et d'ergothérapie sur prescription médicale ;
- Bilans de santé, comprenant les examens de dépistage du cancer ;
- Traitement de la stérilité ;
- Psychiatrie et psychothérapie ;
- Aides médicales prescrites ;
- Lunettes et lentilles de contact prescrites.

Veillez consulter votre tableau des garanties et la section « Définitions » de ce guide (pages 81 à 91) pour confirmer les détails de votre couverture des consultations externes. Une entente préalable peut être exigée pour certaines de ces garanties (voir pages 72 à 76). Un délai de carence peut également s'appliquer.

Traitement de la stérilité

Vous êtes couvert, dans la limite de votre couverture des consultations externes, pour les examens non-invasifs visant à déterminer les causes de la stérilité (veuillez noter que cette garantie **ne concerne pas la couverture pour les Iles anglo-normandes** pour laquelle la recherche des causes de la stérilité est **exclue**).

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

Cependant, la procréation médicalement assistée ou toute conséquence négative ne sera pas couverte, sauf si vous bénéficiez d'une garantie spécifique pour le traitement de la stérilité. De plus, le traitement hospitalier administré à des naissances multiples, dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, est couvert à hauteur de 22 000 £/ 30 000 €/42 500 \$/45 000 CHF maximum par enfant durant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en consultations externes seront payés selon les termes prévus par la couverture des consultations externes.

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

Votre couverture dentaire expliquée

Votre couverture dentaire, si vous en avez choisi une, ou les garanties dentaires pour lesquelles vous qualifiez sont indiquées dans votre tableau des garanties. Veuillez noter que votre couverture dentaire peut être soumise à un plafond maximum. Pour vérifier les détails de votre couverture dentaire, son niveau de remboursement et si un délai de carence s'applique, veuillez vous référer à votre tableau des garanties et prendre connaissance des « Définitions » figurant aux pages 81 à 91 de ce guide.

Votre couverture du rapatriement expliquée

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

Si les soins nécessaires pour lesquels vous êtes couverts ne peuvent être prodigués sur place, la couverture du rapatriement vous permettra d'être rapatrié dans votre pays d'origine au lieu d'être transporté au centre médical compétent le plus proche. Cependant, le pays d'origine doit être inclus dans votre zone géographique de couverture. Une fois les soins terminés, nous couvrirons également les frais du voyage de retour dans votre principal pays de résidence en classe économique si le voyage est effectué dans le mois qui suit la fin des soins. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Ce qui n'est pas pris en charge par votre couverture

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

- a) Les conditions, exclusions et restrictions standards suivantes s'appliquent à [toutes nos couvertures](#), sauf indication contraire :
1. Tout traitement en **dehors de la zone géographique de couverture**, à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence ou que nous ayons autorisé le traitement.
 2. Les produits classés comme **vitamines** ou **minéraux** (sauf au cours d'une grossesse ou pour traiter une déficience clinique majeure en vitamines), les consultations auprès de nutritionnistes ou de diététiciens de même que les compléments alimentaires ou diététiques tels que les laits maternisés et les produits cosmétiques spéciaux, même si ceux-ci ont été médicalement recommandés ou prescrits ou s'ils sont reconnus pour avoir des effets thérapeutiques. (Pour la **couverture réservée aux Iles anglo-normandes**, cette exclusion s'applique également à la grossesse.)
 3. Les médicaments qui peuvent être achetés **sans ordonnance**.
 4. Tout traitement prodigué par un **chirurgien plasticien**, que ce soit pour des raisons médicales/psychologiques ou non. L'exception à cette exclusion est la chirurgie réparatrice qui a pour but de rétablir une fonction ou un aspect physique après un accident défigurant, ou à la suite d'une chirurgie liée au traitement d'un cancer, à condition que l'accident ou l'acte chirurgical soit survenu pendant votre adhésion à la police.

5. Tout séjour en **centre de cure, station thermale, centre de remise en forme, établissement de convalescence** ou **maison de repos**, même si ce séjour est médicalement prescrit.
6. Tout traitement directement lié à la **gestation pour autrui**, que vous soyez la mère porteuse ou le parent d'accueil.
7. La **garantie décès*** ne sera pas versée si le décès d'un assuré est la cause directe ou indirecte des situations suivantes :
 - Accidents qui surviennent lorsque l'assuré se livre à des activités aéronautiques de tout type, y compris lorsqu'il monte ou descend d'un appareil, autre qu'en tant que passager payant son vol dans un avion multi-moteur standard opéré par une compagnie aérienne ou charter reconnue ;
 - Participation à des courses ou tests de vitesse ou d'endurance de tout type ;
 - Participation à des sports motorisés de tout type, y compris la navigation, dans tout bateau destiné à naviguer à une vitesse supérieure à 30 nœuds ;
 - Alpinisme, y compris la spéléologie qui requiert l'utilisation de cordes ou de guides ;
 - Rafting et canoë en eaux vives, plongée sous-marine et nautisme ou navigation en dehors des eaux côtières (12 milles marins ou plus de la côte) ;
 - Exposition à l'amiante ;
 - Contraction de maladies vénériennes, Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) ou syndrome pré-SIDA, au cours des cinq premières années de la police, quelle que soit la manière dont cette maladie a été contractée ou le nom qui lui a été donné.

*Nos conditions, exclusions et restrictions standards s'appliquent également à la garantie décès.

8. Le soin ou traitement des **maladies causées intentionnellement** ou des **blessures auto-infligées**, y compris les tentatives de suicide.
9. Le soin ou traitement de la **toxicomanie** ou de l'**alcoolisme**.
10. Les maladies, accidents et leurs conséquences, ainsi que les cas de décès qui sont liés à l'**abus d'alcool** ou de **drogues** par l'assuré.
11. Le **retard de développement**, sauf si l'enfant n'a pas atteint le niveau de développement prévu pour un enfant de son âge dans le domaine cognitif ou physique. Les cas où le développement de l'enfant est légèrement ou temporairement en retard ne sont pas couverts. Le retard du développement doit avoir été mesuré quantitativement par une personne qualifiée et avoir été estimé à 12 mois dans le domaine cognitif ou physique.
12. Nous ne couvrons pas les maladies telles que les **troubles du comportement** ou de l'**inattention**, l'**hyperactivité**, les **troubles du spectre autistique**, le **trouble de l'opposition et du défi**, les **comportements anti-sociaux**, les **troubles obsessionnels compulsifs**, les **troubles affectifs** ou d'**adaptation**, les **troubles alimentaires** ainsi que tout traitement qui encourage des relations socio-émotionnelles positives comme les **thérapies par la communication** ou **par le jeu** et la **thérapie familiale**.
13. La **psychothérapie**, en consultation externe et hospitalière, n'est couverte que si vous ou les

personnes à votre charge avez été examinés au préalable par un psychiatre et avez été envoyés par ce dernier à un psychologue clinicien pour un traitement approfondi.

14. Si votre couverture le prévoit, la **psychothérapie en consultations externes** sera limitée à 10 séances par pathologie, après quoi le traitement devra être examiné à nouveau par le psychiatre référent. Si d'autres séances s'avèrent nécessaires, un rapport d'examen justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être envoyé. Les frais pour un thérapeute ou conseiller familial ne sont pas pris en charge.
15. Le traitement des maladies ou des blessures contractées suite à une **participation active à une guerre, des émeutes, des manifestations, des troubles civils, des actes terroristes, des actes criminels** ou à des actes contre une **intervention étrangère**, que la guerre ait été déclarée ou non.
16. Le traitement des maladies liées directement ou indirectement à une **contamination chimique**, à la **radioactivité** ou à **tout matériau nucléaire**, y compris la fission du combustible nucléaire.
17. Les diagnostics ou traitements des **troubles du sommeil**, dont l'insomnie.
18. Les dépenses occasionnées lors de l'**acquisition d'un organe**, y compris, mais pas seulement, la recherche d'un donneur, les tests de compatibilité, la collecte, le transport et les frais administratifs.
19. Les traitements ou procédures diagnostiques pour des **blessures résultant d'une participation à des activités sportives professionnelles**.

20. Toute forme de **traitement** ou de **médicament** qui nous semble **expérimental** ou dont les effets ne sont **pas prouvés** conformément aux pratiques médicales généralement reconnues.
21. Les **soins orthomoléculaires** (veuillez vous référer à la définition 1.62).
22. Toute **consultation** pratiquée, de même que **tout médicament ou soin prescrit** par vous, votre conjoint, par l'un de vos parents ou l'un de vos enfants.
23. Les **honoraires de médecin pour remplir le formulaire de demande de remboursement** ou d'autres frais administratifs.
24. La **visite à domicile d'un médecin** à moins que celle-ci n'ait été rendue nécessaire par l'apparition soudaine d'une maladie empêchant l'assuré de se rendre chez un médecin généraliste, spécialiste ou tout autre thérapeute.
25. Les tests et traitements liés à l'**obésité**.
26. Les diagnostics et traitements liés à la **perte**, à l'**implant** ou au **remplacement de cheveux**, à moins que la perte des cheveux ne soit due au traitement d'un cancer.
27. Les **traitements paramédicaux** à l'exception des traitements indiqués dans le tableau des garanties.
28. Le traitement nécessaire suite **suite à l'échec de la recherche ou du suivi d'un conseil médical**.
29. Le traitement nécessaire **suite à une erreur médicale**.

- 30.** Toute opération ou traitement lié à un **changement de sexe**.
- 31.** Les **traitements reçus aux Etats-Unis** si nous savons ou soupçonnons que l'adhérent a souscrit l'assurance dans le but de se rendre aux Etats-Unis afin d'y recevoir un traitement et si les symptômes de la pathologie concernée étaient connus de l'adhérent avant sa souscription.
- 32.** Les frais engendrés par des **complications directement causées par une maladie ou une blessure dont le traitement est exclu ou limité** selon les termes de votre police d'assurance.
- 33a.** A moins que votre tableau des garanties n'inclue le **traitement de la stérilité**, la couverture est limitée aux **examens non-invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité**, dans les limites de votre
- couverture des consultations externes (cela s'applique aux **couvertures médicales internationales uniquement**).
- 33b.** Sauf indication contraire dans le tableau des garanties, les diagnostics, traitements ou complications liés à la **stérilisation**, aux **dysfonctionnements sexuels** et à la **contraception**, y compris l'insertion ou l'extraction d'appareils contraceptifs et tout autre contraceptif, même pour raison médicale, ne sont pas couverts. La seule exception à cette exclusion concerne la prescription de produits contraceptifs pour soigner l'acné lorsqu'ils sont prescrits par un dermatologue. (Cette exclusion concerne également la **stérilité** pour la **couverture réservée aux Iles anglo-normandes**.)
- 34.** L'**interruption volontaire de grossesse**, sauf en cas de danger pour la vie de la femme enceinte.

35. Le traitement hospitalier pour des **naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée** est limité à 22 000 £/30 000 €/42 500 \$/45 000 CHF par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en consultations externes seront payés selon les termes prévus par la couverture des consultations externes.
36. Les **tests génétiques** à l'exception des tests d'ADN lorsqu'ils sont directement liés à une amniocentèse couverte par la police d'assurance, à savoir pour les femmes âgées de 35 ans ou plus.
37. Les **cours pré et post-nataux**.
38. Les **tests triples (Bart's) ou quadruples**, ou les **tests pour le Spina Bifida**, hormis pour les femmes de 35 ans ou plus.
39. Les traitements, les procédures et soins médicaux suivants, ou n'importe quelles conséquences négatives ou complications en résultant, ne sont **pas couverts** sauf indication contraire dans le tableau des garanties :
- 39.1 Soins dentaires de routine, chirurgie dentaire, périodontie, orthodontie et prothèses dentaires, à l'exception de la stomatologie, qui est couverte dans la limite générale de votre couverture principale
 - 39.2 Soins en consultation externe
 - 39.3 Soins dentaires d'urgence
 - 39.4 Maternité et complications à l'accouchement
 - 39.5 Complications de grossesse
 - 39.6 Accouchement à domicile
 - 39.7 Lunettes et lentilles de contact prescrites
 - 39.8 Aides médicales prescrites
 - 39.9 Vaccinations
 - 39.10 Traitement préventif
 - 39.11 Bilans de santé, comprenant les examens de dépistage du cancer

- 39.12 Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier
- 39.13 Psychiatrie et psychothérapie en consultation externe
- 39.14 Traitement de la stérilité
- 39.15 Rééducation
- 39.16 Rapatriement sanitaire
- 39.17 Frais pour une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié
- 39.18 Correction visuelle au laser
- 39.19 Greffe d'organe

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

40. Les **pathologies préexistantes** (y compris les pathologies chroniques préexistantes) sont couvertes par ce contrat, sauf si indiqué différemment dans un formulaire de conditions particulières qui vous est envoyé avant le début de votre police, le cas échéant. Nous attirons votre attention sur le fait que toute **pathologie préexistante non déclarée dans le formulaire d'affiliation ne sera pas couverte par la police.**

Tout problème de santé survenant après avoir complété le formulaire d'affiliation et avant la confirmation de la couverture par notre service de souscription médicale sera aussi considéré comme préexistant et ne sera pas couvert en cas de non-déclaration.

41. Les **traitements d'orthophonie** sont sujets à un remboursement dans le cas d'une infirmité physique diagnostiquée, telle qu'une

obstruction nasale, des troubles neurogènes (par exemple parésie de la langue, commotion cérébrale) ou articulaires impliquant la structure buccale (par exemple fente palatine). Nous ne couvrons pas les traitements d'orthophonie liés au retard de développement, à la dyslexie, à la dyspraxie ou aux troubles du langage et de l'expression.

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

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

40. Les **pathologies préexistantes**.

41. Les **pathologies chroniques** ne sont pas prises en charge.

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

- 42. Les médicaments et pansements délivrés sur ordonnance**, à moins qu'ils n'aient été prescrits pour une hospitalisation ou des soins de jour en hôpital.
- 43. L'infection par le VIH, le SIDA** ou toute pathologie psychiatrique associée.
- 44. La chirurgie dentaire, les prothèses dentaires, la périodonte et les traitements orthodontiques**, à l'exception des soins dentaires de routine tels que décrits dans la définition.
- 45. Les greffes d'organe.**
- 46. Les frais de transport vers une autre Ile anglo-normande, le Royaume-Uni et la France pour une hospitalisation ou des soins de jour en hôpital ne sont pas pris en charge** si les soins équivalents sont proposés localement. Notez cependant que les frais médicaux engagés sont remboursés selon les termes de votre police.
- 47. Les frais de transport liés à des consultations externes ne sont pas couverts**, à l'exception des consultations post-opératoires qui ne peuvent être menées par un médecin local.
- 48. Le remboursement des frais de transport est exclu :**
- Lorsque les frais sont pris en charge par le ministère de la Santé britannique ;
 - Lorsque les soins ne sont pas compris dans votre couverture ;
 - Si le transport n'a pas été demandé par votre médecin traitant ;
 - Pour un parent accompagnant un enfant de 18 ans ou plus ;

- Pour les frais annexes au déplacement, notamment l'hébergement et les repas ;
- Lorsqu'il n'y a pas eu d'accord de notre part, préalable au déplacement, pour l'ensemble des frais ;
- Pour tout frais de transport supérieur aux tarifs standards.

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

- 49.1 Orthophonie
- 49.2 Orthoptie
- 49.3 Pédicurie-podologie
- 49.4 Evacuation médicale ou rapatriement sanitaire
- 49.5 Rapatriement du corps
- 49.6 Réparation de lunettes

Païement des primes et informations générales

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

Païement des primes

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

Vous êtes dans l'obligation de nous payer par avance la prime due pour la durée de votre souscription. Le montant que vous avez accepté de payer et le mode de paiement que vous avez sélectionné sont indiqués sur votre devis, avant que votre contrat ne soit émis. La **première prime** ou le premier versement est payable

immédiatement après notre acceptation de votre demande de souscription.

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

Vous devez payer votre prime dans la devise que vous avez sélectionnée lorsque vous avez effectué la demande de couverture. Si vous êtes dans l'incapacité de payer votre prime pour quelque raison que ce soit, veuillez nous

contacter au + 353 1 630 1303. Les modalités de paiement peuvent être modifiées lors du renouvellement du contrat et pour cela vos instructions doivent nous parvenir par écrit au moins 30 jours avant la date de renouvellement. Tout retard de paiement de la première prime ou d'une prime ultérieure peut entraîner la perte de la couverture d'assurance.

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

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

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

La **prime** est ajustée annuellement à la date de renouvellement et nous nous réservons le droit

de modifier nos conditions générales à cette même date.

Paiement d'autres frais

En plus des primes, vous devez également verser le montant des taxes sur les primes d'assurance (IPT) éventuelles et de toute nouvelle taxe, prélèvement ou frais liés à votre souscription et que nous sommes légalement obligés de payer ou de vous facturer. Le montant de ces taxes, prélèvements ou frais que vous devez nous verser est indiqué sur votre facture/lettre contenant les détails du paiement.

La date d'échéance de ces taxes, prélèvements ou frais est la même que celle de vos primes, sauf exception déterminée par la loi.

Modification des primes et autres frais

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

Nous pourrions modifier le montant de la taxe sur les primes ou de toute autre taxe, prélèvement ou frais que vous devez nous verser, si le taux de la taxe sur les primes ou de toute autre taxe, prélèvement ou frais est modifié, ou en cas d'introduction d'une nouvelle taxe ou de nouveaux prélèvements ou frais.

Le cas échéant, nous vous avertirons de tels changements par écrit. Si vous refusez les

modifications que nous avons effectuées, vous pourrez mettre fin à votre adhésion et dans ce cas les modifications ne prendront pas effet :

- Dans les 30 jours suivant la date à partir de laquelle les changements prennent effet ;
- Dans les 30 jours suivant la date à laquelle nous vous informons de ces modifications. La date la plus récente prévaudra.

Événements importants

Ce guide contient des références à des événements importants tels que la date de début, de renouvellement ou de fin de votre souscription, ou la date à laquelle vous avez inclus des personnes à charge. Cette section vous explique clairement quand et comment ont lieu ces événements. Notre but est d'améliorer constamment les services que nous fournissons

à nos adhérents. A cette fin, au cas où vous annuleriez votre souscription pour une raison quelconque, merci de bien vouloir nous en communiquer le motif.

Début de votre souscription

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

Dates de début et de fin de la couverture pour les personnes à charge incluses dans votre souscription

Si votre souscription inclut une ou plusieurs personnes à charge, leur adhésion démarrera à la date d'entrée en vigueur indiquée sur le certificat d'assurance le plus récent les mentionnant en tant que personnes à charge. Leur adhésion sera valide tant que vous serez assuré (et dans le cas d'enfants à charge, tant qu'ils demeureront sous la limite d'âge définie). Si votre souscription prend fin, la couverture des personnes à votre charge se terminera également ; toutefois, les personnes à charge figurant sur le certificat d'assurance pourront effectuer une demande de souscription en leur propre nom, si elles le souhaitent et si elles ont l'âge minimum requis. La couverture cessera

également pour toute personne à charge ayant dépassé la limite d'âge fixée. Toutefois, ces personnes pourront effectuer une demande de souscription en leur propre nom, si elles le souhaitent.

Ajout de personnes à charge

Pour inclure un ou tous les membres de votre famille dans votre police, il est nécessaire que vous remplissiez un formulaire d'affiliation.

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

sommes informés plus de quatre semaines après la naissance, le nouveau-né fera l'objet d'une souscription médicale complète et ne sera couvert qu'à la date de notre acceptation.

Le traitement hospitalier administré à des naissances multiples, dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, est couvert à hauteur de 22 000 £/ 30 000 €/42 500 \$/45 000 CHF maximum par enfant durant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en consultations externes seront payés selon les termes prévus par la couverture des consultations externes.

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

Renouvellement de votre souscription

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

Nous vous ferons parvenir un nouveau certificat d'assurance un mois avant la date de

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

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

Veillez noter que si vous souhaitez modifier le souscripteur lors du renouvellement, le nouveau

souscripteur devra compléter un formulaire d'affiliation et sera soumis à une souscription médicale complète. Le décès du souscripteur actuel est la seule exception à cette règle (veuillez consulter la section suivante pour plus de détails).

Fin de votre souscription

Votre souscription prendra automatiquement fin dans les cas suivants :

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

payer votre prime pour quelque raison que ce soit, veuillez nous contacter au
+ 353 1 630 1303.

- Si vous ne payez pas le montant de la taxe sur les primes d'assurance (IPT) ou de toute taxe, prélèvement ou frais que vous devez nous verser dans le cadre de notre contrat, avant ou à sa date d'échéance.
- En cas de décès du souscripteur. Si le souscripteur décède, la première personne à charge indiquée sur le certificat d'assurance pourra nous faire parvenir une demande pour devenir le souscripteur et inclure les autres personnes à charge dans sa police. Si cette demande nous parvient **dans les 28 jours**, nous pourrons, à notre discrétion, ne pas ajouter d'autres restrictions ou exclusions spécifiques à leur couverture, en plus des restrictions ou exclusions déjà en

application au moment du décès du souscripteur.

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

Nous pourrons mettre un terme à la souscription d'un adhérent et à celle de toutes les personnes

mentionnées sur le certificat d'assurance s'il existe des preuves raisonnables que la personne concernée nous a induits en erreur ou a tenté de le faire. Cela inclut le fait de fournir des informations fallacieuses ou de ne pas divulguer des informations pertinentes, ou de s'associer à une tierce personne pour nous fournir des informations fallacieuses, de manière intentionnelle ou par négligence, et qui peuvent influencer notre choix dans les prises de décision suivantes :

- Vous autoriser ou non à souscrire la police (ou les personnes à charge) ;
- Définir les primes que vous devez payer ;
- Déterminer si nous devons payer une demande de remboursement.

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

Informations générales

Résiliation et fraude

- a. Nous pourrions résilier la police d'assurance lorsque vous ne vous serez pas acquitté du règlement des primes dont vous êtes redevable. Cette résiliation vous sera notifiée et le contrat d'assurance sera considéré comme résilié à compter de la date à laquelle

la prime mentionnée était due. Si vous vous acquittez cependant de la prime dans un délai de 30 jours, la police d'assurance sera considérée comme n'ayant jamais été résiliée et nous prendrons en charge tout sinistre survenu pendant ce délai. Cependant, si le paiement de la prime intervient après le délai des 30 jours, vous devrez remplir un formulaire de déclaration de santé avant que la police d'assurance ne soit réinstaurée, ce qui sera soumis à souscription.

- b. Si vous ou les personnes à votre charge communiquez des renseignements faux, erronés ou omettez de soumettre des informations qui pourraient avoir une incidence sur notre estimation du risque, par exemple dans le formulaire d'affiliation, le

contrat sera considéré comme nul et non avenue dès la date de début, sauf accord contraire et écrit de notre part. Tout problème de santé survenant entre la signature du formulaire d'affiliation et la confirmation de l'acceptation par notre service de souscription sera également considéré comme préexistant. Si le souscripteur doute de la pertinence d'une information, il doit nous la communiquer. Si le contrat est résilié pour cause de communication de renseignements erronés ou de non-divulgence de certaines informations, la prime ne vous sera pas remboursée, ni en partie ni en totalité, et toute demande de remboursement en instance de règlement sera annulée.

- c. Dans le cas où une demande de remboursement s'avère fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou si des dispositifs ou moyens frauduleux ont été utilisés par vous ou l'une des personnes à votre charge ou par quiconque agissant en votre nom ou le leur afin de tirer avantage de cette police d'assurance, nous ne rembourserons aucune garantie. Vous nous seriez alors immédiatement redevable de tout montant remboursé avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission. Si une demande de remboursement est frauduleuse, la police sera résiliée *ab initio*, c'est-à-dire qu'elle sera résiliée dès la date de début.

Décès

En cas de décès du souscripteur ou d'une personne à charge, nous devons en être informés par écrit **dans un délai de quatre semaines** suivant le jour du décès. La couverture prendra fin et la prime sera remboursée au prorata si aucune demande de remboursement n'a été effectuée. Nous nous réservons le droit de demander un certificat de décès avant d'effectuer le remboursement. Suite au décès du souscripteur, une personne à charge couverte par la police peut faire une demande pour devenir le nouveau souscripteur, si elle le souhaite et si elle a l'âge minimum requis.

Votre droit de résilier

Selon les termes de votre police, vous avez 30 jours à compter de la date de réception des conditions générales de votre police, lors de l'adhésion ou du renouvellement, pour changer d'avis et annuler votre contrat avec Allianz Worldwide Care. Veuillez adresser votre demande de résiliation à notre service client. Vous ne pouvez pas antidater la résiliation de votre souscription.

Suite à cette notification, vous serez en droit de recevoir le remboursement complet de toutes les primes payées, à condition qu'aucune demande de remboursement n'ait été effectuée. Si vous décidez de ne pas exercer votre droit de résilier la souscription pendant ces 30 jours, les deux parties seront liées par le contrat d'assurance et

la prime pour l'année d'assurance sélectionnée sera due dans sa totalité et selon la fréquence de paiement que vous aurez choisie.

Dès réception ou renouvellement de vos documents de police, vous pouvez également annuler la souscription d'une ou de plusieurs personnes à charge pour quelque raison que ce soit, dans les 30 jours qui suivent la réception ou le renouvellement de votre certificat d'assurance, en écrivant à :

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

En pareil cas, vous avez alors droit au remboursement complet de toutes les primes que vous avez payées pour leur couverture, à

condition qu'aucune demande de remboursement n'ait été effectuée en leur nom.

Modifications de votre couverture

Tout changement de couverture ne peut être effectué qu'au moment du renouvellement de la police d'assurance. Si vous souhaitez modifier le niveau de votre couverture, **veuillez nous contacter avant la date de renouvellement de votre police d'assurance** pour discuter de vos options. Si vous souhaitez augmenter le niveau de votre couverture, vous devrez peut-être remplir un questionnaire concernant votre historique médical et/ou accepter certaines exclusions ou restrictions liées à votre couverture avant que nous acceptions votre demande. Un montant de prime supplémentaire devra être payé et des délais de carence pourront s'appliquer.

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

En revanche, si vous déménagez dans un pays situé hors de votre zone de couverture (par exemple, si votre zone de couverture est « mondiale à l'exception des Etats-Unis » et que vous déménagez aux Etats-Unis), vous devrez nous contacter pour élargir votre zone de couverture. Un montant de prime supplémentaire devra être payé et des délais de carence pourront s'appliquer.

Si vous avez des questions concernant vos primes ou en cas de changement de situation des personnes à charge, veuillez nous contacter au + 353 1 630 1303 pour discuter avec nous de vos options.

Modifications que nous pouvons effectuer

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

- Le montant des primes ;
- La fréquence de paiement des primes ;
- La couverture que vous avez.

Nous n'ajouterons pas de restrictions ou d'exclusions à la couverture d'un adhérent qui lui seraient personnelles en raison de problèmes médicaux ayant commencé après son adhésion à la police, à condition que :

- Il nous ait fourni les informations demandées avant de souscrire à la police, et
- Il n'a pas demandé un élargissement de sa couverture.

Nous vous informerons par écrit de tout changement. Si vous refusez les modifications que nous avons effectuées, vous pourrez mettre fin à votre adhésion et dans ce cas les modifications ne prendront pas effet :

- Dans les 30 jours suivant la date à partir de laquelle les changements prennent effet ;

- Dans les 30 jours suivant la date à laquelle nous vous informons de ces modifications. La date la plus récente prévaudra.

Modification des détails de votre souscription

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

- Si vous ajoutez une personne à charge à votre souscription telle qu'un nouveau-né par exemple ;
- Si nous devons effectuer des modifications suite à votre demande, ou que nous sommes autorisées à faire, telles que le mode de paiement de votre prime.

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

Autres parties

Aucune autre personne n'est autorisée à effectuer ou confirmer toute modification de votre souscription en notre nom, ou décider de ne pas faire respecter nos droits. Pour être valide, toute modification de votre souscription doit être confirmée par écrit. Toute confirmation de votre couverture ne sera valide que si nous la confirmons par écrit.

Expiration de la police

Veillez noter qu'à expiration de la police d'assurance, vous n'avez plus droit au

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

Soins nécessaires suite à la faute d'une tierce personne

Si les soins que vous devez subir sont la conséquence des actions d'une tierce personne, vous devrez nous le signaler et nous en avertir par écrit le plus tôt possible. Par exemple, en cas de soins pour une blessure causée lors d'un accident de voiture dans lequel vous êtes une

victime. Dans ce cas, vous devrez prendre toutes les mesures raisonnables pour obtenir de la personne responsable les détails de son assurance afin que nous puissions récupérer, auprès de son assureur, le coût des soins que nous avons payé.

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

Couverture par une autre assurance

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

Changement d'adresse ou d'email

Veillez nous informer le plus rapidement possible de tout changement d'adresse privée, professionnelle ou d'email. Ces informations nous permettront de rester en contact avec vous.

Courrier

Toute correspondance doit nous être envoyée par courrier postal affranchi ou par email. D'une manière générale, nous ne renvoyons pas les documents originaux. Toutefois, si vous en faites la demande lors de l'envoi de ces documents, nous vous les retournerons bien entendu.

Loi applicable

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

Procédure de demande de remboursement

Avant de procéder à toute demande de remboursement, **veuillez vous assurer que le traitement requis est pris en charge par votre couverture**. Veuillez vous référer à votre tableau des garanties et contactez notre service d'assistance téléphonique si vous avez des questions.

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

Demandes de remboursement en hospitalisation

En cas d'hospitalisation, nous arrangerons un règlement direct avec l'hôpital, si cela est possible et si un préavis raisonnable est donné, dans les limites des plafonds des garanties avec application des franchises et quotes-parts. Cela signifie que nous réglerons les frais en prenant directement contact avec l'hôpital.

Une entente préalable doit être convenue avant le début de tous les soins en hospitalisation. Les pages 72 à 76 contiennent des détails importants sur l'**entente préalable**.

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

Pour des soins **planifiés** :

1. Téléchargez un formulaire d'entente préalable depuis notre site Internet www.allianzworldwidecare.com. Votre médecin et vous-même devez remplir les sections qui vous concernent dans ce formulaire.
2. Une fois le formulaire dûment complété, adressez-le nous au moins cinq jours ouvrés avant le début des soins, afin que nous puissions nous assurer qu'il n'y aura pas de

délai lors de l'admission. Vous pouvez nous le faire parvenir de la manière suivante :

- Fax au + 353 1 630 1306 ;
- Par email, après l'avoir numérisé, à l'adresse client.services@allianzworldwidecare.com ;
- Par courrier à l'adresse indiquée dans le formulaire d'entente préalable ;
- Si les soins doivent avoir lieu **dans les 72 heures** et si vous disposez des informations nécessaires, notre service d'assistance téléphonique pourra remplir le formulaire d'entente préalable **par téléphone**.

Pour des soins d'**urgence** :

1. Bien qu'une entente préalable ne soit pas requise à l'avance pour des soins d'urgence, vous-même, votre médecin, une personne à votre charge ou un de vos collègues devez nous informer de votre hospitalisation **dans les 48 heures** suivant l'incident pour s'assurer qu'aucune pénalité ne sera appliquée à votre demande de remboursement.
2. Dans le cas de soins d'urgence, afin de vous aider dans le traitement de la demande de remboursement, il est possible de remplir le formulaire d'entente préalable par téléphone en appelant notre service d'assistance téléphonique. Nous pourrions ainsi arranger le règlement direct de vos frais d'hôpital, lorsque cela est possible, et traiter votre

demande de remboursement dans les plus brefs délais.

Demandes de remboursement en consultation externe ou dentaire

Pour les consultations externes ou dentaires, vous devez régler les honoraires du praticien au moment des soins, puis faire une demande de remboursement, lequel dépendra des plafonds des garanties de la couverture que vous avez choisie.

Lors d'une consultation externe chez un dentiste, médecin ou spécialiste, munissez-vous d'un formulaire de demande de remboursement (celui-ci peut être téléchargé depuis notre site

Internet www.allianzworldwidecare.com) et suivez la procédure ci-dessous :

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

accompagnés des ordonnances correspondantes (si elles ont été fournies).

4. Un email vous sera automatiquement envoyé (si vous nous avez fourni une adresse électronique) pour vous informer de la réception puis du traitement de votre demande de remboursement. Si nous ne disposons pas de votre adresse email, nous vous informerons du traitement de votre demande de remboursement par courrier postal.

Merci de noter les points suivants :

1. Il est de votre responsabilité de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous (notamment une copie des demandes de remboursement et des

justificatifs médicaux). Nous ne pouvons pas être tenus responsables des documents égarés par les services postaux.

2. Les formulaires de demande de remboursement dûment complétés sont traités et les instructions de paiement sont adressées à votre banque **en moins de 48 heures**. Si des informations supplémentaires sont nécessaires pour compléter la demande, vous ou votre médecin en serez informé par email ou par courrier dans les 48 heures suivant la réception du formulaire de demande de remboursement.

3. **Lorsque le montant de la demande de remboursement est inférieur à celui de la franchise de votre police d'assurance**, veuillez conserver tous les formulaires de demande

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

de remboursement et les reçus. **Vous ne devez en aucun cas les détruire ou vous en débarrasser.** Conservez toutes les demandes de remboursement et les reçus en rapport avec des consultations externes jusqu'à ce que le montant total soit supérieur à celui de votre franchise. Envoyez-nous alors toutes les demandes de remboursement ainsi que tous les originaux des factures s'y rapportant.

4. Veuillez utiliser un **formulaire de demande de remboursement différent par personne et par traitement.**
5. Veuillez indiquer, sur la demande de remboursement, la devise dans laquelle vous souhaitez être remboursé. Sans indication, le remboursement sera effectué dans la devise de la facture. Il arrive parfois que les

réglementations bancaires internationales ne nous autorisent pas à effectuer un paiement dans la devise que vous avez demandée. Si c'est le cas, le remboursement sera effectué dans la devise de votre facture (dans la mesure du possible). Si nous devons effectuer une conversion d'une devise vers une autre, nous utiliserons le taux de change appliqué à la date d'émission des factures ou le taux de change appliqué à la date à laquelle le paiement de la demande de remboursement est effectué.

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

7. Veuillez noter que **certains soins en consultation externe** nécessitent une entente préalable avant qu'ils ne soient administrés. Veuillez vous référer au tableau des garanties pour prendre connaissance de celles nécessitant une entente préalable.
8. Veuillez noter que **seuls les frais pour des traitements reçus seront remboursés** dans les limites de la police, en prenant en compte toute entente préalable requise, et après déduction des franchises ou quotes-parts mentionnées dans le tableau des garanties.
9. **A l'expiration de la couverture d'assurance, vous n'avez plus droit au remboursement de vos frais médicaux** (pour plus de détails, reportez-vous à la section « Expiration de la police » aux pages 62 et 63).
10. Toute demande de remboursement devra nous être communiquée, accompagnée des originaux des factures et des reçus **au plus tard six mois après la fin de l'année d'assurance ou au plus tard six mois après la fin de la couverture si celle-ci se termine au cours de l'année d'assurance**. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler le sinistre.

Vous et les personnes à votre charge vous engagez à nous fournir toutes les éléments nécessaires au traitement de la demande de remboursement. Nous nous réservons le droit d'accéder à tous les dossiers médicaux et de contacter directement les prestataires de soins ou le médecin traitant. Nous pourrions, si nous le jugeons nécessaire, demander à nos frais qu'un examen de santé soit effectué par notre représentant médical. Toute information sera traitée dans la plus stricte confidentialité. Nous nous réservons le droit de refuser le paiement si vous ou les personnes à votre charge ne respectiez pas ces engagements.

Vous pouvez également contrôler le statut de votre demande de remboursement via les services en ligne. Veuillez consulter les pages 12 et 13 pour plus d'informations sur nos services en ligne.

Demandes de remboursement de la garantie décès

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

- Un certificat de décès ;
- Un rapport médical indiquant la cause du décès ;

- Une déclaration écrite indiquant la date, le lieu et les circonstances de l'accident (cela n'est pas applicable en cas de décès dû à une maladie) ;
- Des documents officiels prouvant la situation familiale de l'assuré, et pour les bénéficiaires, une preuve d'identité ainsi qu'une preuve du lien de parenté avec l'assuré.

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

- Le conjoint (ou la conjointe) de l'assuré, s'ils ne sont pas légalement séparés ;
- A défaut du conjoint, les enfants de l'assuré (y compris les enfants du conjoint ou partenaire, les enfants adoptés ou placés) encore vivants (les enfants nés plus de 300 jours avant la date de décès de l'assuré

- seront considérés vivants) ou leurs descendants, à part égale entre eux ;
- A défaut des enfants, le père ou la mère de l'assuré, à part égale entre eux, ou leur survivant ;
 - A défaut des parents, les héritiers de l'assuré.

Si vous souhaitez nommer un bénéficiaire autre que ceux indiqués ci-dessus, veuillez contacter notre service d'assistance téléphonique (coordonnées en page 7).

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

Entente préalable

Veuillez consulter votre tableau des garanties pour vérifier quelles sont les garanties pour lesquelles vous qualifiez qui requièrent une entente préalable.

Qu'est-ce qu'une entente préalable ?

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

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

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

Quand l'entente préalable est-elle requise ?

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

- Soins en hospitalisation¹ répertoriés dans votre couverture principale
- IRM² (imagerie par résonance magnétique), tomographie² (par émission de positons) et scanographie-tomographie²
- Soins à domicile ou dans un centre de convalescence²
- Maternité², complications de grossesse² et complications à l'accouchement² (en hospitalisation uniquement)
- Oncologie² (en hospitalisation et soins de jour uniquement)
- Chirurgie ambulatoire²
- Soins de jour en hôpital²
- Ergothérapie² (en consultation externe uniquement)
- Rééducation²
- Soins palliatifs et soins de longue durée²
- Evacuation médicale² (ou rapatriement si couvert)

- Frais pour une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié²
- Rapatriement du corps²
- Frais de transport² vers une autre Ile anglo-normande, le Royaume-Uni ou la France

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

Pourquoi l'entente préalable est-elle requise ?

Comme pour toutes les polices d'assurance santé, votre couverture ne prendra en charge qu'un traitement médicalement nécessaire et conforme aux pratiques médicales généralement reconnues. Il est donc très important que vous nous contactiez avant le

traitement pour que nous puissions vérifier qu'il est médicalement nécessaire et que les frais sont appropriés.

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

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

- En cas d'évacuation/rapatriement, nous organiserons et coordonnerons l'évacuation en votre nom. Veuillez contacter notre service d'assistance téléphonique pour toute question relative à ce procédé.

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

Si vous n'obtenez pas l'entente préalable et si par la suite les soins reçus s'avèrent ne pas avoir été médicalement nécessaires, **nous nous réserverons le droit de refuser de les prendre en charge.**

Si vous n'obtenez pas d'entente préalable pour les garanties signalées par **1**, **nous nous réserverons le droit de refuser le remboursement.** S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous

ne paierons que **80%** des garanties pour lesquelles vous qualifiez.

Si vous n'obtenez pas d'entente préalable pour les garanties signalées par **2**, **nous nous réserverons le droit de refuser le remboursement.** S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que **50%** des garanties pour lesquelles vous qualifiez.

Même si la demande d'entente préalable n'est pas requise à l'avance pour des soins d'urgence, nous devons être informés **dans les 48 heures** suivant l'incident pour nous assurer qu'aucune pénalité ne sera appliquée. Dans le cas de soins d'urgence, vous pouvez nous transmettre les informations nécessaires par téléphone afin que nous puissions convenir de l'entente préalable.

Nous pouvons ainsi arranger le règlement direct de vos frais d'hôpital, lorsque cela est possible, et traiter votre demande de remboursement dans les plus brefs délais.

Soins reçus aux Etats-Unis

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

Pour localiser un prestataire médical aux Etats-Unis, veuillez vous rendre à la page

www.allianzworldwidecare.com/olympus. Une fois que vous avez sélectionné l'hôpital ou le médecin, veuillez contacter Olympus qui organisera un rendez-vous pour vous. Vous pouvez également appeler Olympus qui se fera un plaisir de répondre aux questions que vous pourriez avoir quant au choix d'un prestataire. Le **service d'assistance téléphonique d'Allianz Worldwide Care dédié à Olympus** est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 au **(+1) 800 541 1983** (numéro gratuit depuis les Etats-Unis). Ce numéro apparaît également au dos de votre carte d'adhésion.

Vous pouvez aussi souscrire auprès d'Olympus une carte de réduction en pharmacie qui peut être utilisée à chaque fois que vos médicaments sur ordonnance ne sont pas pris en charge par votre police d'assurance santé. Pour vous

enregistrer et obtenir cette carte, veuillez vous rendre sur www.omhc.com/pharmacy et cliquer sur « Print Your Card Now! ».

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

Réponses aux questions

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

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

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

Si le traitement médical nécessaire pour lequel vous êtes couvert peut être administré sur place mais vous choisissez de vous rendre dans un autre pays de votre zone géographique de couverture, nous rembourserons les frais occasionnés dans la limite de votre couverture à l'exclusion des frais de transport.

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

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

Il est de votre responsabilité de vous assurer que votre couverture d'assurance santé est conforme à la législation et nous vous recommandons de vous renseigner auprès d'une source légale indépendante à ce sujet.

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

R. Si vous êtes toujours expatrié et si le pays dans lequel vous déménagez est compris dans votre zone géographique de couverture, la seule chose à faire sera de nous communiquer le plus tôt possible votre nouvelle adresse, vos nouvelles coordonnées et vos coordonnées bancaires ou les références de votre carte de crédit (selon le mode de paiement des primes que vous avez choisi). Votre couverture continuera sans interruption et sans frais supplémentaires jusqu'à la date de renouvellement de votre police, date à laquelle votre prime sera revue en tenant compte de votre nouveau pays de résidence. En revanche, si vous déménagez dans un pays situé hors de votre zone géographique de couverture (par exemple, si vous bénéficiez d'une couverture « mondiale à l'exception des Etats-Unis » et que vous déménagez aux Etats-Unis), vous devrez nous contacter pour élargir votre zone de couverture. Un montant de prime

Pour plus d'informations,
veuillez consulter
www.allianzworldwidecare.com

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

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

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

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

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

Q. Dans quels hôpitaux puis-je me rendre ?

R. Vous pouvez utiliser notre annuaire de prestataires médicaux en ligne pour rechercher des prestataires dans le monde entier. Toutefois, vous n'êtes pas limité aux prestataires figurant dans cet annuaire. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise avant tout traitement hospitalier ainsi que d'autres traitements tels qu'indiqués dans votre tableau des garanties. Nous arrangerons, lorsque c'est possible, un règlement direct de vos frais d'hospitalisation auprès de votre prestataire médical.

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

R. En cas d'urgence, faites-vous toujours et immédiatement prendre en charge médicalement. Veuillez contacter notre service d'assistance téléphonique dans les 48 heures suivant l'incident pour nous en informer.

Faire une réclamation

Veillez trouver ci-dessous des indications sur notre procédure de traitement des réclamations.

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

Si vous souhaitez nous faire part de vos commentaires ou faire une réclamation, appelez tout d'abord le numéro du service d'assistance téléphonique d'Allianz Worldwide Care (+353 1 630 1303). Si nous ne sommes pas en mesure de résoudre le problème par téléphone, veuillez nous contacter par email, fax ou courrier à :

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

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

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

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

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

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

Définitions

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

- 1.1 **Accident** : blessure qui résulte d'un événement imprévu survenant indépendamment de la volonté de l'assuré et dont la cause échappe à son contrôle. La cause et les symptômes doivent être médicalement et objectivement définissables, être sujets à un diagnostic et requérir une thérapie.
- 1.2 **Aides médicales prescrites** : tout instrument, équipement ou appareil médical prescrit aidant la fonction ou la capacité d'un membre ou d'un organe, à l'instar d'un appareil auditif, d'un auxiliaire de phonation (larynx électronique), de béquilles ou d'un fauteuil roulant, d'un appareil orthopédique, d'un membre artificiel, d'un appareil à hernie, de bas de contention ou de semelles orthopédiques. Les coûts des aides médicales prescrites dans le cadre de soins palliatifs ou de soins de longue durée (voir définitions 1.56 et 1.63) ne sont pas pris en charge.
- 1.3 **Analyses** : examens tels que les radiographies ou les tests sanguins, entrepris dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés.
- 1.4 **Année d'assurance** : elle débute à la date d'entrée en vigueur indiquée sur le certificat d'assurance et s'achève exactement un an plus tard.
- 1.5 **Appareils chirurgicaux et prothèses** : appareil ou membre artificiel installé ou utilisé lors d'une intervention faisant partie intégrante du procédé chirurgical ou étant considéré comme médicalement nécessaire au traitement faisant suite à la chirurgie.
- 1.6 **Assuré** : vous et les personnes à charge mentionnées sur le certificat d'assurance.
- 1.7 **Bilan de santé, comprenant les examens de dépistage du cancer** : examens médicaux entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Ces bilans de santé ont pour objectif d'anticiper la détection des maladies et doivent être effectués régulièrement à certaines périodes de la vie, et incluent les examens suivants :

- Signes vitaux (tension artérielle, cholestérol, pulsations cardiaques, respiration, température, etc.) ;
 - Examen cardio-vasculaire ;
 - Examen neurologique ;
 - Dépistage d'un cancer ;
 - Bilan de santé pour enfant (pour un enfant dont l'âge n'excède pas six ans et limité à 15 visites durant la vie de l'assuré).
- 1.8 **Certificat d'assurance** : ce document présente les détails de votre couverture et est délivré par nos soins. Il confirme qu'un contrat d'assurance a été conclu entre nous.
- 1.9 **Chambre d'hôpital** : séjour en chambre privée ou semi-privée comme indiqué dans le tableau des garanties. Les chambres de luxe, de fonction et en suite ne sont pas incluses dans cette garantie.
- 1.10 **Chirurgie ambulatoire** : procédure chirurgicale effectuée dans un hôpital ou un centre médical de jour ne nécessitant pas la garde du patient.
- 1.11 **Chirurgie dentaire** : comprend, entre autres, l'extraction de dents, l'apicoectomie, ainsi que le traitement d'autres problèmes buccaux, tels que des déformations congénitales de la mâchoire (par ex. de la voûte du palais), des fractures et des tumeurs. La chirurgie dentaire ne couvre aucun traitement chirurgical lié aux implants dentaires.
- 1.12 **Chirurgie dentaire et stomatologie** : interventions chirurgicales, telles que l'extraction des dents de sagesse, lorsqu'elles sont pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste ou par un stomatologue.
- 1.13 **Complications à l'accouchement** : désignent uniquement les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire. Les complications à l'accouchement ne seront couvertes que si vous disposez également d'une garantie maternité. Si votre couverture inclut une telle garantie, les complications à l'accouchement couvriront également la césarienne lorsque celle-ci sera médicalement nécessaire.
- 1.14 **Complications de grossesse** : concernent la santé de la mère. Seules les complications suivantes qui surviennent au cours de la grossesse sont couvertes : grossesse extra-utérine, fausse couche, enfant mort-né ou môle.
- 1.15 **Correction visuelle au laser** : concerne tous les traitements visant à améliorer la capacité de réfraction par une intervention au laser, incluant les examens pré-opératoires nécessaires.
- 1.16 **Délai de carence** : période commençant à la date de début de la police (ou à sa date d'entrée en vigueur si vous êtes personne à charge) pendant laquelle vous ne pouvez

prétendre à certaines garanties. Votre tableau des garanties indiquera celles concernées par un délai de carence.

- 1.17 **Ergothérapie** : traitement destiné au bon développement des capacités moteur de l'individu, intégration sensorielle, coordination, équilibre et autres aptitudes telles que s'habiller, manger, faire sa toilette, etc., de façon à faciliter la vie au quotidien et à améliorer l'interaction avec le monde physique et social. Une demande d'entente préalable est requise.
- 1.18 **Evacuation médicale** : si le traitement nécessaire pour lequel vous êtes couvert et si la transfusion sanguine requise en cas d'urgence ne peuvent être dispensés localement, vous serez alors évacué vers le centre médical compétent le plus proche (qui peut se situer ou non dans votre pays d'origine). Cette évacuation médicale sera faite par le moyen de transport le plus économique et le mieux adapté à votre état médical.

Une fois le traitement terminé, nous prendrons en charge le coût du billet retour en classe économique pour l'assuré évacué afin de retourner dans son principal pays de résidence.

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

jours. Sont exclus les suites et les hôtels quatre ou cinq étoiles, ainsi que l'hébergement d'un accompagnateur.

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

- 1.19 **Frais de séjour pour un parent restant à l'hôpital avec un enfant assuré** : prix de la chambre d'hôpital pour un parent pendant toute la durée de l'hospitalisation d'un enfant assuré pour un traitement couvert par la police. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, nous prendrons en charge l'équivalent d'une chambre dans un hôtel trois étoiles. Notez cependant que les frais divers tels que, mais pas seulement, les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts.
- 1.20 **Frais pour une personne accompagnant l'assuré rapatrié ou évacué** : les frais encourus par la personne voyageant avec l'assuré rapatrié ou évacué sont couverts. Si l'accompagnateur ne peut pas voyager dans le même véhicule, nous lui paierons le transport en classe économique. Une fois le traitement terminé, nous prendrons en charge le billet de retour de l'accompagnateur en classe économique afin qu'il retourne

- dans le pays d'où la personne a été évacuée ou rapatriée. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.
- 1.21 **Franchise** : correspond à un montant à votre charge et qui est déduit de la somme remboursable.
- 1.22 **Garantie décès** : le montant de garantie indiqué dans le tableau des garanties sera versé si l'assuré (âgé de 18 à 70 ans) décède au cours de la période d'assurance suite à une maladie ou un accident (y compris une blessure ou maladie professionnelle). En ce qui concerne les polices soumises à souscription médicale, aucun paiement ne sera effectué en cas de décès en lien avec des pathologies préexistantes non divulguées, ou des pathologies préexistantes exclues, telles que définies dans la lettre sur les conditions particulières émise avant le début de votre police. Veuillez noter que si le décès est dû à une maladie, cette garantie ne sera versée que si l'adhérent a été assuré par nous pendant au moins 12 mois consécutifs, immédiatement avant le décès.
- 1.23 **Grefe d'organe** : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes et/ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle épinière, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursables.
- 1.24 **Grossesse** : fait référence à la période depuis la date du premier diagnostic jusqu'à l'accouchement.
- 1.25 **Honoraires de médecin généraliste** : frais liés au traitement non chirurgical pratiqué ou administré par un médecin généraliste.
- 1.26 **Honoraires de sage-femme** : il s'agit des honoraires facturés par une sage-femme ou une accoucheuse qui, en conformité avec les lois du pays dans lequel les soins sont prodigués, a reçu une formation complète et réussi les examens ou concours la sanctionnant.
- 1.27 **Honoraires de spécialiste** : frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin spécialiste.
- 1.28 **Hôpital** : il s'agit de tout établissement possédant le titre d'hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il se situe. L'établissement doit offrir à ses patients une surveillance continue de la part d'un médecin. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme des hôpitaux : maisons de repos et de soins, thermes, centres de cure et de remise en forme.
- 1.29 **Kinésithérapie prescrite** : traitement administré par un kinésithérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin. La kinésithérapie est initialement limitée à 12

séances par pathologie. Si d'autres séances s'avèrent nécessaires, un rapport d'examen justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être envoyé. La kinésithérapie exclut certains traitements à l'instar du Roling, des massages, de la méthode Pilates, de la fangothérapie et de la thérapie MILTA.

- 1.30 **Lunettes et lentilles de contact prescrites** : prise en charge d'un examen des yeux réalisé par un optométriste ou un ophtalmologiste (limité à un par année d'assurance), ainsi que des lentilles de contact ou des lunettes de correction.
- 1.31 **Maternité** : frais médicalement nécessaires occasionnés pendant la grossesse et à l'accouchement. Cette garantie inclut les frais d'hôpital, les honoraires des spécialistes, les soins pré et post-nataux prodigués à la mère, les honoraires de la sage-femme (uniquement au cours de l'accouchement) ainsi que les soins du nouveau-né. Les frais liés aux complications de grossesse ou aux complications à l'accouchement ne sont pas couverts par cette garantie. De plus, toute césarienne non médicalement nécessaire sera couverte dans la limite du coût d'un accouchement naturel dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie.
- 1.32 **Médecin** : docteur autorisé, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, à pratiquer la médecine dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

1.33 **Nécessité médicale** : correspond aux services et fournitures qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

- (a) Etre nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient ;
- (b) Etre appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient ;
- (c) Etre conformes aux pratiques médicales généralement reconnues et aux standards professionnels de la communauté médicale en application au moment des soins ;
- (d) Etre requis pour des raisons autres que le confort ou la commodité du patient ou de son médecin ;
- (e) Avoir un effet médical prouvé et démontré ;
- (f) Etre considérés comme du type et du niveau le plus approprié ;
- (g) Etre donnés avec un équipement en quantité et en qualité appropriées pour le soin requis par l'état du patient ;
- (h) Etre fournis uniquement durant une période appropriée.

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

- 1.34 **Nous/Notre/Nos** : Allianz Worldwide Care.
- 1.35 **Obésité** : est diagnostiquée lorsqu'une personne présente un indice de masse corporelle supérieur à 30 (un outil de calcul de l'indice de masse corporelle est disponible sur notre site Internet www.allianzworldwidecare.com).
- 1.36 **Oncologie** : fait référence aux honoraires des spécialistes, examens, radiothérapie, chimiothérapie et autres frais hospitaliers occasionnés dans le cadre d'un traitement du cancer, et ce à compter de l'établissement du diagnostic.
- 1.37 **Orthodontie** : usage d'appareils pour corriger une malocclusion et replacer les dents pour un fonctionnement et un alignement corrects.
- 1.38 **Orthophonie** : soins dispensés par un orthophoniste qualifié pour traiter des infirmités physiques diagnostiquées, telles qu'une obstruction nasale, des troubles neurogènes (par exemple parésie de la langue, commotion cérébrale) ou articulaires impliquant la structure buccale (par exemple fente palatine).
- 1.39 **Pathologie chronique** : maladie ou blessure ayant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :
 - Est de nature récurrente ;
 - Est sans remède identifié et généralement reconnu ;
- 1.40 **Pathologie préexistante** : tout problème de santé ou problème en découlant dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours des cinq années précédant le début de la couverture, qu'un traitement ou conseil médical aient été recherchés ou non. Un problème de santé, ou une conséquence de celui-ci, dont vous ou les personnes à votre charge auraiiez raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante. Tout problème de santé survenant après avoir complété le formulaire d'affiliation et avant la confirmation de la couverture par le service de souscription d'Allianz Worldwide Care sera également considéré comme préexistant.
- 1.41 **Pays d'origine** : pays pour lequel l'assuré détient un passeport en cours de validité et/ou vers lequel il souhaiterait être rapatrié.
- 1.42 **Pédicurie-podologie (couverture réservée aux Iles anglo-normandes uniquement)** : concerne les soins médicalement nécessaires prodigués par un professionnel diplômé d'Etat et titulaire d'un diplôme universitaire en pédicurie-podologie reconnu par les podologues du

- Council for the Professions Supplementary to Medicine (conseil des professions médicales). Le praticien doit également bénéficier d'une accréditation supplémentaire, par exemple être membre de la Society of Chiropractors & Podiatrists (société des podologues) ou du College of Podiatrists of The Society of Chiropractors & Podiatrists.
- 1.43 **Périodontie** : traitement dentaire dû à une maladie de la gencive.
- 1.44 **Personne à charge** : votre conjoint(e) ou partenaire (y compris partenaire de même sexe) et/ou tout enfant à charge non marié (y compris celui de votre conjoint ou partenaire, tout enfant adopté ou placé) qui dépend financièrement du souscripteur jusqu'à son 18^e anniversaire, ou jusqu'à son 24^e anniversaire s'il poursuit des études à temps plein, s'il est également nommé sur votre certificat d'assurance comme une personne à charge.
- 1.45 **Prescription de médicaments** : fait référence aux produits, tels que l'insuline, les seringues ou les aiguilles hypodermiques, dont la délivrance nécessite une ordonnance, afin de traiter une maladie ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Les médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits.
- 1.46 **Principal pays de résidence** : pays dans lequel vous et les personnes à votre charge vivez pendant plus de six mois de l'année.
- 1.47 **Prothèses dentaires** : comprennent les couronnes, inlays, onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collées, bridges, dentures et implants, ainsi que tous les traitements auxiliaires nécessaires.
- 1.48 **Psychiatrie et psychothérapie** : traitement d'un trouble mental ou nerveux suivi par un psychiatre ou un psychologue clinicien. Ce trouble doit être associé à une souffrance actuelle ou à une gêne majeure dans des activités quotidiennes importantes telles que l'activité professionnelle. La pathologie susmentionnée doit être cliniquement grave et non déclenchée par un événement particulier, tel qu'un deuil, un problème social, scolaire ou d'acculturation. Ce trouble doit répondre aux critères de classification d'un système de classement international tel que le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (Diagnostic and Statistical Manual - DSM-IV) ou la « Classification internationale des maladies » (International Classification of Diseases - ICD-10).
- 1.49 **Quote-part** : pourcentage des frais encourus qui est à votre charge.

- 1.50 **Rapatriement du corps** : transport du corps du défunt du principal pays de résidence vers le pays d'enterrement. Cette garantie couvre entre autres les frais d'embaumement, un container légalement approprié pour le transport, les frais de transport et les autorisations gouvernementales nécessaires. Les frais liés à la crémation ne seront couverts que si celle-ci est légalement requise. Les frais de toute personne accompagnant le corps ne sont pas couverts. Nous devons approuver au préalable tous les frais liés au rapatriement du corps par le biais d'une entente préalable.
- 1.51 **Rapatriement sanitaire** : il s'agit d'une couverture facultative et n'apparaît dans le tableau des garanties que si elle a été sélectionnée. Cela signifie que si les soins nécessaires ne peuvent être prodigués localement, vous pourrez choisir d'être médicalement évacué vers votre pays d'origine pour y subir un traitement au lieu d'être conduit au centre médical le plus proche. Cela ne s'applique que si le pays d'origine est inclus dans votre zone géographique de couverture. Une fois le traitement terminé, nous couvrirons les frais du voyage de retour, en classe économique, vers votre principal pays de résidence. Le retour doit s'effectuer dans le mois qui suit la fin du traitement.
- 1.52 **Rééducation** : le traitement vise à la restauration d'une forme et/ou d'une fonction normale après une blessure ou une maladie grave. La garantie ne couvre que les traitements qui commencent immédiatement après la fin du traitement médical aigu.
- 1.53 **Soin/traitement** : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager une maladie ou une blessure.
- 1.54 **Soins à domicile ou dans un centre de convalescence** : soins infirmiers reçus immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation ou de soins de jour en hôpital pour lesquels vous qualifiez. Nous ne rembourserons que la garantie mentionnée dans le tableau des garanties si le médecin traitant décide (et avec l'accord de notre directeur médical) qu'il est médicalement nécessaire que l'adhérent reste dans un centre de convalescence ou qu'une infirmière soit présente à son domicile. La couverture ne s'applique pas aux séjours en station thermale, en centre de cure ou de remise en forme ni au titre des soins palliatifs et soins de longue durée (voir définitions 1.56 et 1.63).
- 1.55 **Soins de jour en hôpital** : soins planifiés et administrés en journée dans un hôpital ou dans un centre de soins de jour, comprenant une chambre d'hôpital et les soins hospitaliers, ne nécessitant pas la garde du patient pendant la nuit et pour lesquels une autorisation de sortie est délivrée le jour même.

- 1.56 **Soins de longue durée :** soins dispensés sur une période prolongée après la fin d'un traitement aigu, généralement pour une pathologie chronique ou une invalidité nécessitant des soins réguliers, intermittents ou continus. Ces soins de longue durée peuvent être prodigués à domicile, dans un centre communautaire, à l'hôpital ou en maison de repos.
- 1.57 **Soins dentaires de routine :** sont inclus le bilan dentaire annuel, les plombages simples liés aux caries et les dévitalisations.
- 1.58 **Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation :** désignent les soins dentaires d'extrême urgence suite à un accident grave et nécessitant une hospitalisation. Les soins doivent être reçus dans les 24 heures suivant l'incident. Veuillez noter que cette garantie ne couvre pas les soins dentaires de routine, la chirurgie dentaire, les prothèses dentaires et les soins d'orthodontie et de périodontie. Si ces soins sont couverts, ils figureront à part dans le tableau des garanties.
- 1.59 **Soins dentaires d'urgence en consultation externe :** soins reçus en salle d'opération dentaire ou salle d'urgence d'hôpital pour soulager rapidement les douleurs dentaires. Ces soins incluent les plombages temporaires (limités à trois plombages par année d'assurance) et/ou les soins dispensés suite à un accident. Les soins doivent être reçus dans les 24 heures suivant l'incident. Les prothèses dentaires et les dévitalisations ne sont pas incluses.
- 1.60 **Soins du nouveau-né :** ensemble de moyens et méthodes permettant d'évaluer l'intégrité fonctionnelle (organes et structure osseuse) du nouveau-né. Ces examens indispensables sont prodigués immédiatement après la naissance. Les procédures complémentaires de diagnostic préventif telles que les tampons à prélèvement, la détermination du groupe sanguin ou les examens auditifs ne sont pas couvertes. Tout autre traitement ou examen médicalement nécessaire est couvert selon les termes de la police d'assurance du nouveau-né.
- 1.61 **Soins d'urgence en consultation externe :** soins reçus aux urgences, suite à un accident ou à une maladie soudaine mais qui ne nécessitent pas la garde du patient pendant la nuit. Les soins doivent être reçus dans les 24 heures suivant l'événement.
- 1.62 **Soins orthomoléculaires :** soins ayant pour but de restaurer l'environnement écologique optimal des cellules du corps, en corrigeant les déficiences de niveau moléculaire sur la base d'une biochimie individuelle. Ces soins utilisent des substances naturelles comme les vitamines, les minéraux, les enzymes, les hormones, etc.

- 1.63 **Soins palliatifs** : traitements hospitaliers, de jour ou ambulatoires administrés suite au diagnostic établissant que la maladie est en phase terminale et qu'aucun traitement ne peut plus guérir votre état. Cette garantie prévoit le remboursement des soins physiques et psychologiques, ainsi que celui des frais de chambre en hôpital ou en hospice, des soins infirmiers et des médicaments délivrés sur ordonnance.
- 1.64 **Soins post-nataux** : soins médicaux post-nataux de routine reçus par la mère jusqu'à six semaines après l'accouchement.
- 1.65 **Soins pré-nataux** : dépistages et examens de suivi classique nécessaires durant la grossesse. Pour les femmes âgées de 35 ans et plus, cela inclut les tests triples (Bart's) ou quadruples, les tests pour le Spina Bifida, les amniocentèses et les analyses ADN si elles sont directement liées à une amniocentèse pour laquelle vous qualifiez.
- 1.66 **Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation** : somme versée lors d'un traitement ou d'une admission dans un hôpital, qui est normalement inclus dans la couverture de l'assuré, et qui est prodigué dans un hôpital qui ne facture pas le traitement. Cette garantie est limitée à la somme spécifiée dans le tableau des garanties et est versée dès que l'hôpital autorise le patient à sortir.
- 1.67 **Spécialiste** : médecin diplômé possédant les qualifications supplémentaires et l'expérience nécessaires à la pratique d'une spécialité reconnue, ce qui inclut les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention dans un domaine particulier de la médecine. Cette garantie ne couvre pas les frais de consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue. Lorsque ces frais sont couverts, une garantie distincte pour la psychiatrie ou psychothérapie apparaîtra dans le tableau des garanties.
- 1.68 **Thérapeute** : chiropracteur, ostéopathe, médecin herboriste chinois, homéopathe, acupuncteur, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute ou orthoptiste qualifiés et diplômés en vertu des lois du pays dans lequel le traitement est administré.
- 1.69 **Traitement de la stérilité** : comprend l'hystérosalpingographie, la laparoscopie, l'hystérographie et toute autre procédure de nature invasive nécessaire pour établir la cause de la stérilité chez l'homme et la femme. En cas de fécondation in vitro (FIV), la couverture est limitée au plafond spécifié dans le tableau des garanties.
- 1.70 **Traitement en consultation externe** : traitement pratiqué par un médecin, thérapeute ou spécialiste dans son cabinet et qui ne nécessite pas l'admission du patient dans un hôpital.

- 1.71 **Traitement hospitalier** : traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde de l'assuré pendant la nuit.
- 1.72 **Traitement paramédical** : traitement thérapeutique ou diagnostic ne répondant pas aux critères de la médecine occidentale conventionnelle. L'acte paramédical doit être pratiqué par des thérapeutes agréés et inclut la chiropractie, l'ostéopathie, la médecine herboriste chinoise, l'homéopathie et l'acupuncture.
- 1.73 **Traitement préventif** : traitement entrepris en l'absence de tout symptôme préalable. Il peut s'agir par exemple de l'ablation d'une excroissance à l'instar d'un grain de beauté.
- 1.74 **Transport local en ambulance** : il s'agit du transport par ambulance à destination de l'hôpital ou de l'établissement possédant une licence médicale le plus proche et le mieux adapté à la situation, requis en cas d'urgence ou de nécessité médicale.
- 1.75 **Urgence** : apparition d'un problème de santé soudain et imprévu, qui nécessite une assistance médicale d'urgence. Seuls les soins commencés dans les 24 heures suivant l'événement sont couverts.
- 1.76 **Vaccinations** : vaccins et rappels exigés par les autorités sanitaires du pays dans lequel le traitement est administré et toute vaccination médicalement nécessaire avant un

voyage dans un pays étranger, ainsi que la prophylaxie anti-paludisme. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont inclus.

- 1.77 **Vous/Votre** : l'assuré indiqué sur le certificat d'assurance.

Autres conditions générales de la police d'assurance

Les informations suivantes représentent des conditions supplémentaires importantes qui s'appliquent au contrat que vous avez passé avec nous.

1. Ce que nous couvrons :

- a) L'étendue de votre couverture est définie par votre tableau des garanties, le certificat d'assurance, tout avenant à la police, ce guide des services et prestations pour particuliers, ainsi que tout autre document contractuel. Les frais médicaux liés à l'apparition ou l'aggravation d'une maladie ou de toute autre condition médicale seront remboursés en accord avec votre tableau des garanties et les conditions générales.
- b) Les traitements et procédures ne sont pris en charge que s'ils ont un but palliatif, curatif et/ou diagnostique, s'ils sont médicalement nécessaires, appropriés et s'ils sont prescrits et administrés par un médecin, un dentiste ou tout autre thérapeute ayant une licence. Les demandes de remboursement et/ou les frais engendrés ne seront remboursés que si le diagnostic et/ou le traitement prescrit sont conformes aux pratiques médicales généralement reconnues de la médecine. Les frais et dépenses occasionnés par des agissements à l'encontre d'un avis médical ne seront pas remboursés.
- c) Les demandes de remboursement seront honorées si nous estimons que le montant des factures et des reçus fournis est raisonnable et d'usage dans le pays où le traitement a été administré. Dans le cas contraire, nous nous réservons le droit de réduire le montant du remboursement.
- d) Si du sang ne peut être trouvé, et lorsque cela s'avère approprié et conseillé par le médecin traitant, nous mettrons tout en œuvre pour localiser et faire transporter du sang ainsi que du matériel stérile de transfusion. La décision de procéder à ce transport reste cependant du ressort exclusif de nos conseillers médicaux. Allianz Worldwide Care et ses agents n'accepteront d'être tenus responsables si les démarches entreprises n'aboutissent pas ou si du sang ou des équipements contaminés sont utilisés.

2. **Responsabilité :** Notre responsabilité vis-à-vis des personnes assurées se limite aux montants figurant dans le tableau des garanties et dans tout avenant au contrat. En aucun cas, le montant du remboursement, que ce soit selon les termes de la police d'assurance, des couvertures médicales publiques ou de toute autre assurance n'excédera le montant des frais indiqués sur la facture.

3. **Responsabilité civile d'un tiers :** Si vous ou l'une des personnes à votre charge êtes en droit d'être indemnisé par un fond public ou une autre police d'assurance concernant une même demande de remboursement, nous nous réservons le droit de refuser le paiement des garanties.

Il vous incombe par ailleurs de nous faire part de toute information nécessaire si vous êtes en droit de réclamer des indemnités auprès d'un tiers. La personne assurée et la tierce partie ne peuvent en aucun cas, sans notre consentement

écrit, conclure un accord ou s'opposer à notre droit de recouvrir toute somme due. Dans le cas contraire, nous serons en droit de récupérer les sommes versées et de résilier la police d'assurance.

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

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

5. **Arbitrage :**

a) Tous différends relatifs à des avis médicaux en relation avec les résultats d'un accident ou d'un état de santé doivent nous être signalés dans un délai de neuf semaines suivant la décision. Lesdits différends seront réglés par deux experts médicaux désignés par écrit par vous et nous.

b) Si les différends ne peuvent pas être réglés conformément à la disposition 5.a, les parties tenteront de remédier par la médiation, selon la procédure de médiation type du Centre for Effective Dispute Resolution (CEDR - Centre pour le règlement efficace des différends), tout litige, controverse ou réclamation qui survient du fait de ce contrat ou est en lien avec celui-ci, ou toute violation, résiliation ou non-validité dudit contrat, dans le cas où la valeur en cause est inférieure ou égale à 500 000 € et qui ne peut pas être réglé à l'amiable entre les parties. Celles-ci s'efforceront de convenir de la nomination d'un médiateur habilité. Si les parties ne parviennent pas à convenir de la nomination d'un médiateur habilité sous 14 jours, l'une ou l'autre des parties, sur notification écrite à l'autre partie, pourra demander au CEDR de choisir un médiateur. Pour mettre en œuvre la médiation, une partie devra en informer par écrit (notification « ADR » de résolution à l'amiable du litige) l'autre partie impliquée dans le litige en exigeant la médiation. Une copie de la demande devra être envoyée au CEDR. La médiation aura lieu 14 jours au plus tard à compter de la date de la notification de résolution à l'amiable du litige. Aucune partie ne pourra, conformément à la présente clause 5.b, engager une procédure judiciaire ou d'arbitrage en lien avec le litige tant que ce dernier n'a pas fait l'objet d'une médiation et que la médiation n'a pas été close ou si l'autre partie n'a pas participé à la

médiation, sous réserve que le droit de lancer une procédure ne soit pas compromis par un retard. La médiation aura lieu à Dublin, en Irlande, et se déroulera en anglais. L'accord de médiation auquel il est fait référence dans la procédure type sera régi, interprété et appliqué conformément à la législation irlandaise. Les tribunaux irlandais auront la compétence exclusive pour régler les réclamations, litiges ou différends pouvant découler de la médiation ou en rapport avec cette dernière.

c) Tout litige, controverse ou réclamation :

- Découlant de ce contrat ou y afférent (ou toute violation, résiliation ou non-validité à cet égard), dans le cas où la valeur en cause est supérieure à 500 000 €, ou
- Ayant été soumis à médiation conformément à la clause 5.b du présent contrat et n'ayant pas été réglé volontairement par ladite médiation dans une période de trois mois à compter de la date de la notification de résolution à l'amiable

Devra être réglé par les tribunaux irlandais et les parties aux présentes devront se soumettre à la compétence exclusive desdits tribunaux à ces fins. Toute procédure intentée conformément à la présente clause 5.c devra être engagée dans les neuf mois calendaires suivant la date d'expiration de la période de trois mois susmentionnée.

6. **Protection des données :** Allianz Worldwide Care, membre du groupe Allianz, est une compagnie irlandaise habilitée d'assurances non-vie. Nous demandons et traitons des informations personnelles dans le but de préparer des devis, de souscrire les polices, de percevoir les primes, de payer les demandes de remboursement et pour tout autre motif directement lié à la gestion des polices en accord avec le contrat d'assurance. La confidentialité des informations sur les patients et les adhérents constitue l'une de nos priorités. Nous nous conformons à la législation européenne sur la protection des données ainsi qu'aux directives internationales sur le secret médical. Vous êtes en droit d'accéder aux informations personnelles vous concernant. Vous avez également le droit de nous demander de modifier ou supprimer toute information que vous jugez inexacte ou obsolète. Nous ne conserverons pas les données plus longtemps que nécessaire mais uniquement pour les raisons pour lesquelles nous les avons obtenues.

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

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

client.services@allianzworldwidecare.com
www.allianzworldwidecare.com

Service d'assistance téléphonique

Anglais : + 353 1 630 1301
Allemand : + 353 1 630 1302
Français : + 353 1 630 1303
Espagnol : + 353 1 630 1304
Italien : + 353 1 630 1305
Fax : + 353 1 630 1306

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

Ceci est une traduction française du document en anglais « Individual Benefit Guide ». La version en anglais de ce document est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version en anglais, veuillez noter que la version en anglais est la version légalement engageante et officielle. Allianz Worldwide Care Limited, filiale du groupe Allianz, est enregistrée en Irlande et régie par l'Autorité de Réglementation des Services Financiers Irlandais. Siège social : 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. No. : 310852