

Assurances santé pour la France,
le Benelux ou Monaco

Conditions générales pour contrats collectifs

Notice d'information

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017

Allianz 
Worldwide Care

Votre assurance santé

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

Votre certificat d'assurance indique la(les) formule(s) et la zone géographique choisies par votre employeur pour vous et vos ayants droit (le cas échéant), ainsi que les dates d'effet et de renouvellement de votre couverture. Pour les polices soumises à souscription médicale, il indique également toute condition particulière spécifique à votre couverture. Un nouveau certificat vous sera envoyé après tout changement demandé par votre employeur, ou après tout changement que nous sommes autorisés à faire, ou encore après tout changement dont vous avez fait la demande et qui a été accepté par votre employeur et Allianz Worldwide Care.

La(les) formule(s) choisie(s) par votre employeur et les garanties associées dont vous bénéficiez sont indiquées dans le tableau des garanties. Ce tableau indique également les garanties pour lesquelles une entente préalable est nécessaire, ainsi que tout plafond, délai de carence, franchise ou quote-part applicables aux garanties. Votre tableau des garanties est émis dans la devise choisie par votre entreprise (ou par vous si vous payez vous-même la prime d'assurance).

Pour plus de détails sur le contrat d'assurance de votre entreprise, veuillez vous adresser à l'administrateur en charge de votre police collective. Les conditions générales de votre affiliation peuvent être modifiées de temps à autre, après accord passé entre votre entreprise et Allianz Worldwide Care.

AWP Health & Life SA est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, France.

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

Sommaire

Votre couverture	2-3
Définitions	4-13
Exclusions	14-19
Conditions générales supplémentaires	20-23
Informations générales	24-34
L'essentiel de votre couverture	Partie détachable
• Se faire soigner	
• Services utiles	
• Coordonnées	

Votre couverture

Présentation

La(les) formule(s) choisie(s) par votre employeur et les garanties associées dont vous bénéficiez sont indiquées dans le tableau des garanties. Il peut s'agir d'une de nos formules Hospitalisation standard, à laquelle peut s'ajouter une de nos formules Médecine Courante, Dentaires ou Rapatriement. Votre formule peut aussi être personnalisée spécialement pour votre entreprise. La couverture est soumise aux définitions, exclusions et plafonds de garantie, et pour les polices collectives soumises à souscription médicale, la couverture est également soumise à toute condition particulière indiquée sur votre certificat d'assurance (et dans le formulaire de conditions particulières émis avant le début de votre police).

Pour plus d'informations sur les garanties, veuillez consulter le chapitre « Définitions » de ce guide, ou n'hésitez pas à nous contacter pour toute question.

Nous souhaitons attirer votre attention sur les points suivants :

Plafonds des garanties

Deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans le tableau des garanties. Le plafond global de la formule, applicable à certaines d'entre elles, est le montant maximum que nous paierons pour l'ensemble des garanties, par affilié, par année d'assurance, et sous cette formule en particulier. Certaines garanties ont également un plafond propre, qui peut être appliqué soit « par année d'assurance », « pour toute la vie » ou « par événement », comme par voyage, par séance ou par grossesse. Nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties, tel que « 65% des frais réels, jusqu'à 4 150 £/5 000 €/7 100 \$/6 500 CHF ». Lorsque le plafond de garantie s'applique ou lorsque le terme « 100% des frais réels » est indiqué pour certaines garanties, le remboursement sera sujet au plafond global de la formule, si celle-ci en a un. Tous les plafonds s'appliquent par affilié et par année d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

Les frais de maternité sont remboursés « par grossesse » ou « par année d'assurance ». Si un plafond de garantie s'applique « par grossesse » et qu'une grossesse se déroule sur deux années d'assurance, veuillez noter que les règles suivantes s'appliquent si le plafond de garantie change lors du renouvellement de la police :

- Le plafond de garantie de la première année s'appliquera à tous les frais pour lesquels vous êtes couverts pendant « l'année une ».

- Le plafond de garantie de la deuxième année s'appliquera à tous les frais pour lesquels vous êtes couverts pendant « l'année deux », moins le montant de garantie total remboursé pendant « l'année une ».
- Dans le cas où le plafond de garantie serait réduit pour « l'année deux » et que ce montant ait été atteint ou ait été dépassé par des frais couverts et engagés pendant « l'année une », aucun montant de garantie supplémentaire ne pourra être payé.

Veillez consulter votre tableau des garanties pour plus de détails.

Veillez noter que le traitement hospitalier pour des naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée est limité à 24 900 £/30 000 €/40 500 \$/39 000 CHF par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine Courante.

Nécessité médicale et frais d'usage

Cette couverture prend en charge les traitements médicaux et les coûts, services et matériel associés, que nous jugeons médicalement nécessaires et appropriés pour traiter une maladie ou blessure. Nous ne payons les prestataires médicaux que si les frais sont raisonnables et conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues. Si nous considérons que les coûts d'une demande de remboursement sont trop élevés ou que les soins pour lesquels nous avons reçu une demande de remboursement ne sont pas médicalement nécessaires, nous nous réserverons le droit de réduire la somme remboursable.

Pathologies préexistantes

Une pathologie préexistante est un problème de santé ou problème découlant de ce dernier dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Tout problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droits auraient raisonnablement pu connaître l'existence avant la date de commencement de la police, sera considéré comme une pathologie préexistante.

Les pathologies préexistantes (y compris les pathologies chroniques préexistantes) sont couvertes selon les conditions de votre police d'assurance.

Définitions

Ces définitions sont applicables aux garanties comprises dans notre gamme de couvertures médicales, et comprennent également des termes courants. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour déterminer celles qui s'appliquent à votre couverture. 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. Lorsque les mots et expressions suivants apparaissent dans vos documents de police d'assurance, ils auront toujours les significations définies ci-dessous.

Tous les soins remboursés par la Sécurité sociale française sont pris en charge pour toute personne assurée qui est affiliée à la Sécurité sociale française.

- 1.1 **Accident** : événement soudain et imprévu causant une blessure, et dont la cause est externe à l'assuré. La cause et les symptômes doivent être médicalement et objectivement définissables, être sujets à un diagnostic et requérir une thérapie.
- 1.2 **Actes d'infirmiers prescrits** : actes d'infirmiers prescrits pour raisons médicales et dispensés par un(e) infirmier(e) qualifié(e). Les soins peuvent être reçus à domicile ou dans un centre médical approprié en consultations externes et comprennent, mais se limitent pas à, des actes y compris le changement d'un pansement ou des injections d'insuline. Seuls les actes médicalement nécessaires sont couverts.
- 1.3 **Affilié/assuré** : vous et vos ayants droit tels qu'indiqués sur le certificat d'assurance.
- 1.4 **Aiguë** : apparition soudaine.
- 1.5 **Analyses et examens médicaux** : examens y compris les radiographies ou les prises de sang, effectués dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés.
- 1.6 **Année d'assurance** : elle débute à la date d'entrée en vigueur indiquée sur le certificat d'assurance et s'achève à la date d'expiration du contrat d'entreprise. L'année d'assurance suivante correspond à celle définie dans le contrat d'entreprise.
- 1.7 **Antécédents familiaux** : lorsque la pathologie en question a été diagnostiquée auparavant à un parent, grands-parents, frères ou sœurs, enfants, tantes ou oncles.
- 1.8 **Antécédents familiaux directs** : lorsque la maladie en question a été diagnostiquée auparavant à un parent, grands-parents, frères ou sœurs, ou enfants.
- 1.9 **Appareils et matériel chirurgical** : appareils et matériel requis lors d'une intervention chirurgicale. Cela comprend les prothèses ou dispositifs tels que le matériel de remplacement des articulations, vis, plaques, appareils de remplacement des valves, stents endovasculaires, défibrillateurs implantables et stimulateur cardiaque.
- 1.10 **Ayant droit** : il s'agit de votre conjoint(e) ou partenaire (y compris partenaire de même sexe) et/ou tout enfant à charge non marié (y compris celui de votre conjoint ou partenaire, tout enfant adopté ou placé) qui dépend financièrement du souscripteur jusqu'à son 18^{ème} anniversaire, ou jusqu'à son 24^{ème} anniversaire s'il poursuit des études à temps plein, et qui est également nommé sur votre certificat d'assurance comme ayant droit.
- 1.11 **Bilans de santé et bien-être**, y compris les examens de dépistage de maladies : bilans de santé, analyses ou examens, réalisés régulièrement à certaines périodes de la vie, entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Ces bilans se limitent aux examens suivants :

- Examen physique.
- Prise de sang (formule sanguine complète, analyse biochimique, bilan lipidique, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale).
- Examen cardio-vasculaire (examen physique, électrocardiogramme, tension artérielle).
- Examen neurologique (examen physique).
- Dépistage de cancer :
 - Frottis cervico-utérin annuel.
 - Mammographie (tous les deux ans pour les femmes de 45 ans ou plus, ou moins si antécédents familiaux).
 - Examen de la prostate (tous les ans pour les hommes de 50 ans ou plus, ou moins si antécédents familiaux).
 - Coloscopie (tous les cinq ans pour les assurés de 50 ans ou plus, ou de 40 ans ou plus en cas d'antécédents familiaux).
 - Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles.
 - Ostéodensitométrie (tous les cinq ans pour les femmes de 50 ans ou plus).
- Bilan de santé pour enfant (pour un enfant dont l'âge n'excède pas six ans et limité à 15 visites pour la vie).

1.12 **Capital décès accidentel** : le montant indiqué dans le tableau des garanties sera versé si l'assuré (âgé de 18 à 70 ans) décède au cours de la période d'assurance suite à un accident (y compris suite à une blessure professionnelle).

1.13 **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 votre entreprise et nous.

1.14 **Chambre d'hôpital** : séjour en chambre particulière ou semi-privée comme indiqué dans le tableau des garanties. Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas couvertes. Veuillez noter que la garantie « Chambre d'hôpital » s'applique uniquement lorsque aucune autre garantie comprise dans votre couverture ne prend en charge le traitement hospitalier. Dans ce cas, les frais d'une chambre d'hôpital seront couverts sous une garantie hospitalière plus spécifique, jusqu'au plafond de garantie. La psychiatrie et psychothérapie, la greffe d'organe, l'oncologie, la maternité, les soins palliatifs et les soins de longue durée sont des exemples de garanties comprenant les frais de séjour en chambre d'hôpital, si comprises dans votre formule.

1.15 **Chirurgie ambulatoire** : procédure chirurgicale effectuée dans un cabinet médical, hôpital, centre médical de jour ou ambulatoire, pour laquelle la garde médicale du patient n'est pas nécessaire.

1.16 **Chirurgie dentaire** : cela inclut l'extraction chirurgicale de dents ainsi que d'autres interventions chirurgicales telles que l'apicoectomie et les médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires. Tous les examens servant à établir la nécessité d'une intervention chirurgicale dentaire tels que les examens de laboratoire, les radiographies, les scanographies et les IRM, sont couverts sous cette garantie. La chirurgie dentaire ne couvre aucun traitement chirurgical lié aux implants dentaires.

1.17 **Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie** : il s'agit d'une intervention chirurgicale réalisée par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue dans un hôpital pour soigner les pathologies suivantes : les problèmes buccaux, les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, les fractures faciales, les déformations congénitales de la mâchoire, les maladies de la glande salivaire et les tumeurs. Veuillez noter que l'extraction chirurgicale des dents incluses, l'ablation chirurgicale des kystes et les interventions chirurgicales orthognatiques pour corriger les malocclusions, même lorsqu'elles sont réalisées par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue ne sont pas couvertes, sauf si une formule dentaire a été sélectionnée.

1.18 **Complications à l'accouchement** : elles désignent uniquement les pathologies suivantes qui surviennent pendant l'accouchement et pour lesquelles une procédure obstétrique est nécessaire : hémorragie post-partum et rétention placentaire. Si votre couverture inclut également une garantie « Maternité » et si une césarienne est médicalement nécessaire, celle-ci sera couverte par les complications à l'accouchement.

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

- 1.20 **Contrat d'entreprise** : il s'agit du contrat que nous avons passé avec votre employeur vous permettant, vous et vos ayants droit, d'être assurés chez nous. Cet accord détermine les personnes qui peuvent être assurées, le début de la couverture, les modalités de renouvellement et de paiement des primes.
- 1.21 **Correction visuelle au laser** : concerne tous les traitements visant à améliorer la capacité de réfraction de la cornée par une intervention au laser, y compris les examens préopératoires nécessaires.
- 1.22 **Délai de carence** : période commençant à la date d'effet de votre police (ou à sa date d'entrée en vigueur si vous êtes ayant droit) pendant laquelle vous ne pouvez prétendre à certaines garanties. Votre tableau des garanties indiquera celles concernées par un délai de carence.
- 1.23 **Diététicien(ne)** : frais engagés pour des conseils en diététique ou en nutrition dispensés par un professionnel de santé agréé et qualifié dans le pays dans lequel les soins sont administrés. Si cette garantie fait partie de votre couverture, seuls les soins en relation avec une pathologie médicale diagnostiquée seront pris en charge.
- 1.24 **Employeur/Entreprise/Groupe** : il s'agit de votre employeur dont la dénomination sociale est spécifiée dans le contrat d'entreprise.
- 1.25 **Équipement médical prescrit** : tout appareil prescrit et médicalement nécessaire pour permettre à l'affilié d'évoluer en accord avec les exigences de la vie quotidienne quand cela est raisonnablement possible. Cela comprend :
- Les équipements biochimiques tels que les pompes à insuline, les glucomètres et les machines de dialyse péritonéale.
 - Les équipements aidant à la mobilité tels que les béquilles, les fauteuils roulants, les appareils/attelles orthopédiques, les membres artificiels et les prothèses.
 - Les appareils auditifs et auxiliaires de phonation tels qu'un larynx électronique.
 - Les bas de compression graduée médicaux.
 - Le matériel pour les blessures à long terme tel que les pansements et le matériel pour stomie.
- Les coûts d'équipement médical prescrit dans le cadre de soins palliatifs ou de soins de longue durée (voir définitions 1.79 et 1.71) ne sont pas pris en charge.
- 1.26 **Ergothérapie** : traitement destiné au bon développement des capacités motrices globales de l'individu, intégration sensorielle, coordination, équilibre et autres aptitudes y compris s'habiller, manger et faire sa toilette, etc. de façon à faciliter la vie au quotidien et à améliorer l'interaction avec le monde physique et social. Un rapport médical sur les avancées du traitement doit être fourni après 20 séances.
- 1.27 **Évacuation médicale** : cela s'applique lorsque le traitement nécessaire pour lequel vous êtes couvert ou si la transfusion sanguine requise en cas d'urgence ne peuvent être dispensés localement. Vous serez alors évacué par ambulance, hélicoptère ou avion vers le centre médical approprié le plus proche (qui peut se situer ou non dans votre pays d'origine). Cette évacuation médicale sera faite par le moyen de transport le plus économique et le mieux adapté à votre état médical. Votre médecin doit en faire la demande. Une fois le traitement terminé, nous prendrons en charge le coût du billet retour en classe économique pour que l'assuré évacué retourne dans son pays de résidence principal.

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

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

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

Les affiliés doivent contacter Allianz Worldwide Care dès qu'ils pressentent qu'une évacuation est nécessaire. A partir de ce moment, Allianz Worldwide Care organisera et coordonnera toutes les étapes de l'évacuation jusqu'à ce que l'affilié arrive à destination en toute sécurité pour y recevoir des soins. Si l'évacuation n'est pas organisée par nos soins, nous nous réservons le droit de décliner toute demande de remboursement des frais engagés.

- 1.28 **Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré à l'hôpital** : frais d'hébergement en hôpital d'un parent pendant toute la durée de l'hospitalisation d'un enfant assuré pour un traitement couvert par la police. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, nous prendrons en charge l'équivalent d'une chambre dans un hôtel trois étoiles. Notez cependant que les frais divers y compris les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts. Veuillez vérifier dans le tableau des garanties si une limite d'âge s'applique à l'enfant.
- 1.29 **Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille en danger de mort ou décédé** : prise en charge des frais de transport raisonnables (jusqu'au plafond indiqué dans le tableau des garanties) pour permettre aux membres de la famille assurés de se rendre sur le lieu où un proche au premier degré est en danger de mort ou décédé. Un proche au premier degré est le conjoint, parent, frère, sœur ou enfant y compris un enfant adopté ou placé dans une famille d'accueil, ou l'enfant du conjoint. Les demandes de remboursement doivent être accompagnées d'un certificat de décès ou d'une attestation du médecin validant le motif du voyage, ainsi que des copies des billets de vols. Cette garantie est limitée à un sinistre pour la durée de la police. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.
- 1.30 **Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/de rapatriement** : prise en charge des frais de transport raisonnables de tous les membres assurés de la famille de la personne évacuée ou rapatriée. Si la famille ne peut pas voyager dans le même véhicule, nous paierons le transport aller-retour en classe économique. En cas de rapatriement, ces frais de transport raisonnables seront couverts uniquement si la formule Rapatriement fait partie de votre couverture. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.
- 1.31 **Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps** : prise en charge des frais de transport raisonnables de tout membre assuré de la famille qui résidait à l'étranger avec l'affilié décédé, afin de se rendre dans le pays d'origine ou le pays de sépulture choisi par le défunt. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.
- 1.32 **Frais d'une personne accompagnant l'assuré rapatrié ou évacué** : frais engagés par une personne voyageant avec l'assuré rapatrié ou évacué. Si l'accompagnateur ne peut pas voyager dans le même véhicule, nous paierons le transport en classe économique. Une fois le traitement terminé, nous prendrons en charge le billet de retour de l'accompagnateur en classe économique afin qu'il retourne dans le pays d'où la personne a été évacuée ou rapatriée. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.
- 1.33 **Franchise** : montant à votre charge qui est déduit de la somme remboursable, applicable par personne et par année d'assurance, sauf indication contraire dans votre tableau des garanties. Les franchises peuvent s'appliquer individuellement aux formules Hospitalisation, Médecine Courante, Dentaire, Maternité ou Rapatriement, ou bien à une combinaison entre ces couvertures.
- 1.34 **Grefe d'organe** : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes/de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, intestin grêle, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle osseuse, parathyroïde, greffes de peau/muscle/d'os ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursables.
- 1.35 **Grossesse** : période depuis la date de conception jusqu'à l'accouchement.

- 1.36 **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 réussit les examens ou concours la sanctionnant.
- 1.37 **Hôpital** : il s'agit de tout établissement habilité possédant le titre d'hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il se situe et offrant aux patients une surveillance continue de la part d'un médecin. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme des hôpitaux: maisons de repos, maisons de retraite, thermes, centres de cure et de remise en forme.
- 1.38 **Hospitalisation de jour** : hospitalisation de jour planifiée et reçue dans un hôpital ou un centre médical de jour, comprenant une chambre d'hôpital et les soins infirmiers, ne nécessitant pas la garde du patient pendant la nuit, et pour laquelle une autorisation de sortie est délivrée le jour même.
- 1.39 **Kinésithérapie non prescrite** : soins dispensés par un kinésithérapeute agréé pour lesquels l'ordonnance d'un médecin n'a pas été délivrée avant le début du traitement. Lorsque cette garantie est disponible, la couverture est limitée au nombre de séances indiqué dans votre tableau des garanties. Toute séance supplémentaire au-delà de cette limite doit être prescrite pour que la couverture soit assurée. Le plafond de la garantie « Kinésithérapie prescrite » s'applique à ces séances. La kinésithérapie (prescrite, ou une combinaison de séances prescrites et non prescrites) est initialement limitée à 12 séances par pathologie, après lesquelles le patient doit être examiné par le médecin généraliste ayant prescrit ces séances. Si davantage de séances sont requises, un rapport justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être remis. La kinésithérapie exclut certains traitements y compris le Rolfing, les massages, la méthode Pilates, la fangothérapie et la thérapie MILTA.
- 1.40 **Kinésithérapie prescrite** : traitement administré par un kinésithérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin. La kinésithérapie est initialement limitée à 12 séances par pathologie. Si davantage de séances sont requises, un nouveau rapport justifiant de la nécessité de prolonger le traitement doit nous être envoyé toutes les douze séances. La kinésithérapie exclut certains traitements y compris le Rolfing, les massages, la méthode Pilates, la fangothérapie et la thérapie MILTA.
- 1.41 **Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris l'examen des yeux** : prise en charge d'un examen par année d'assurance réalisé par un optométriste ou un ophtalmologiste, ainsi que des lentilles de contact ou des lunettes de correction.
- 1.42 **Maternité** : frais médicalement nécessaires occasionnés pendant la grossesse et l'accouchement, comprenant les frais d'hôpital, les honoraires des spécialistes, les soins pré et postnatals prodigués à la mère, les honoraires de sage-femme ainsi que les soins apportés au nouveau-né. Les frais liés aux complications de grossesse et aux complications à l'accouchement ne sont pas couverts par cette garantie. De plus, toute césarienne non médicalement nécessaire sera couverte dans la limite du coût d'un accouchement naturel réalisé dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie. Si la garantie « Accouchement à domicile » fait partie de votre couverture, une somme forfaitaire sera versée en cas d'accouchement à domicile, jusqu'au montant indiqué dans le tableau des garanties.
- 1.43 **Médecin** : docteur autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.
- 1.44 **Médecin généraliste (honoraires)** : traitement non chirurgical pratiqué ou administré par un médecin généraliste.
- 1.45 **Médicaments prescrits** : produits prescrits par un médecin afin de traiter une maladie ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme, y compris l'insuline, les seringues ou les aiguilles hypodermiques. Ces médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie traitée et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits. Bien que l'ordonnance d'un médecin ne soit pas légalement nécessaire pour l'achat de médicaments prescrits dans le pays où se trouve l'affilié, une ordonnance doit être obtenue pour que ces frais soient remboursés.

- 1.46 **Médicaments sans ordonnance** : médicaments qui peuvent être achetés en pharmacie sans ordonnance. Ces médicaments doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie traitée et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils sont achetés.
- 1.47 **Médicaments soumis à prescription médicale** : produits y compris l'insuline, les seringues ou les aiguilles hypodermiques, dont la délivrance nécessite une ordonnance, afin de traiter une maladie dont le diagnostic a été confirmé, ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Ces médicaments doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie traitée et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits.
- 1.48 **Médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires** : médicaments prescrits par un dentiste pour traiter les inflammations ou infections dentaires. Ces médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie et être reconnus par les instances de régulation pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits. Les bains de bouche, produits fluorés, gels antiseptiques et dentifrices ne sont pas couverts.
- 1.49 **Nécessité médicale** : soins, services et matériels qui 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 connaissances médicales et/ou scientifiques au moment de l'administration des soins.
 - (d) Etre requis pour des raisons autres que le confort ou la commodité du patient ou de son médecin.
 - (e) Avoir un effet médical prouvé et démontré.
 - (f) Etre considérés comme du type et du niveau les mieux appropriés.
 - (g) Etre prodigués dans un établissement et une salle appropriés et être de qualité appropriée pour traiter l'état médical du patient.
 - (h) Etre fournis uniquement durant une période appropriée.

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

- 1.50 **Nous/Notre/Nos** : Allianz Worldwide Care.
- 1.51 **Obésité** : elle est diagnostiquée lorsqu'une personne présente un indice de masse corporelle supérieur à 30 (un outil de calcul de l'indice de masse corporelle est disponible sur notre site Internet www.allianzworldwidecare.com).
- 1.52 **Oncologie** : cela fait référence aux honoraires des spécialistes, analyses, radiothérapie, chimiothérapie et frais hospitaliers occasionnés dans le cadre d'un traitement du cancer, et ce à compter de l'établissement du diagnostic. Nous couvrons également le coût d'une perruque en cas de perte de cheveux suivant le traitement d'un cancer.
- 1.53 **Orthodontie** : usage d'appareils pour corriger une malocclusion et replacer les dents pour un fonctionnement et un alignement corrects. Nous couvrons uniquement les traitements orthodontiques pour lesquels les appareils dentaires métalliques standard et/ou les appareils amovibles standard sont utilisés. Les appareils esthétiques, tels que les appareils dentaires d'orthodontie linguale et les gouttières invisibles, sont couverts à hauteur des frais d'un appareil dentaire métallique standard, et dans la limite du plafond de la garantie « Soins d'orthodontie et prothèses dentaires ».
- 1.54 **Orthophonie** : soins dispensés par un orthophoniste qualifié pour traiter des infirmités physiques diagnostiquées, telles qu'une obstruction nasale, des troubles neurogènes (tels qu'une parésie de la langue, une commotion cérébrale) ou articulaires impliquant la structure buccale (tels qu'une fente palatine).
- 1.55 **Orthoptie** : thérapie spécifique visant à synchroniser le mouvement des yeux lorsqu'il y a un manque de coordination entre les muscles des yeux.
- 1.56 **Parodontologie** : traitement dentaire dû à une maladie de la gencive.

- 1.57 **Pathologie chronique** : maladie ou blessure ayant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :
- Est de nature récurrente.
 - Est sans remède identifié et généralement reconnu.
 - Répond difficilement à tout type de traitement.
 - Requiert un traitement palliatif.
 - Nécessite un suivi ou un contrôle prolongé.
 - Conduit à un handicap permanent.
- 1.58 **Pathologie préexistante** : problème de santé ou problème découlant de ce dernier dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Tout problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droits auraient raisonnablement pu connaître l'existence avant la date de commencement de la police, sera considéré comme une pathologie préexistante. Les problèmes de santé apparaissant entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police seront également considérés comme pathologies préexistantes. Ces pathologies préexistantes devront également être soumises à une souscription médicale, et ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées.
- 1.59 **Pays d'origine** : pays pour lequel l'assuré possède un passeport en cours de validité ou pays de résidence principal de l'assuré.
- 1.60 **Pays de résidence principal** : pays dans lequel vous et vos ayants droit vivez pendant plus de six mois de l'année.
- 1.61 **Prothèses dentaires** : cela comprend les couronnes, inlays, onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collée, bridges, dentiers et implants, ainsi que tous les traitements auxiliaires nécessaires.
- 1.62 **Psychiatrie et psychothérapie** : traitement d'un trouble mental suivi par un psychiatre ou un psychologue clinicien. La pathologie doit être cliniquement grave et non liée à un deuil, problème social ou scolaire, problème d'acculturation ou stress professionnel. Tous les soins de jours ou en hospitalisation doivent comprendre des médicaments soumis à prescription médicale pour soigner la pathologie. La psychothérapie (en hospitalisation ou médecine courante) n'est couverte que si vous ou vos ayants droit avez été diagnostiqués au préalable par un psychiatre et avez été dirigés par ce dernier vers un psychologue clinicien pour un traitement approfondi. La psychothérapie en médecine courante (si comprise dans votre couverture) sera limitée à 10 séances par pathologie, après quoi le traitement devra être examiné à nouveau par le psychiatre l'ayant prescrit. Si davantage de séances sont requises, un rapport justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être remis.
- 1.63 **Quote-part** : pourcentage des frais engagés qui est à votre charge, applicable par personne, par année d'assurance, sauf indication contraire dans votre tableau des garanties. Certaines formules peuvent également comprendre une quote-part globale par affilié et par année d'assurance, et lorsque cela sera le cas, le montant sera limité au montant indiqué dans votre tableau des garanties. Les quotes-parts peuvent s'appliquer individuellement aux formules Hospitalisation, Médecine Courante, Dentaire, Maternité ou Rapatriement, ou bien à une combinaison entre ces couvertures.
- 1.64 **Rapatriement du corps** : transport du corps du défunt assuré du pays de résidence principal vers le pays de la sépulture. Cette garantie couvre entre autres les frais d'embaumement, un container légalement approprié pour le transport, les frais de transport et les autorisations gouvernementales nécessaires. Les frais liés à la crémation ne seront couverts que si celle-ci est légalement requise. Les frais pour toute personne accompagnant le corps ne sont pas pris en charge, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.
- 1.65 **Rapatriement sanitaire** : il s'agit d'une couverture facultative qui n'apparaît dans le tableau des garanties que si elle a été sélectionnée. Cela signifie que si les soins nécessaires ne peuvent pas être prodigués localement, vous pourrez choisir d'être médicalement évacué vers votre pays d'origine pour y recevoir un traitement au lieu d'être transporté au centre médical approprié le plus proche. Cependant, votre pays d'origine doit être inclus dans votre zone géographique de couverture. Une fois le traitement terminé, nous couvrirons les frais du voyage de retour, en classe économique, vers votre pays de résidence principal. Le retour doit s'effectuer dans le mois qui suit la fin du traitement. Les affiliés doivent contacter Allianz Worldwide Care dès qu'ils pressentent

qu'un rapatriement est nécessaire. A partir de ce moment, Allianz Worldwide Care organisera et coordonnera toutes les étapes du rapatriement jusqu'à ce que l'affilié arrive à destination en toute sécurité pour y recevoir des soins. Si le rapatriement n'est pas organisé par nos soins, nous nous réserverons le droit de décliner toute demande de remboursement des frais engagés.

- 1.66 **Rééducation** : traitements sous la forme d'une combinaison de thérapies, y compris la thérapie physique, l'ergothérapie et l'orthophonie, dans le but de restaurer une forme et/ou une fonction normale après une blessure, une maladie grave ou une intervention chirurgicale. La garantie ne couvre que les traitements commençant dans les 14 jours suivant la sortie d'hôpital après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une maladie aiguë. Les traitements doivent avoir lieu dans un établissement de rééducation agréé.
- 1.67 **Responsable de polices collectives** : représentant désigné de la société agissant en tant que point de contact principal entre la société et nous-mêmes pour toute affaire relative à la gestion des couvertures, notamment les inscriptions, le paiement des primes et les renouvellements.
- 1.68 **Soin/traitement** : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager une maladie ou une blessure.
- 1.69 **Soins/traitements ambulatoires/en médecine courante** : traitements pratiqués par un médecin, thérapeute ou spécialiste dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessitent pas l'admission du patient dans un hôpital.
- 1.70 **Soins à domicile ou dans un centre de convalescence** : soins infirmiers reçus immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation ou de soins de jour en hôpital pour lesquels vous qualifiez. Nous ne rembourserons que le montant de garantie mentionné dans le tableau des garanties si le médecin traitant décide (et avec l'accord de notre directeur médical) que pour raisons médicales, l'affilié doit séjourner dans un centre de convalescence ou qu'une infirmière doit être présente à son domicile. Les séjours en station thermale, en centre de cure ou de remise en forme, ainsi que les soins palliatifs et soins de longue durée (voir définitions 1.79 et 1.71) ne sont pas pris en charge.
- 1.71 **Soins de longue durée** : soins dispensés sur une période prolongée après la fin d'un traitement aigu, généralement pour une pathologie chronique ou une invalidité nécessitant des soins réguliers, intermittents ou continus. Les soins de longue durée peuvent être prodigués à domicile, dans un centre communautaire, à l'hôpital ou en maison de repos.
- 1.72 **Soins dentaires** : ces soins comprennent le bilan dentaire annuel, les plombages simples liés aux caries, les dévitalisations et les médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires.
- 1.73 **Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation** : ils désignent les soins dentaires d'extrême urgence suite à un accident grave et nécessitant une hospitalisation. Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'accident. Veuillez noter que cette garantie ne couvre pas les soins dentaires de routine, la chirurgie dentaire, les prothèses dentaires et les soins d'orthodontie et de parodontologie. Si ces soins sont couverts, ils figureront à part dans le tableau des garanties.
- 1.74 **Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation** : soins reçus dans une clinique dentaire chirurgicale ou une salle d'urgence d'hôpital afin de soulager rapidement une douleur dentaire à une dent saine et naturelle, occasionnée par un accident ou une blessure. Cela comprend les pulpotomies et les pulpectomies ainsi que les plombages temporaires qui en résultent (limités à trois plombages par année d'assurance). Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'incident. Les restaurations permanentes ou la poursuite des dévitalisations ne sont pas comprises. Si votre entreprise a également sélectionné pour vous une formule Dentaire, celle-ci prendra en charge le montant des soins dentaires excédant le plafond de la garantie de la formule Hospitalisation « Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation ».
- 1.75 **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 y compris les tampons à prélèvement, la détermination du groupe sanguin ou les examens auditifs ne sont pas couvertes sauf si l'enfant a été ajouté à la police comme ayant droit éligible. Tout autre traitement ou examen médicalement nécessaire est couvert selon les termes de la police d'assurance du nouveau-né. Veuillez noter que le traitement hospitalier

pour des naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée est limité à 24 900 £/30 000 €/40 500 \$/39 000 CHF par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine Courante.

- 1.76 **Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture** : soins d'urgence reçus au cours de voyages d'affaires ou touristiques en dehors de votre zone de couverture. La couverture est assurée pour une période maximum de six semaines par voyage et limitée au plafond global, et prend en charge les traitements requis en cas d'accident, ou d'apparition soudaine ou de dégradation d'une maladie grave présentant un danger immédiat pour votre santé. Les soins prodigués par un médecin ou spécialiste doivent commencer pendant les 24 heures suivant le début de l'événement. Vous ne serez pas couvert pour les soins de suivi ou thérapeutiques non urgents, et ce même si vous êtes dans l'incapacité de vous rendre dans un pays de votre zone de couverture. Les frais liés à la maternité, grossesse, accouchement ou toute complication durant la grossesse ou l'accouchement sont exclus de cette garantie. Pour les déplacements de plus de six semaines en dehors de votre zone géographique de couverture, veuillez informer l'administrateur en charge de la police collective souscrite par votre employeur.
- 1.77 **Soins d'urgence sans hospitalisation** : soins reçus aux urgences pendant les 24 heures suivant un accident ou une maladie soudaine mais qui ne nécessitent pas la garde médicale du patient pendant la nuit. Si votre employeur a choisi une de nos formules Médecine Courante, celle-ci prendra en charge le montant des soins en médecine courante excédant le plafond de la garantie de la formule Hospitalisation « Soins d'urgence sans hospitalisation ».
- 1.78 **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 et les hormones.
- 1.79 **Soins palliatifs** : sont pris en charge 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. Les traitements hospitaliers, de jour ou ambulatoires administrés suite au diagnostic, établissant que la maladie est en phase terminale et qu'aucun traitement ne peut guérir la maladie, sont pris en charge. Cette garantie prévoit également 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.
- 1.80 **Soins postnatals** : soins médicaux post-partum reçus par la mère jusqu'à six semaines après l'accouchement.
- 1.81 **Soins prénatals** : dépistages et examens de suivi classiques nécessaires durant la grossesse. Pour les femmes âgées de 35 ans et plus, cela inclut les tests triples (Bart's) ou quadruples, les tests pour le spina bifida, les amniocentèses, et les analyses ADN directement liées à une amniocentèse couverte par la police d'assurance.
- 1.82 **Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation** : somme versée pour l'hébergement et le traitement d'une pathologie médicale couverte par l'assurance de l'affilié, dans un hôpital qui n'a pas facturé. Cette garantie est limitée à la somme et au nombre de nuits mentionnés dans le tableau des garanties et est versée dès la sortie de l'hôpital.
- 1.83 **Spécialiste** : médecin diplômé possédant l'expérience et les qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité reconnue, ce qui comprend les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention dans un domaine particulier de la médecine. 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.
- 1.84 **Spécialiste (honoraires)** : frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin spécialiste. 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.
- 1.85 **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.

- 1.86 **Traitement de la stérilité** : cela comprend l'hystérosalpingographie, la laparoscopie, l'hystérogographie et toute autre procédure de nature invasive nécessaire pour déterminer la cause de la stérilité chez l'affilié(e). Si la garantie spécifique « Traitement de la stérilité » n'apparaît pas dans votre tableau des garanties, la couverture est limitée aux examens non invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité, dans la limite de votre formule Médecine Courante (si une formule Médecine Courante a été sélectionnée par votre entreprise). Toutefois, s'il existe une garantie spécifique « Traitement de la stérilité », cette garantie prendra en charge les frais pour l'affilié(e) qui reçoit les soins, dans la limite du plafond indiqué dans le tableau des garanties. Les frais excédant le plafond de garantie ne seront pas pris en charge par la couverture du/de la conjoint(e)/partenaire compris(e) dans la police. En cas de fécondation in vitro (FIV), la couverture est limitée au plafond indiqué dans le tableau des garanties. Veuillez noter que le traitement hospitalier pour des naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée est limité à 24 900 £/30 000 €/40 500 \$/39 000 CHF par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine Courante.
- 1.87 **Traitement hospitalier** : traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde médicale de l'assuré pendant la nuit.
- 1.88 **Traitement paramédical** : traitement thérapeutique ou diagnostique ne répondant pas aux critères de la médecine occidentale conventionnelle. L'acte paramédical doit être pratiqué par des thérapeutes agréés et inclut uniquement la chiropraxie, l'ostéopathie, la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie, l'acupuncture et la podologie.
- 1.89 **Traitement préventif** : traitement entrepris en l'absence de tout symptôme préalable tel que l'ablation d'une excroissance.
- 1.90 **Transport local en ambulance** : il s'agit du transport en ambulance, requis en cas d'urgence ou de nécessité médicale, à destination de l'hôpital ou de l'établissement médical habilité le plus proche et le mieux adapté à la situation.
- 1.91 **Urgence** : apparition d'un problème de santé soudain et imprévu, qui nécessite une assistance médicale d'urgence. Seuls les soins commençant dans les 24 heures suivant l'incident sont couverts.
- 1.92 **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.
- 1.93 **Vous/votre** : personne travaillant pour l'entreprise mentionnée sur le certificat d'assurance.

Exclusions

Bien que la plupart des traitements médicalement nécessaires soient pris en charge, les dépenses liées aux traitements, pathologies et procédures médicales répertoriés ci-dessous sont exclues, sauf indication contraire dans le tableau des garanties ou dans tout autre avenant écrit.

Tous les traitements indiqués ci-dessous sont exclus sauf s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale française pour toute personne assurée qui est affiliée à la Sécurité sociale française.

1. Toute forme de **traitement** ou de **médicament** qui est **expérimental** ou dont les effets ne sont pas **prouvés** conformément aux pratiques médicales généralement reconnues.
2. **Tout traitement prodigué par un chirurgien plasticien**, que ce soit pour des raisons médicales/psychologiques ou non, ainsi que tout traitement cosmétique ou esthétique afin de mettre en valeur votre apparence, même lorsque ces soins ont été médicalement prescrits. L'exception à cette exclusion est la chirurgie réparatrice dans le but de rétablir une fonction ou un aspect physique après un accident défigurant, ou à la suite d'une chirurgie liée au traitement d'un cancer, à condition que l'accident ou l'acte chirurgical soit survenu durant votre affiliation à la police collective.
3. Les soins ou traitements de **la toxicomanie ou de l'alcoolisme** (y compris les programmes de désintoxication et les traitements pour arrêter de fumer), les cas de décès, ou les traitements de toute pathologie qui est liée, ou résulte directement de l'alcoolisme ou d'une addiction (telle qu'une défaillance d'organe ou la démence).
4. Le soin ou traitement des **maladies causées intentionnellement** ou **des blessures auto-infligées**, y compris les tentatives de suicide.
5. **Les traitements paramédicaux**, à l'exception des traitements indiqués dans le tableau des garanties.
6. **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**.
7. Les coûts liés à des traitements ambulatoires de psychothérapie avec **un thérapeute ou conseiller familial**.
8. **Le retard de développement**, sauf si l'enfant n'a pas atteint le niveau de développement cognitif ou physique prévu pour un enfant de son âge. Les traitements ne sont pas pris en charge lorsque le développement de l'enfant est légèrement ou temporairement en retard. Le retard de développement, cognitif et/ou physique, doit avoir été mesuré quantitativement par une personne qualifiée et avoir été estimé à 12 mois.

9. **Les facettes dentaires** et procédures connexes.
10. Les dépenses occasionnées lors de **l'acquisition d'un organe**, y compris la recherche d'un donneur, les tests de compatibilité, la collecte, le transport et les frais administratifs.
11. Les frais engendrés par des **complications causées directement par une maladie ou une blessure non prise en charge, ou prise en charge partiellement**, selon les conditions de votre police d'assurance.
12. **Les tests génétiques**, à moins que des tests génétiques spécifiques ne fassent partie de votre couverture, et à l'exception des tests d'ADN directement liés à une amniocentèse, à savoir pour les femmes âgées de 35 ans ou plus. Les tests pour les récepteurs génétiques tumoraux sont couverts.
13. **La visite à domicile d'un médecin** à moins qu'elle n'ait été nécessaire suite à l'apparition soudaine d'une maladie empêchant l'assuré de se rendre chez un médecin généraliste, spécialiste ou tout autre thérapeute.
14. **Le traitement de la stérilité**, y compris la procréation médicalement assistée ou toute conséquence négative, sauf si une garantie spécifique est prévue ou une formule Médecine Courante a été sélectionnée (par laquelle la couverture est limitée aux examens non-invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité, dans les limites de votre formule Médecine Courante).
15. 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 liée au traitement d'un cancer.
16. Les tests et traitements liés à **l'obésité**.
17. Les diagnostics, traitements ou complications liés à **la stérilisation, à des dysfonctionnements sexuels** (à moins que ce trouble ne soit lié à une prostatectomie totale à la suite de l'opération d'un cancer) et à **la contraception**, y compris l'insertion ou l'extraction d'appareils contraceptifs et tout autre contraceptif, même s'ils sont prescrits pour des raisons médicales, sauf indication contraire dans votre tableau des garanties. La seule exception à cette exclusion est la prescription de contraceptifs pour soigner l'acné, s'ils sont prescrits par un dermatologue.
18. Évacuation médicale/rapatriement depuis un **navire en mer** vers un centre médical sur la terre ferme.
19. **Les honoraires de médecin pour remplir le formulaire de demande de remboursement** ou d'autres frais administratifs.

20. **Les soins orthomoléculaires** (veuillez consulter la définition 1.78).
21. Les cours **pré et postnatals**.
22. Les produits classés comme **vitamines** ou **minéraux** (sauf au cours d'une grossesse ou pour traiter une déficience clinique majeure en vitamines), de même que les compléments alimentaires y compris les laits maternisés et les produits cosmétiques spéciaux, même lorsque ceux-ci ont été médicalement recommandés ou prescrits, ou bien reconnus pour avoir des effets thérapeutiques. Les frais de consultations auprès de nutritionnistes ou diététiciens ne sont pas couverts, à moins qu'une garantie spécifique n'apparaisse dans votre tableau des garanties.
23. Les médicaments qui peuvent être achetés **sans ordonnance**, à moins qu'une garantie spécifique couvrant ces frais n'apparaisse dans votre tableau des garanties.
24. **L'orthophonie** pour traiter le retard de développement, la dyslexie, la dyspraxie ou les troubles du langage et de l'expression.
25. 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.
26. **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 », « Évacuation médicale » ou « Rapatriement sanitaire ».
27. **L'interruption volontaire de grossesse**, sauf en cas de danger pour la vie de la femme enceinte.
28. Tout traitement directement lié à **la gestation pour autrui**, que vous soyez la mère porteuse ou le parent d'accueil.
29. Le traitement des maladies ou des blessures, ainsi que les cas de décès, suite à **une participation active à une guerre, des émeutes, des désordres civils, des actes terroristes, des actes criminels, des actes illégaux ou à des actes contre une intervention étrangère**, que la guerre ait été déclarée ou non.
30. Le traitement des **troubles du comportement ou de l'attention, de l'hyperactivité, des troubles du spectre autistique, des troubles de l'opposition et du défi, des comportements antisociaux, des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles phobiques, des troubles affectifs, des troubles d'adaptation, des troubles alimentaires, des troubles de la personnalité** ainsi que tout traitement qui encourage des relations socio-émotionnelles positives y compris **la thérapie familiale** sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

31. Le traitement des maladies directement ou indirectement liées à **une contamination chimique, à la radioactivité ou à tout matériau nucléaire**, y compris la **fission du combustible nucléaire**.
32. **Les traitements reçus aux États-Unis**, si nous savons que l'affilié a souscrit l'assurance dans le but de se rendre aux États-Unis afin d'y recevoir un traitement et si les symptômes de la pathologie concernée étaient connus de l'affilié avant sa souscription.
33. **Les troubles du sommeil**, y compris l'insomnie, l'apnée obstructive du sommeil, la narcolepsie, le ronflement et le bruxisme.
34. Les traitements ou procédures diagnostiques pour des blessures résultant **d'une participation à des activités sportives professionnelles**.
35. 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.
36. Le traitement en vue de modifier **la réfraction d'un œil ou des deux yeux (correction visuelle au laser)**.
37. Le traitement nécessaire **suite à l'échec du suivi d'un conseil médical**.
38. Le traitement nécessaire suite à **une erreur médicale**.
39. **Les tests triples (Bart's) ou Quadruples**, ou **les tests pour le Spina Bifida**, hormis pour les femmes de 35 ans ou plus.
40. **Dosage des marqueurs tumoraux**, à moins que le cancer spécifique en question ne vous ait été diagnostiqué précédemment. Dans ce cas, la couverture est assurée par la garantie oncologie.
41. Les traitements, frais et procédures suivants, et toute conséquence négative ou complication en résultant ne sont pas couverts, sauf indication contraire dans le tableau des garanties :
 - 41.1 Soins dentaires, chirurgie dentaire, parodontologie, orthodontie et prothèses dentaires, à l'exception de la chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, qui sont couvertes dans la limite du plafond global de votre formule Hospitalisation.
 - 41.2 Diététicien.
 - 41.3 Soins dentaires d'urgence.
 - 41.4 Frais d'une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié.
 - 41.5 Bilan de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies.
 - 41.6 Accouchement à domicile.
 - 41.7 Traitement de la stérilité.
 - 41.8 Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier.

- 41.9 Rapatriement sanitaire.
- 41.10 La greffe d'organe.
- 41.11 Psychiatrie et psychothérapie en médecine courante.
- 41.12 Soins en médecine courante.
- 41.13 Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris les examens des yeux.
- 41.14 Équipement médical prescrit.
- 41.15 Traitement préventif.
- 41.16 Rééducation.
- 41.17 Maternité.
- 41.18 Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/rapatriement.
- 41.19 Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps.
- 41.20 Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille qui est en danger de mort ou décédé.
- 41.21 Vaccinations.

42. Le **capital décès accidentel**, si le décès d'un assuré est la cause directe ou indirecte des situations suivantes :

- 42.1 Participation active à une guerre, des émeutes, des désordres civils, des actes terroristes, des actes criminels, des actes illégaux ou à des actes contre une intervention étrangère, que la guerre ait été déclarée ou non.
- 42.2 Les maladies causées intentionnellement ou blessures auto-infligées, y compris le suicide, pendant l'année suivant la date à laquelle l'assuré a rejoint la police.
- 42.3 Participation active à des activités souterraines/sous-marines telles que l'extraction minière souterraine ou plongée sous-marine.
- 42.4 Activités sur l'eau (plates-formes pétrolières) et activités aériennes, sauf indication contraire dans le contrat d'entreprise.
- 42.5 Contamination chimique ou biologique, radioactivité ou toute contamination par le matériau nucléaire, y compris la fission du combustible nucléaire.
- 42.6 Risque de guerre
 - Présence dans un pays déconseillé par le gouvernement français ou britannique à ses ressortissants (cela s'applique quelle que soit la nationalité de l'assuré) et pays vers lequel tout voyage est déconseillé ; ou,
 - Voyager ou séjourner, pour une période de plus de 28 jours par séjour, dans un pays ou une région déconseillée par le gouvernement français ou britannique sauf si la présence est indispensable.

L'exclusion « Risque de guerre » s'applique, que la demande de remboursement soit, directement ou indirectement, une conséquence de la guerre, d'émeutes, de désordres civils, d'actes terroristes, d'actes criminels, d'actes illégaux ou d'actes contre une intervention étrangère que la guerre ait été déclarée ou non.

- 42.7 Être sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants.

- 42.8 Décès ayant lieu plus de 365 jours après l'accident.
- 42.9 Exposition délibérée au danger, sauf dans l'intention de sauver une vie humaine.
- 42.10 Inhalation intentionnelle de gaz ou ingestion intentionnelle de poisons ou de drogues illicites.
- 42.11 Vol à bord d'un aéronef, y compris les hélicoptères, sauf si l'assuré est un passager et que le pilote dispose d'un brevet, ou s'il est lui-même pilote militaire et a déposé son plan de vol conformément à la réglementation locale.
- 42.12 Participation active à des sports extrêmes y compris :
- Sports de montagne tels que le rappel, l'alpinisme et les courses de toutes sortes (sauf la course à pied).
 - Sports de neige y compris le bobsleigh, luge, alpinisme, skeleton, ski ou snowboard hors-piste.
 - Sports équestres y compris la chasse à cheval, le saut d'obstacle, polo, steeple-chase ou les courses de chevaux de toutes sortes.
 - Sports aquatiques tels que la spéléologie, plongée spéléologique, plongée à plus de 10 mètres de profondeur, plongée de haut-vol, rafting et canyoning.
 - Sports en voiture ou véhicules à deux roues, tels que la moto ou le quad.
 - Sports de combats.
 - Sports aériens tels que les vols en ULM, montgolfière, parapente, deltaplane, parachute ascensionnel et sauts en parachute.
 - Autres sports divers tels que le saut à l'élastique.

Conditions générales supplémentaires

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

1. **Admissibilité** : Seuls les membres du groupe (et leurs ayants droit) qui répondent aux critères spécifiés dans le contrat d'entreprise sont admissibles.
2. **Cas de force majeure** : Nous ne pouvons être tenus responsables de tout manquement ou retard dans l'exécution de nos obligations sous les conditions de cette police, causé par ou résultant d'un cas de force majeure qui doit inclure mais ne se limite pas aux événements incalculables, imprévisibles, ou inévitables, y compris des conditions météorologiques extrêmes, inondations, glissements de terrain, tremblements de terre, tempêtes, foudre, incendies, affaissements, épidémies, actes terroristes, éclatements d'hostilités militaires (que la guerre ait été déclarée ou non), émeutes, explosions, manifestations ou autres conflits sociaux, désordres civils, sabotages, expropriations par les autorités gouvernementales ou tout autre événement qui échappe à notre contrôle.
3. **Communication avec les ayants droit** : Dans le cadre de l'administration de votre police d'assurance, nous pouvons être amenés à demander des informations complémentaires. Si nous devons communiquer au sujet d'un ayant droit inclus dans la police (par exemple si des informations complémentaires sont nécessaires pour traiter une demande de remboursement), nous pourrions contacter l'assuré principal, qui agit au nom de et pour le compte de ses ayants droit, afin qu'il nous fournisse les informations nécessaires. De la même manière, dans le but d'administrer les demandes de remboursement, toute information en lien avec une personne couverte par la police pourra être envoyée directement à l'assuré principal.
4. **Fraude et dissimulation de faits**
 - a) Pour les groupes soumis à souscription médicale, le contrat pourra être résilié depuis sa date d'entrée en vigueur s'il s'avère qu'il y a eu, de votre part ou celle de vos ayants droit, communication de renseignements erronés ou non-divulgaration intentionnelle de faits matériels y compris ceux déclarés dans le bulletin d'adhésion approprié ou liés à une aggravation du risque pendant la durée de votre police d'assurance, et qui changent l'objet du risque ou qui ont une influence sur notre évaluation du risque.

Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, nous pourrions soit augmenter le montant de la prime ou résilier votre police sous 10 jours après vous avoir envoyé une lettre recommandée vous en informant. Dans ce dernier cas, nous rembourserons la portion de la prime payée pour le temps où vous ne bénéficiez plus de la couverture. Si une demande de remboursement a été envoyée, le montant du remboursement sera réduit en proportion du taux des primes qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Les problèmes de santé apparaissant entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police seront également considérés comme pathologies préexistantes. Ces pathologies préexistantes devront également être soumises à une souscription médicale, et ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées. Si le souscripteur doute de la pertinence d'une information, il doit nous la communiquer.

b) Dans le cas où une demande de remboursement s'avère fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou si des dispositifs ou moyens frauduleux ont été utilisés par vous ou l'un de vos ayants droit ou par quiconque agissant en votre nom ou le leur afin de tirer avantage de la police d'assurance, nous ne rembourserons pas ce sinistre. Vous nous seriez alors immédiatement redevable de toute somme versée pour ce sinistre avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission et toute demande de remboursement en instance de règlement sera annulée. Nous nous réservons le droit d'informer votre entreprise en cas d'activité frauduleuse de votre part ou de vos ayants droit.

5. **Loi applicable et résolution des litiges** : Votre souscription est régie par le droit français, sauf en cas d'exigences réglementaires locales obligatoires. Tout litige ne pouvant être résolu à l'amiable sera réglé par les tribunaux français.

6. **Prescription** : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court pas dans les circonstances suivantes :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru. Dans ce cas, le délai de prescription ne court que du jour où nous prenons connaissance de la réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte.
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre un assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription comme suit :

- Toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente.
- Tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ;

- Toute reconnaissance de notre part du droit à garantie de l'adhérent, ou toute reconnaissance de dette de l'adhérent envers un assureur.

Elle est également interrompue par :

- La désignation d'experts à la suite d'un sinistre.
- L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime.
- L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la prime.

Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

- 7. Protection des données :** Allianz Worldwide Care, membre du groupe Allianz, est une compagnie d'assurances française. Nous recueillons et utilisons des informations personnelles dans le but de préparer des devis, de souscrire les polices, de percevoir les primes, de régler les sinistres et pour tout autre motif directement lié à la gestion des polices, en accord avec le contrat d'assurance. La confidentialité des informations sur les patients et les affiliés constitue l'une de nos priorités. Vous êtes en droit d'accéder aux informations personnelles vous concernant. Vous avez également le droit de nous demander de modifier ou supprimer toute information que vous jugez inexacte ou obsolète. Nous ne conserverons pas les données plus longtemps que nécessaire et uniquement pour les raisons pour lesquelles nous les avons obtenues.
- 8. Responsabilité :** Notre responsabilité vis-à-vis de l'assuré se limite aux montants figurant dans le tableau des garanties et dans tout avenant au contrat. En aucun cas, le montant du remboursement, que ce soit selon les termes de cette police, de la Sécurité sociale ou de toute autre assurance, n'excédera le montant de la facture.
- 9. Responsabilité civile d'un tiers :** Si vous ou l'un de vos ayants droit pouvez être indemnisé par la Sécurité sociale ou une autre police d'assurance concernant une demande de remboursement que vous nous avez faite parvenir, nous nous réservons le droit de refuser de payer le sinistre. Vous devez nous faire part de toute information nécessaire si vous êtes en droit de réclamer des indemnités auprès d'un tiers. La personne assurée et la tierce partie ne peuvent en aucun cas, sans notre consentement écrit, conclure un accord ou s'opposer à notre droit de recouvrer toute somme due. Dans le cas contraire, nous serons en droit de récupérer les sommes versées et de résilier la police d'assurance. Nous nous reconnaissons le droit de subrogation et pouvons instituer une procédure en votre nom, mais à nos frais, pour récupérer pour notre propre bénéfice tout paiement effectué dans le cadre d'une autre police d'assurance.

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

Informations générales

Ajouter un ayant droit

Vous pouvez demander à inclure un ou tous les membres de votre famille en tant qu'ayants droit, à condition que le contrat que nous avons passé avec votre entreprise vous y autorise. Toute demande afin d'ajouter un ayant droit doit être notifiée à votre entreprise, sauf indication contraire.

Pour **les groupes non soumis à souscription médicale**, les nouveau-nés seront couverts dès la naissance, à condition que nous en soyons informés dans les quatre semaines suivant la date de naissance. Pour ajouter un nouveau-né à la police, vous devez demander à votre entreprise d'adresser une requête écrite au contact Allianz Worldwide Care habituel. Passé ce délai de quatre semaines après la naissance, les nouveau-nés ne seront couverts qu'à partir de la date à laquelle nous en avons été informés.

Pour **les groupes soumis à souscription médicale**, les nouveau-nés (à l'exception des enfants issus de naissances multiples, des enfants adoptés et placés) 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 l'un des parents biologiques ou parents d'accueil ait été assuré chez nous depuis au moins six mois consécutifs. Pour ajouter un nouveau-né à la police, vous devez demander à votre entreprise d'adresser une requête écrite par e-mail à notre service de souscription : underwriting@allianzworldwidecare.com. 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. Veuillez noter que tous les enfants issus de naissances multiples, les enfants adoptés et placés seront soumis à une souscription médicale complète. Leur couverture commencera à partir de la date d'acceptation.

Suite à l'acceptation de notre département de souscription médicale, nous vous enverrons un nouveau certificat d'assurance pour prendre en compte l'ajout du nouvel ayant droit. Ce certificat remplacera toute autre version en votre possession, à partir de la date d'effet indiquée sur le nouveau certificat d'assurance.

Autres parties

Aucune autre personne (à l'exception d'un représentant désigné ou de l'administrateur de la police collective) n'est autorisée à effectuer ou confirmer toute modification de votre affiliation en votre nom, ou décider de ne pas faire respecter nos droits. Aucune modification ne sera valide tant qu'elle ne sera pas spécifiquement approuvée par votre entreprise et Allianz Worldwide Care.

Changement d'adresse ou d'e-mail

Toute correspondance sera envoyée aux coordonnées indiquées dans nos registres sauf indication contraire. Veuillez nous informer par écrit le plus rapidement possible de tout changement d'adresse privée, professionnelle ou d'e-mail.

Changement de pays de résidence

Nous devons être informés de tout changement de pays de résidence. Ce changement peut avoir des conséquences sur votre couverture ou votre prime d'assurance, même si vous déménagez dans un pays situé à l'intérieur de votre zone de couverture. Il est important de noter que dans certains pays, les couvertures sont soumises à des restrictions légales, notamment pour les résidents de ces pays. Il est de votre responsabilité de vous assurer que votre couverture d'assurance santé est conforme à la législation et nous vous recommandons de vous renseigner auprès d'un conseiller légal indépendant à ce sujet. Il se peut que nous ne soyons plus en mesure de vous assurer. Tout changement de pays de résidence doit nous être communiqué par votre entreprise, sauf indication contraire.

Correspondance

Toute correspondance écrite doit nous être envoyée par courrier postal affranchi ou par e-mail. D'une manière générale, nous ne renvoyons pas les documents originaux, sauf si vous en faites la demande lors de l'envoi de ces documents.

Début et fin de votre couverture

Votre assurance est valide à partir de la date d'effet indiquée sur le certificat d'assurance, et se poursuivra jusqu'à la date de renouvellement, également indiquée sur le certificat. Il s'agit généralement d'une année d'assurance, à moins qu'il n'en ait été décidé autrement entre votre employeur et nous, ou si vous avez commencé votre police dans le courant de l'année. A la fin de cette période, l'entreprise peut renouveler le contrat d'assurance sur la base des conditions générales applicables à cette date. Vous serez alors lié par ces termes.

La couverture de tout ayant droit commence à partir de la date d'effet indiquée sur le certificat d'assurance le plus récent, sur lequel les ayants droit sont mentionnés. Leur affiliation sera valide tant que vous adhèrerez à la police collective, et tant que l'âge de tout enfant à charge est inférieur à la limite fixée. La couverture de tout enfant ayant droit par votre police se termine le jour avant leur 18^{ème} anniversaire, ou le jour avant leur 24^{ème} anniversaire s'ils sont étudiants à plein temps. Ils peuvent à ce moment là, s'ils le souhaitent, effectuer une demande de souscription en leur nom à l'une de nos formules pour particuliers.

Demandes de remboursement

Veillez noter que pour les demandes de remboursement de frais médicaux :

- a) Toute demande de remboursement doit nous être envoyée au plus tard deux ans après la date des soins. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler le sinistre.
- b) Si votre contrat est complémentaire à la CFE ou si vous êtes affilié à la Sécurité sociale française, nous aurons besoin des feuilles de soins cerfa (délivrées par le prestataire médical) pour tout traitement reçu en France.
- c) Veuillez utiliser un formulaire de demande de remboursement différent par personne et par pathologie médicale. Si votre entreprise a opté pour nos services en ligne, vous disposez, en plus des formulaires de demande de remboursement papier et électronique, de l'application MyHealth pour un envoi de vos demandes de remboursement simple et rapide.
- d) Il est de votre responsabilité de garder tous les justificatifs originaux lorsque vous nous envoyez des copies (par ex. reçus de factures médicales). Dans le cadre de nos procédures d'audit, nous nous réservons le droit de vous demander les originaux de ces documents/reçus pendant les 12 mois suivant le traitement d'une demande de remboursement (ou pendant deux ans pour les demandes de remboursement sous des polices complémentaires à la CFE ou à la Sécurité sociale française). Nous nous réservons également le droit de vous demander de nous fournir une preuve de paiement de vos frais médicaux (par ex. relevé de compte bancaire ou relevé de carte bancaire). Nous vous recommandons de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.
- e) Lorsque le montant de la demande de remboursement est inférieur à celui de la franchise de votre formule, conservez toutes les demandes de remboursement et les reçus en rapport avec les soins en médecine courante jusqu'à ce que le montant total soit supérieur à celui de votre franchise. Envoyez-nous ensuite tous les formulaires ainsi que tous les justificatifs des factures.
- f) Veuillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez être remboursé sur le formulaire de demande de remboursement. Il arrive parfois que les réglementations bancaires internationales ne nous autorisent pas à effectuer un paiement dans la devise que vous avez demandée. Dans ce cas, chaque demande sera étudiée au cas par cas pour identifier une devise de paiement adaptée. Si nous devons effectuer une conversion d'une devise vers une autre, nous utiliserons le taux de change en vigueur à la date d'émission des factures ou le taux de change en vigueur à la date à laquelle le remboursement est effectué. Veuillez noter que nous nous réservons le droit de choisir le taux de change à appliquer.

- g) Seuls les frais des traitements pour lesquels vous qualifiez seront remboursés, selon les conditions de votre police et en prenant en compte toute entente préalable requise. Toutes franchises ou quotes-parts indiquées dans le tableau des garanties seront prises en compte lors du calcul du montant à rembourser.
- h) Si vous devez verser un acompte avant le début d'un traitement médical, les frais engagés ne seront remboursables que lorsque le traitement aura eu lieu.
- i) Vous et vos ayants droit vous engagez à nous fournir tous les éléments nécessaires au traitement d'une demande de remboursement. Vous et vos ayants droit acceptez de renoncer à vos droits quant au secret médical ou confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical se rapportant à votre pathologie ou problème de santé. Vous autorisez également votre médecin, dentiste, ou les professionnels de santé et employés d'hôpitaux et services de santé, à communiquer toute information en relation avec votre pathologie ou votre problème de santé aux conseillers médicaux d'Allianz Worldwide Care, ainsi qu'à tout autre expert indépendant en cas de litige. Nous pourrions, si nous le jugeons nécessaire, demander qu'un examen de santé soit effectué à nos frais par notre représentant médical. Toutes les informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Nous nous réservons le droit de refuser le paiement si vous ou vos ayants droit ne respectiez pas ces engagements.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Demandes de paiement en cas de décès accidentel

Si cette garantie est incluse dans la couverture médicale sélectionnée pour vous, 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 formulaire de demande de paiement du capital décès dûment complété,
- Un certificat de décès,
- Un rapport médical indiquant la cause du décès,
- Une déclaration écrite indiquant la date, le lieu et les circonstances de l'accident,
- Des documents officiels prouvant la situation familiale de l'assuré, et pour les bénéficiaires, une preuve d'identité ainsi qu'une preuve du lien de parenté avec l'assuré.

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

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

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

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

Entente préalable

Les garanties dont vous bénéficiez et pour lesquelles une préautorisation est nécessaire apparaissent dans votre tableau des garanties. La préautorisation se fait par le biais d'un formulaire d'entente préalable. Sauf accord contraire avec votre entreprise, les règles suivantes s'appliquent si le formulaire d'entente préalable ne nous est pas fourni :

- Si par la suite, les soins reçus s'avèrent ne pas avoir été médicalement nécessaires, nous nous réserverons le droit de rejeter votre demande de remboursement.
- Pour les garanties numérotées ¹ dans le tableau des garanties, **nous nous réserverons le droit de décliner votre demande de remboursement.** S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que **80 %** de la garantie pour laquelle vous qualifiez.
- Pour les garanties numérotées ² dans le tableau des garanties, **nous nous réserverons le droit de décliner votre demande de remboursement.** S'il est prouvé par la suite que le traitement administré était médicalement nécessaire, nous ne paierons que **50 %** de la garantie pour laquelle vous qualifiez.

Expiration de la police

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

Faire une réclamation

Si vous souhaitez nous faire part de vos commentaires ou faire une réclamation, contactez en premier lieu le service téléphonique d'Allianz Worldwide Care (+ 353 1 630 1303). Si nous ne sommes pas en mesure de résoudre le problème par téléphone, veuillez nous écrire à :

client.services@allianzworldwidecare.com

Customer Advocacy Team, Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.

Nous traiterons votre réclamation conformément à notre procédure interne de traitement des réclamations. Pour plus d'informations, rendez-vous sur : www.allianzworldwidecare.com/complaints-procedure. Vous pouvez également contacter notre service téléphonique pour obtenir un exemplaire de cette procédure.

Fin de votre affiliation

Votre entreprise peut mettre fin à votre affiliation ou à celle de vos ayants droit. Il lui suffit pour cela de nous en informer par écrit. Votre affiliation prendra automatiquement fin dans les cas suivants :

- A la fin de l'année d'assurance, si le contrat entre Allianz Worldwide Care et votre entreprise est résilié.
- Si votre entreprise décide de mettre fin à la police d'assurance ou ne renouvelle pas votre affiliation.
- Si votre entreprise ne paie pas les primes ou tout autre paiement dû selon les termes du contrat qu'elle a passé avec Allianz Worldwide Care.
- Si vous payez individuellement et si vous ne payez pas les primes ou tout autre paiement dû selon les termes du contrat passé entre votre employeur et Allianz Worldwide Care, votre entreprise peut vous exclure de la police collective après vous avoir fourni un préavis par écrit de 40 jours. Le préavis sera envoyé 10 jours après la date d'échéance du paiement de la prime.
- Lorsque vous quittez l'entreprise.
- En cas de décès du souscripteur.

Allianz Worldwide Care peut mettre fin à l'affiliation d'une personne et de ses ayants droit s'il existe des preuves raisonnables que la personne concernée nous a induit en erreur ou a tenté de le faire, en nous donnant des informations fallacieuses ou en ne divulguant pas des informations pertinentes, ou en s'associant à une tierce personne pour nous donner des informations fallacieuses, de manière intentionnelle ou par négligence, qui peuvent influencer notre choix dans les prises de décisions y compris :

- Vous autoriser ou non à souscrire la police (ou autoriser vos ayants droit).
- Définir quelles primes votre entreprise doit payer.

- Déterminer si nous devons payer un sinistre.

Paiement de votre prime d'assurance

Si vous êtes responsable du paiement de vos primes, vous êtes dans l'obligation de payer à l'avance la prime due pour la durée de votre affiliation. Le taux accordé avec votre entreprise et la fréquence de paiement que vous avez sélectionnée sont indiqués sur votre certificat d'assurance. **La prime initiale** ou le premier versement est payable immédiatement après notre acceptation de votre souscription. En cas de différence entre le prix accordé et votre facture, veuillez nous contacter au plus vite. Nous ne sommes pas responsables des paiements effectués par le biais de tierces personnes. **Les primes ultérieures** sont dues le premier jour de la période de paiement choisie.

Vous devez également nous verser le montant de toute Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) ainsi que toute autre taxe, prélèvement ou frais liés à votre affiliation et que nous sommes légalement obligés de payer ou de vous facturer. Ces frais peuvent être en application lors de votre affiliation, mais peuvent également être introduits ou modifiés après celle-ci. Ces frais sont indiqués sur votre facture.

Vous serez informé par écrit de tout changement apporté aux primes, TSA, autres frais et prélèvements.

Chaque année à la date de renouvellement, nous pouvons modifier la méthode utilisée pour calculer les primes, leur montant et/ou le mode de paiement. Ces changements vous seront communiqués par votre entreprise au moins trois mois avant qu'ils ne prennent effet et n'entreront en vigueur qu'à partir de la date de renouvellement. Vous pouvez modifier les modalités de paiement lors du renouvellement, et vous devez en faire la demande par écrit au moins 30 jours avant la date de renouvellement.

Veuillez nous contacter si vous êtes dans l'incapacité de payer votre prime pour quelque raison que ce soit.

Pays dans lesquels vous pouvez recevoir un traitement

Si le traitement médical nécessaire pour lequel vous êtes couvert ne peut être administré sur place, vous avez 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 est 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'exception des frais de transport.

Veillez noter qu'en tant qu'expatrié vivant à l'étranger, les frais engagés dans votre pays d'origine sont couverts à condition que ces traitements soient pris en charge par votre couverture, et que votre pays d'origine fasse partie de votre zone de couverture.

Maintien de la couverture

Nous continuerons de couvrir vos dépenses médicales (et le cas échéant celles de vos ayants droit) dans certaines circonstances comme indiqué dans les sections suivantes. Nous pouvons vous faire bénéficier d'un maintien de couverture sous une nouvelle police d'assurance comme décrit ci-dessous, selon les conditions de la nouvelle police d'assurance (y compris les conditions de paiement des primes) et en accord avec la Loi Evin et le Code des assurances français (si applicable).

Section A – Maintien temporaire : Portabilité

Conformément à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- 1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois ;
- 2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- 3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- 4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
- 5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
- 6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Section B – Maintien permanent à votre demande si vous êtes adhérent à la Sécurité sociale française et votre contrat de travail est rompu

Si votre contrat de travail prend fin et en accord avec l'Article 4 de la Loi Evin, vous et vos ayants droit bénéficiez d'un prolongement de la couverture pour les frais médicaux. Cette disposition ne s'applique que sous les conditions suivantes :

- vous étiez couvert en tant qu'adhérent par le contrat d'entreprise à la date de fin de votre contrat de travail, et
- vous êtes bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, si vous êtes privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, et
- vous êtes toujours affilié au régime de Sécurité sociale français.

Vous devez nous demander le maintien de couverture dans les six (6) mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle vous avez bénéficié à titre temporaire du maintien de ces garanties.

Section C – Maintien permanent à leur demande pour les ayants droit d'un employé décédé et adhérent à la Sécurité sociale française

Conformément à l'article 4 de la Loi Evin tel que modifié par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, en cas de décès lors de votre adhésion au contrat d'entreprise, tout ayant droit couvert par votre police (à la date de décès) aura droit à un maintien de couverture pour ses frais médicaux selon les mêmes conditions qu'auparavant. Cette disposition ne s'applique que sous les conditions suivantes :

- les ayants droit demandent le maintien de la couverture dans les six (6) mois suivant la date de votre décès, et
- vous étiez affilié au régime de Sécurité sociale français à la date de votre décès.

Si une demande de prolongement est faite, votre(vos) ayant(s) droit bénéficieront d'un prolongement de couverture pour un maximum de douze mois suivant votre décès.

Section D – Maintien permanent à votre demande si vous êtes adhérent à la Sécurité sociale française et si le contrat d'entreprise prend fin

Conformément à l'article 5 de la Loi Evin tel que modifié par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, Si votre couverture prend fin suite à la résiliation du contrat d'entreprise, vous pourrez prétendre à un maintien de couverture sous l'une de nos assurances santé pour particuliers. Cette disposition ne s'applique que sous les conditions suivantes :

- vous demandez un maintien de couverture dans le mois suivant la fin de votre couverture sous le contrat d'entreprise, et
- vous êtes toujours affilié au régime de Sécurité sociale français.

Pour tous les cas prescrits ci-dessus, nous nous réservons le droit de demander une preuve de leur droit à cette couverture à toute personne demandant un maintien. Vous devez nous informer immédiatement de tout changement concernant vos droits à ce maintien de couverture, y compris si vous perdez vos droits aux garanties décrites ci-dessus. Pour les sections B à D, la prime de la première année d'assurance d'une nouvelle police d'assurance en maintien de la couverture ne peut être supérieure de plus de 50% au taux moyen appliqué aux assurés sous le contrat d'entreprise pour une couverture équivalente lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle police d'assurance.

Section E – Dans tous les autres cas, si la couverture d'assurance prend fin

Si vous n'êtes pas affilié au régime de Sécurité sociale français et si votre couverture d'assurance souscrite dans le cadre du contrat d'entreprise prend fin, vous pourrez demander à souscrire une de nos assurances santé pour particuliers. Votre police peut être soumise à une souscription médicale et nous nous réservons le droit d'accepter ou de refuser votre demande d'adhésion. La demande devra nous parvenir dans un délai d'un (1) mois suivant la fin de votre adhésion à la police collective. En cas d'acceptation, la date d'entrée en vigueur de votre police sera le jour suivant la date de fin de votre adhésion à la police collective.

Renouvellement de votre affiliation

Si votre entreprise est responsable du paiement de votre prime : Le renouvellement de votre affiliation (et celle de vos ayants droit, le cas échéant) est soumis à son renouvellement par votre employeur dans le cadre du contrat d'entreprise.

Si vous êtes responsable du paiement de votre prime : Si votre entreprise renouvelle votre affiliation (ainsi que celle des personnes à votre charge, le cas échéant) dans le cadre du contrat d'entreprise, vous serez automatiquement couvert pour l'année d'assurance suivante, si nous sommes toujours en mesure de vous fournir une couverture dans votre pays de résidence, si vous êtes à jour dans le paiement de vos primes et si nous sommes en possession de données de paiement valides à la date du renouvellement. Veuillez nous informer si les coordonnées de votre compte bancaire ont changé ou si vous recevez une nouvelle carte bancaire, veuillez nous en communiquer le numéro, date d'expiration etc.

Soins aux États-Unis

Si vous bénéficiez d'une couverture « mondiale » et si vous souhaitez localiser un prestataire médical aux États-Unis, rendez-vous sur : www.allianzworldwidecare.com/olympus. Si vous avez des questions à propos d'un prestataire médical ou si vous avez sélectionné un prestataire et souhaitez obtenir un rendez-vous, veuillez composer le (+1) 800 541 1983 (gratuit depuis

les États-Unis). Votre employeur peut avoir sélectionné la carte de pharmacie Caremark. Si vous devez vous acquitter d'une somme, la pharmacie vous le confirmera. Veuillez vous assurer que l'ordonnance que vous présentez indique la date de naissance de la personne à qui elle est destinée. Vous pouvez aussi demander une carte de réduction en pharmacie auprès d'Olympus, 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 la page suivante : <http://members.omhc.com/awc/prescriptions.html> et cliquez sur « Print Discount Card ».

Les traitements reçus aux États-Unis ne seront pas couverts si nous savons que l'affilié a souscrit l'assurance dans le but de se rendre aux États-Unis afin d'y recevoir un traitement et si les symptômes de la pathologie étaient connus de l'affilié avant sa souscription. Pour tout remboursement versé pour le traitement décrit ci-dessus, nous nous réservons le droit d'exiger auprès de l'assuré le remboursement de ces frais.

Soins nécessaires suite à la faute d'une tierce personne

Si les soins que vous devez recevoir sont la conséquence des actions d'une tierce personne, vous devrez nous le signaler et nous en avertir par écrit le plus tôt possible. Par exemple, en cas de soins pour une blessure causée lors d'un accident de voiture dans lequel vous êtes une victime. Dans ce cas, 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 payés. Si vous recouvrez les frais des soins que nous avons payés, vous devrez nous en rembourser le montant (et les intérêts le cas échéant).

Souscrire une assurance si votre affiliation à la police collective prend fin

Si votre couverture d'assurance souscrite dans le cadre du contrat d'entreprise prend fin, vous pourrez demander à souscrire une de nos couvertures santé pour particuliers. Votre police pourra faire l'objet d'une souscription médicale. Nous nous réserverons le droit d'accepter ou non votre demande de souscription. La demande devra nous parvenir dans un délai d'un mois après la fin de votre affiliation à la police collective. La date de début, en cas d'acceptation, correspondra au premier jour suivant la fin de votre affiliation à la police collective.

Notes

L'essentiel de votre couverture

Vous pouvez détacher cette partie si vous souhaitez garder avec vous les informations les plus importantes. Votre couverture est soumise aux définitions, exclusions et plafonds détaillés dans les conditions générales pour contrats collectifs.



Allianz 
Worldwide Care

Se faire soigner

En premier lieu, veuillez vérifier si le traitement est pris en charge par votre couverture. Les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre tableau des garanties. Vous pouvez également contacter notre service téléphonique pour toute question.

Une préautorisation est nécessaire pour certains traitements

Une préautorisation doit être obtenue par le biais d'un formulaire d'entente préalable pour les traitements/garanties suivants :

- Chirurgie ambulatoire
- Dialyse rénale
- Ensemble des traitements en hospitalisation répertoriés (si vous devez passer la nuit à l'hôpital)
- Ergothérapie (une préautorisation est nécessaire uniquement pour les traitements ambulatoires)
- Évacuation médicale (ou rapatriement si couvert)
- Frais d'une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation (ou rapatriement si couvert)
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps
- Hospitalisation de jour
- Maternité et complications de grossesse et à l'accouchement (préautorisation nécessaire pour les soins en hospitalisation uniquement)
- Oncologie (une préautorisation est nécessaire pour les soins en hospitalisation et les soins de jour uniquement)
- Rapatriement du corps
- Rééducation
- Soins à domicile ou dans un centre de convalescence
- Soins palliatifs
- Soins de longue durée
- Tomographie et scanographie-tomographie (l'entente préalable n'est pas nécessaire pour un IRM, sauf si vous préférez un règlement direct au prestataire)

Le formulaire d'entente préalable nous permet d'évaluer chaque cas et de faciliter le règlement direct avec l'hôpital. Veuillez noter que nous pouvons refuser une demande de remboursement en l'absence d'entente préalable. Veuillez vous rendre en page 28 de ce guide pour plus d'informations.

Évacuation et Rapatriement

Dès que vous pressentez qu'une évacuation ou un rapatriement est nécessaire, contactez notre service téléphonique disponible 24h/24 (coordonnées au dos de cette section détachable) et nous nous occuperons de tout. Étant donné le caractère urgent d'une évacuation ou d'un rapatriement, il est préférable de nous contacter par téléphone. Vous pouvez toutefois nous contacter par e-mail à l'adresse suivante : medical.services@allianzworldwidecare.com. Veuillez indiquer en objet de votre message « Urgent – Évacuation/Rapatriement ». Pour éviter une augmentation des frais et des retards inutiles lors des processus d'évacuation, veuillez nous contacter avant de contacter tout autre prestataire, même s'il vous contacte directement. Si l'évacuation/rapatriement n'est pas organisé(e) par nos soins, nous nous réservons le droit de décliner toute demande de remboursement des frais engagés.

Soins hospitaliers

1. Téléchargez le formulaire d'entente préalable depuis notre site Internet : www.allianzworldwidecare.com/members.
2. Envoyez-nous ce formulaire dûment complété au moins cinq jours ouvrables avant le début du traitement par :
 - E-mail, après avoir numérisé le document à : medical.services@allianzworldwidecare.com ou
 - Fax au: + 353 1 653 1780, ou par la poste à l'adresse indiquée sur le formulaire.
 - Si les soins doivent avoir lieu dans les 72 heures, notre service d'assistance téléphonique pourra remplir le formulaire d'entente préalable par téléphone.

En cas d'urgence :

1. Recevez les soins d'urgence dont vous avez besoin, et appelez-nous si vous avez besoin d'aide ou de soutien.
2. Vous-même, votre médecin, un ayant droit ou un collègue devez appeler notre service téléphonique (dans les 48 heures suivant l'urgence) pour nous informer de votre hospitalisation. Les informations du formulaire d'entente préalable pourront être recueillies par téléphone lorsque vous nous appelez.



Soins ambulatoires et dentaires



Veillez régler les frais des consultations ambulatoires directement auprès des médecins, dentistes ou spécialistes, et envoyez-nous ensuite une demande de remboursement. Si votre employeur a opté pour nos services en ligne, l'application *MyHealth* vous permet l'envoi simple et rapide des demandes de remboursement : entrez les renseignements essentiels, prenez une photo de vos factures, et cliquez sur « Soumettre ». www.allianzworldwidecare.com/myhealth

Vous pouvez également télécharger un formulaire de demande de remboursement depuis notre site internet : www.allianzworldwidecare.com/members et suivez la procédure ci-dessous :

1. Obtenez une facture du médecin/dentiste, indiquant votre nom, la (les) date(s) de traitement, le diagnostic/problème de santé pour lequel vous êtes traité, la date d'apparition des symptômes, la nature du traitement et les frais payés.
2. Remplissez les sections 1 à 4 et 7 du formulaire de demande de remboursement. Les sections 5 à 6 du formulaire de demande de remboursement ne doivent être complétées par le médecin/dentiste que si la facture n'indique pas le diagnostic ou la nature des soins.
3. Envoyez-nous le formulaire et les originaux des documents justificatifs, des factures et des reçus, par :
 - E-mail, après avoir numérisé le document à : claims@allianzworldwidecare.com ou
 - Fax au : + 353 1 645 4033, ou par la poste à l'adresse indiquée sur le formulaire.

En l'absence de diagnostic, nous ne pourrions traiter votre demande rapidement car nous devons nous procurer les renseignements nécessaires auprès de vous ou de votre médecin.

Nous pouvons traiter votre demande et adresser les instructions de paiement à votre banque en moins de 48 heures lorsque nous avons reçu toutes les informations nécessaires. Un e-mail ou une lettre vous sera envoyée pour vous informer du traitement de votre demande de remboursement.

Si vous êtes de nationalité française et si votre contrat est complémentaire à la CFE, les demandes de remboursement dûment complétées sont traitées et les instructions de paiement sont envoyées à votre banque sous cinq jours ouvrables.

Veillez consulter la section « Demandes de remboursement » en page 26-27 de ce guide pour plus d'informations. Vous trouverez également des renseignements sur les soins aux Etats-Unis en page 33-34.



Services utiles

Vous trouverez ci-dessous quelques services utiles dont vous bénéficiez :

- Vous pouvez accéder aux services en ligne réservés aux affiliés en vous rendant sur : www.allianzworldwidecare.com/members. Vous pouvez y **rechercher des prestataires médicaux, télécharger des formulaires et vous avez également accès à une gamme de ressources dédiées à la santé et au bien-être**. Veuillez noter que vous n'êtes pas limité aux prestataires figurant sur notre site internet.
- Si votre employeur a sélectionné cette fonction, vous recevrez un nom d'utilisateur et un mot de passe vous donnant accès aux services en ligne, accessibles depuis www.allianzworldwidecare.com/members. Vous pouvez également sélectionner « S'enregistrer » sur cette même page et entrer les informations demandées (qui apparaissent sur votre certificat d'assurance). Le portail des services en ligne vous permet de télécharger les documents importants relatifs à votre police, de vérifier les montants de garanties disponibles et le statut de toute demande de remboursement que nous avons reçue. Si vous êtes responsable du paiement de la prime, vous pouvez payer vos primes par carte de crédit, et mettre à jour les coordonnées de votre carte. Sachez que vous pouvez également bénéficier d'une vaste gamme de services disponibles sur notre application MyHealth www.allianzworldwidecare.com/myhealth
- **Le service de conseils médicaux MediLine, disponible 24h/24, 7j/7** au +44 (0) 208 416 3929, fourni par une équipe médicale expérimentée qui vous répond en anglais, dispense des informations et des conseils sur une large gamme de sujets y compris la pression artérielle, les régimes, les maladies infectieuses, les premiers secours, les soins dentaires, les vaccins, l'oncologie, l'infirmité, la parole, la stérilité, la pédiatrie, la santé mentale et la santé générale. Veuillez contacter notre service téléphonique pour toute question sur votre police ou votre couverture (par ex. plafonds de garantie ou état d'une demande de remboursement).



Coordonnées

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

Service téléphonique 24h/24, 7j/7, pour toutes questions ou en cas d'urgence

E-mail : client.services@allianzworldwidecare.com
Fax : + 353 1 630 1306

Téléphone :

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

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

Numéros gratuits : www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers
Veuillez noter que les numéros gratuits ne sont pas toujours accessibles depuis un téléphone mobile. Dans ce cas, veuillez composer l'un des numéros indiqués ci-dessus.

Adresse : Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus,
Nangor Road, Dublin 12, Irlande.

www.allianzworldwidecare.com



AWP Health & Life SA est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, France.

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