

CONDITIONS GENERALES

2011

Score
Expat

Prestations et conditions propres aux différents types de couverture

PLAN DE BASE

- | | |
|---|-------------|
| 1. Assurance internationale médicale | p.4 |
| 2. Assistance et rapatriement | p.99 |

MODULES COMPLEMENTAIRES

- | | |
|---|--------------|
| 3. Assurance décès et invalidité accidentels | p.122 |
| 4. Responsabilité civile vie privée à l'étranger | p.132 |
| 5. Protection juridique pénale internationale | p.147 |

DEVOIR D'INFORMATION

- | | |
|--|--------------|
| Assurance décès et invalidité accidentels | p.153 |
| Responsabilité civile vie privée à l'étranger | p.160 |



est une solution suisse d'assurance dédiée aux expatriés et leurs familles de toutes nationalités qui partent plus d'un an à l'étranger. Ce contrat vous accompagne dans le monde entier ou une région de votre choix. ScoreExpat propose une solution complète entièrement modulable : assurance maladie, assistance rapatriement, responsabilité civile privée, protection juridique, couverture décès et invalidité accidentels et couverture rançon et kidnapping. Ce contrat peut être choisi pour une durée minimale d'un an et souscrit jusqu'à 70 ans inclus.

SANO Concept International est une marque du groupe SANO Concept, spécialiste en conseil, conception et distribution de solutions d'assurance internationales en santé, prévoyance et assistance. Créée en 2000, regroupant aujourd'hui plus de 400 collaborateurs, la société assure plus de 120 000 personnes en Suisse et à l'étranger. SANO Concept est la filiale suisse d'APRIL Group, acteur majeur de l'assurance avec 72 sociétés réparties dans plus de 30 pays.

SANO Concept International s'est associé avec des partenaires suisses et internationaux de 1er rang, tous leaders sur leur marché afin de concevoir une offre innovante pour les expatriés suisses.

PLAN DE BASE

ASSURANCE MEDICALE INTERNATIONALE





Couvertures médicales

Conditions générales pour contrats individuels

Entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2010

Allianz 
Allianz Worldwide Care

Bienvenue chez Allianz Worldwide Care

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

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

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

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

Sommaire

Introduction	5-6	Ce qui n'est pas pris en charge	36-46
Services réservés aux affiliés	7-13	Paiement des primes et informations générales	47-63
Service téléphonique	7	Paiement des primes	47
Assistance téléphonique d'urgence	8	Evénements importants	50
Service de conseils médicaux MediLine	8	Informations générales	56
Pack d'adhésion	9		
Services en ligne	12	Procédure de remboursement	64-75
Annuaire de prestataires médicaux	13	Demandes de remboursement en hospitalisation	64
		Demandes de remboursement en médecine courante ou dentaire	65
		Demandes de paiement en cas de décès accidentel	69
		Entente préalable	70
		Soins aux Etats-Unis	74
Votre couverture	14-35	Questions / réponses	76-77
Plafonds des garanties	14	Faire une réclamation	78
Nécessité médicale	15		
Pathologies chroniques	15	Définitions	79-90
Pathologies préexistantes	16		
Délai de carence	17	Conditions générales supplémentaires	91-94
Franchises ou quotes-parts	17		
Votre zone de couverture	18		
Votre formule Hospitalisation expliquée	18		
Autres garanties de la formule Hospitalisation	19		
Votre formule Médecine Courante expliquée	32		
Votre formule dentaire expliquée	35		
Votre formule Rapatriement expliquée	35		

Introduction

Détails de votre police d'assurance avec nous.

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

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

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

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

Les formules choisies sont indiquées dans votre certificat d'assurance et dans le tableau des garanties, tous deux inclus dans votre pack d'adhésion. Les avenants ou conditions particulières uniques à votre couverture sont mentionnés dans le certificat d'assurance (et

ont été détaillés dans un formulaire de conditions particulières émis avant le début de votre police).

Veillez noter qu'une entente (ou accord) préalable est exigée pour tous les soins en hospitalisation, et qu'elle peut être nécessaire pour d'autres garanties. Si l'entente préalable n'est pas obtenue pour des soins pour lesquels elle est requise, nous nous réservons le droit de refuser la demande de remboursement. Pour de plus amples informations sur l'entente préalable, veuillez vous reporter aux pages 70 à 74.

Services réservés aux affiliés

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

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

Service téléphonique

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

Service téléphonique

Email : client.services@allianzworldwidecare.com

Anglais :	+ 353 1 630 1301
Allemand :	+ 353 1 630 1302
Français :	+ 353 1 630 1303
Espagnol :	+ 353 1 630 1304
Italien :	+ 353 1 630 1305
Portugais :	+ 353 1 645 4040
Fax :	+ 353 1 630 1306

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

Assistance téléphonique d'urgence

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

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

pourrons ainsi organiser le règlement direct de vos frais d'hôpital, lorsque cela sera possible, et traiter votre demande de remboursement dans les plus brefs délais.

Service de conseils médicaux MediLine

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

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

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

personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires.

Pack d'adhésion

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

- **Votre carte d'affiliation personnalisée**
Nous fournissons à chaque assuré une carte d'affiliation personnalisée qui contient les coordonnées et numéros indispensables pour nous contacter. Nous vous recommandons de toujours avoir cette carte sur vous. Si vous la perdez ou si des

corrections sont nécessaires (par exemple l'orthographe d'un nom), contactez simplement notre service téléphonique par email ou par téléphone et une nouvelle carte vous sera envoyée.

- **Votre certificat d'assurance**

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

nous les faire savoir dans les plus brefs délais.

- **Votre tableau des garanties**

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

- **Les conditions générales pour contrats individuels**

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

- **Un formulaire d'entente préalable**

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

- **Un formulaire de demande de remboursement**

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

48 heures suivant la réception du formulaire.

Un email vous sera automatiquement envoyé (si votre adresse email nous a été communiquée) pour vous informer de la réception puis du traitement de votre demande. Veuillez noter que le formulaire de demande de remboursement est également disponible sur notre site Internet.

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

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

Services en ligne

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

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

Si vous n'avez pas reçu votre identifiant, vous pourrez accéder à votre compte en ligne en cliquant sur le bouton « S'inscrire » dans l'écran de connexion. Veuillez saisir votre numéro de police, nom et date de naissance tels qu'indiqués dans les documents de votre pack d'adhésion. Un email automatique détaillant votre identifiant vous sera envoyé à l'adresse email que nous avons dans nos registres (si elle nous a été communiquée).

Les services en ligne vous permettent les actions suivantes :

- Afficher et modifier vos informations personnelles en ligne ;
- Récupérer de manière sécurisée le nom d'utilisateur et le mot de passe en cas de perte ou d'oubli ;
- Télécharger votre certificat d'assurance et les conditions générales pour contrats individuels ;
- Télécharger la carte d'affiliation au format PDF, pour les affiliés qui nous ont rejoints depuis 2007 ;
- Consulter votre tableau des garanties et vérifier le montant de remboursement encore disponible ;

- Confirmer le statut des demandes de remboursement soumises et visualiser la correspondance échangée à ce sujet ;
- Payer la totalité de votre prime en ligne ;
- Afficher une description des transactions concernant les primes et les informations sur les primes dues ;
- Mettre à jour les données de votre carte bancaire, si nécessaire.

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

Annuaire de prestataires médicaux

Notre annuaire de prestataires médicaux est disponible sur le site Internet d'Allianz Worldwide Care www.allianzworldwidecare.com.

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

Votre couverture

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

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

Plafonds des garanties

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

garanties, par affilié, par année d'assurance, et sous cette formule en particulier. Certaines garanties ont également un **plafond propre**, par exemple « Soins à domicile ou dans un centre de convalescence ». Ces plafonds de garantie peuvent être appliqués soit « par année d'assurance », « durant la vie de l'assuré » ou « par événement », comme par voyage, par visite ou par grossesse. Nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties, par exemple « 65 % des frais réels, jusqu'à 3 650 £/5 000 €/7 100 \$/7 500 CHF ». Lorsque le plafond de garantie s'applique ou lorsque le terme « 100 % des frais réels » est indiqué pour certaines garanties, le remboursement sera sujet au plafond global de la formule, si celle-ci en a un.

Nécessité médicale

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

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

d'usage, nous entendons que les montants facturés sont conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues. Si nous considérons un sinistre inapproprié, nous nous réserverons le droit de diminuer le montant à rembourser.

Pathologies chroniques

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

- Est de nature récurrente ;
- Est sans remède identifié et généralement reconnu ;
- Répond difficilement à tout type de traitement ;
- Requiert un traitement palliatif ;

- Nécessite un suivi ou un contrôle prolongé ;
- Conduit à un handicap permanent.

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

Pathologies préexistantes

Est considérée comme une pathologie préexistante tout problème de santé ou problème lié dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours des cinq années précédant le début de la couverture, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché

ou non. Tout problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droit aurai-ent raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante.

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

Délai de carence

Un délai de carence est une période commençant à la date de début de votre police (ou à sa date d'entrée en vigueur si vous êtes un ayant droit) pendant laquelle vous ne pouvez prétendre à certaines garanties. Votre tableau des garanties indiquera celles concernées par un délai de carence. Veuillez noter que si vous souhaitez une couverture ou zone de couverture plus importante et que cela est accepté lors du renouvellement de la police, des délais de carence pourront s'appliquer.

Franchises ou quotes-parts

Une franchise correspond à un montant à votre charge qui est déduit de la somme remboursable. Une quote-part est un

pourcentage des frais encourus qui reste à votre charge. Certaines formules peuvent inclure une quote-part maximum par affilié et par année d'assurance, et lorsque cela sera le cas, le montant que vous devrez payer sera plafonné au montant indiqué dans votre tableau des garanties.

Veillez vous référer à votre tableau des garanties pour vérifier si des franchises ou des quotes-parts s'appliquent aux garanties de la formule que vous avez choisie. Cela peut s'appliquer aussi bien aux formules Hospitalisation qu'aux formules Médecine Courante ou dentaires.

Votre zone de couverture

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

Votre formule Hospitalisation expliquée

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

Garanties hospitalières

En cas d'hospitalisation, vous serez remboursé pour les garanties incluses dans votre formule Hospitalisation, dans les limites de votre

couverture. Les garanties hospitalières comprennent entre autres la chambre d'hôpital, les frais d'anesthésie et de bloc opératoire, les frais chirurgicaux, les appareillages chirurgicaux, les prothèses et les analyses. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour connaître celles dont vous bénéficiez. Une entente préalable est requise avant tout traitement hospitalier indiqué dans votre tableau des garanties.

Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier

Si les soins psychiatriques et de psychothérapie sont compris dans votre couverture, ils vous seront remboursés dans la limite du montant spécifié dans votre tableau des garanties, en cas d'hospitalisation uniquement, sauf accord

contraire. Cette garantie peut être soumise à un délai de carence.

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

Si cette garantie est incluse, en cas d'hospitalisation d'un enfant assuré, les frais d'hébergement d'un parent restant avec cet enfant seront couverts durant la durée de l'hospitalisation, dans la limite du montant précisé dans le tableau des garanties. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, nous prendrons en charge l'équivalent d'une chambre dans un hôtel trois étoiles. Veuillez vérifier dans votre tableau des garanties si une limite d'âge s'applique à l'enfant.

Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation

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

Autres garanties de la formule Hospitalisation

Toutes ou certaines des garanties suivantes peuvent être incluses dans votre formule. Celles

dont vous bénéficiez sont précisées dans votre tableau des garanties.

Hospitalisation de jour

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

Chirurgie ambulatoire

Si cette garantie est comprise dans votre formule, vous serez couvert pour toute intervention chirurgicale réalisée dans un cabinet chirurgical, un hôpital, un centre

médical de jour ou dans un service de médecine courante, dans la limite du montant prévu dans le tableau des garanties. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Soins à domicile ou dans un centre de convalescence

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

Rééducation

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

Transport local en ambulance

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

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

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

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

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

Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture

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

thérapeutiques non urgents, et ce même si vous êtes dans l'incapacité de vous rendre dans un pays de votre zone géographique de couverture. Pour les déplacements de plus de six semaines en dehors de votre zone de couverture, veuillez nous contacter.

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

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

Evacuation médicale

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

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

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

Lorsqu'un assuré est évacué vers le centre médical approprié le plus proche pour y recevoir un **traitement continu**, nous prendrons aussi en charge le coût raisonnable d'une chambre

d'hôtel avec salle de bain. Le coût de l'hôtel doit être inférieur à celui des allers-retours entre le centre médical et le principal pays de résidence. L'hébergement d'un accompagnateur est exclu. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

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

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

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

Rapatriement du corps

En cas de décès, lorsque cela est couvert, nous verserons une compensation dont le montant

maximum est indiqué dans le tableau des garanties, pour couvrir le coût du rapatriement du corps de la personne assurée de son principal pays de résidence vers le pays de la sépulture.

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

Scanographie, IRM, tomographie et scanographie-tomographie

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

Oncologie

Si cette garantie est comprise dans votre formule Hospitalisation, les honoraires des

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

Maternité

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

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

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

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

Complications de grossesse

Si cette garantie est comprise dans votre couverture, les complications de grossesse concernent la santé de la mère, et seules les complications suivantes qui surviennent au cours de la période prénatale de la grossesse sont couvertes : grossesse extra-utérine, diabète gestationnel, pré-éclampsie, fausse couche, risques de fausse couche, enfant mort-né ou môle.

Veuillez vérifier dans votre tableau des garanties si vous en bénéficiez et si elle est soumise à un plafond ou délai de carence. Veuillez noter

qu'une entente préalable est requise en cas d'hospitalisation uniquement.

Complications à l'accouchement

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

Les complications à l'accouchement ne seront prises en charge que si vous disposez également d'une garantie maternité. Veuillez noter que les complications à l'accouchement couvrent également la césarienne lorsque celle-ci est médicalement nécessaire. Veuillez vérifier dans

vos tableau des garanties si vous en bénéficiez et si elle est soumise à un plafond ou délai de carence. Une entente préalable est requise en cas d'hospitalisation uniquement.

Accouchement à domicile

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

Couverture des nouveau-nés

Les nouveau-nés (à l'exception des naissances multiples) sont couverts dès la naissance sans souscription médicale, à condition que nous en soyons informés dans les quatre semaines suivant la date de naissance et que la mère ait

été assurée chez nous depuis au moins six mois consécutifs. Si nous en sommes informés plus de quatre semaines après la naissance, les nouveau-nés feront l'objet d'une souscription médicale complète et ne seront couverts qu'à la date de notre acceptation. Pour ajouter un nouveau-né à votre police, vous devez adresser une requête écrite par email à notre service de souscription : **underwriting@allianzworldwidecare.com**.

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

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

Correction visuelle au laser

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

Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation

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

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

Si une hospitalisation de jour dans un hôpital privé, des soins en médecine courante post-opératoires ou un traitement hospitalier sont

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

- Billets d'avion en classe économique pour vous rendre d'une Ile anglo-normande à une autre, au Royaume-Uni ou en France ;
- Trajets en seconde classe en train, métro et autobus ;
- Trajets en taxi, maximum 22 £/30 € par trajet.

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

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

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

Soins d'urgence sans hospitalisation

Cette garantie couvre les soins reçus aux urgences suite à un accident ou à une maladie

soudaine. Pour être considérés comme une urgence, les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'incident. Si vous bénéficiez de cette garantie, elle figurera dans votre tableau des garanties ainsi que son plafond.

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

Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation

Si cette garantie est comprise dans votre formule, vous serez couvert pour les soins reçus dans un cabinet de chirurgie dentaire ou dans

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

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

Soins palliatifs et soins de longue durée

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

Décès accidentel

Si cette garantie est incluse dans votre formule, nous verserons une somme forfaitaire en cas de décès d'un affilié adulte âgé de 18 à 70 ans. Le

montant sera précisé dans le tableau des garanties. Les affiliés qui souhaitent désigner un bénéficiaire différent de ceux spécifiés dans la section « Demandes de paiement en cas de décès accidentel » de ce guide (pages 69 et 70) peuvent le faire en contactant notre service téléphonique.

Votre formule Médecine Courante expliquée

Nous proposons différentes formules Médecine Courante, chacune offrant divers niveaux de remboursement, de franchise ou de quote-part. Votre **formule Médecine Courante**, si vous en avez choisi une, comprend toutes ou certaines des garanties suivantes :

- Consultations de médecin généraliste ;
- Prescription de médicaments ;
- Consultations de spécialiste ;
- Analyses ;
- Vaccinations ;
- Consultations de chiropracteur, d'ostéopathe, d'homéopathe, de phytothérapeute et d'acupuncteur ;
- Consultations prescrites de kinésithérapeute, d'orthophoniste, d'orthoptiste et d'ergothérapeute ;
- Bilans de santé, incluant le dépistage du cancer ;
- Traitement de la stérilité ;
- Psychiatrie et psychothérapie ;
- Aides médicales prescrites ;
- Lunettes et lentilles de contact prescrites.

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

Traitement de la stérilité

Vous êtes couvert pour les examens non-invasifs visant à déterminer les causes de la stérilité, dans la limite de la formule Médecine Courante (veuillez noter que cette garantie **ne concerne pas la formule santé pour les Iles anglo-normandes** qui exclut la recherche des causes de la stérilité).

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

Cependant, la procréation médicalement assistée ou toute conséquence négative ne sera pas couverte, sauf si vous bénéficiez d'une garantie spécifique pour le traitement de la stérilité. De plus, le traitement hospitalier administré à des naissances multiples, dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, est couvert à hauteur de 22 000 £/30 000 €/42 500 US\$/

45 000 CHF maximum par enfant durant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les termes prévus par la formule Médecine Courante.

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

Votre formule dentaire expliquée

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

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

Votre formule Rapatriement expliquée

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

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

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

Ce qui n'est pas pris en charge

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

a) Les conditions, exclusions et restrictions standard suivantes s'appliquent à [toutes nos formules](#), sauf indication contraire :

1. Tout traitement en **dehors de la zone géographique de couverture**, à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence ou que nous ayons autorisé le traitement.
2. Les produits classés comme **vitamines** ou **minéraux** (sauf au cours d'une grossesse ou pour traiter une déficience clinique majeure en vitamines), les consultations auprès de nutritionnistes ou de diététiciens, de même que les compléments alimentaires ou diététiques tels que les laits maternisés et les produits cosmétiques spéciaux, même lorsque ceux-ci ont été médicalement recommandés ou prescrits ou bien reconnus

pour avoir des effets thérapeutiques. (Pour les bénéficiaires de la **formule santé réservée aux Iles anglo-normandes**, cette exclusion s'applique également à la grossesse.)

3. Les médicaments qui peuvent être achetés **sans ordonnance**.
4. Tout traitement prodigué par un **chirurgien plasticien**, que ce soit pour des raisons médicales/psychologiques ou non. L'exception à cette exclusion est la chirurgie réparatrice qui a pour but de rétablir une fonction ou un aspect physique après un accident défigurant, ou à la suite d'une chirurgie liée au traitement d'un cancer, à condition que l'accident ou l'acte chirurgical soit survenu pendant votre adhésion à la police.

5. Tout séjour en **centre de cure, station thermale, centre de remise en forme, établissement de convalescence ou maison de repos**, même si ce séjour est médicalement prescrit.
6. Tout traitement directement lié à la **gestation pour autrui**, que vous soyez la mère porteuse ou le parent d'accueil.
7. Le **capital décès accidentel*** ne sera pas versé si le décès d'un assuré est la cause directe ou indirecte des situations suivantes :
 - Accidents qui surviennent lorsque l'assuré se livre à des activités aéronautiques de tout type, y compris lorsqu'il monte ou descend d'un appareil, autre qu'en tant que passager payant son vol dans un avion multi-moteur standard opéré par une compagnie aérienne ou charter reconnue ;
 - Participation à des courses ou tests de vitesse ou d'endurance de tout type ;
 - Participation à des sports motorisés de tout type, y compris la navigation, dans tout bateau destiné à naviguer à une vitesse supérieure à 30 nœuds ;
 - Alpinisme, y compris la spéléologie qui requiert l'utilisation de cordes ou de guides ;
 - Rafting et canoë en eaux vives, plongée sous-marine et nautisme ou navigation en dehors des eaux côtières (12 milles marins ou plus de la côte) ;

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

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

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

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

31. Les **traitements reçus aux Etats-Unis** si nous savons ou soupçonnons que l'affilié a souscrit l'assurance dans le but de se rendre aux Etats-Unis afin d'y recevoir un traitement et si les symptômes de la pathologie concernée étaient connus de l'affilié avant sa souscription.
32. Les frais engendrés par des **complications directement causées par une maladie ou une blessure dont la couverture est exclue ou limitée** selon les termes de votre police d'assurance.
- 33a. Sauf dans le cas où une garantie spécifique est prévue pour le **traitement de la stérilité**, la couverture est limitée aux **examens non-invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité**, dans les limites de votre formule Médecine Courante (cela s'applique aux **formules santé internationales uniquement**).
- 33b. Sauf indication contraire dans le tableau des garanties, les diagnostics, traitements ou complications liés à la **stérilisation**, à des **dysfonctionnements sexuels** et à la **contraception**, y compris l'insertion ou l'extraction d'appareils contraceptifs et tout autre contraceptif, ne sont pas couverts, même s'ils sont prescrits pour des raisons médicales. La seule exception à cette exclusion est la prescription de contraceptifs pour soigner l'acné lorsqu'ils sont prescrits par un dermatologue. (La **stérilité** est également exclue de la **formule santé réservée aux Iles anglo-normandes**.)
34. L'**interruption volontaire de grossesse**, sauf en cas de danger pour la vie de la femme enceinte.
35. Le traitement hospitalier pour des **naissances multiples dont la conception a été rendue**

- possible par procréation médicalement assistée** est limité à 22 000 £/30 000 €/42 500 US\$/45 000 CHF par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les termes prévus par la formule Médecine Courante.
- 36.** Les **tests génétiques** à l'exception des tests d'ADN lorsqu'ils sont directement liés à une amniocentèse couverte par la police d'assurance, à savoir pour les femmes âgées de 35 ans ou plus.
- 37.** Les **cours pré et postnataux**.
- 38.** Les **tests triples (Bart's) ou quadruples**, ou les **tests pour le spina bifida**, hormis pour les femmes de 35 ans ou plus.
- 39.** Les traitements, procédures, soins médicaux suivants, et toute conséquence négative ou complication en résultant, ne sont pas couverts sauf indication contraire dans le tableau des garanties :
- 39.1** Soins dentaires de routine, chirurgie dentaire, parodontologie, orthodontie et prothèses dentaires, à l'exception de la stomatologie, qui est couverte dans la limite du plafond global de votre formule Hospitalisation ;
 - 39.2** Soins en médecine courante ;
 - 39.3** Soins dentaires d'urgence ;
 - 39.4** Maternité et complications à l'accouchement ;
 - 39.5** Complications de grossesse ;
 - 39.6** Accouchement à domicile ;
 - 39.7** Lunettes et lentilles de contact prescrites ;
 - 39.8** Aides médicales prescrites ;
 - 39.9** Vaccinations ;
 - 39.10** Traitement préventif ;

- 39.11 Bilans de santé, incluant le dépistage du cancer ;
- 39.12 Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier ;
- 39.13 Psychiatrie et psychothérapie en médecine courante ;
- 39.14 Traitement de la stérilité ;
- 39.15 Rééducation ;
- 39.16 Rapatriement sanitaire ;
- 39.17 Frais d'une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié ;
- 39.18 Correction visuelle au laser ;
- 39.19 Greffe d'organe.

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

40. Les pathologies préexistantes (y compris les pathologies chroniques préexistantes) sont couvertes par cette police, sauf si cela est indiqué autrement dans un formulaire de conditions particulières qui vous est envoyé avant le début de votre police (le cas échéant). **Toute pathologie préexistante non déclarée dans le bulletin d'adhésion approprié ne sera pas couverte par la police.**

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

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

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

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

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

40. Les **pathologies préexistantes**.

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

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

42. Les **médicaments délivrés sur ordonnance** et les **pansements**, à moins qu'ils n'aient été prescrits pour une hospitalisation ou des soins de jour en hôpital.

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

- Si avant le déplacement nous n'avons pas donné notre accord pour l'ensemble des frais ;
- Pour tout frais de transport supérieur aux tarifs standard.

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

49.1 Orthophonie ;

49.2 Orthoptie ;

49.3 Podologie ;

49.4 Evacuation médicale ou rapatriement sanitaire ;

49.5 Rapatriement du corps ;

49.6 Réparation de lunettes.

Paiement des primes et informations générales

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

Paiement des primes

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

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

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

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

instructions doivent nous parvenir par écrit au moins 30 jours avant la date de renouvellement. Tout retard dans le paiement de la prime initiale ou d'une prime ultérieure peut entraîner la perte de la couverture d'assurance.

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

Si une **prime ultérieure** n'est pas payée en temps voulu, nous pourrions, par écrit et aux frais du souscripteur, fixer une échéance de deux

semaines minimum afin que le souscripteur s'acquitte de sa dette. Ce délai expiré, nous pourrions résilier le contrat par écrit avec effet immédiat et nous serons alors dégagés de nos obligations contractuelles.

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

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

Paiement d'autres frais

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

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

Modification des primes et autres frais

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

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

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

Événements importants

Ce guide contient des références à des événements importants tels que le début, le renouvellement ou la fin de votre affiliation, ou l'ajout d'ayants droit. Cette section vous explique clairement quand et comment ces événements ont lieu. Notre but est d'améliorer constamment les services que nous fournissons à nos affiliés. A

cette fin, si vous annulez votre affiliation, merci de bien vouloir nous en communiquer le motif.

Début de votre affiliation

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

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

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

Ajouter un ayant droit

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

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

adresser une requête écrite par email à notre service de souscription :

underwriting@allianzworldwidecare.com.

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

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

Changement de pays de résidence

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

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

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

Renouvellement de votre affiliation

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

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

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

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

Fin de votre affiliation

Votre affiliation prendra automatiquement fin dans les cas suivants :

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

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

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

pourrons, à notre discrétion, ne pas ajouter de restrictions ou exclusions qui leur seraient spécifiques, en plus des restrictions ou exclusions déjà en application au moment du décès du souscripteur.

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

- Vous autoriser ou non à souscrire la police (ou autoriser vos ayants droit) ;
- Définir les primes que vous devez payer ;
- Déterminer si nous devons payer un sinistre.

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

Informations générales

Résiliation et fraude

- a. Nous pourrions résilier la police d'assurance lorsque vous ne vous serez pas acquitté du règlement des primes dont vous êtes redevable. Cette résiliation vous sera notifiée et le contrat d'assurance sera considéré comme résilié à compter de la date à laquelle la prime mentionnée était due. Si vous vous acquittez cependant de la prime dans un délai de 30 jours, la police d'assurance sera considérée comme n'ayant jamais été résiliée et nous prendrons en charge tout sinistre survenu pendant ce délai. Cependant, si le paiement de la prime intervient après le délai des 30 jours, vous devrez compléter un formulaire de déclaration de santé avant que la police d'assurance ne soit réinstaurée, ce qui sera soumis à souscription.
- b. Si vous ou vos ayants droit communiquez des renseignements faux, erronés ou omettez de divulguer des faits matériels qui pourraient avoir une incidence sur notre estimation du risque, par exemple dans le bulletin d'adhésion approprié, le contrat sera considéré comme nul et non avenue dès la date de début, sauf accord contraire et écrit de notre part. Tout problème de santé survenant après avoir complété le bulletin d'adhésion approprié et avant la confirmation de la couverture par notre service de souscription sera également considéré comme préexistant. Si le souscripteur doute de la pertinence d'une

information, il doit nous la communiquer. Si le contrat est résilié pour cause de communication de renseignements erronés ou de non-divulgateion de faits matériels, la prime payée à ce jour sera reversée, après déduction de tous les remboursements de sinistres déjà effectués. Si le montant des sinistres excède celui de la prime, nous demanderons le remboursement de la différence à l'assuré principal.

- c. Dans le cas où une demande de remboursement s'avère fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou si des dispositifs ou moyens frauduleux ont été utilisés par vous ou l'un de vos ayants droit ou par quiconque agissant en votre nom ou le leur afin de tirer avantage de la police d'assurance, nous ne rembourserons pas ce sinistre. Vous nous seriez alors

immédiatement redevable de toute somme versée pour ce sinistre avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission. Si le contrat est rendu nul et non avenu suite à une demande de remboursement fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou suite à l'utilisation de dispositifs ou moyens frauduleux, la prime ne sera pas remboursée, en partie ou en totalité, et toute demande de remboursement en instance de règlement sera annulée. Si une demande de remboursement est frauduleuse, le contrat sera résilié à partir de la date à laquelle l'événement frauduleux sera découvert.

Décès

En cas de décès du souscripteur ou d'un ayant droit, nous devons en être informés par écrit

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

Votre droit de résilier

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

résiliation à notre service client. Vous ne pouvez pas antidater la résiliation de votre souscription.

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

A l'adhésion ou au renouvellement de votre police, vous pourrez également annuler l'affiliation d'un ou de plusieurs ayants droit pour quelque raison que ce soit, dans les 30 jours

qui suivent la réception ou le renouvellement de votre certificat d'assurance, en écrivant à :

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

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

Modifications de votre couverture

Tout changement de formule ne peut être effectué qu'au moment du renouvellement de la police. Si vous souhaitez modifier votre niveau de couverture, veuillez nous contacter avant la date

de renouvellement de votre police d'assurance pour discuter de vos options. Si vous souhaitez augmenter le niveau de votre couverture, vous pourrez être amené à compléter un questionnaire sur votre historique médical et/ou accepter certaines exclusions ou restrictions liées à votre couverture avant que nous approuvions votre affiliation. Un montant de prime supplémentaire devra être payé et des délais de carence pourront s'appliquer.

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

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

Si vous avez des questions concernant vos primes ou en cas de changement de situation de vos ayants droit, veuillez nous contacter au : **+ 353 1 630 1303** pour discuter vos options.

Modifications que nous pouvons effectuer

Nous pouvons modifier les garanties et règles liées à votre affiliation à la date de renouvellement. Ces modifications ne prendront

effet qu'à partir de la date de renouvellement de votre contrat, quelle que soit la date à laquelle nous les effectuons. Ces modifications peuvent affecter par exemple :

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

Nous n'ajouterons pas de restrictions ou d'exclusions à la couverture d'un affilié qui lui seraient personnelles en raison de problèmes médicaux ayant surgi après son adhésion à la police, à condition qu'il nous ait fourni les informations demandées avant la souscription et qu'il n'ait pas demandé un élargissement de la couverture.

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

Modification des détails de votre affiliation

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

- Si vous ajoutez à votre affiliation un ayant droit tel qu'un nouveau-né ;
- Si nous devons effectuer des modifications suite à une demande de votre part, ou que

nous sommes autorisés à faire, telles que le mode de paiement de votre prime.

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

Autres parties

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

Expiration de la police

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

Soins nécessaires suite à la faute d'une tierce personne

Si les soins que vous devez recevoir sont la conséquence des actions d'une tierce personne, vous devrez nous le signaler et nous en avertir

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

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

Couverture par une autre assurance

Si vous possédez une autre police d'assurance couvrant les frais des soins ou garanties dont vous nous avez demandés le remboursement,

vous devrez nous en informer par écrit. Dans ce cas-là, nous paierons uniquement notre part des frais des soins.

Changement d'adresse ou d'email

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

Courrier

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

Loi applicable

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

Procédure de remboursement

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

Demandes de remboursement en hospitalisation

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

Une entente préalable doit être convenue avant le début de tous les soins en hospitalisation. Les pages 70 à 74 contiennent des détails importants sur l'**entente préalable**.

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

Pour des **soins planifiés** :

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

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

www.allianzworldwidecare.com

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

Pour des **soins d'urgence** :

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

recueillir les détails de l'entente préalable. Nous pourrons ainsi arranger le règlement direct de vos frais d'hôpital, dans la mesure du possible.

Demandes de remboursement en médecine courante ou dentaire

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

Lors d'un traitement en médecine courante auprès d'un dentiste, médecin ou spécialiste, munissez-vous d'un formulaire de demande de remboursement (celui-ci peut être téléchargé

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

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

ordonnances correspondantes (si elles ont été fournies).

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

Merci de noter les points suivants :

1. Il est de votre responsabilité de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous (notamment une copie des demandes de remboursement et des justificatifs médicaux). Nous ne pouvons pas être tenus responsables des documents égarés par les services postaux.

2. Les formulaires de demande de remboursement dûment complétés sont traités et les instructions de paiement sont adressées à votre banque **en moins de 48 heures**. Si des informations supplémentaires sont nécessaires pour compléter la demande, vous ou votre médecin en serez informé par email ou par courrier dans les 48 heures suivant la réception du formulaire.
3. **Lorsque le montant de la demande de remboursement est inférieur à celui de la franchise de votre police d'assurance**, veuillez conserver tous les formulaires et les reçus. **Vous ne devez en aucun cas les détruire ou vous en débarrasser**. Conservez toutes les demandes de remboursement et les reçus en rapport avec des soins en médecine courante jusqu'à ce que le montant total soit supérieur à celui de votre franchise. Envoyez-nous alors tous les formulaires ainsi que tous les originaux des factures s'y rapportant.
4. Veuillez utiliser **un formulaire de demande de remboursement différent par personne et par pathologie médicale**.
5. **Veuillez indiquer, sur la demande de remboursement, la devise dans laquelle vous souhaitez être remboursé**. Sans indication de votre part, le remboursement sera effectué dans la devise de la facture. Il arrive parfois que les réglementations bancaires internationales ne nous autorisent pas à effectuer un paiement dans la devise que vous avez demandée. Dans ces cas-là, le remboursement sera effectué dans la devise de votre facture (dans la mesure du

- possible). Si nous devons effectuer une conversion d'une devise vers une autre, nous utiliserons le taux de change appliqué à la date d'émission des factures ou le taux de change appliqué à la date à laquelle le remboursement est effectué.
6. Veuillez vous assurer que vos coordonnées de paiement indiquées sur le formulaire de demande de remboursement sont correctes afin d'éviter tout retard dans le remboursement de vos demandes.
 7. Veuillez noter que **certains soins en médecine courante nécessitent une entente préalable** avant qu'ils ne soient administrés. Veuillez vous référer au tableau des garanties pour prendre connaissance de celles nécessitant une entente préalable.
 8. Veuillez noter que **seuls les frais pour des traitements reçus seront remboursés** dans les limites de votre police, en prenant en compte toute entente préalable requise, et après déduction de toute franchise ou quote-part indiquée dans le tableau des garanties.
 9. **A l'expiration de la couverture d'assurance, vous n'avez plus droit au remboursement de vos frais médicaux** (pour plus de détails, reportez-vous à la section « Expiration de la police » en page 62).
 10. Toute demande de remboursement devra nous être communiquée, accompagnée des originaux des factures et des reçus, **au plus tard six mois après la fin de l'année d'assurance ou au plus tard six mois après la fin de la couverture si celle-ci se termine au cours de**

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

l'année d'assurance. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler le sinistre.

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

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

Demandes de paiement en cas de décès accidentel

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

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

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

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

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

Veillez 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

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

Qu'est-ce que l'entente préalable ?

Certains traitements et coûts requièrent à l'avance une entente préalable. Une fois approuvés par Allianz Worldwide Care, la couverture de ces traitements et coûts nécessaires est alors confirmée. Les garanties qui requièrent une entente préalable sont indiquées par un **1** ou un **2** dans le tableau des garanties.

Lorsque cela est nécessaire, vous et votre médecin devez compléter les sections appropriées du formulaire, et nous le transmettre afin d'être approuvé préalablement aux soins.

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

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

Quand l'entente préalable est-elle requise ?

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

- Soins hospitaliers¹ inclus dans votre formule Hospitalisation ;
- IRM² (imagerie par résonance magnétique), tomographie² (par émission de positons) et scanographie-tomographie² ;
- Soins à domicile ou dans un centre de convalescence² ;
- Maternité², complications de grossesse² et complications à l'accouchement² (hospitalisation uniquement) ;
- Oncologie² (hospitalisation et soins de jour uniquement) ;
- Chirurgie ambulatoire² ;

- Hospitalisation de jour² ;
- Ergothérapie² (médecine courante uniquement) ;
- Rééducation² ;
- Soins palliatifs et soins de longue durée² ;
- Evacuation médicale² (ou rapatriement si couvert) ;
- Frais d'une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié² ;
- Rapatriement du corps² ;
- Frais de transport² vers une autre Ile anglo-normande, le Royaume-Uni ou la France.

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

Pourquoi l'entente préalable est-elle nécessaire ?

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

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

- En cas de traitement planifié, nous aurons le temps de nous mettre en relation avec

l'hôpital afin de faciliter votre admission et d'organiser un règlement direct si possible. Vous pourrez ainsi être hospitalisé sans avance de frais ;

- Votre traitement pourra être supervisé par notre équipe médicale ;
- En cas d'évacuation/rapatriement, nous organiserons et coordonnerons l'évacuation en votre nom.

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

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

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

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

Même si la demande d'entente préalable n'est pas requise à l'avance pour des soins d'urgence, nous devons en être informés **dans les 48 heures**

suivant l'incident. A ce moment-là, le service téléphonique pourra recueillir les détails de l'entente préalable. Nous pourrions ainsi organiser le règlement direct de vos frais d'hôpital, lorsque cela sera possible.

Soins reçus aux Etats-Unis

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

Pour localiser un prestataire médical aux Etats-Unis, veuillez vous rendre sur www.allianzworldwidecare.com/olympus. Une fois que vous avez choisi l'hôpital ou le médecin, veuillez contacter Olympus qui organisera un rendez-vous pour vous. Vous pourrez également appeler Olympus si vous avez des questions quant au choix d'un prestataire. Le **service téléphonique d'Olympus dédié à Allianz Worldwide Care** est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, au : (+ 1) 800 541 1983 (numéro gratuit depuis les Etats-Unis). Ce numéro apparaît également au dos de votre carte d'affiliation.

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

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

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

Questions / réponses

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q. Dans quels hôpitaux puis-je me rendre ?

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

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

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

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

Faire une réclamation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Définitions

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

- 1.1 **Accident** : blessure qui résulte d'un événement imprévu survenant indépendamment de la volonté de l'assuré et dont la cause échappe à son contrôle. La cause et les symptômes doivent être médicalement et objectivement définissables, être sujets à un diagnostic et requérir une thérapie.
- 1.2 **Affilié/assuré** : vous et vos ayants droit tels qu'indiqués sur le certificat d'assurance.
- 1.3 **Aides médicales prescrites** : tout instrument, équipement ou appareil médical prescrit aidant la fonction ou la capacité d'un membre ou d'un organe, à l'instar d'un appareil auditif, d'un auxiliaire de phonation (larynx électronique), de béquilles ou d'un fauteuil roulant, d'un appareil orthopédique, d'un membre artificiel, d'un appareil à hernie, de bas de contention ou de semelles orthopédiques. Les coûts des aides médicales prescrites dans le cadre de soins palliatifs ou de soins de longue durée (voir définitions 1.63 et 1.56) ne sont pas pris en charge.
- 1.4 **Analyses** : examens tels que les radiographies ou les tests sanguins, entrepris dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés.
- 1.5 **Année d'assurance** : elle débute à la date d'entrée en vigueur indiquée sur le certificat d'assurance et s'achève exactement un an plus tard.
- 1.6 **Appareillages chirurgicaux et prothèses** : appareil ou membre artificiel installé ou utilisé lors d'une intervention faisant partie intégrante du procédé chirurgical ou étant considéré comme médicalement nécessaire au traitement faisant suite à la chirurgie.
- 1.7 **Ayant droit** : il s'agit de votre conjoint(e) ou partenaire (y compris partenaire de même sexe) et/ou tout enfant à charge non marié (y compris celui de votre conjoint ou partenaire, tout enfant adopté ou placé) qui dépend financièrement du souscripteur jusqu'à son 18^e anniversaire, ou jusqu'à son 24^e anniversaire s'il

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

1.8 **Bilan de santé, incluant le dépistage du cancer :**

examens médicaux entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Le bilan de santé a pour objectif de dépister des maladies, doit être réalisé régulièrement à certaines périodes de la vie et inclut les examens suivants :

- Signes vitaux (tension artérielle, cholestérol, rythme cardiaque, respiration, température, etc.) ;
- Examen cardio-vasculaire ;
- Examen neurologique ;
- Dépistage d'un cancer ;
- Bilan de santé pour enfant (pour un enfant dont l'âge n'excède pas six ans et limité à 15 visites pour la vie).

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

1.10 **Certificat d'assurance :** ce document présente les détails de votre couverture et est délivré par nos soins. Il

confirme qu'un contrat d'assurance a été conclu entre nous.

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

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

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

1.14 **Complications à l'accouchement :** elles désignent uniquement les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire. Les complications à l'accouchement ne seront prises en charge que si vous disposez également d'une garantie maternité. Si votre couverture inclut une telle garantie, les complications à l'accouchement

couvriront également la césarienne lorsque celle-ci sera médicalement nécessaire.

- 1.15 **Complications de grossesse** : elles concernent la santé de la mère. Seules les complications suivantes qui surviennent au cours de la période prénatale de la grossesse sont couvertes : grossesse extra-utérine, diabète gestationnel, pré-éclampsie, fausse couche, risques de fausse couche, enfant mort-né ou môle.
- 1.16 **Consultations de médecin généraliste** : traitement non chirurgical pratiqué ou administré par un médecin généraliste.
- 1.17 **Consultations de spécialiste** : frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin spécialiste.
- 1.18 **Correction visuelle au laser** : traitement visant à améliorer la capacité de réfraction par une intervention au laser, incluant les examens pré-opératoires nécessaires.
- 1.19 **Délai de carence** : période commençant à la date de début de votre police (ou à sa date d'entrée en vigueur si vous êtes ayant droit) pendant laquelle vous ne pouvez prétendre à certaines garanties. Votre tableau

des garanties indiquera celles concernées par un délai de carence.

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

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

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

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

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

- 1.23 **Frais d'une personne accompagnant l'assuré rapatrié ou évacué** : frais encourus par une personne voyageant avec l'assuré rapatrié ou évacué. Si l'accompagnateur ne peut pas voyager dans le même véhicule, nous paierons le transport en classe économique. Une fois le traitement terminé, nous prendrons en charge le billet de retour de l'accompagnateur en classe économique afin qu'il retourne dans le pays d'où la personne a été évacuée ou rapatriée. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.
- 1.24 **Franchise** : montant à votre charge qui est déduit de la somme remboursable.
- 1.25 **Grefte d'organe** : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes et/ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle épinière, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursables.
- 1.26 **Grossesse** : période depuis la date du premier diagnostic jusqu'à l'accouchement.

- 1.27 **Honoraires de sage-femme** : il s'agit des honoraires facturés par une sage-femme ou une accoucheuse qui, en conformité avec les lois du pays dans lequel les soins sont prodigués, a reçu une formation complète et réussi les examens ou concours la sanctionnant.
- 1.28 **Hôpital** : il s'agit de tout établissement habilité possédant le titre d'hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il se situe et offrant aux patients une surveillance continue de la part d'un médecin. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme des hôpitaux : maisons de repos et de soins, thermes, centres de cure et de remise en forme.
- 1.29 **Hospitalisation de jour** : hospitalisation de jour planifiée et effectuée dans un hôpital ou un centre médical de jour, comprenant une chambre d'hôpital et les soins infirmiers, ne nécessitant pas la garde du patient pendant la nuit, et pour laquelle une autorisation de sortie est délivrée le jour même.
- 1.30 **Kinésithérapie prescrite** : traitement administré par un kinésithérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin. La kinésithérapie est initialement limitée à 12 séances par pathologie. Si davantage de séances sont requises, un rapport d'examen justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être remis. La kinésithérapie exclut certains traitements tels que le Rolfing, les massages, la méthode Pilates, la fangothérapie et la thérapie MILTA.
- 1.31 **Lunettes et lentilles de contact prescrites** : prise en charge d'un examen des yeux réalisé par un optométriste ou un ophtalmologiste (limité à un par année d'assurance), ainsi que des lentilles de contact ou des lunettes de correction.
- 1.32 **Maternité** : frais médicalement nécessaires occasionnés pendant la grossesse et l'accouchement, comprenant les frais d'hôpital, les honoraires des spécialistes, les soins prénatals et postnatals prodigués à la mère, les honoraires de sage-femme (uniquement au cours de l'accouchement) ainsi que les soins apportés au nouveau-né. Les frais liés aux complications de grossesse ou aux complications à l'accouchement ne sont pas couverts par cette garantie. De plus, toute césarienne non médicalement nécessaire sera couverte dans la limite du coût d'un accouchement naturel réalisé dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie.
- 1.33 **Médecin** : docteur autorisé, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, à pratiquer la médecine dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

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

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

Dans cette définition, le terme « approprié » prend en considération la sécurité du patient et le coût du traitement. Concernant une hospitalisation, « médicalement nécessaire » signifie aussi que les soins

ou diagnostics ne peuvent pas être effectués avec prudence et efficacité en médecine courante.

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

1.36 **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).

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

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

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

- 1.40 **Parodontologie** : traitement dentaire dû à une maladie de la gencive.
- 1.41 **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.
- 1.42 **Pathologie préexistante** : tout problème de santé ou problème lié dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours des cinq années précédant le début de la couverture, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Tout problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droit auraiiez raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante. Tout problème de santé survenant après avoir complété le bulletin d'adhésion approprié et avant la confirmation de la couverture par le service de souscription d'Allianz Worldwide Care sera également considéré comme préexistant.
- 1.43 **Pays d'origine** : pays pour lequel l'assuré possède un passeport en cours de validité et/ou vers lequel il souhaiterait être rapatrié.
- 1.44 **Podologie (formule santé réservée aux Iles anglo-normandes uniquement)** : soins médicalement nécessaires prodigués par un professionnel diplômé d'Etat et titulaire d'un diplôme universitaire en podologie reconnu par les podologues du Council for the Professions Supplementary to Medicine (conseil des professions paramédicales). Le praticien doit également bénéficier d'une accréditation supplémentaire, par exemple être membre de la Society of Chiropodists & Podiatrists (société des podologues) ou du College of Podiatrists of The Society of Chiropodists & Podiatrists.
- 1.45 **Prescription de médicaments** : produits tels que l'insuline, les seringues ou les aiguilles hypodermiques, dont la délivrance nécessite une ordonnance, afin de traiter une maladie ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Les médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits.

- 1.46 **Principal pays de résidence** : pays dans lequel vous et vos ayants droit vivez pendant plus de six mois de l'année.
- 1.47 **Prothèses dentaires** : cela comprend les couronnes, inlays, onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collée, bridges, dentures et implants, ainsi que tous les traitements auxiliaires nécessaires.
- 1.48 **Psychiatrie et psychothérapie** : traitement d'un trouble mental ou nerveux suivi par un psychiatre ou un psychologue clinicien. Ce trouble doit être associé à une souffrance actuelle ou à une gêne majeure dans des activités quotidiennes importantes telles que l'activité professionnelle. La pathologie susmentionnée doit être cliniquement grave et non déclenchée par un événement particulier tel qu'un deuil, un problème social, scolaire ou d'acculturation. Ce trouble doit répondre aux critères de classification d'un système de classement international tel que le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (Diagnostic and Statistical Manual - DSM-IV) ou la « Classification internationale des maladies » (International Classification of Diseases - ICD-10).
- 1.49 **Quote-part** : pourcentage des frais encourus qui est à votre charge.
- 1.50 **Rapatriement du corps** : transport du corps du défunt du principal pays de résidence vers le pays de la sépulture. Cette garantie couvre entre autres les frais d'embaumement, un container légalement approprié pour le transport, les frais de transport et les autorisations gouvernementales nécessaires. Les frais liés à la crémation ne seront couverts que si celle-ci est légalement requise. Les frais de toute personne accompagnant le corps ne sont pas pris en charge. Nous devons approuver au préalable tous les frais liés au rapatriement du corps par le biais d'une entente préalable.
- 1.51 **Rapatriement sanitaire** : il s'agit d'une couverture facultative et n'apparaît dans le tableau des garanties que si elle a été sélectionnée. Cela signifie que si les soins nécessaires ne peuvent pas être prodigués localement, vous pourrez choisir d'être médicalement évacué vers votre pays d'origine pour y recevoir un traitement au lieu d'être transporté au centre médical approprié le plus proche. Cependant, votre pays d'origine doit être inclus dans votre zone géographique de couverture. Une fois le traitement terminé, nous couvrirons également les frais du voyage de retour, en classe économique, vers votre principal pays de résidence si le voyage est effectué dans le mois qui suit la fin du traitement.

- 1.52 **Rééducation** : traitement visant à restaurer une forme et/ou une fonction normale après une blessure ou une maladie grave. La garantie ne couvre que les traitements qui commencent immédiatement après la fin du traitement médical aigu.
- 1.53 **Soin/traitement** : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager une maladie ou une blessure.
- 1.54 **Soin/traitement en médecine courante** : traitement pratiqué par un médecin, thérapeute ou spécialiste dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessite pas l'admission du patient dans un hôpital.
- 1.55 **Soins à domicile ou dans un centre de convalescence** : soins infirmiers reçus immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation ou de soins de jour en hôpital pour lesquels vous qualifiez. Nous ne rembourserons que le montant de garantie mentionné dans le tableau des garanties si le médecin traitant décide (et avec l'accord de notre directeur médical) qu'il est médicalement nécessaire que l'affilié reste dans un centre de convalescence ou qu'une infirmière soit présente à son domicile. La couverture ne s'applique pas aux séjours en station thermale, en centre de cure ou de remise en forme, ni au titre des soins palliatifs et soins de longue durée (voir définitions 1.63 et 1.56).
- 1.56 **Soins de longue durée** : soins dispensés sur une période prolongée après la fin d'un traitement aigu, généralement pour une pathologie chronique ou une invalidité nécessitant des soins réguliers, intermittents ou continus. Les soins de longue durée peuvent être prodigués à domicile, dans un centre communautaire, à l'hôpital ou en maison de repos.
- 1.57 **Soins dentaires de routine** : cela comprend le bilan dentaire annuel, les plombages simples liés aux caries et les dévitalisations.
- 1.58 **Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation** : ils désignent les soins dentaires d'extrême urgence suite à un accident grave et nécessitant une hospitalisation. Les soins doivent être reçus dans les 24 heures suivant l'incident. Veuillez noter que cette garantie ne couvre pas les soins dentaires de routine, la chirurgie dentaire, les prothèses dentaires et les soins d'orthodontie et de parodontologie. Si ces soins sont couverts, ils figureront à part dans le tableau des garanties.
- 1.59 **Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation** : soins reçus dans une clinique dentaire chirurgicale ou une salle d'urgence d'hôpital afin de soulager rapidement une douleur dentaire. Ces soins incluent les plombages temporaires (limités à trois plombages par année d'assurance) et/ou les soins dispensés suite à un

- accident. Les soins doivent être reçus dans les 24 heures suivant l'incident. Les prothèses dentaires et les dévitalisations ne sont pas incluses.
- 1.60 **Soins du nouveau-né** : ensemble de moyens et méthodes permettant d'évaluer l'intégrité fonctionnelle (organes et structure osseuse) du nouveau-né. Ces examens indispensables sont prodigués immédiatement après la naissance. Les procédures complémentaires de diagnostic préventif telles que les tampons à prélèvement, la détermination du groupe sanguin ou les examens auditifs ne sont pas couvertes. Tout autre traitement ou examen médicalement nécessaire est couvert selon les termes de la police d'assurance du nouveau-né.
- 1.61 **Soins d'urgence sans hospitalisation** : soins reçus aux urgences suite à un accident ou à une maladie soudaine mais qui ne nécessitent pas la garde médicale du patient pendant la nuit. Les soins doivent être reçus dans les 24 heures suivant l'incident.
- 1.62 **Soins orthomoléculaires** : soins ayant pour but de restaurer l'environnement écologique optimal des cellules du corps, en corrigeant les déficiences de niveau moléculaire sur la base d'une biochimie individuelle. Ces soins utilisent des substances naturelles comme les vitamines, les minéraux, les enzymes, les hormones, etc.
- 1.63 **Soins palliatifs** : traitements hospitaliers, de jour ou ambulatoires administrés suite au diagnostic établissant que la maladie est en phase terminale et qu'aucun traitement ne peut guérir la maladie. Cette garantie prévoit le remboursement des soins physiques et psychologiques, ainsi que celui des frais d'hébergement en hôpital ou en hospice, des soins infirmiers et des médicaments délivrés sur ordonnance.
- 1.64 **Soins postnataux** : soins médicaux post-partum de routine reçus par la mère jusqu'à six semaines après l'accouchement.
- 1.65 **Soins prénataux** : dépistages et examens de suivi classiques nécessaires durant la grossesse. Pour les femmes âgées de 35 ans et plus, cela inclut les tests triples (Bart's) ou quadruples, les tests pour le spina bifida, les amniocentèses et les analyses ADN directement liées à une amniocentèse couverte par la police d'assurance.
- 1.66 **Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation** : somme versée pour l'hébergement et le traitement d'une pathologie médicale couverte par l'assurance de l'affilié,

- dans un hôpital qui n'a pas facturé. Cette garantie est limitée à la somme mentionnée dans le tableau des garanties et elle est versée dès la sortie de l'hôpital.
- 1.67 **Spécialiste** : médecin diplômé possédant l'expérience et les qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité reconnue, ce qui inclut les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention dans un domaine particulier de la médecine. Cette garantie ne couvre pas les frais de consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue. Lorsque ces frais sont couverts, une garantie distincte pour la psychiatrie ou psychothérapie apparaîtra dans le tableau des garanties.
- 1.68 **Stomatologie** : interventions chirurgicales, telles que l'extraction des dents de sagesse, lorsqu'elles sont pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste ou par un stomatologue.
- 1.69 **Thérapeute** : chiropracteur, ostéopathe, phytothérapeute, homéopathe, acupuncteur, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute ou orthoptiste qualifiés et diplômés en vertu des lois du pays dans lequel le traitement est administré.
- 1.70 **Traitement de la stérilité** : cela comprend l'hystérosalpingographie, la laparoscopie, l'hystérogographie et toute autre procédure de nature invasive nécessaire pour déterminer la cause de la stérilité chez l'homme et la femme. En cas de fécondation in vitro (FIV), la couverture est limitée au plafond indiqué dans le tableau des garanties.
- 1.71 **Traitement hospitalier** : traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde médicale de l'assuré pendant la nuit.
- 1.72 **Traitement paramédical** : traitement thérapeutique ou diagnostique ne répondant pas aux critères de la médecine occidentale conventionnelle. L'acte paramédical doit être pratiqué par des thérapeutes agréés et inclut la chiropractie, l'ostéopathie, la phytothérapie, l'homéopathie et l'acupuncture.
- 1.73 **Traitement préventif** : traitement entrepris en l'absence de tout symptôme préalable. Il peut s'agir par exemple de l'ablation d'une excroissance à l'instar d'un grain de beauté.
- 1.74 **Transport local en ambulance** : il s'agit du transport 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.

- 1.75 **Urgence** : apparition d'un problème de santé soudain et imprévu, qui nécessite une assistance médicale d'urgence. Seuls les soins commencés dans les 24 heures suivant l'incident sont couverts.
- 1.76 **Vaccinations** : vaccins et rappels exigés par les autorités sanitaires du pays dans lequel le traitement est administré et toute vaccination médicalement nécessaire avant un voyage dans un pays étranger, ainsi que la prophylaxie anti-paludisme. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont inclus.
- 1.77 **Vous/Votre** : l'assuré indiqué sur le certificat d'assurance.

Conditions générales supplémentaires

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

1. **Ce que nous couvrons :**

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

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

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

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

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

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

Vous devez nous faire part de toute information nécessaire si vous êtes en droit de réclamer des indemnités auprès d'un tiers. La personne assurée et la tierce partie ne peuvent en aucun cas, sans notre consentement écrit, conclure un accord ou s'opposer à notre droit de recouvrir toute somme due. Dans le cas contraire, nous serons en droit de récupérer les sommes versées et de résilier la police d'assurance.

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

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

5. **Arbitrage :**

- a) Tous différends relatifs à des avis médicaux en relation avec les résultats d'un accident ou d'un état de santé doivent nous être signalés dans un délai de neuf semaines suivant la décision. Lesdits différends seront réglés par deux experts médicaux désignés par écrit par vous et nous.
- b) Si les différends ne peuvent pas être réglés conformément à la disposition 5.a, les parties tenteront de remédier par la médiation, selon la procédure de médiation type du Centre for Effective Dispute Resolution (CEDR - Centre pour le règlement efficace des différends), tout litige, controverse ou réclamation qui survient du fait de ce contrat ou est en lien avec celui-ci, ou toute violation, résiliation ou non-validité dudit contrat, dans le cas où la valeur en cause est inférieure ou égale à 500 000 € et qui ne peut pas être réglé à l'amiable entre les parties. Celles-ci s'efforceront de convenir de la nomination d'un médiateur habilité. Si les parties ne parviennent pas à convenir de la nomination d'un médiateur habilité sous 14 jours, l'une ou l'autre des parties, sur notification écrite à l'autre partie, pourra demander au CEDR de choisir un médiateur. Pour mettre en œuvre la médiation, une partie devra en informer

par écrit (notification « ADR » de résolution à l'amiable du litige) l'autre partie impliquée dans le litige en exigeant la médiation. Une copie de la demande devra être envoyée au CEDR. La médiation aura lieu 14 jours au plus tard à compter de la date de la notification de résolution à l'amiable du litige. Aucune partie ne pourra, conformément à la présente clause 5.b, engager une procédure judiciaire ou d'arbitrage en lien avec le litige tant que ce dernier n'aura pas fait l'objet d'une médiation et que la médiation n'aura pas été close ou si l'autre partie n'a pas participé à la médiation, sous réserve que le droit de lancer une procédure ne soit pas compromis par un retard. La médiation aura lieu à Dublin, en Irlande, et se déroulera en anglais. L'accord de médiation auquel il est fait référence dans la procédure type sera régi, interprété et appliqué conformément à la législation irlandaise. Les tribunaux irlandais auront la compétence exclusive pour régler les réclamations, litiges ou différends pouvant découler de la médiation ou en rapport avec cette dernière.

c) Tout litige, controverse ou réclamation :

- découlant de ce contrat ou y afférant (ou toute violation, résiliation ou non-validité à cet égard), dans le cas où la valeur en cause est supérieure à 500 000 €, ou

- ayant été soumis à médiation conformément à la clause 5.b. du présent contrat et n'ayant pas été réglé volontairement par ladite médiation dans une période de trois mois à compter de la date de la notification de résolution à l'amiable

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

6. **Protection des données :** Allianz Worldwide Care, membre du groupe Allianz, est une compagnie irlandaise habilitée d'assurances non-vie. Nous recueillons et utilisons les informations personnelles dans le but de préparer des devis, de souscrire les polices, de percevoir les primes, de régler les sinistres et pour tout autre motif directement lié à la gestion des polices, en accord avec le contrat d'assurance. La confidentialité des informations sur les patients et les affiliés constitue l'une de nos priorités. Nous nous conformons à la législation européenne sur la protection des données ainsi qu'aux directives internationales sur le secret médical. Vous êtes en droit d'accéder aux informations personnelles vous concernant. Vous avez également le droit de nous

demander de modifier ou supprimer toute information que vous jugez inexacte ou obsolète. Nous ne conserverons pas les données plus longtemps que nécessaire et uniquement pour les finalités pour lesquelles nous les avons obtenues.

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

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

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

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

Service téléphonique

Anglais :	+ 353 1 630 1301
Allemand :	+ 353 1 630 1302
Français :	+ 353 1 630 1303
Espagnol :	+ 353 1 630 1304
Italien :	+ 353 1 630 1305
Portugais :	+ 353 1 645 4040
Fax :	+ 353 1 630 1306

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

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

ASSISTANCE ET RAPATRIEMENT



Europ Assistance Suisse Assurances SA
Edition janvier 2011

SOMMAIRE

- 1. INFORMATION AUX CLIENTS CONFORMÉMENT À LA LCA**
- 2. CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA)**
 - A. DISPOSITIONS COMMUNES
 - B. ASSISTANCE AUX PERSONNES

1. INFORMATION AUX CLIENTS CONFORMÉMENT À LA LCA

L'information suivante destinée aux clients donne un aperçu clair et succinct de l'identité de l'assureur et de l'essentiel de la teneur du contrat d'assurance (art. 3 de la Loi fédérale suisse sur le contrat d'assurance, LCA).

A. QUI EST L'ASSUREUR?

L'assureur est EUROP ASSISTANCE (SUISSE) ASSURANCES SA, (ci-après dénommée EUROP ASSISTANCE), Air Center - Chemin des Coquelicots 16, 1214 Vernier / Genève.

B. QUELS SONT LES RISQUES COUVERTS PAR L'ASSURANCE ET QUELLE EST L'ÉTENDUE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE ?

Les risques assurés ainsi que l'étendue des prestations de la couverture d'assurance sont stipulés dans la police et les Conditions Générales d'Assurance (CGA).

Les prestations assurées peuvent être les suivantes : Assistance aux personnes/ Rapatriement.

C. QUI EST LE PRENEUR D'ASSURANCE/ QUELLES SONT LES PERSONNES ASSURÉES ?

Il s'agit de la personne physique ayant conclu un contrat ScoreExpat d'EUROP ASSISTANCE par le biais de SANOCONCEPT.

D. QUELS SONT LES PRINCIPAUX CAS D'EXCLUSION?

- Les événements qui se sont déjà produits au moment de la conclusion du contrat ou de la réservation du voyage ou ceux dont la survenance était manifeste pour l'assuré au moment de la conclusion du contrat ou de la réservation du voyage.
- Les événements en rapport avec la participation à des actes dangereux, en toute connaissance des risques.
- Les événements en rapport avec les pandémies et les épidémies.
- Les mesures et frais d'assistance non ordonnés ou non approuvés par EUROP ASSISTANCE.

Cette énumération ne porte que sur les cas d'exclusion les plus courants. D'autres cas d'exclusion sont stipulés dans les Conditions Générales d'Assurance (CGA) et la LCA.

E. QUEL EST LE MONTANT DE LA PRIME ?

Le montant de la prime dépend des risques assurés et de la couverture souhaitée. Le montant de la prime est défini par la proposition d'assurance et figure dans la police.

F. QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE/ PERSONNES ASSURÉES?

- Il est tenu de respecter intégralement ses obligations de notification, d'information légales ou contractuelles et celles de conduite à suivre (p. ex., déclarer immédiatement le sinistre à EUROP ASSISTANCE).
- Il est tenu de faire tout ce qui est en son pouvoir pour limiter l'importance du sinistre et pour contribuer à l'élucidation de son origine (p. ex., autoriser des tiers à remettre à EUROP ASSISTANCE les documents, informations et autres pièces nécessaires à l'explication du sinistre).
- En cas d'avance de frais, la personne assurée est tenue de rembourser à EUROP ASSISTANCE la somme avancée dans un délai de trente jours.

Cette énumération ne porte que sur les obligations les plus courantes. D'autres obligations sont stipulées dans les Conditions Générales d'Assurance et la LCA.

G. QUAND COMMENCE ET QUAND PREND FIN L'ASSURANCE ?

Le début et la fin de l'assurance figurent dans la police. Les assurances ayant une durée d'un an sont tacitement reconduites pour une durée d'un an à leur date d'expiration. Le preneur d'assurance ou EUROP ASSISTANCE peut résilier le contrat par écrit, à son échéance, moyennant le respect d'un préavis de 3 mois.

Après l'annonce de chaque cas de sinistre pour lequel EUROP ASSISTANCE a dû fournir une prestation conformément au présent contrat, le contrat peut être résilié :

- par EUROP ASSISTANCE, au plus tard lors de son dernier paiement ;

- par le preneur d'assurance, au plus tard 14 jours après avoir pris connaissance de la dernière prestation.
- En cas de résiliation suite à un sinistre, la couverture d'assurance prend fin 14 jours après la prise de connaissance de la résiliation.

H. COMMENT LES DONNÉES PERSONNELLES SONT-ELLES TRAITÉES ?

EUROP ASSISTANCE traite les données qui proviennent des documents contractuels ou du déroulement du contrat et les utilise notamment pour calculer la prime, pour définir le risque, pour traiter les cas donnant droit à des prestations, pour faire des statistiques ou à des fins de marketing. Ces données sont stockées physiquement ou sur support électronique.

Ces données seront transmises, dans la mesure de ce qui est nécessaire, à des tiers intéressés, notamment à d'autres assureurs, autorités, avocats, médecins et experts externes. Ces données peuvent aussi être traitées pour prévenir toute fraude à l'assurance.

I. APERÇU DES PRESTATIONS D'ASSURANCE

Toutes les prestations sont décrites en détail dans les CGA suivantes.

LES PRESTATIONS EN BREF	LIMITES EN CHF
Assistance aux personnes	frais réels
Rapatriement	frais réels

2. CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA)

A. DISPOSITIONS COMMUNES

A.1. PERSONNES ASSURÉES

La police détermine si le contrat couvre le preneur d'assurance (assurance individuelle) ou le preneur d'assurance et les membres de sa famille (assurance famille).

Sont considérés comme membres de la famille du preneur d'assurance:

- son conjoint ou la personne tenant ce rôle et faisant ménage commun avec le preneur d'assurance;
- leurs enfants célibataires (y compris les enfants recueillis) faisant ménage commun avec le preneur d'assurance;
- les autres personnes faisant, de manière durable, ménage commun avec le preneur d'assurance. Ne sont toutefois pas couvertes les personnes qui forment une communauté d'habitation;
- sont également couverts les enfants mineurs pour la durée limitée d'un voyage pour lequel ils sont invités dans le cercle familial du preneur d'assurance;
- les enfants du preneur d'assurance (y compris les enfants recueillis) jusqu'à 25 ans révolus, ne faisant pas ménage commun avec lui, pour autant qu'ils n'exercent aucune activité lucrative (les apprentis et les étudiants ne sont pas considérés comme exerçant une activité lucrative).

A.2. OBJET DU CONTRAT

Les présentes CGA règlent les droits et obligations des parties au contrat en vue de garantir le succès des prestations servies. Elles définissent le contenu et le financement des prestations qui seront fournies aux personnes assurées.

Les prestations assurées peuvent être les suivantes:

- Assistance aux personnes
- Rapatriement

La somme d'assurance est indiquée dans l'aperçu des prestations d'assurance et/ou dans la police.

A.3. RÈGLES À OBSERVER EN CAS DE SINISTRE

1. Coordonnées

EUROP ASSISTANCE est à la disposition des personnes assurées, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

Téléphone	+41 (0)22 593 73 12
Fax	+41 (0)22 939 22 45
EUROP ASSISTANCE (Suisse) Assurance SA Chemin des Coquelicots 16, 1214 Vernier, Suisse	

2. Selon les prestations

a. Assistance aux personnes / Rapatriement

La personne assurée doit :

- immédiatement prendre contact par téléphone ou par fax avec EUROP ASSISTANCE ;

- obtenir l'accord préalable de EUROP ASSISTANCE avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense et se conformer aux solutions préconisées ;
- fournir à EUROP ASSISTANCE tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

En cas d'annonce tardive, EUROP ASSISTANCE ne supporte aucune responsabilité pour les prestations qui ne pourraient être servies en temps utile.

En cas de violation fautive de l'obligation d'aviser, d'informer ou de fournir les documents requis, EUROP ASSISTANCE se réserve le droit de réduire ou de supprimer ses prestations, à moins que la personne assurée n'apporte la preuve que son comportement fautif n'a pas eu d'incidence sur la survenance et l'étendue du dommage.

3. Non-respect des règles

Lorsque la personne assurée ne respecte pas les règles à observer en cas de sinistre, les prestations peuvent être refusées ou réduites.

A.4. DÉFINITIONS

Domicile: il s'agit du lieu de résidence principal et habituel de la personne assurée.

Pays de résidence: il s'agit du pays dans lequel la personne assurée est officiellement domiciliée.

Suisse: il s'agit de l'ensemble du territoire suisse, y compris les enclaves de Büsingen et Campione et les zones frontalières. La couverture d'assurance et les exclusions prévues pour la Suisse s'étendent à l'ensemble du territoire du Liechtenstein.

Etranger: il s'agit de tout pays autre que le pays de résidence de la personne assurée.

Proches : il s'agit du conjoint, concubin, enfant, père, mère, frère, sœur, beaux-parents, grands-parents, petits enfants de la personne assurée.

Accident: il s'agit de toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire.

Pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur de caractère extraordinaire:

- les fractures ;
- les déboîtements d'articulations ;
- les déchirures du ménisque ;
- les déchirures de muscles ;
- les elongations ou claquages de muscles ;
- les déchirures de tendons ;
- les lésions de ligaments ;
- les lésions du tympan.

Les dommages non imputables à un accident qui sont causés aux structures posées à la suite d'une maladie et qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps, ne constituent pas des lésions corporelles au sens de l'alinéa 2.

Accident professionnel : il s'agit d'accidents survenant :

- lors d'une activité pour l'entreprise souscriptrice, respectivement lors de l'accomplissement d'une fonction assurée ;
- au cours d'une interruption de travail, lorsque la personne assurée se trouve, à bon droit, au lieu de travail ;
- sur le trajet pour se rendre ou revenir du travail.

Tous les autres accidents sont réputés accidents non professionnels.

A.5. OBLIGATIONS DES PERSONNES ASSURÉES

En cas d'avance de frais, la personne assurée est tenue de rembourser à EUROP ASSISTANCE la somme avancée dans un délai de trente jours.

A.6. ETENDUE TERRITORIALE

Assistance liés aux personnes/ Rapatriement

Les prestations sont garanties dans le cadre de déplacements professionnels et privés à l'étranger (en dehors du pays de résidence) jusqu'à 90 jours, sauf dérogation prévue dans la police.

Exception : Les prestations HCM (visées sous art. C.7.) sont assurés uniquement en Suisse.

EUROP ASSISTANCE peut exclure certains pays touchés par une guerre, une rébellion, une révolution, des troubles intérieurs ou une révolte. La couverture reste valable 7 jours après la publication des pays exclus, à

condition que l'assuré ne participe pas activement aux faits.

A.7. NATURE DES DÉPLACEMENTS COUVERTS

Les prestations sont garanties dans le cadre de déplacements professionnels et privés à l'étranger (en dehors du pays de résidence) jusqu'à 90 jours, sauf dérogation prévue dans la police.

A.8. PRESCRIPTION

Toute action ou créance dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.

A.9. INFORMATION

La communication auprès des personnes assurées se fait sous la responsabilité de SANOCONCEPT.

A.10. CLAUSE DE COMPLÉMENTARITÉ

Si une personne assurée a des droits découlant d'un autre contrat d'assurance (assurance obligatoire ou facultative), la couverture d'assurance est subsidiaire et se limite à la partie des prestations d'EUROP ASSISTANCE qui dépasse celles de l'autre contrat d'assurance. Les frais ne seront remboursés au total qu'une seule fois. Si EUROP ASSISTANCE a fourni malgré tout des prestations pour le même dommage, celles-ci seront considérées comme avance, et l'assuré cède les droits qu'il peut faire valoir à l'égard de tiers (assurance obligatoire ou facultative) dans ces limites à EUROP ASSISTANCE.

A.11. FOR

Le présent contrat est soumis au droit suisse.
Pour toutes les prétentions découlant du présent contrat, sont compétents les tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, ainsi que ceux au siège d'EUROP ASSISTANCE à Genève.

Le droit de recours au Tribunal Fédéral est réservé.

A.12. BASES LÉGALES COMPLÉMENTAIRES

Les dispositions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) ainsi que du Code des obligations (CO) sont au surplus applicables.

B. ASSISTANCE AUX PERSONNES

B.1. EVÈNEMENTS ET FRAIS ASSURÉS

1. En cas de blessure ou de maladie

a. Rapatriement / Évacuation médicale

Lorsqu'une personne assurée est malade ou blessée lors d'un déplacement, les médecins d'EUROP ASSISTANCE se mettent en relation avec le médecin local, éventuellement avec le médecin traitant, afin de décider de la meilleure conduite à tenir dans l'intérêt de la personne assurée.

Dès que l'état de santé de la personne assurée le permet, et sur décision des médecins d'EUROP ASSISTANCE, EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge, en fonction des seules exigences médicales :

- soit le retour de la personne assurée à son domicile ;

- soit son transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de son domicile par ambulance, train 1ère classe (couchette ou place assise), avion de ligne ou avion sanitaire.

EUROP ASSISTANCE se réserve la possibilité, selon avis de ses médecins, d'effectuer un premier transport vers un service hospitalier approprié proche du lieu de survenance de la maladie ou de la blessure. Dans ce cas, le service médical d'EUROP ASSISTANCE organise l'hospitalisation.

Dès que les médecins d'EUROP ASSISTANCE jugent que l'état de santé de la personne assurée lui permet de voyager sans surveillance médicale, EUROP ASSISTANCE prend en charge et met à disposition de la personne assurée un billet d'avion classe économique pour rentrer à son domicile.

Ce transport ne peut être organisé qu'avec l'accord préalable des médecins d'EUROP ASSISTANCE, après avis du médecin local.

Seul l'intérêt médical de la personne assurée et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.

b. Retour d'une personne accompagnatrice

EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'une personne qui voyage avec la personne assurée malade ou blessée, afin de l'accompagner lors de son retour.

Le transport de la personne accompagnatrice se fait en principe aux côtés de la personne assurée malade ou blessée. Selon avis du service médical d'EUROP ASSISTANCE, le transport de la personne accompagnatrice peut être différent de celui de la personne assurée malade ou blessée. Dans ce cas, il se fait en train 1ère classe ou en avion classe économique. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation «Présence en cas d'hospitalisation».

c. Accompagnement d'enfants mineurs

En cas de rapatriement de la personne assurée, EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le transport en train 1ère classe ou en avion classe économique d'une personne qui doit ramener à leur domicile les enfants mineurs qui participent au voyage. Cette prestation est garantie lorsque les personnes assurées ne sont pas en mesure de s'occuper des enfants mineurs qui les accompagnent.

d. Présence en cas d'hospitalisation

Lorsqu'une personne assurée est hospitalisée sur place, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu lors d'un déplacement, et que les médecins d'EUROP ASSISTANCE ne préconisent pas un transport avant sept jours, EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le voyage aller et retour d'une personne choisie par la personne assurée afin qu'elle se rende à son chevet. Ce voyage s'effectue

en train 1ère classe ou en avion classe économique depuis le pays de résidence de la personne assurée.

EUROP ASSISTANCE prend également en charge les frais d'hôtel de classe moyenne de cette personne (chambre et petit déjeuner). EUROP ASSISTANCE prend en charge le voyage et l'hôtel jusqu'à concurrence de max. CHF 5'000.-.

Les frais de restauration (repas et boissons) ainsi que les frais de téléphone ne sont pas pris en charge. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Retour d'une personne accompagnatrice ».

e. Avance des frais d'hospitalisation

Lorsqu'une personne assurée malade ou blessée est hospitalisée lors d'un déplacement, EUROP ASSISTANCE peut faire une avance des frais d'hospitalisation à concurrence de CHF 5'000.- par personne assurée et par événement, aux deux conditions cumulatives suivantes :

- il doit s'agir de soins prescrits en accord avec les médecins d'EUROP ASSISTANCE ;

- la personne assurée doit être jugée intransportable selon les médecins d'EUROP ASSISTANCE.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où EUROP ASSISTANCE est en mesure d'effectuer le transport de la personne assurée.

Les avances de frais sont facturées à la personne assurée. Si le remboursement n'est pas effectué dans un délai de trente jours, des intérêts moratoires sont facturés à la personne assurée au taux de 5%.

f. Frais de recherches et de secours

EUROP ASSISTANCE prend en charge les frais de recherches, de secours et de sauvetage engagés en mer et en montagne, à concurrence de CHF 30'000.-.

Seuls les frais facturés par une société officiellement agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

2. En cas de décès de la personne assurée

Si une personne assurée décède au cours d'un déplacement, EUROP ASSISTANCE organise et prend en

charge le transport de la personne défunte jusqu'au lieu désigné des obsèques dans son pays de résidence.

EUROP ASSISTANCE prend également en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport.

EUROP ASSISTANCE prend en charge les frais du cercueil de transport ou revêtement en zinc en cas de rapatriement aérien du corps. Les autres frais (notamment de cérémonie, convois locaux, inhumation) restent à la charge de la famille.

a. Rapatriement des autres bénéficiaires

En cas de décès de la personne assurée, EUROP ASSISTANCE organise et prend en charge le transport du retour au domicile en train 1ère classe ou en avion classe économique des membres de la famille, conjoint et enfants, vivant avec l'assuré.

3. Retour anticipé de la personne assurée

Si une personne assurée en déplacement apprend l'hospitalisation imprévue ou le décès dans son pays de résidence d'un proche, EUROP ASSISTANCE organise le retour de la personne assurée et prend en charge le billet de train en 1ère classe ou d'avion classe économique aller-retour, afin que cette dernière puisse se rendre au chevet de la personne hospitalisée supérieur à sept jours ou qu'elle puisse assister aux obsèques dans son pays de résidence.

A défaut de présentation de justificatifs (bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, justificatif du lien de parenté) dans un délai de trente jours, EUROP ASSISTANCE se réserve le droit de facturer l'intégralité de la prestation.

Dans tous les cas, si le retour de la personne assurée tel que prévu à l'origine du déplacement devait intervenir dans les 24 heures suivant la demande d'assistance, cette prestation n'est pas accordée.

4. Avance de la caution pénale

Si une personne assurée en déplacement fait l'objet de poursuites judiciaires consécutives à un accident de la circulation, EUROP ASSISTANCE fait l'avance de la caution pénale à concurrence de CHF 10'000.-.

La personne assurée s'engage à rembourser cette avance à EUROP ASSISTANCE dans un délai de trois mois à compter de la date de l'avance, ou aussitôt que cette caution lui est restituée par les autorités, si la restitution intervient avant l'expiration de ce délai.

5. Envoi d'un médicament urgent

Lorsque la personne assurée constate pendant son voyage qu'il lui manque un médicament urgent sous ordonnance existante contre des maladies dont elle souffrait déjà avant son voyage, EUROP ASSISTANCE prend en charge les frais pour lui envoyer ces médicaments (à l'exclusion du coût des médicaments).

6. Transmission des messages urgents

En cas de perte ou vol de papiers d'identité, bagages ou titre de transport, EUROP ASSISTANCE transmet des messages urgents aux autorités, aux ambassades et aux proches.

7. Health & Care Management (HCM)

Suite à un rapatriement ou en cas de problèmes de santé en Suisse EUROP ASSISTANCE met à disposition son HEALTH & CARE MANAGEMENT, un service de soutien et d'assistance par téléphone.

En cas d'hospitalisation, organisation, coordination et assistance dans les démarches :

- d'admission dans le centre hospitalier ;
- pendant le séjour hospitalier ;
- de départ ;
- de transfert dans les centres de réhabilitation.

En cas de besoins ambulatoires :

- organisation de soins à domicile;

- support de housekeeping ;
- organisation de matériel médical (béquilles, chaise-roulante, lits électriques).

Dans tous les cas :

- soutien et explications concernant des traitements médicaux, diagnostic ;
- recherche et transmission d'informations sur les spécialités et services des médecins, thérapeutes, cliniques et centres de wellness ;
- prise de rendez-vous médicaux ;
- organisation d'appels d'offres et transmission de devis médicaux ;
- suivi téléphonique de la personne assurée.

B.2. EVÉNEMENTS ET FRAIS NON ASSURÉS

EUROP ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes officiels locaux de secours d'urgence, tels que la police ou les pompiers.

1. Exclusions de la couverture d'assurance

- les mesures et frais non ordonnés ou non approuvés par EUROP ASSISTANCE, ainsi que les mesures et frais dont la prise en charge n'est pas expressément prévue par les CGA ;
- les situations liées à des faits de grève ;
- les maladies ou blessures préexistantes déjà diagnostiquées et/ou traitées avant le déplacement et comportant un risque d'aggravation brutal ;
- les événements déjà survenus au moment de la conclusion du contrat ;
- les événements liés à la participation à des courses de vitesse, des rallyes et autres compétitions ou événements semblables, ainsi que les entraînements liés à ces événements ;
- les événements en rapport avec l'état d'ivresse, l'abus de drogues, médicaments, stupéfiants et produits assimilés ;

- les événements en rapport avec la commission intentionnelle d'un crime ou d'un délit ou de leur tentative ;
- l'organisation et la prise en charge du transport visé sous C.1. ch. 2. lit. a pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas la personne assurée de poursuivre son déplacement ou son séjour ;
- les conséquences d'une tentative de suicide ;
- les frais d'optique (lunettes ou verres de contact par exemple) ;
- les frais relatifs à des moyens auxiliaires médicaux et des prothèses (prothèses dentaires notamment) ;
- les frais de cure thermique ;
- les frais de séjour dans une maison de repos ;
- les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie ;
- les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination ;
- les frais de bilan de santé ;
- les frais relatifs au diagnostic ou au traitement d'une grossesse déjà connue avant le déplacement, à moins d'une complication imprévisible, et dans tous les cas, les frais afférents à une grossesse à partir de la 28ème semaine ;
- les frais relatifs à des services médicaux ou paramédicaux, ainsi que les frais d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu en Suisse ;
- les contrôles médicaux et les frais s'y rapportant ;
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse ;
- les frais relatifs à la franchise de la caisse maladie ou toute autre institution de prévoyance ;
- les frais de restaurant et de téléphone ;
- les frais non justifiés par des documents originaux.

2. Exonération de responsabilité en cas de force majeure

EUROP ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable de manquements à l'exécution de prestations résultant de force majeure.

Pour l'assistance aux personnes, les prestations ne sont pas garanties pour les personnes assurées en déplacement dans les pays en état de guerre ou de guerre civile, d'instabilité politique notoire ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, éruption volcanique, désintégration du noyau atomique, épidémie, pandémie ou tout autre cas de force majeure.

B.3. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

1. Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge par EUROP ASSISTANCE en application des présentes CGA, l'ayant droit s'engage à céder à EUROP ASSISTANCE le droit de disposer de son titre de transport non utilisé. Il s'engage également, cas échéant, à céder à EUROP ASSISTANCE les montants remboursés par l'organisme émetteur de ce titre de transport.

2. Prétentions envers des tiers

La personne assurée s'engage à céder à EUROP ASSISTANCE tous les droits qu'elle pourrait faire valoir à l'encontre de tiers à concurrence des prestations servies.

3. Cession et mise en gage

Les prétentions en paiement des prestations assurées ne peuvent être cédées ou mises en gage avant leur fixation définitive sans le consentement écrit préalable d'EUROP ASSISTANCE.

4. Compensation

EUROP ASSISTANCE peut compenser ses prestations avec une prime impayée et des participations aux frais, dans les limites légales. EUROP ASSISTANCE est en droit d'exiger les prestations versées à tort et de faire valoir dans ce cas là aussi la compensation.

L'assuré, respectivement l'ayant droit, ne peut compenser ses créances avec les primes et participations aux frais.

MODULES COMPLEMENTAIRES

ASSURANCE DECES ET INVALIDITE ACCIDENTELS





**CONDITIONS GÉNÉRALES (CGA)
POUR L'ASSURANCE COLLECTIVE & INDIVIDUELLE
CONTRE LES ACCIDENTS**

**ENTREPRISES, PERSONNES ET ACTIVITÉS
NON SOUMISES À LA LAA**

Table des matières

I- ETENDUE DE L'ASSURANCE

Personnes assurées	Art.1
Accidents assurés	Art.2
Définition de l'accident	Art.3
Accidents non assurés	Art.4
Commencement et fin de la couverture	Art.5

II - PRESTATIONS DE LA COMPAGNIE

Décès	Art.6
Invalidité	Art.7

III - SINISTRES

Art. 9-10

IV- PRIME ET AUTRES DISPOSITIONS

Art.11-13

I. ETENDUE DE L'ASSURANCE

Art. 1 Personnes assurées

Les personnes assurées sont mentionnées dans la police ou le certificat.

Art. 2 Accidents assurés

L'assurance s'étend aux accidents professionnels et accidents non professionnels.

Art. 3 Définition de l'accident

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Art. 4 Accidents non assurés

Sont exclus de l'assurance les accidents survenant:

- a) à la suite d'événements de guerre
 - en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein,
 - à l'étranger, à moins que l'accident ne survienne dans les 14 jours depuis le début de tels événements dans le pays où séjourne l'assuré et que ce dernier n'y ait été surpris par la survenance de ces événements;

- b) lors de troubles intérieurs (actes de violence contre des personnes ou des choses, à l'occasion d'attroupements, de bagarres ou d'émeutes) et de mesures prises pour y remédier, à moins que l'assuré ne rende vraisemblable qu'il n'a pas participé activement à ces troubles aux côtés de perturbateurs ou qu'il ne les a pas fomentés;
- c) lors de tremblements de terre en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein;
- d) lors de la participation à des compétitions de véhicules automobiles et de canots à moteur ainsi que lors de l'entraînement sur le parcours de la course;
- e) pendant que l'assuré est au service d'une armée étrangère;

En outre, les accidents:

- f) résultant de crimes ou de délits commis intentionnellement par l'assuré;
- g) dus aux effets de radiations ionisantes de n'importe quel genre;
- h) consécutifs à des interventions médicales ou chirurgicales qui n'ont pas été nécessitées par un accident assuré; dus à l'absorption délibérée ou l'injection intentionnelle dans le corps de médicaments, de drogues et de produits chimiques à des fins non médicales;
- i) lors de l'utilisation d'aéronefs dans le sens de l'art. 3, al. 3 CGA, si les accidents résultent d'une infraction intentionnelle aux dispositions légales ainsi que ceux qui surviennent alors que l'assuré n'est pas en possession des licences et autorisations requises par les autorités.

Art. 5 Commencement et fin de la couverture pour chaque assuré

La durée du contrat est de 1 an. Le début de la couverture est indiqué sur votre police ou le certificat.

L'assurance est valable pour les accidents survenus pendant la durée du contrat.

II - PRESTATIONS DE LA COMPAGNIE

Art. 6 Décès

a) Si l'assuré meurt des suites d'un accident, la Compagnie verse la somme assurée pour le cas de décès dans l'ordre à l'un des groupes de personnes mentionnées sous chiffres 1 à 3, chaque groupe n'étant bénéficiaire qu'à défaut du précédent :

1- au conjoint et aux enfants, l'indemnité étant partagée par moitié entre ces deux catégories d'ayants droit; si l'un des enfants est prédécédé, la part qui lui est due sera versée à ses descendants. A défaut d'enfants, le capital décès entier échoit au conjoint, et réciproquement;

2- aux parents, à parts égales;

3- aux frères et sœurs, à parts égales, Si l'un des frères ou sœurs est prédécédé, sa part sera versée à ses descendants.

Les enfants d'un autre lit et les enfants recueillis sont assimilés aux enfants par le sang. On entend par enfants recueillis, les enfants qui, au moment de l'accident, étaient recueillis gratuitement pour être élevés et entretenus de façon durable.

b) S'il n'existe aucun des survivants ou bénéficiaires mentionnés sur la police ou le certificat, la Compagnie ne prend à sa charge que les frais funéraires, dans la mesure où ils n'ont pas été payés par un assureur ou par un tiers responsable, jusqu'à concurrence de 10% de la somme prévue pour le cas de décès.

c) Si l'assuré n'a pas encore l'âge de 16 ans, le capital décès se monte au maximum à CHF 10'000.-.

Art. 7 Invalidité

a) Capital invalidité

Si un accident provoque, dans un délai de 5 ans à compter du jour de l'accident, une invalidité présumée définitive, la Compagnie paie le capital invalidité qui est déterminé par :

b) Degré d'invalidité

Les taux d'invalidité indiqués ci-après engagent les parties.

En cas de perte totale ou d'incapacité fonctionnelle totale des deux mains ou des deux bras, des deux pieds ou des deux

jambes	100%
d'un bras ou d'une main et simultanément d'une jambe ou d'un pied	100%
d'un bras à la hauteur du coude ou au-dessus	70%
d'un avant-bras ou d'une main	60%
d'un pouce	22%
d'un index	14%
d'un autre doigt de la main	8%
d'une jambe à la hauteur du genou ou au-dessus	60%
d'une jambe au-dessous du genou	50%
d'un pied	40%
de la vue des deux yeux	100%
de la vue d'un œil	30%
de la vue d'un œil si la vue de l'autre œil était déjà nulle avant l'accident en question	70%
de l'ouïe des deux oreilles	60%
de l'ouïe d'une oreille	15%

de l'ouïe d'une oreille si l'ouïe de l'autre oreille était déjà nulle avant l'accident en question 45%

En cas de perte partielle ou d'incapacité fonctionnelle partielle, le degré d'invalidité est réduit proportionnellement.

En cas de perte ou d'incapacité simultanée de plusieurs parties du corps, le degré d'invalidité est établi par addition des divers taux; le degré d'invalidité ne peut cependant jamais excéder 100%.

Lorsque des parties du corps atteintes par l'accident avaient déjà auparavant perdu partiellement leur intégrité ou leur fonction, le degré d'invalidité préexistant, calculé selon les principes ci-dessus, sera déduit de celui constaté après l'accident.

Dans les cas non mentionnés ci-dessus, le degré d'invalidité sera déterminé sur la base de constatations médicales.

Art. 8 Résiliation en cas de sinistre (valable pour les assurés en contrat individuel)

- a) Après chaque sinistre pour lequel une prestation est due, la Compagnie peut résilier le contrat au plus tard lors du paiement de l'indemnité, et le preneur d'assurance au plus tard 14 jours après qu'il a eu connaissance de ce paiement.
- b) Si la Compagnie résilie, le contrat expire 14 jours après réception de la résiliation par le preneur d'assurance; si le preneur d'assurance résilie, le contrat expire à réception de l'avis par la Compagnie.

III – SINISTRES

Art. 9 Obligations

- a) Lorsqu'un accident est survenu Sano Concept doit en être informé immédiatement.

b) Après l'accident, il faut faire appel aussi rapidement que possible à un médecin diplômé ou, selon la nature de la lésion, à un dentiste diplômé et veiller à ce que les soins adéquats soient donnés. De plus, l'assuré ou l'ayant droit doit prendre toutes les mesures utiles pour éclaircir les circonstances de l'accident et ses suites; l'assuré doit notamment délier les médecins qui l'ont traité du secret professionnel à l'égard de la Compagnie et autoriser les médecins mandatés par cette dernière à l'examiner.

c) En cas de contravention à ces obligations, la Compagnie a le droit de réduire l'indemnité jusqu'à concurrence du montant qui aurait été dû en cas de comportement conforme aux conditions, à moins que le preneur d'assurance ou l'ayant droit ne prouve qu'il a enfreint ses obligations sans sa faute, ou que l'infraction n'a exercé aucune influence sur le dommage ou sur les droits et obligations de la Compagnie.

Art. 10 Concours de maladies et d'infirmités

Si les conséquences de l'accident ont été aggravées par une maladie, un état maladif ou une infirmité antérieurs à l'accident ou qui se sont déclarés par la suite indépendamment de celui-ci, les prestations de la Compagnie en cas de décès et d'invalidité seront réduites dans la mesure correspondant, à dire d'expert, à ces influences étrangères.

IV- PRIME ET AUTRES DISPOSITIONS

Art. 11 Paiement de la prime

Elle est due pour chaque année d'assurance.

Le certificat ou la police est établi dès réception du paiement de la prime.

La couverture prend effet à la date indiquée sur la police ou le certificat.

Art. 12 For

Le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit ont le choix entre le for ordinaire ou celui de leur domicile suisse.

Art. 13 Dispositions légales

Au surplus, le présent contrat est régi par la Loi fédérale sur le contrat d'assurance.

RESPONSABILITE CIVILE PRIVEE A L'ETRANGER





**ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE DE PARTICULIERS
POUR EXPATRIES**

Conditions générales, édition juin 2004

A Etendue de l'assurance

A1 Quel est l'objet de l'assurance?

1. L'assurance protège le patrimoine des assurés contre les prétentions en responsabilité civile légale élevées par des tiers du fait de dommages causés pendant la durée du contrat. Elle comprend:

- a) le règlement des réclamations justifiées;
- b) la défense contre les prétentions injustifiées.

2. La Compagnie assume également, au-delà de la responsabilité civile légale, la réparation d'autres dommages conformément à A7 ch. 3.

A2 Quels sont les dommages assurés?

La Compagnie couvre les prétentions, fondées sur les dispositions légales régissant la responsabilité civile, formulées contre les personnes assurées en cas de:

- lésions corporelles, c'est-à-dire de mort, blessures ou autres atteintes à la santé de tiers;
- dommages matériels, c'est-à-dire de destruction, détérioration ou perte de choses appartenant à des tiers;
- préjudices de fortune, à condition qu'ils soient la conséquence d'un dommage corporel ou matériel assuré causé au lésé;

- dommages aux animaux, c'est-à-dire de mort, blessures ou autres atteintes à la santé ou la perte d'un animal appartenant à un tiers;

Sont également couverts les frais incombant à un assuré du fait des mesures appropriées prises pour écarter un danger, lorsqu'un événement imprévu rend la survenance d'un dommage assuré imminente (frais de prévention des dommages).

Ne sont pas assurés les frais de suppression d'un état de fait dangereux (B1 ch. 1) ainsi que les mesures de prévention de dommages prises en raison de chutes de neige ou de formation de glace.

A3 Qui est assuré?

En fonction de la variante choisie :

1. Assurance individuelle

- a) le preneur d'assurance;
- b) les enfants mineurs séjournant passagèrement chez le preneur d'assurance;
- c) le personnel domestique et les aides de ménage auxiliaires pour les dommages causés dans l'exécution de leurs activités selon A7 ch. 12;

Sont exclues les prétentions récursoires ou compensatoires de tiers pour les prestations qu'ils ont servies aux lésés;

2. Assurance familiale

Outre les personnes susmentionnées:

- a) le conjoint du preneur d'assurance ou une personne vivant en ménage commun avec le preneur d'assurance;
- b) les enfants du preneur d'assurance (y compris les enfants recueillis) jusqu'à 25 ans révolus, ne faisant pas ménage commun avec lui, pour autant qu'ils n'exercent pas une activité lucrative (l'apprentissage et les stages de formation professionnelle ne sont pas considérés comme activité lucrative au sens de la présente disposition);
- c) les personnes soumises à l'autorité parentale du preneur d'assurance, de son conjoint ou d'une personne vivant en ménage commun avec le preneur d'assurance, même si elles ne vivent pas dans le ménage du preneur d'assurance;
- d) les autres personnes vivant durablement dans le ménage du preneur d'assurance.

3. D'autres personnes ne sont assurées que dans la mesure où elles sont expressément décrites dans l'un des chiffres suivants.

A4 Qu'entend-on par couverture de prévoyance?

1. Assurance individuelle

- a) Si le preneur d'assurance se marie ou accueille durablement d'autres personnes dans son ménage, il doit en avertir la Compagnie, afin que le contrat puisse être adapté à la nouvelle situation.
- b) L'assurance individuelle sera alors transformée en assurance familiale; la nouvelle prime est due à compter de la date du mariage, voire de l'accueil d'une ou plusieurs personnes. Avant cette transformation, une couverture de prévoyance est accordée pendant la

durée d'une année dès la date du mariage ou de l'accueil d'une ou plusieurs personnes. Si le preneur d'assurance omet de notifier les modifications à la Compagnie dans le délai d'une année, la couverture d'assurance est supprimée à partir de l'expiration de ce délai pour les dommages qui auraient été causés par les autres personnes qui vivent durablement dans son ménage.

2. Assurance familiale

- a) Lorsque des enfants majeurs quittent le ménage du preneur d'assurance, ils demeurent assurés dans les limites du présent contrat pendant six mois à compter de leur départ.
- b) Si le preneur d'assurance vit désormais seul, la Compagnie proroge l'assurance, à compter de la date de la notification, en tant qu'assurance individuelle; la prime est réduite en conséquence.

A5 Quelles sont les prestations de la Compagnie?

1. Les prestations de la Compagnie (y compris les frais accessoires tels qu'intérêts du dommage, frais d'avocat, de justice, frais de prévention de dommages, etc.) sont limitées par cas de sinistre au maximum à la somme assurée prévue dans la police au moment où le dommage a été causé.
2. Si divers dommages sont imputables à la même cause, ils sont considérés comme un seul et même sinistre, sans égard au nombre de lésés.

A6 Où et quand l'assurance est-elle valable?

L'assurance est valable pour les dommages causés pendant la durée du contrat qui surviennent dans le monde entier sauf aux USA et CANADA

La durée du contrat est de 1 an. Le début de la couverture est indiqué sur votre police ou certificat.

L'assurance responsabilité civile de particuliers est valable pour les dommages causés pendant la durée du contrat.

A7 En quelles qualités êtes-vous assuré?

Est couverte la responsabilité civile légale de la personne assurée en tant que:

1. Particulier

En raison de son comportement dans la vie quotidienne.

2. Chef de famille

- a) pour les dommages causés par les personnes placées sous son autorité domestique, dans sa vie privée;
- b) dans le cadre de l'assurance familiale, est également assurée la responsabilité civile d'un tiers, en tant que chef de famille, pour les dommages causés par les enfants mineurs et les membres de la famille mineurs du preneur d'assurance, qui séjournent passagèrement chez ce tiers.

3. Personne incapable de discernement

Sur demande du preneur d'assurance, l'assurance couvre, jusqu'à concurrence de CHF 100000.– par événement, les dommages causés par une personne incapable de discernement, mineure ou non, vivant en ménage commun avec le preneur d'assurance, même lorsque le chef de famille n'a pas contrevenu à son devoir de surveillance. Cette couverture est accordée dans la mesure où, sur la base des dispositions légales, il y aurait obligation d'indemniser si l'auteur du dommage était capable de discernement.

Demeurent toutefois **exclus** les prétentions récursoires et compensatoires de tiers pour les prestations qu'ils ont servies aux lésés.

4. Enfant placé

Sont également assurées les prétentions pour des dommages causés à des tiers par des enfants placés et des enfants confiés la journée, séjournant passagèrement chez le preneur d'assurance.

Demeurent exclues les prétentions du preneur d'assurance lui-même ou d'une personne assurée ainsi que les prétentions récursoires et compensatoires de tiers pour des prestations qu'ils ont servies aux lésés.

5. Locataire d'immeubles et de locaux

Locataire d'un appartement, d'une chambre ou d'une maison à une famille ainsi que d'un local privé de bricolage ou de débarras, pour autant que ces locaux soient habités ou utilisés par les assurés eux-mêmes.

a) Est aussi assurée la responsabilité civile pour les dommages causés à la chose louée même et aux installations et aménagements intégrés, de même qu'aux parties d'immeubles, locaux, installations et équipements à usage commun. Est également couverte la responsabilité civile pour la part des dommages que l'assuré doit supporter selon le contrat de bail pour des dégâts causés à des parties d'immeubles, locaux, installations et équipements à usage commun et servant à tous les habitants de l'immeuble, lorsque l'auteur du dommage ne peut pas être identifié.

Ne sont pas assurés, toutefois, les dommages causés au mobilier lorsque les locaux sont loués meublés.

c) Si plusieurs personnes constituent une communauté dans le même foyer et si un seul occupant a contracté une assurance individuelle, le dommage ne sera indemnisé que dans la proportion représentée par le preneur d'assurance par rapport au nombre total d'occupants.

6. Locataire d'une maison de vacances à une famille

Locataire ou propriétaire d'une maison de vacances à une famille ou d'un appartement de vacances ainsi que d'un mobilhome ou d'une caravane non immatriculée avec lieu de stationnement fixe. L'assurance s'étend également à la responsabilité civile pour des dommages causés aux choses susmentionnées louées ainsi qu'à leurs installations intégrées et citernes.

Sont également assurés les dommages causés au mobilier de chambres d'hôtel, d'appartements et pensions de vacances loués.

7. Détenteur d'animaux domestiques

Détenteur d'animaux tels que chevaux, chiens, chats, moutons, chèvres et autres animaux domestiques courants, ainsi qu'en tant qu'apiculteur, dans la mesure où ces animaux ne servent pas à des fins lucratives.

Est également assurée, en qualité de détenteur d'animaux, la personne qui se charge, à titre temporaire et non professionnel, de la garde d'un animal domestique d'un assuré.

Les prétentions en dommages-intérêts du gardien lui-même sont également assurées.

8. Responsable d'objets confiés

L'assurance comprend aussi la responsabilité civile pour les dommages aux objets confiés, c'est-à-dire les dommages causés:

- à des objets qu'un assuré a pris en charge en vue de les utiliser, conserver, transporter ou pour d'autres raisons, sous réserve de A7 ch. 5.1;
- à des choses par suite de l'exécution ou de l'inexécution d'une activité d'un assuré sur ou avec ces choses

En plus des restrictions de l'étendue de l'assurance selon A9, **demeurent exclus:**

- les dommages causés à des véhicules à moteur et à des aéronefs (y compris les planeurs de pente) ainsi qu'à des canots, bateaux et planches à voile. Les dommages aux cyclomoteurs sont cependant assurés;
- les dommages causés aux chevaux ainsi qu'à leurs harnais ou véhicules attelés;
- les prétentions par suite de destruction, détérioration ou perte d'objets de prix ou de valeur (tels que bijoux, fourrures, objets d'art, etc.), de pièces de collection, d'argent en espèces, de papiers-valeurs, de documents, de plans et de dessins techniques ainsi que de software ou de données informatiques;
- les prétentions récursoires et compensatoires de tiers pour les prestations qu'ils ont servies au lésé;
- les dommages causés à des choses sur lesquelles un assuré exerce une activité rémunérée ou qu'il a prises ou reçues dans le cadre d'une activité professionnelle principale ou accessoire;
- les dommages causés aux choses en location-vente ou achetées avec réserve de propriété.

9. Détenteur et utilisateur de cycles

et de véhicules à moteur assimilés à ces derniers sur le plan de la responsabilité civile et de l'assurance.

- a) La couverture d'assurance se limite à la part de l'indemnité excédant la somme de garantie de l'assurance prescrite par la loi (assurance complémentaire). Si une assurance prescrite légalement n'a pas été conclue ou si le conducteur du véhicule n'est pas en possession du permis de conduire prescrit par la loi, les prétentions ne sont pas assurées. Cette exclusion ne s'applique pas aux dommages causés par des enfants d'âge préscolaire.
- b) S'il n'existe aucune obligation légale d'assurance, les prétentions pour l'intégralité du dommage sont assurées.

10. Détenteur et utilisateur de véhicules nautiques

Est assurée la responsabilité civile du détenteur et utilisateur de véhicules nautiques non propulsés par un moteur, de bateaux à voiles sans moteur d'une surface vélique jusqu'à 15 m² ainsi que de planches de surf.

11. Sportif

A l'exclusion

- de la chasse et des manifestations sportives cynégétiques
- du sport professionnel;
- du sport aérien (y compris parachutisme et planeur de pente);
- du sport motorisé.

12. Employeur

pour les dommages causés par le personnel domestique privé (y compris les aides) dans l'exercice de ses activités dans le ménage du preneur d'assurance.

13. Passager de véhicules à moteur appartenant à des tiers

La couverture d'assurance s'étend aux prétentions élevées contre les personnes assurées en leur qualité de passagers ou d'accompagnants d'élève conducteur, à savoir:

à la responsabilité civile légale des personnes assurées pour autant qu'elle ne soit pas couverte par l'assurance

- a) responsabilité civile conclue pour le véhicule en question et en vigueur au moment du sinistre;
- b) au dédommagement du supplément de prime résultant de la rétrogradation effective dans le système des degrés de prime de l'assurance responsabilité civile du véhicule (perte de bonus), au maximum toutefois 200 % de la prime brute annuelle selon tarif.

Aucune indemnité pour supplément de prime n'est accordée si la Compagnie rembourse à l'assureur responsabilité civile du véhicule les prestations de sinistre.

- c) Sont aussi assurées les prétentions du fait de dommages qu'un assuré cause à un véhicule de tiers qu'il utilise en tant que passager. Si les dommages ont déjà été pris en charge par un assureur casco, la Compagnie ne rembourse qu'une éventuelle franchise ainsi que l'éventuel supplément de prime découlant de la rétrogradation dans le système de degrés de prime (perte de bonus).

A8 Dans quels cas n'y a-t-il pas de couverture d'assurance?

L'assurance ne couvre pas les prétentions:

- a) pour les dommages qui atteignent un assuré (selon A3) ou une autre personne faisant ménage commun avec lui, y compris les choses leur appartenant (à l'exception des choses appartenant aux employés et aux auxiliaires d'un assuré selon A3 ch. 1, c);
- b) en rapport avec l'exercice d'une activité professionnelle principale ou de l'exploitation d'une entreprise ou d'un domaine agricole;
- c) pour les dommages causés intentionnellement ou en participant délibérément à un crime ou à un délit, ainsi que pour les dommages causés à des choses dont un assuré s'est emparé, sans droit, passagèrement ou définitivement;

- d) fondées sur une responsabilité contractuelle excédant les prescriptions légales, ainsi que celles découlant de l'inexécution d'obligations d'assurance légales ou contractuelles;
- e) comme détenteur ou résultant de l'utilisation de véhicules à moteur, de leurs remorques ou véhicules remorqués, dans la mesure où une assurance doit être obligatoirement conclue en vertu de la législation suisse sur la circulation routière;
- f) du fait de la détention ou de l'utilisation d'aéronefs de tout genre pour lesquels la législation prescrit l'obligation de conclure une assurance responsabilité civile ou qui sont immatriculés à l'étranger ;
- g) du fait de la détention ou de l'utilisation de véhicules nautiques de tout genre, pour lesquels la législation suisse prescrit l'obligation de conclure une assurance responsabilité civile ou qui sont immatriculés à l'étranger;
- h) pour les dommages causés à des aéronefs et à des véhicules nautiques (y compris les planeurs de pente et les planches de surf) ainsi qu'à des véhicules à moteur remis à une personne assurée pour les utiliser ou les garder. Les dommages causés aux cyclomoteurs sont en revanche assurés;
- i) pour les dommages dus à l'usure (par ex. aux murs, plafonds, tapisseries, couches de peinture, etc.) et autres
- j) dommages survenus progressivement par l'effet prolongé de n'importe quelle cause;
- k) pour les dommages dont on pouvait s'attendre, avec un degré élevé de probabilité, à ce qu'ils se produisent ou dont on a implicitement accepté la survenance;
- l) pour les dommages causés à des animaux de selle et de trait loués ou empruntés;
- m) pour les dommages à des choses sur lesquelles ou au moyen desquelles un assuré exerce une activité professionnelle principale ou accessoire ou toute autre activité rémunérée;
- n) pour les dommages imputables à des radiations ionisantes ou à l'utilisation de rayons laser ou maser;
- o) en relation avec la transmission de maladies contagieuses;
- p) découlant de la perte ou de l'endommagement de données et de programmes informatiques (software);
- q) pour les frais de prévention de sinistres (sous réserve de A2).
- r) prétention pour les dommages liés à l'amiante, aux hydrocarbures chlorés, les chlorofluocarbures (CFC) ou l'urée-formaldéhyde.

B Sinistres

B1 Quelles obligations incombent aux assurés?

1. Les assurés sont tenus d'éliminer à leurs frais et dans un délai convenable tout état de fait dangereux pouvant entraîner un dommage, et dont la Compagnie a demandé la suppression.
2. L'assuré qui contrevient aux obligations mises à sa charge par le présent contrat perd tout droit aux prestations de la Compagnie. Cette sanction n'est pas encourue s'il résulte des circonstances que la violation n'est pas fautive ou que l'exécution de l'obligation contractuelle n'eût pas empêché le dommage de survenir.

B2 Que faut-il faire en cas de sinistre?

1. S'il survient un sinistre dont les suites prévisibles peuvent concerner l'assurance ou si des prétentions en responsabilité civile sont élevées contre un assuré, le preneur d'assurance est tenu d'en aviser immédiatement Sano Concept. Si l'événement a entraîné le décès d'une personne, Sano Concept doit en être avisée dans les 24 heures.
2. Lorsque, à la suite d'un événement pouvant concerner l'assurance, l'assuré fait l'objet d'une contravention ou d'une poursuite pénale, il est tenu d'en informer Sano Concept immédiatement. La Compagnie se réserve le droit de mandater un avocat.

B3 A quoi faut-il veiller en cas de sinistre?

La Compagnie n'intervient en cas de sinistre que dans la mesure où les prétentions dépassent la franchise convenue. Elle conduit, à ses frais, les pourparlers avec les lésés. Elle a, à cet égard, qualité de

1. représentante de l'assuré et son règlement des prétentions du lésé lie l'assuré.

2. L'assuré est tenu de renoncer à tous pourparlers directs avec le lésé ou son représentant, concernant les demandes en dommages-intérêts, ainsi qu'à toute reconnaissance de prétention, transaction ou versement d'indemnité, à moins que la Compagnie ne l'y autorise. Sans l'accord préalable de la Compagnie, il n'est pas autorisé à céder à des lésés ou à des tiers des prétentions issues de cette assurance. De plus, il doit fournir spontanément à la Compagnie tous renseignements concernant le sinistre et les démarches entreprises par le lésé. Il doit lui transmettre sans retard tous les documents et preuves y relatifs (notamment les pièces judiciaires, telles que convocations, mémoires, jugements, etc.) et, dans la mesure du possible, la soutenir dans l'instruction du cas (bonne foi contractuelle).
3. La Compagnie verse en règle générale l'indemnité directement aux lésés; si elle ne peut déduire une franchise éventuelle, l'assuré est tenu de la lui rembourser en renonçant à toute opposition
4. Lorsqu'il n'est pas possible de s'entendre avec le lésé et qu'un procès s'engage, la Compagnie assume la direction du procès civil à ses frais. Les dépens éventuels alloués à l'assuré appartiennent à la Compagnie dans la mesure où ils ne sont pas destinés à couvrir les frais personnels de l'assuré.

B4 Autres dispositions

Résiliation en cas de sinistre

Après chaque sinistre pour lequel une indemnité est due, le preneur d'assurance peut résilier le contrat au plus tard 14 jours après qu'il a eu connaissance du paiement de l'indemnité, et la Compagnie au plus tard lors du paiement de celle-ci. En cas de résiliation du contrat par le preneur d'assurance ou par la Compagnie, la couverture d'assurance prend fin 14 jours après la notification de la résiliation à l'autre partie.

For

Pour toutes prétentions découlant du présent contrat sont compétents les tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, ou bien du lieu de la chose assurée pourvu qu'il se trouve en Suisse, ainsi qu'au siège de la

Compagnie. Dans les relations internationales, la Loi fédérale de droit international privé ainsi que la Convention concernant la compétence judiciaire et l'exécution des décisions en matière civile et commerciale (Convention de Lugano) règlent les compétences.

Bases légales complémentaires

Les dispositions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) sont au surplus applicables.

PROTECTION JURIDIQUE

FORTUNA

Conditions générales d'assurance – Fortuna PROTECTION JURIDIQUE

Art. 1. Personnes et lieux assurés

Sont assurés par la présente police les personnes ayant souscrit le package « ScoreExpat ».

Art. 2. Risques assurés

Défense pénale : en cas de procédure pour des infractions commises par négligence.

Art. 3. Prestations assurées

FORTUNA traite **sans frais** les litiges juridiques couverts. Cette prestation est octroyée jusqu'à concurrence d'un montant de **CHF 50'000. --/CHF 360'000. --/CHF 70'000. —** par sinistre (suivant l'option choisie).

Les frais suivants sont couverts:

- a) Frais résultant de l'intervention de FORTUNA.
- b) Les honoraires d'avocat
- c) Les frais de justice et autres frais officiels d'enquête,
- d) Les dépens
- e) Les frais des expertises ordonnées par FORTUNA,
- f) Les frais d'encaissement alloués à l'assuré par la justice ou suite à un accord dans le cas d'un sinistre traité par FORTUNA. Ces frais sont couverts au maximum jusqu'à l'obtention d'un acte de défaut de biens ou d'une commination de faillite.

- g) Caution pénale pour éviter une détention préventive, jusqu'à concurrence de max CHF 100'000.--. accordée à titre d'avance.

Art. 4. Quand et où est valable l'assurance ?

- a) Fortuna accorde sa protection juridique lorsque le besoin d'assistance juridique survient ou est prévisible **après l'entrée en vigueur de la couverture d'assurance** (validité temporelle).
- b) La couverture d'assurance est valable en Europe / dans le Monde entier (suivant l'option choisie).

Art. 5. Résiliation en cas de sinistre

- a) Après l'annonce de chaque sinistre pour lequel Fortuna a dû fournir une prestation (paiement ou intervention de ses collaborateurs), le **contrat d'assurance peut-être résilié** par :
 - Le preneur d'assurance, au plus tard dans un délai de 14 jours après avoir pris connaissance de la dernière prestation ;
 - Fortuna, au plus tard lors de son dernier paiement ou de sa dernière intervention
- b) **L'assurance cesse** dès réception de la résiliation par Fortuna ou 30 jours après la réception de la notification de la résiliation par le preneur d'assurance, respectivement l'écoulement du délai de garde de la poste.

Art. 6. Marche à suivre en cas de sinistre

- a) Dès que l'assuré a pris connaissance d'un sinistre pour lequel Fortuna aurait à intervenir, celle-ci doit en être informée par écrit le plus rapidement possible.
- b) FORTUNA est seule autorisée à mandater un conseiller juridique. L'assuré s'engage à ne pas mandater d'avocat sans avoir obtenu au préalable le consentement écrit de FORTUNA.

- c) L'assuré doit fournir à FORTUNA, de même qu'au représentant mandaté, tous les renseignements nécessaires de manière complète et conforme à la vérité; il doit en outre informer FORTUNA de manière précise sur toutes les circonstances du sinistre et mettre à sa disposition toutes les pièces et procurations nécessaires. Il autorisera l'avocat à informer FORTUNA du développement de la procédure et à lui communiquer toutes les pièces du dossier.
- d) Des arrangements entraînant des obligations à charge de FORTUNA ne peuvent être conclus par l'assuré ou son représentant qu'avec l'accord écrit de FORTUNA. Si cet accord n'est pas donné, FORTUNA peut refuser la prise en charge des obligations contractées par l'assuré ou son représentant. Tout dédommagement attribué à l'assuré par voie judiciaire ou extrajudiciaire doit être restitué à FORTUNA jusqu'à concurrence de la totalité des prestations (frais internes et externes) qu'elle a fourni.

Art. 7. Divergence d'opinion

- a) Lorsque des négociations concernant un arrangement à l'amiable échouent, Fortuna décide de l'opportunité d'intenter un procès.
- b) Lorsque Fortuna refuse d'entreprendre d'autres démarches car elle considère que la cause n'a aucune chance de succès, elle doit alors motiver sa décision par écrit à l'assuré et l'informer de ses droits définis aux lettres c) et d) ci-après.
- c) Si l'assuré n'est pas d'accord avec la solution proposée, il peut soumettre le cas à un avocat exerçant en Suisse qui évaluera le cas en qualité d'arbitre. Ce dernier, qui doit être choisi d'un commun accord par l'assuré et Fortuna, statue sur la base d'un simple échange de courrier et exige des deux parties une avance de frais présumés. En cas de désaccord quant au choix de l'avocat, le président du tribunal compétent pour le litige résultant du présent contrat d'assurance désigne lui-même un arbitre.
- d) Si, malgré le refus de prestations de Fortuna ou une issue défavorable pour l'assuré de la procédure prévue à l'art. 11c) CGA l'assuré engage à ses frais un procès, il aura droit à un remboursement de ceux-ci jusqu'à

concurrence du montant maximum garanti par les présentes CGA si le jugement obtenu lui est plus favorable que le résultat obtenu suite à la procédure prévue à l'art. 11c) des présentes CGA

Art 8. Exclusions

FORTUNA n'assure pas la défense des intérêts juridiques de ses assurés dans les situations suivantes:

- a) **D'une manière générale**, les litiges qui ne sont pas énumérés à l'article 6 des présentes CGA.
- b) **Les litiges avec FORTUNA** ou un représentant chargé de la défense des intérêts juridiques de l'assuré. En revanche, les prétentions juridiques envers les autres sociétés du Groupe GENERALI Suisse sont assurées.
- c) Les litiges relatifs à la Loi fédérale sur la **poursuite pour dettes et la faillite** (LP), y compris le simple encaissement de créances.
- d) **Gestion de l'Association, responsabilité** : lors de litiges au sein de la direction de l'Association ou qui résultent de conflits au sein de cette dernière, de même que lors d'actions en responsabilité.
- e) **Conflits internes** : lors de litiges qui opposent le preneur d'assurance à une autre personne assurée par le même police, seul le preneur d'assurance bénéficie de la couverture. En revanche, aucune couverture d'assurance n'existe pour les litiges entre d'autres personnes assurées au sein de la même Fondation.
- f) Les litiges relatifs au droit régissant les **biens immatériels**, la **concurrence**, les **cartels**, les **impôts** et les autres contributions, ainsi que le **droit des constructions** et la réglementation en matière de **police du commerce**.
- g) Les litiges relatifs à l'**acquisition ou l'aliénation** (vente, échange, donation, cession, etc.) **de papiers-valeurs ou de créances en tout genre**.
- h) Les litiges en relation avec des **événements de guerre** ou à caractère semblable, le **non-respect de la neutralité**, des **émeutes**, des **situations de lock-out**, des **grèves**, des troubles de toute sorte et des **manifestations publiques violentes**.
- i) **Les crimes, délits** et contraventions intentionnels ou leur tentative perpétrée par l'assuré.

INFORMATION A LA CLIENTELE

ASSURANCE DECES ET INVALIDITE ACCIDENTELS





**Devoir d'information à la clientèle
POUR L'ASSURANCE COLLECTIVE & INDIVIDUELLE
CONTRE LES ACCIDENTS**

L'information à la clientèle a pour but de renseigner les assurés sur l'identité de leur Compagnie d'assurances ainsi que sur les couvertures, dans un souci de transparence.

1. Partenaires contractuels

Votre partenaire contractuel est Sano Concept Sàrl (ci-après Sano Concept) dont le siège social est avenue de Tivoli 19 bis, 1000 Lausanne 16. Sano Concept est une société de courtage en assurance inscrite auprès du registre du commerce.

Votre assureur : GENERALI Assurances Générales SA fait partie du Groupe d'assurances GENERALI à Trieste/Italie et offre également des assurances-vie (GENERALI Assurances de personnes SA sise Soodmattenstrasse 10, 8134 Adliswil1).

2. Risques assurés et étendue de la couverture d'assurance

Le produit « ScoreExpat » est destiné aux personnes quittant la Suisse à but professionnel sous les conditions suivantes

Pour les entreprises :

Sous forme de contrat collectif. Les assurés sont les employés qui doivent pour des raisons professionnelles se rendre à l'étranger pour une durée de maximum de **6 ans**.

Les conditions d'acceptation sont les suivantes :

- L'entreprise à son siège ou une succursale en Suisse **et**
- L'employé a un statut d'expatrié (contrat de travail de droit suisse ou local d'une durée maximale de **6 ans**)

Pour les organisations internationales / les particuliers :

Un contrat individuel est établi. Les conditions d'acceptation sont les suivantes :

Pour les organisations internationales :

- Contrat de travail de droit suisse **et**
- Adresse en Suisse
- Statut d'expatrié pour une durée de maximum **6 ans**
-

Pour les particuliers :

- Domicile en Suisse

Statut d'expatrié (contrat de travail de droit suisse ou local d'une durée maximale de **6 ans**)

Pour de plus amples renseignements se référer à la proposition « ScoreExpats ».

Description de la garantie :

- Assurance accident

Personnes assurées

Les personnes assurées sont mentionnées dans la police ou le certificat.

Accidents assurés

L'assurance s'étend aux accidents professionnels et non-professionnels.

Définition de l'accident

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

3. Prestations de la Compagnie

Décès

a) Si l'assuré meurt des suites d'un accident, la Compagnie verse la somme assurée pour le cas de décès dans l'ordre à l'un des groupes de personnes mentionnées sous chiffres 1 à 3, chaque groupe n'étant bénéficiaire qu'à défaut du précédent:

1. au conjoint et aux enfants, l'indemnité étant partagée par moitié entre ces deux catégories d'ayants droit; si l'un des enfants est prédécédé, la part qui lui est due sera versée à ses descendants. A défaut d'enfants, le capital décès entier échoit au conjoint, et réciproquement;
2. aux parents, à parts égales;
3. aux frères et sœurs, à parts égales, Si l'un des frères ou sœurs est prédécédé, sa part sera versée à ses descendants.

Les enfants d'un autre lit et les enfants recueillis sont assimilés aux enfants par le sang. On entend par enfants recueillis, les enfants qui, au moment de l'accident, étaient recueillis gratuitement pour être élevés et entretenus de façon durable.

b) S'il n'existe aucun des survivants ou bénéficiaires mentionnés dans la police ou le certificat, la Compagnie ne prend à sa charge que les frais funéraires, dans la mesure où ils n'ont pas été payés par un assureur ou par un tiers responsable, jusqu'à concurrence de 10% de la somme prévue pour le cas de décès.

c) Si l'assuré n'a pas encore l'âge de 16 ans, le capital décès se monte au maximum à CHF 10'000.-.

Invalidité

Capital invalidité

Si un accident provoque une invalidité présumée définitive, la Compagnie paie le capital invalidité qui est déterminé par le degré d'invalidité et par la somme d'assurance convenue. Il est sans importance qu'il en résulte ou non une perte de gain.

4. Validité territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier.

5. Validité temporelle

La durée du contrat est de 1 an. Le début de la couverture est indiqué sur votre police ou sur le certificat.

L'assurance est valable pour les accidents survenus pendant la durée du contrat.

6. Prime

Elle est due pour chaque année d'assurance.

Le certificat ou la police est établi dès réception du paiement de la prime.

La couverture prend effet à la date indiquée sur la police ou le certificat.

7. Cas de sinistres

Les cas de sinistres doivent être annoncés immédiatement à Sano Concept :

- par téléphone au 0848 500 111

Ou

- online sur : www.sanoconcept-international.ch

Votre dossier sera ensuite transmis par Sano Concept à Generali Assurances pour traitement.

8. Protection des données

Dans l'exercice de leurs activités (évaluation du risque, traitement des sinistres, statistiques, marketing), GENERALI et SANO CONCEPT peuvent être amenés à traiter des données qui vous concernent. Ces données figurent notamment dans les contrats, propositions d'assurance, avis de sinistres, rapports médicaux ou dans des documents officiels. Elles sont classées dans des dossiers papier ou électroniques.

GENERALI et SANO CONCEPT peuvent être appelés à transmettre des données vous concernant à des tiers, tels que des co-assureurs, réassureurs, des compagnies du groupe GENERALI, des médecins-conseils ainsi que des experts. Elles se réservent également la possibilité de requérir des renseignements auprès de tiers, en particulier d'assureurs antérieurs, au sujet de l'évolution des sinistres. La proposition d'assurance contient une clause par laquelle vous autorisez GENERALI et SANO CONCEPT à traiter les données indispensables à l'examen et à la gestion du contrat. GENERALI et SANO CONCEPT garantissent la confidentialité des informations reçues.

GENERALI est reliée à un système central d'information, destiné à lutter contre la fraude à l'assurance. Ce fichier recense les cas de fraude annoncés par les assureurs.

RESPONSABILITE CIVILE PRIVEE A L'ETRANGER





**Devoir d'information à la clientèle
POUR LA RESPONSABILITÉ CIVILE DE PARTICULIERS**

L'information à la clientèle a pour but de renseigner les assurés sur l'identité de leur Compagnie d'assurances ainsi que sur les couvertures, dans un souci de transparence.

1. Partenaires contractuels

Votre partenaire contractuel est Sano Concept Sàrl (ci-après Sano Concept) dont le siège social est avenue de Tivoli 19 bis, 1000 Lausanne 16. Sano Concept est une société de courtage en assurance inscrite auprès du registre du commerce.

Votre assureur : GENERALI Assurances Générales SA fait partie du Groupe d'assurances GENERALI à Trieste/Italie et offre également des assurances-vie (GENERALI Assurances de personnes SA sise Soodmattenstrasse 10, 8134 Adliswil1).

2. Risques assurés et étendue de la couverture d'assurance

Le produit « ScoreExpat » est destiné aux personnes quittant la Suisse à but professionnel sous les conditions suivantes

Pour les entreprises :

Sous forme de contrat collectif. Les assurés sont les employés qui doivent pour des raisons professionnelles se rendre à l'étranger pour une durée de maximum de **6 ans**.

Les conditions d'acceptation sont les suivantes :

- L'entreprise à son siège ou une succursale en Suisse **et**
- L'employé a un statut d'expatrié (contrat de travail de droit suisse ou local d'une durée maximale de **6 ans**)

Pour les organisations internationales / les particuliers :

Un contrat individuel est établi. Les conditions d'acceptation sont les suivantes :

Pour les organisations internationales :

- Contrat de travail de droit suisse **et**
- Adresse en Suisse
- Statut d'expatrié pour une durée de maximum **6 ans**

Pour les particuliers :

- Domicile en Suisse
- Statut d'expatrié (contrat de travail de droit suisse ou local d'une durée maximale de **6 ans**)

Deux variantes de couvertures d'assurance sont proposées : individuelle ou familiale.

Pour de plus amples renseignements se référer à la proposition « ScoreExpats ».

Objet de l'assurance responsabilité civile de particuliers :

L'assurance protège le patrimoine des assurés contre les prétentions en responsabilité civile légale élevées par des tiers du fait de dommages causés pendant la durée du contrat. Elle comprend:

- a) le règlement des réclamations justifiées;
- b) la défense contre les prétentions injustifiées.

Les dommages atteignant un assuré ou une personne faisant ménage commun avec lui ne sont pas couverts. Vous pouvez conclure une assurance individuelle ou pour l'ensemble de votre famille.

3. Validité territoriale

L'assurance responsabilité civile privée est valable : dans le monde entier **sauf aux USA et au Canada**

4. Validité temporelle

La durée du contrat est de 1 an. Le début de la couverture est indiqué sur votre police ou sur le certificat.

L'assurance responsabilité civile de particuliers est valable pour les dommages causés pendant la durée du contrat.

5. Prime

Le montant de la prime varie en fonction de la variante choisie. Elle est due pour chaque année d'assurance.

Le certificat ou la police est établi dès réception du paiement de la prime. La couverture prend effet à la date indiquée sur la police ou le certificat.

6. Franchises

En cas de sinistre, vous vous acquittez de la franchise prévue dans le contrat ou dans les CGA.

Les variantes prévoient la même franchise à savoir :

CHF 200.00 par cas de sinistre et pour l'ensemble des dommages matériels, corporels ainsi que pour les frais de prévention.

7. Cas de sinistres

Les cas de sinistres doivent être annoncés immédiatement à Sano Concept :

- par téléphone au 0848 500 111

Ou

- online sur : www.sanoconcept-international.ch

Votre dossier sera ensuite transmis par Sano Concept à Generali Assurances pour traitement.

8. Protection des données

Dans l'exercice de leurs activités (évaluation du risque, traitement des sinistres, statistiques, marketing), GENERALI et SANO CONCEPT peuvent être amenés à traiter des données qui vous concernent. Ces données figurent notamment dans les contrats, propositions d'assurance, avis de sinistres, rapports médicaux ou dans des documents officiels. Elles sont classées dans des dossiers papier ou électroniques.

GENERALI et SANO CONCEPT peuvent être appelés à transmettre des données vous concernant à des tiers, tels que des co-assureurs, réassureurs, des compagnies du groupe GENERALI, des médecins-conseils ainsi que des experts. Elles se réservent également la possibilité de requérir des renseignements auprès de tiers, en particulier d'assureurs antérieurs, au sujet de l'évolution des sinistres. La proposition d'assurance contient une clause par laquelle vous autorisez GENERALI et SANO CONCEPT à traiter les données indispensables à l'examen et à la gestion du contrat. GENERALI et SANO CONCEPT garantissent la confidentialité des informations reçues.

GENERALI est reliée à un système central d'information, destiné à lutter contre la fraude à l'assurance. Ce fichier recense les cas de fraude annoncés par les assureurs.

SANO Concept International est une marque du groupe SANO Concept, courtier leader en Suisse en assurance santé. Créé en 2000, regroupant aujourd'hui plus de 400 collaborateurs, SANO Concept est présent en Suisse, en France et en Tunisie et assure plus de 120 000 personnes. SANO Concept appartient au **groupe APRIL**, acteur majeur de l'assurance.



Avenue de Tivoli 19 bis, CP 48, 1000 Lausanne 16, Suisse
Tél : + 41 (0) 21 637 36 53 Fax : + 41 (0) 21 636 48 93
contact@sanoconcept-international.ch
www.sanoconcept-international.ch



Aujourd'hui, plus de 2,5 millions d'assurés individuels ou professionnels font confiance aux 3'300 collaborateurs des 72 sociétés du groupe pour la protection de leur famille et de leurs biens dans plus de 30 pays à travers le monde. Un réseau mondial d'entrepreneurs indépendants bâti autour d'une vision commune de notre métier : protéger la vie et les biens avec simplicité, exigence, innovation et réactivité au service de nos clients et partenaires.