



Assurances EuroSanté

Conditions générales pour contrats individuels

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014

Allianz 
Allianz Worldwide Care

Votre assurance santé

La police d'assurance santé 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 (ce document), qui définissent les garanties et les conditions de votre police d'assurance santé complémentaire, et doivent être lues conjointement avec votre certificat d'assurance et votre tableau des garanties.
- Du certificat d'assurance, qui présente les formules choisies, la date d'effet et la date de renouvellement de la police, les dates auxquelles des ayants droit ont été ajoutés, ainsi que la zone géographique de couverture. Les avenants ou conditions particulières uniques à votre couverture sont indiqués sur le certificat d'assurance (et ont été détaillés dans le formulaire de conditions particulières émis avant le début de votre police). Veuillez noter qu'un nouveau certificat d'assurance vous sera envoyé si vous demandez un changement (que nous acceptons), tel que l'ajout d'un ayant droit, ou si nous effectuons un changement que nous sommes autorisés à faire.
- Des informations que nous avons reçues dans le bulletin d'adhésion signé, le questionnaire médical ou autre questionnaire (nommés collectivement ci-après « bulletin d'adhésion approprié ») ou dans tout autre document médical justificatif, par ou au nom des assurés.

Sommaire

| | |
|--------------------------------------|-------------------|
| Tableau des garanties | 2-3 |
| Votre couverture | 4-5 |
| Définitions | 7-12 |
| Exclusions | 13-15 |
| Conditions générales supplémentaires | 17-21 |
| Informations générales | 22-30 |
| L'essentiel de votre couverture | Partie détachable |
| • Se faire soigner | |
| • Services utiles | |
| • Coordonnées | |

Tableau des garanties

Le tableau ci-dessous détaille la prise en charge fournie dans le cadre de la couverture complémentaire EuroSanté. Les montants des garanties sont indiqués par assuré et par année d'assurance. La différence entre les frais des traitements et le remboursement effectué par le Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) est remboursée en totalité pour les garanties indiquées ci-dessous, jusqu'au plafond de garantie.

| Plafond global | EuroSanté Optimum | EuroSanté Equilibre | EuroSanté Tranquillité |
|--|-------------------|---------------------|------------------------|
| Plafond global en EUR (€) au sein de l'EEE | 1 500 000 € | 1 250 000 € | 1 000 000 € |
| Plafond global en EUR (€) en dehors de l'EEE | 25 000 € | 25 000 € | 25 000 € |

| Garanties Hospitalisation | EuroSanté Optimum | EuroSanté Equilibre | EuroSanté Tranquillité |
|---|-------------------|---------------------|------------------------|
| Garanties hospitalières | | | |
| Chambre d'hôpital | Particulière | Particulière | Particulière |
| Médicaments soumis à prescription médicale et matériel (hospitalisation et soins de jour uniquement) | Couvert | Couvert | Couvert |
| Chirurgie, incluant anesthésie et bloc opératoire | Couvert | Couvert | Couvert |
| Médecins et thérapeutes (hospitalisation et soins de jour uniquement) | Couvert | Couvert | Couvert |
| Appareillages chirurgicaux et prothèses | Couvert | Couvert | Couvert |
| Analyses médicales (hospitalisation et soins de jour uniquement) | Couvert | Couvert | Couvert |
| Psychiatrie et psychothérapie (hospitalisation et soins de jour uniquement) | Couvert | Couvert | Couvert |
| Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant de moins de 14 ans à l'hôpital | Couvert | Couvert | Couvert |
| Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation | Couvert | Couvert | Couvert |
| Autres garanties | | | |
| Hospitalisation de jour | Couvert | Couvert | Couvert |
| Chirurgie ambulatoire | Couvert | Couvert | Couvert |
| Rééducation à la suite d'une opération chirurgicale (sous trois mois suivant une hospitalisation couverte) | Couvert | Couvert | Couvert |
| Transport local en ambulance | Couvert | Couvert | Couvert |
| Scanographie et IRM (hospitalisation et soins de jour uniquement) | Couvert | Couvert | Couvert |
| Tomographie et scanographie-tomographie (hospitalisation et soins de jour uniquement) | Couvert | Couvert | Couvert |
| Soins ambulatoires liés à une hospitalisation/intervention chirurgicale (pour un traitement ayant lieu dans les deux mois avant et jusqu'à six mois après l'hospitalisation/intervention chirurgicale) | Couvert | Couvert | Couvert |

La différence entre les frais des traitements et le remboursement effectué par le Régime Commun d'Assurance Maladie est remboursée à 80% pour les garanties indiquées dans le tableau suivant. Par ailleurs, le remboursement complémentaire ne peut dépasser 20% des dépenses (pour toutes les garanties autres que celles indiquées par un astérisque*)

| Garanties Médecine Courante | EuroSanté Optimum | EuroSanté Equilibre | EuroSanté Tranquillité |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| Chiropraxie, ostéopathie, acuponcture et podologie | Couvert | Couvert | Non proposé |
| Kinésithérapie prescrite (y compris massage médical, gymnastique médicale, mobilisation, mécanothérapie, tractions, bains de boue, hydromassages, hydrothérapie, électrothérapie, courants diadynamiques, radar, ionisation, ondes courtes, courants spéciaux, rayons infrarouges et ultrasons) | Couvert | Couvert | Non proposé |
| Traitements prescrits d'orthophonie, logopédie, bilans logopédiques et ergothérapie | Couvert | Couvert | Non proposé |
| Équipement médical prescrit* | Couvert | Couvert | Non proposé |
| Revalidation fonctionnelle pluridisciplinaire ambulatoire en service hospitalier | Couvert | Couvert | Non proposé |
| Bilan/examen psychologique complet effectué par un seul intervenant Bilan neuropsychologique pluridisciplinaire | Couvert | Couvert | Non proposé |
| Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris les examens des yeux* | Couvert, 250 € max. pour les montures | Couvert, 250 € max. pour les montures | Non proposé |
| Examen auditif et appareil auditif* | Couvert | Couvert | Non proposé |
| Psychothérapie | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Psychomotricité, graphomotricité | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Diététicien | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Revalidation par appareil MedX | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Aérosolthérapie | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Mésothérapie | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Rayons ultra-violets | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Caisson hyperbare | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Drainage lymphatique | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Épilation (en cas d'hypertrichose pathologique du visage) | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Traitement Laser ou photothérapie dynamique en dermatologie | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Traitements par ondes de choc en rhumatologie | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Orthoptie | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Prothèses oculaires* | Couvert | Non proposé | Non proposé |

La différence entre les frais des traitements et le remboursement effectué par le Régime Commun d'Assurance Maladie est remboursée à 80% pour les garanties indiquées ci-dessous.

| Garanties dentaires | EuroSanté Optimum | EuroSanté Equilibre | EuroSanté Tranquillité |
|--|--|---------------------|------------------------|
| Plafond global | 800 € (pour les deux premières années d'assurance) | Non proposé | Non proposé |
| Soins dentaires | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Chirurgie dentaire | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Périodontie | Couvert | Non proposé | Non proposé |
| Soins d'orthodontie et prothèses dentaires | Couvert | Couvert | Non proposé |

Votre couverture

Présentation

En tant que fonctionnaires et agents statutaires de l'Union Européenne, vous bénéficiez du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM). La couverture EuroSanté complémentaire prend en charge les garanties indiquées dans le tableau des garanties (en pages 2-3 de ce document). Allianz Worldwide Care traite uniquement les demandes de remboursement complémentaires lorsque le remboursement initial a été effectué par le RCAM.

La formule choisie et les garanties associées dont vous bénéficiez sont indiquées sur le tableau des garanties. Pour plus d'informations sur les garanties, veuillez consulter la section « Définitions » de ce guide. Veuillez noter que toutes les garanties apparaissant dans la section « Définitions » ne sont pas nécessairement couvertes par votre police, c'est pourquoi nous vous recommandons de vérifier quelles garanties apparaissent sur votre tableau des garanties. Votre couverture est soumise aux définitions, exclusions, plafonds et toute autre condition spéciale indiquée sur le certificat d'assurance. N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions sur l'étendue de votre couverture.

Nous souhaitons attirer votre attention sur les points suivants :

Plafonds des garanties

Deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans le tableau des garanties. Le **plafond global de la formule** est le montant maximum que nous paierons pour l'ensemble des garanties, par affilié, par année d'assurance, et sous cette formule en particulier. Certaines garanties ont également un **plafond propre**, qui peut être appliqué soit « par année d'assurance », « pour toute la vie » ou « par événement ». Nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties, par exemple « 80% des frais réels, jusqu'à 250 € ». Lorsque le plafond de garantie s'applique, le remboursement sera sujet au plafond global de la formule. Tous les plafonds s'appliquent par affilié et par année d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

Le traitement hospitalier administré à des naissances multiples, dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, est couvert à hauteur de 25 000 € maximum par enfant durant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine Courante.

Changement de pays de résidence

Nous devons être informés de tout changement de pays de résidence. Ce changement peut avoir des conséquences sur votre couverture ou votre prime d'assurance, même si vous déménagez dans un pays situé à l'intérieur de votre zone de couverture. Votre couverture existante n'est pas valide si vous déménagez dans un pays en dehors de votre zone de couverture.

Il est important de noter que dans certains pays, les couvertures sont soumises à des restrictions légales en matière d'assurance santé locale, notamment pour les résidents de ces pays. Il est de votre responsabilité de vous assurer que l'assurance santé sélectionnée est conforme à la législation. En cas de doute, veuillez vous renseigner auprès d'un conseiller juridique indépendant. Il se peut que nous ne soyons plus en mesure de vous assurer. La couverture Allianz Worldwide Care n'est pas un substitut aux assurances santé obligatoires locales.

Nécessité médicale et frais d'usage

Cette couverture prend en charge les traitements médicaux et les coûts, services et matériel associés, que nous jugeons médicalement nécessaires et appropriés pour traiter une maladie ou blessure. Nous ne remboursons que les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans un pays spécifique pour le traitement reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues. Si nous considérons un sinistre inapproprié, nous nous réservons le droit de réduire la somme remboursable.

Pathologies préexistantes

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

Pour les polices soumises à souscription médicale, toute pathologie préexistante non déclarée dans le bulletin d'adhésion approprié ne sera pas prise en charge. Les problèmes de santé apparaissant entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police seront également considérés comme pathologies préexistantes. Ces pathologies préexistantes devront également être soumises à une souscription médicale, et ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées.



Définitions

Les définitions suivantes sont applicables aux garanties comprises dans nos assurances EuroSanté, et comprennent également des termes courants. Les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées sur votre tableau des garanties (en page 2-3). Lorsque les mots et expressions suivants apparaissent dans vos documents de police d'assurance, ils auront toujours les significations définies ci-dessous.

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.
2. **Aérosolthérapie** : utilisation d'un aérosol en soins respiratoires pour traiter des maladies broncho-pulmonaires.
3. **Affilié/assuré** : vous et vos ayants droit tels qu'indiqués sur le certificat d'assurance.
4. **Aiguë** : apparition soudaine.
5. **Analyses médicales** : examens tels que les radiographies ou les prises de sang, effectués dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés.
6. **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.
7. **Appareils chirurgicaux et prothèses** : appareil ou membre artificiel installé ou utilisé lors d'une intervention faisant partie intégrante du procédé chirurgical ou étant considéré comme médicalement nécessaire au traitement faisant suite à la chirurgie.
8. **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 26^{ème} anniversaire, et qui est également nommé sur votre certificat d'assurance comme ayant droit.
9. **Bilan neuropsychologique pluridisciplinaire** : bilan ayant pour but de définir un handicap cognitif chez une personne souffrant d'une lésion cérébrale acquise.
10. **Caisson hyperbare** : utilisation d'un compartiment hautement pressurisé pour traiter des états pathologiques diagnostiqués tels que les accidents de décompression et les intoxications au monoxyde de carbone.
11. **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.
12. **Chambre d'hôpital** : séjour en chambre particulière ou semi-privée tel qu'indiqué dans le tableau des garanties. Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas couvertes. Veuillez noter que la garantie « Chambre d'hôpital » s'applique uniquement lorsqu'aucune autre garantie comprise dans votre couverture ne prend en charge le traitement hospitalier. Dans ce cas, les frais d'une chambre d'hôpital seront couverts sous une garantie hospitalière plus spécifique, jusqu'au plafond de garantie (ex : psychiatrie et psychothérapie).

13. **Chirurgie ambulatoire** : procédure chirurgicale effectuée dans un cabinet médical, hôpital, centre médical de jour ou ambulatoire, pour laquelle la garde médicale du patient n'est pas nécessaire.
14. **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.
15. **Chirurgie dentaire et stomatologie** : interventions chirurgicales, telles que l'extraction des dents de sagesse, lorsqu'elles sont pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste ou par un stomatologue. Nous ne prenons pas en charge les procédures réalisées par un dentiste à moins que la garantie dentaire appropriée ne soit comprise dans votre couverture. Dans ce cas, la couverture sera limitée au plafond de la garantie dentaire.
16. **Diététicien(ne)** : frais encourus pour des conseils en diététique ou en nutrition dispensés par un professionnel de santé agréé et qualifié dans le pays dans lequel les soins sont administrés. Si cette garantie fait partie de votre couverture, seuls les soins en relation avec une pathologie médicale diagnostiquée éligible seront pris en charge.
17. **Drainage lymphatique** : massage doux ayant pour but d'encourager le drainage lymphatique naturel dans les tissus du corps.
18. **Épilation** : traitement en cas de pilosité anormale et excessive. Les frais sont pris en charge pour l'épilation du visage en case d'hypertrichose pathologique uniquement.
19. **Équipement médical prescrit** : 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.
20. **Ergothérapie** : traitement destiné au bon développement des capacités motrices 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.
21. **Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré à l'hôpital** : frais d'hébergement en hôpital d'un parent pendant toute la durée de l'hospitalisation d'un enfant assuré pour un traitement couvert par la police. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, nous prendrons en charge l'équivalent d'une chambre dans un hôtel trois étoiles. Notez cependant que les frais divers tels que, mais pas seulement, les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts. Veuillez vérifier dans le tableau des garanties si une limite d'âge s'applique à l'enfant.
22. **Graphomotricité** : traitement du développement des mouvements musculaires utilisés ou nécessaires pour l'écriture.
23. **Hôpital** : il s'agit de tout établissement habilité possédant le titre d'hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il se situe et offrant aux patients une surveillance continue de la part d'un médecin. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme des hôpitaux: maisons de repos, maisons de retraite, thermes, centres de cure et de remise en forme.
24. **Hospitalisation de jour** : hospitalisation de jour planifiée et reçue dans un hôpital ou un centre médical de jour, comprenant une chambre d'hôpital et les soins infirmiers, ne nécessitant pas la garde du patient pendant la nuit, et pour laquelle une autorisation de sortie est délivrée le jour même.
25. **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 justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être remis. La kinésithérapie comprend les traitements suivants : massage médical, gymnastique médicale, mobilisation, mécanothérapie, tractions, bains de boue, hydromassages, hydrothérapie, électrothérapie, courants diadynamiques, radar, ionisation, ondes courtes, courants spéciaux, rayons infrarouges et ultrasons.

26. **Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris l'examen des yeux** : prise en charge d'un examen réalisé par un optométriste ou un ophtalmologiste (limité à un examen par année d'assurance), ainsi que des lentilles de contact ou des lunettes de correction.
27. **Médecin**: docteur autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.
28. **Médecin généraliste (honoraires)** : traitement non chirurgical pratiqué ou administré par un médecin généraliste.
29. **Médicaments soumis à prescription médicale** : produits tels que l'insuline, les seringues ou les aiguilles hypodermiques, dont la délivrance nécessite une ordonnance, afin de traiter une maladie dont le diagnostic a été confirmé, ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Ces médicaments doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie traitée et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits.
30. **Mésothérapie** : injections multiples de substances pharmaceutiques, homéopathiques et autres, pénétrant la surface de la peau et ayant pour but de traiter un grand nombre de blessures, maladies et pathologies. Les traitements de nature cosmétique ne sont pas couverts.
31. **Nécessité médicale** : soins, services et matériels qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :
 - (a) Etre nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient.
 - (b) Etre appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient.
 - (c) Etre conformes aux pratiques médicales généralement reconnues et aux standards professionnels de la communauté médicale en application au moment des soins.
 - (d) Etre requis pour des raisons autres que le confort ou la commodité du patient ou de son médecin.
 - (e) Avoir un effet médical prouvé et démontré.
 - (f) Etre considérés comme du type et du niveau le plus approprié.
 - (g) Etre prodigués dans un établissement et une salle appropriés et être de qualité appropriée pour traiter l'état médical du patient.
 - (h) Etre fournis uniquement durant une période appropriée.

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

32. **Nous/Notre/Nos** : Allianz Worldwide Care.
33. **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).
34. **Orthodontie** : usage d'appareils pour corriger une malocclusion et replacer les dents pour un fonctionnement et un alignement corrects.
35. **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).

36. **Orthoptie** : thérapie spécifique visant à synchroniser le mouvement des yeux lorsqu'il y a un manque de coordination entre les muscles des yeux.
37. **Parodontologie** : traitement dentaire dû à une maladie de la gencive.
38. **Pathologie préexistante** : problème de santé ou problème découlant de ce dernier dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Tout problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droit auraient raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante. Les problèmes de santé apparaissant entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police seront également considérés comme pathologies préexistantes. Ces pathologies préexistantes devront également être soumises à une souscription médicale, et ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées.
39. **Pays de résidence principal** : pays dans lequel vous et vos ayants droit vivez pendant plus de six mois de l'année.
40. **Pays d'origine** : pays pour lequel l'assuré possède un passeport en cours de validité.
41. **Prothèses dentaires** : cela comprend les couronnes, inlays, onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collée, bridges, dentiers et implants, ainsi que tous les traitements auxiliaires nécessaires.
42. **Prothèse oculaire** : œil artificiel (ou matériaux le composant) utilisé dans le but de rétablir l'aspect physique après un accident ou maladie défigurant. Les frais sont pris en charge si l'accident ou la maladie a lieu lors de votre affiliation à Allianz Worldwide Care.
43. **Psychiatrie et psychothérapie** : traitement d'un trouble mental suivi par un psychiatre ou un psychologue clinicien. La pathologie doit être cliniquement grave et non liée à un deuil, problème social ou scolaire, problème d'acculturation ou stress professionnel. Tous les soins de jour ou en hospitalisation doivent comprendre des médicaments soumis à prescription médicale pour soigner la pathologie. La psychothérapie (en hospitalisation ou médecine courante) n'est couverte que si vous ou vos ayants droit avez été diagnostiqué au préalable par un psychiatre et avez été dirigés par ce dernier vers un psychologue clinicien pour un traitement approfondi. La psychothérapie en médecine courante (si comprise dans votre couverture) sera limitée à 10 séances par pathologie, après quoi le traitement devra être examiné à nouveau par le psychiatre l'ayant prescrit. Si davantage de séances sont requises, un rapport justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être remis.
44. **Psychomotricité** : traitement de troubles physiques, cognitifs, perceptuels, affectifs et comportementaux par le biais d'activités physiques et de prise de conscience du corps.
45. **Rayons ultra-violets** : utilisation de lumière artificielle pour traiter des pathologies médicales spécifiques et diagnostiquées.
46. **RCAM** : Régime Commun d'Assurance Maladie dont bénéficient les fonctionnaires et agents statutaires de l'Union Européenne.
47. **Rééducation** : traitements sous la forme d'une combinaison de thérapies, telle que la thérapie physique, l'ergothérapie et l'orthophonie, dans le but de restaurer une forme et/ou une fonction normale après une blessure ou une maladie grave. La garantie ne couvre que les traitements commençant dans les 90 jours suivant la sortie d'hôpital après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une maladie aiguë. Les traitements doivent avoir lieu dans un établissement de rééducation agréé.

48. **Rééducation à la suite d'une opération chirurgicale** : traitement de rééducation nécessaire après une intervention chirurgicale. Cette garantie ne couvre que les traitements commençant dans les trois mois suivant la sortie d'hôpital après la fin d'un traitement chirurgical pour une maladie aiguë. Les traitements doivent avoir lieu dans un établissement de rééducation agréé. Pour bénéficier de cette garantie, veuillez joindre une copie de la facture d'hôpital, d'un rapport médical ou de tout autre document justifiant qu'une intervention chirurgicale en relation avec la rééducation a eu lieu.
49. **Revalidation fonctionnelle pluridisciplinaire ambulatoire en service hospitalier** : traitement prodigué par un kinésithérapeute reconnu, sous ordonnance d'un médecin généraliste. Le traitement est initialement limité à 12 séances par pathologie, après lesquelles le patient doit être examiné par le médecin généraliste ayant prescrit ces séances. Si davantage de séances sont requises, un rapport justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra nous être remis.
50. **Revalidation par appareil MedX** : utilisation spécifique d'un appareil MedX dans le but de rétablir une forme et/ou fonction normale après une maladie aiguë ou une blessure.
51. **Soin/traitement** : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager une maladie ou une blessure.
52. **Soins/traitements ambulatoires/en médecine courante** : traitements pratiqués par un médecin, thérapeute ou spécialiste dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessitent pas l'admission du patient dans un hôpital.
53. **Soins ambulatoires liés à une hospitalisation/intervention chirurgicale** : soins prodigués en médecine courante étant directement liés à une hospitalisation/intervention chirurgicale ayant eu lieu pendant les six derniers mois, ou étant planifié pendant les deux prochains mois. Pour bénéficier de cette garantie, veuillez joindre une copie du formulaire d'admission, de la facture d'hôpital, d'un rapport médical ou de tout autre document justifiant le lien entre les soins et l'hospitalisation/intervention chirurgicale. Les soins ambulatoires ayant lieu en dehors des périodes citées ne sont pas couverts par cette garantie, mais peuvent cependant être pris en charge sous d'autres garanties.
54. **Soins dentaires** : sont inclus le bilan dentaire annuel, les plombages simples liés aux caries et les dévitalisations.
55. **Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation** : ils désignent les soins dentaires d'extrême urgence suite à un accident grave et nécessitant une hospitalisation. Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'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.
56. **Spécialiste** : médecin diplômé possédant l'expérience et les qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité reconnue, ce qui comprend les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention dans un domaine particulier de la médecine. Cette garantie ne couvre pas les frais de consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue. Lorsque ces frais sont couverts, une garantie distincte pour la psychiatrie ou psychothérapie apparaîtra dans le tableau des garanties.
57. **Spécialiste (honoraires)** : frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin spécialiste.
58. **Thérapeute** : chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute ou orthoptiste qualifiés et diplômés en vertu des lois du pays dans lequel le traitement est administré.
59. **Traitement hospitalier** : traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde médicale de l'assuré pendant la nuit.

60. **Traitement Laser ou photothérapie dynamique :** luminothérapie pour administrer des doses de lumière vive dans le but de traiter certaines pathologies médicales telles que les problèmes de peau, les troubles du sommeil et les troubles psychiatriques.
61. **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 chiropraxie, l'ostéopathie, l'acupuncture, la podologie et la mésothérapie.
62. **Traitement par ondes de choc (rhumatologie) :** traitements non invasifs par ondes de choc radiales à travers la peau pour traiter des tissus lésés. Ces traitements sont utilisés pour traiter des troubles musculaires chroniques, les tissus conjonctifs, et les tissus mous autour des articulations et des os. Ces traitements sont pris en charge uniquement s'ils sont recommandés en tant que traitements efficaces dans le pays où ils sont effectués.
63. **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.
64. **Urgence :** apparition d'un problème de santé soudain et imprévu, qui nécessite une assistance médicale d'urgence. Seuls les soins commençant dans les 24 heures suivant l'incident sont couverts.
65. **Vous/Votre :** l'assuré indiqué sur le certificat d'assurance.



Exclusions

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

1. Tous les frais dont le **remboursement a été refusé** par le RCAM.
2. Tout traitement lié à un **accident** ou **une maladie professionnelle**, dont souffre un fonctionnaire ou agent statutaire de l'Union Européenne, pour lequel les frais sont pris en charge en totalité par le RCAM.
3. 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.
4. **Tout traitement prodigué par un chirurgien plasticien**, que ce soit pour des raisons médicales/psychologiques ou non, ainsi que tout traitement cosmétique ou esthétique afin de mettre en valeur votre apparence, même lorsque ces soins ont été médicalement prescrits. L'exception à cette exclusion est la chirurgie réparatrice dans le but de rétablir une fonction ou un aspect physique après un accident défigurant, ou à la suite d'une chirurgie liée au traitement d'un cancer, à condition que l'accident ou l'acte chirurgical soit survenu durant votre affiliation à la police.
5. **Les soins ou traitements de la toxicomanie ou de l'alcoolisme** (y compris les programmes de désintoxication et les traitements pour arrêter de fumer), les cas de décès, ou les traitements de toute pathologie qui est à notre avis liée, ou résulte directement de l'alcoolisme ou d'une addiction (par exemple défaillance d'organe ou démence).
6. Le soin ou traitement des **maladies causées intentionnellement** ou des **blessures auto-infligées**, y compris les tentatives de suicide.
7. **Les traitements paramédicaux**, à l'exception des traitements indiqués dans le tableau des garanties.
8. **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**.
9. Les coûts liés à des traitements ambulatoires de psychothérapie avec **un thérapeute ou conseiller familial**.
10. **Le retard de développement**, sauf si l'enfant n'a pas atteint le niveau de développement cognitif ou physique prévu pour un enfant de son âge. Les traitements ne sont pas pris en charge lorsque le développement de l'enfant est légèrement ou temporairement en retard. Le retard de développement, cognitif et/ou physique, doit avoir été mesuré quantitativement par une personne qualifiée et avoir été estimé à 12 mois.
11. Les frais d'une hospitalisation **en cours** lors de l'affiliation du souscripteur (et lors de l'affiliation des ayants droit lorsque ceux-ci sont ajoutés).
12. Les dépenses occasionnées lors de **la greffe** et **l'acquisition d'un organe**, telles que la recherche d'un donneur, les tests de compatibilité, la collecte, le transport et les frais administratifs.
13. Les frais engendrés par des **complications causées directement par une maladie ou une blessure non prise en charge, ou prise en charge partiellement**, selon les conditions de votre police d'assurance.
14. Les dépenses liées à la **maternité et l'accouchement**, y compris les cours **pré** et **postnatals**, et les frais de séjour du nouveau né.

15. Les frais de traitements pour une pathologie médicale classifiée en tant que « **maladie grave** » par le RCAM et en conséquence couverts en totalité.
16. **Les tests génétiques**, à moins que des tests génétiques spécifiques ne fassent partie de votre couverture, et à l'exception des tests d'ADN directement liés à une amniocentèse, à savoir pour les femmes âgées de 35 ans ou plus.
17. **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.
18. Le **traitement de la stérilité**, y compris la procréation médicalement assistée ou toute conséquence négative.
19. Les diagnostics et traitements liés à **la perte, à l'implant ou au remplacement de cheveux, à moins que la perte des cheveux** ne soit liée au traitement d'un cancer.
20. Les tests et traitements liés à **l'obésité**.
21. Les diagnostics, traitements ou complications liés à **la stérilisation, à des dysfonctionnements sexuels** (à moins que ce trouble ne soit lié à une prostatectomie totale à la suite de l'opération d'un cancer) et à **la contraception**, y compris l'insertion ou l'extraction d'appareils contraceptifs et tout autre contraceptif, même s'ils sont prescrits pour des raisons médicales, sauf indication contraire sur votre tableau des garanties. La seule exception à cette exclusion est la prescription de contraceptifs pour soigner l'acné, s'ils sont prescrits par un dermatologue.
22. **Les évacuations ou rapatriements** et tous frais associés, y compris les évacuations ou rapatriements depuis **un navire en mer** vers un centre médical sur la terre ferme.
23. **Les frais infirmiers** dispensés à domicile, à l'exception des traitements médicaux prescrits tels que les injections ou le changement de pansements, si couverts selon les conditions de la police.
24. **Les pathologies préexistantes** (y compris les pathologies chroniques préexistantes) indiquées sur le formulaire de conditions particulières qui vous est envoyé avant le début de votre police (le cas échéant), ainsi que les pathologies non déclarées sur le bulletin d'adhésion approprié. Les problèmes de santé apparaissant entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police seront également considérés comme pathologies préexistantes. Ces pathologies préexistantes devront également être soumises à une souscription médicale, et ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées.
25. **Les médicaments soumis à prescription médicale, les honoraires de médecins généralistes et de spécialistes**, sauf si ils sont en lien direct avec une hospitalisation ou une intervention chirurgicale. Seuls les frais de traitements ayant lieu dans les deux mois précédant, ou dans les six mois suivant une hospitalisation ou intervention chirurgicale sont couverts.
26. Les produits classés comme **vitamines ou minéraux**, de même que les compléments alimentaires 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. Les frais de consultations auprès de nutritionnistes ou diététiciens ne sont pas couverts, à moins qu'une garantie spécifique n'apparaisse dans votre tableau des garanties.
27. Les médicaments qui peuvent être achetés **sans ordonnance**.
28. Toute opération ou traitement lié à **un changement de sexe**.
29. **L'orthophonie** pour traiter le retard de développement, la dyslexie, la dyspraxie ou les troubles du langage et de l'expression.

30. 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.
31. **L'interruption volontaire de grossesse**, sauf en cas de danger pour la vie de la femme enceinte.
32. **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 la garantie « Transport local en ambulance ».
33. Tout traitement directement lié à **la gestation pour autrui**, que vous soyez la mère porteuse ou le parent d'accueil.
34. Le traitement des maladies ou des blessures, ainsi que les cas de décès, suite à une participation **active à une guerre, des émeutes, des désordres civils, des actes terroristes, des actes criminels, des actes illégaux ou à des actes contre une intervention étrangère**, que la guerre ait été déclarée ou non.
35. 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.
36. Le traitement des **troubles du comportement ou de l'attention, de l'hyperactivité, des troubles du spectre autistique, des troubles de l'opposition et du défi, des comportements antisociaux, des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles phobiques, des troubles affectifs, des troubles d'adaptation, des troubles alimentaires, des troubles de la personnalité** ainsi que tout traitement qui encourage des relations socio-émotionnelles positives tel que **la thérapie familiale**.
37. **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.
38. **Les troubles du sommeil**, y compris l'insomnie.
39. Les traitements ou procédures diagnostiques pour des **blessures résultant d'une participation à des activités sportives professionnelles**.
40. Le traitement nécessaire suite à **l'échec de la recherche ou du suivi d'un conseil médical**.
41. Le traitement nécessaire **suite à une erreur médicale**.
42. **Les traitements, frais et procédures suivants, et toute conséquence négative** ou complication en résultant, sauf indication contraire dans le tableau des garanties :
 - 42.1 Soins dentaires, 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.
 - 42.2 Diététicien.
 - 42.3 Soins dentaires d'urgence.
 - 42.4 Soins ambulatoires.
 - 42.5 Psychiatrie et psychothérapie en médecine courante.
 - 42.6 Lunettes et lentilles de contact prescrites, y compris les examens des yeux.
 - 42.7 Equipement médical prescrit.
 - 42.8 Traitement préventif.
 - 42.9 Rééducation.



Conditions générales supplémentaires

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

1. Loi applicable : votre souscription est régie par le droit irlandais. Tout litige ne pouvant être résolu à l'amiable sera réglé par les tribunaux irlandais.

2. 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 2.a, les parties tenteront d'y 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. 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 2.b, engager une procédure judiciaire ou d'arbitrage en lien avec le litige tant que ce dernier n'a pas fait l'objet d'une médiation et que la médiation n'a pas été close ou si l'autre partie n'a pas participé à la médiation, sous réserve que le droit de lancer une procédure ne soit pas compromis par un retard. La médiation aura lieu à Dublin, en Irlande, et se déroulera en anglais. L'accord de médiation auquel il est fait référence dans la procédure type sera régi, interprété et appliqué conformément à la législation irlandaise. Les tribunaux irlandais auront la compétence exclusive pour régler les réclamations, litiges ou différends pouvant découler de la médiation ou en rapport avec cette dernière.

- c) Tout litige, controverse ou réclamation :
- découlant de ce contrat ou y afférent (ou toute violation, résiliation ou non-validité à cet égard), dans le cas où la valeur en cause est supérieure à 500 000 €, ou
 - ayant été soumis à médiation conformément à la clause 2.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 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 2.c devra être engagée dans les neuf mois calendaires suivant la date d'expiration de la période de trois mois susmentionnée.

3. Résiliation : 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 confirmation d'état de santé avant que la police d'assurance ne soit réinstaurée, ce qui sera soumis à souscription.

4. Protection des données : Allianz Worldwide Care, membre du groupe Allianz, est une compagnie irlandaise habilitée d'assurances non-vie. Nous recueillons et utilisons des informations personnelles dans le but de préparer des devis, de souscrire les polices, de percevoir les primes, de régler les sinistres et pour tout autre motif directement lié à la gestion des polices, en accord avec le contrat d'assurance. La confidentialité des informations sur les patients et les affiliés constitue l'une de nos priorités. Vous êtes en droit d'accéder aux informations personnelles vous concernant. Vous avez également le droit de nous demander de modifier ou supprimer toute information que vous jugez inexacte ou obsolète. Nous ne conserverons pas les données plus longtemps que nécessaire et uniquement pour les raisons pour lesquelles nous les avons obtenues.

5. Cas de force majeure : Nous ne pouvons être tenus responsables de tout manquement ou retard dans l'exécution de nos obligations sous les conditions de cette police, causé par ou résultant d'un cas de force majeure qui doit inclure mais ne se limite pas aux événements incalculables, imprévisibles, ou inévitables, tels que des conditions météorologiques extrêmes, inondations, glissements de terrain, tremblements de terre, tempêtes, foudre, incendies, affaissements, épidémies, actes terroristes, éclatements d'hostilités militaires (que la guerre ait été déclarée ou non), émeutes, explosions, manifestations ou autres conflits sociaux, désordres civils, sabotages, expropriations par les autorités gouvernementales ou tout autre acte ou événement qui échappe à notre contrôle.

6. Fraude :

- a) Si vous ou vos ayants droit communiquez des renseignements faux, erronés ou omettez de divulguer des faits matériels qui pourraient avoir une incidence sur notre estimation du risque, par exemple dans le bulletin d'adhésion approprié, le contrat sera considéré comme nul et non avenu dès la date de début, sauf accord contraire et écrit de notre part. Tout problème de santé survenant après avoir complété le bulletin d'adhésion approprié et la date d'effet de la police sera aussi considéré comme préexistant et ne sera pas couvert en cas de non-déclaration. Si le souscripteur doute de la pertinence d'une information, il doit nous la communiquer. Si le contrat est résilié pour cause de communication de renseignements erronés ou de non-divulgation de faits matériels, la prime payée à ce jour sera reversée, après déduction de tous les remboursements de sinistres déjà effectués. Si le montant des sinistres excède celui de la prime, nous demanderons le remboursement de la différence à l'assuré principal.
- b) Dans le cas où une demande de remboursement s'avère fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou si des dispositifs ou moyens frauduleux ont été utilisés par vous ou l'un de vos ayants droit ou par quiconque agissant en votre nom ou le leur afin de tirer avantage de la police d'assurance, nous ne rembourserons pas ce sinistre. Vous nous seriez alors immédiatement redevable de toute somme versée pour ce sinistre avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission. 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.

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

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

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

10. Responsabilité civile d'un tiers : Si vous ou l'un de vos ayants droit pouvez être indemnisé par la sécurité sociale ou une autre police d'assurance concernant une demande de remboursement que vous nous avez faite parvenir, nous nous réservons le droit de refuser de payer le sinistre. Vous devez nous faire part de toute information nécessaire si vous êtes en droit de réclamer des indemnités auprès d'un tiers. La personne assurée et la tierce partie ne peuvent en aucun cas, sans notre consentement écrit, conclure un accord ou s'opposer à notre droit de recouvrer toute somme due. Dans le cas contraire, nous serons en droit de récupérer les sommes versées et de résilier la police d'assurance. Nous nous reconnaissons le droit de subrogation et pouvons instituer une procédure en votre nom, mais à nos frais, pour récupérer pour notre propre bénéfice tout paiement effectué dans le cadre d'une autre police d'assurance.

Si vous (ou vos ayants droit) bénéficiez par la suite d'un remboursement selon la clause de Remboursement Spécial du RCAM, nous nous réservons le droit de recouvrer les montants que nous avons remboursés qui sont remboursables sous cette clause.

11. 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.

- c) Cette police ne peut assurer aucune couverture ou garantie, dans la mesure où la couverture ou garantie serait en violation de toute loi répressive ou réglementations des Nations Unies, de l'Union européenne ou de toutes autres lois ou réglementations sur les sanctions économiques ou commerciales.



Informations générales

Ajouter un ayant droit

Vous pouvez demander l'ajout des membres de votre famille à la police en complétant le bulletin d'adhésion approprié.

Les conjoint(e)s seront accepté(e)s sans souscription médicale si la date d'adhésion est la même que celle du souscripteur, et si le souscripteur n'est pas soumis à souscription médicale. La souscription médicale est automatique pour l'ajout d'un(e) conjoint(e) à une date différente de celle de l'adhésion du souscripteur.

Les nouveau-nés (à l'exception des naissances multiples, et des enfants adoptés et placés dans une famille d'accueil) sont couverts dès la naissance sans souscription médicale, à condition que nous en soyons informés dans les quatre semaines suivant la date de naissance et que l'un des parents biologiques ou parents d'accueil (en cas de gestation pour autrui) ait été assuré chez nous depuis au moins six mois consécutifs. Pour nous informer de votre intention d'ajouter un nouveau-né à votre police, veuillez adresser une requête écrite par email à notre service de souscription : underwriting@allianzworldwidecare.com.

Si nous en sommes informés plus de quatre semaines après la naissance, les nouveau-nés feront l'objet d'une souscription médicale complète et ne seront couverts qu'à la date de notre acceptation. Veuillez noter que tous les enfants issus de naissances multiples, les enfants adoptés et placés dans une famille d'accueil, seront soumis à une souscription médicale complète.

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

Autres parties

Aucune autre personne (à l'exception d'un représentant désigné) n'est autorisée à effectuer ou confirmer toute modification de votre affiliation en votre nom, ou décider de ne pas faire respecter nos droits. Pour être valide, toute modification de votre souscription doit être confirmée par écrit par Allianz Worldwide Care.

Changement d'adresse ou d'email

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

Changement de souscripteur

Si vous souhaitez modifier le souscripteur lors du renouvellement, le nouveau souscripteur devra compléter un bulletin d'adhésion et sera soumis à une souscription médicale complète. (Si ce changement doit être effectué suite au décès du souscripteur, veuillez consulter la section « Décès du souscripteur ou d'un ayant droit »).

Correspondance

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

Début de votre couverture

L'affiliation est acceptée et confirmée lorsque nous envoyons le certificat d'assurance, et votre couverture est valide à partir de la date indiquée sur ce certificat. Veuillez noter qu'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.

Si votre police inclut un ou plusieurs ayants droit, leur affiliation démarrera à la date d'entrée en vigueur indiquée 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 tout enfant à charge est inférieur à la limite fixée. La couverture de tout enfant ayant droit par votre police se termine le jour avant leur 26^{ème} anniversaire. Ils peuvent à ce moment là effectuer une demande de souscription en leur nom pour l'une de nos assurances santé internationales standard s'ils le souhaitent.

Décès du souscripteur ou d'un ayant droit

Nous espérons que vous n'aurez jamais besoin de consulter cette section. Cependant, si le souscripteur ou un ayant droit venait à décéder, veuillez nous en informer dans un délai de 28 jours.

Suite au décès du souscripteur, la police prendra fin et un remboursement de la prime de l'année en cours sera effectué au prorata si aucun sinistre n'a été remboursé (veuillez noter

que nous nous réservons le droit de vous demander un certificat de décès avant tout remboursement de la prime). S'il le souhaite, le premier ayant droit indiqué sur le certificat d'assurance pourra nous faire parvenir une demande pour devenir le souscripteur (s'il a l'âge requis) et inclure les autres ayants droit dans sa police. Si cette demande nous parvient dans les 28 jours, nous pourrions, à notre discrétion, ne pas ajouter d'autres restrictions ou exclusions qui leur seraient spécifiques, en plus des restrictions ou exclusions déjà en application au moment du décès du souscripteur.

Suite au décès d'un ayant droit, son affiliation prendra fin et un remboursement de la prime de l'année en cours pour cet ayant droit sera effectué au prorata si aucun sinistre n'a été remboursé (veuillez noter que nous nous réservons le droit de vous demander un certificat de décès avant tout remboursement de la prime).

Demandes de remboursements

Veuillez noter que pour les demandes de remboursements de frais médicaux:

- a) Toute demande de remboursement doit nous être envoyée au plus tard six mois après la date indiquée sur le décompte de remboursement du RCAM. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler le sinistre.
- b) Veuillez utiliser un formulaire de demande de remboursement différent par personne et par pathologie médicale.
- c) Il est de votre responsabilité de garder tous les justificatifs originaux lorsque vous nous envoyez des copies (par ex. reçus de factures médicales). Dans le cadre de nos procédures de prévention des fraudes, nous nous réservons le droit de vous demander les originaux de ces documents/reçus pendant les 12 mois suivant le traitement d'une demande de remboursement. Nous vous recommandons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.
- d) Veuillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez être remboursé sur le formulaire de demande de remboursement. Il arrive parfois que les réglementations bancaires internationales ne nous autorisent pas à effectuer un paiement dans la devise que vous avez demandée. Dans ce cas, chaque demande sera étudiée au cas par cas pour identifier une devise de paiement adaptée. Si nous devons effectuer une conversion d'une devise vers une autre, nous utiliserons le taux de change en vigueur à la date d'émission des factures ou le taux de change en vigueur à la date à laquelle le remboursement est effectué.
- e) Seuls les frais des traitements pour lesquels vous qualifiez seront remboursés, selon les conditions de votre police.

- f) Si vous devez verser un acompte avant le début d'un traitement médical, les frais encourus ne seront remboursables que lorsque le traitement aura eu lieu.
- g) Vous et vos ayants droit vous engagez à nous fournir tous les éléments nécessaires au traitement d'une demande de remboursement. Nous avons le droit d'accéder à l'ensemble de vos dossiers médicaux et de nous adresser directement au prestataire de soins ou au médecin traitant. Nous pourrions, si nous le jugeons nécessaire, demander qu'un examen de santé soit effectué à nos frais par notre représentant médical. Toutes les informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Nous nous réservons le droit de refuser le paiement si vous ou vos ayants droit ne respectiez pas ces engagements.

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 la date indiquée sur le décompte de remboursement du RCAM. Les traitements en cours ou les soins complémentaires nécessaires après la date d'expiration ne seront plus pris en charge.

Faire une réclamation

Pour toute réclamation, veuillez nous contacter par téléphone, email, fax ou courrier. 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
E-mail : enquiries@financialombudsman.ie
Site Internet : www.financialombudsman.ie

Fin de l'affiliation

Votre affiliation (et celle de toute autre personne listée sur le certificat d'assurance) prendra fin dans les cas suivants :

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

pourra éventuellement être maintenue sans que vous soyez obligé de compléter un formulaire de confirmation d'état de santé.

- Si vous ne payez pas le montant de la taxe sur les primes d'assurance (TPA) ou de toute taxe, prélèvement ou frais que vous devez nous verser dans le cadre du contrat, avant ou à sa date d'échéance.
- En cas de décès du souscripteur. Veuillez consulter la section « Décès du souscripteur ou d'un ayant droit » (page 23) pour plus d'informations.
- S'il existe des preuves raisonnables que le souscripteur ou tout ayant droit nous a induit en erreur ou a tenté de le faire, en nous donnant des informations fallacieuses, ou en ne divulguant pas des informations pertinentes, ou en s'associant à une tierce personne pour nous donner des informations fallacieuses, de manière intentionnelle ou par négligence, qui peuvent influencer notre choix dans les prises de décisions quant à votre affiliation, la prime que vous devez payer ou le remboursement d'un sinistre. Veuillez consulter la section « Conditions supplémentaires » (page 17) pour plus de détails.
- Si vous décidez de résilier votre police, après nous avoir informés par écrit pendant les 30 jours suivant la réception des conditions générales complètes, ou suivant la date d'effet/de renouvellement de votre police. La date la plus récente prévaudra. Veuillez consulter la section « Votre droit de résilier » (page 30) pour plus de détails.
- Si vous n'avez plus droit à la couverture du RCAM. Allianz Worldwide Care doit en être informé par écrit dans les sept jours suivant la date à laquelle la couverture du RCAM prend fin. Dans ce cas, la date de fin de la police Allianz Worldwide Care sera la même que celle de la police du RCAM.

Si votre souscription prend fin pour une raison autre qu'une fraude ou la non-divulgateion d'informations, nous vous rembourserons les primes que vous nous avez versées pour la période postérieure à la date de fin, moins le montant de tout somme que vous nous devez.

Veuillez noter que si votre affiliation prend fin, la couverture des ayants droit se terminera également.

Modification des primes et frais supplémentaires

Nous pouvons modifier la prime, les garanties et les règles de votre affiliation lors du renouvellement, y compris la manière dont les primes sont calculées/déterminées ainsi que la méthode ou fréquence de paiement. Ces changements prendront effet à partir de la date de renouvellement uniquement. Si les informations que nous avons demandées avant le début

de la police nous ont été fournies et si vous ne demandez pas un niveau de couverture supérieur, nous n'ajouterons pas de restrictions ou exclusions en relation avec des pathologies ou problèmes de santé ayant commencé après le début de la police.

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

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.

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. Tout changement à apporter à votre couverture ne peut être effectué qu'au moment du renouvellement. Si vous souhaitez augmenter le niveau de votre couverture, nous pouvons vous demander de remplir un questionnaire concernant votre historique médical et/ou d'accepter certaines exclusions ou restrictions liées à votre couverture avant que nous acceptions votre demande. Si l'augmentation du niveau de couverture est acceptée, un montant de prime supplémentaire devra être payé et des délais de carences pourront s'appliquer.

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, du montant des primes en vigueur et d'autres facteurs de risque qui pourraient affecter l'assurance de manière matérielle.

En acceptant la couverture, vous acceptez de payer la prime indiquée sur le devis, par la méthode de paiement indiqué. Vous êtes dans l'obligation de nous payer par avance la prime due pour la durée de votre affiliation. 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. La couverture EuroSanté Tranquillité est disponible sur la base d'un paiement annuel, et les couvertures EuroSanté Equilibre et Optimum sont disponibles en paiement annuel, semestriel ou trimestriel. En cas de différence entre le prix accordé et votre facture, veuillez nous contacter au plus vite. Nous ne sommes pas responsables des paiements effectués par le biais de tierces personnes.

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 du contrat et pour cela les 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 dans les temps, 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.

Paiement d'autres frais

En plus de la prime, vous devez également verser le montant de toute taxe sur les primes d'assurance (TPA), prélèvements ou frais liés à votre affiliation (ou toute nouvelle taxe, prélèvements ou charges introduits après le début de votre affiliation) et que nous sommes légalement obligés de payer ou de vous facturer. Le montant de ces TPA, prélèvements ou frais que vous devez nous verser est indiqué sur votre facture.

Pays dans lesquels vous pouvez recevoir un traitement

Si le traitement médical nécessaire pour lequel vous êtes couvert ne peut être administré sur place, vous avez la possibilité de recevoir ce traitement dans un autre pays inclus dans votre zone géographique de couverture (celle-ci est indiquée dans votre certificat d'assurance).

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

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

Renouvellement de votre police

Votre police annuelle est automatiquement renouvelée pour l'année d'assurance suivante à condition que la formule dont vous bénéficiez soit toujours disponible, que toutes les primes dues aient été payées et que les données de paiement vous concernant à la date du renouvellement de la police soient toujours valides. Si vous payez par carte de crédit et si vous recevez une nouvelle carte, veuillez nous en communiquer le numéro, date d'expiration etc.

Nous vous ferons parvenir un nouveau certificat d'assurance un mois avant la date de renouvellement, sur lequel sera indiqué le montant de la prime pour l'année d'assurance suivante. Veuillez nous contacter si vous ne recevez pas votre certificat d'assurance dans le mois qui précède la date de renouvellement.

Nous avons le droit d'appliquer des conditions générales modifiées, qui prennent effet à partir de la date de renouvellement. Les conditions générales de la police et le tableau des garanties en vigueur à la date de renouvellement seront valides pour la totalité de la nouvelle année d'assurance.

Soins aux Etats-Unis

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

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.

Soins nécessaires suite à la faute d'une tierce personne

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

Votre droit de résilier

Vous pouvez résilier votre contrat pour tous les assurés ou seulement pour un ou plusieurs ayants droit, dans les 30 jours suivant la réception des conditions générales de votre police, ou suivant la date d'effet/de renouvellement de votre police. La date la plus récente prévaudra. Veuillez noter que vous ne pouvez pas antidater la résiliation de votre souscription.

Si vous souhaitez résilier, veuillez remplir le formulaire « Votre droit de renonciation », envoyé avec votre pack d'adhésion/de renouvellement. Vous pouvez nous envoyer ce formulaire par e-mail à : underwriting@allianzworldwidecare.com. Vous pouvez également nous l'envoyer par la poste à l'attention du Service client, à l'adresse indiquée au dos de ce document.

La résiliation du contrat pendant ces 30 jours vous donne droit au remboursement intégral des primes payées pour cet (ces) affilié(s) pour la nouvelle année d'assurance, à condition qu'aucun sinistre n'ait été remboursé sous cette police. Si vous décidez de ne pas exercer votre droit de résilier (ou de modifier) 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.



Notes



L'essentiel de votre couverture

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

Allianz 
Allianz Worldwide Care

Se faire soigner

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

Procédure de remboursement

Toutes les demandes de remboursement doivent être envoyées au RCAM en premier lieu (comme indiqué dans vos documents de police avec le RCAM). Après réception du remboursement et du décompte de remboursement, veuillez nous envoyer un formulaire de demande de remboursement dûment complété et accompagné de copies du décompte de remboursement, des factures et reçus par :

- E-mail, après avoir numérisé le document à : IGOclaims@allianzworldwidecare.com
- Fax au : **+32 2 210 6598** ou par la poste à l'adresse suivante :

Allianz Worldwide Care
1 Place du Samedi
1000 Bruxelles
Belgique

Vous pouvez télécharger le formulaire de demande de remboursement depuis notre site internet: www.allianzworldwidecare.com/eurosante

Veuillez noter que la facture du médecin/dentiste, doit indiquer votre nom, la (les) date(s) de traitement, le diagnostic/problème de santé pour lequel vous êtes traité, la date d'apparition des symptômes, la nature du traitement et les frais payés.

Veuillez remplir les sections 1 à 4 et 7 du formulaire de demande de remboursement. Les sections 5 à 6 du formulaire de demande de remboursement ne doivent être complétées par le médecin/dentiste que si la facture n'indique pas le diagnostic et la nature des soins.

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

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

Veuillez consulter la section « Demandes de remboursement » en page 24 de ce guide pour plus d'informations. Vous trouverez également des renseignements sur les soins aux Etats-Unis en page 29.

Dans le cas où un prestataire médical doit recevoir une garantie de paiement avant un traitement hospitalier, Allianz Worldwide Care pourra envoyer une garantie représentant le montant que nous rembourserons. Veuillez contacter notre service téléphonique si une garantie de paiement doit être mise en place.



Services utiles

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

- Vous pouvez accéder aux services en ligne réservés aux affiliés en vous rendant sur : www.allianzworldwidecare.com/members. Vous pouvez y rechercher des prestataires médicaux et vous avez également accès à une gamme de ressources dédiées à la santé et au bien-être. Veuillez noter que vous n'êtes pas limité aux prestataires figurant sur notre site internet.
- Votre pack d'adhésion contient un nom d'utilisateur et un mot de passe vous donnant accès à nos services en ligne, depuis my.allianzworldwidecare.com. Vous pouvez également sélectionner « S'enregistrer » sur cette même page et entrer les informations demandées (qui apparaissent sur votre certificat d'assurance). Le portail des services en ligne vous permet de télécharger les documents importants relatifs à votre police, de confirmer le statut de toute demande de remboursement que nous avons reçue, et de visualiser la correspondance échangée au sujet de demandes de remboursement. Vous pouvez également payer vos primes par carte de crédit, et vous pouvez mettre à jour les coordonnées de votre carte.



Coordonnées

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

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

E-mail : IGOhelpline@allianzworldwidecare.com

Fax : +32 2 210 6506

Téléphone : +32 2 210 6501

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

Numéros gratuits : www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

Veuillez noter que les numéros gratuits ne sont pas toujours accessibles depuis un téléphone mobile. Dans ce cas, veuillez composer l'un des numéros indiqués ci-dessus.

Adresse : Allianz Worldwide Care, 1 Place du Samedi, 1000 Bruxelles, Belgique

www.allianzworldwidecare.com



Ce document est une traduction française du document en anglais « EuroSanté - Individual Benefit Guide ». La version en anglais 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 est régie par la Banque Centrale d'Irlande, Enregistrée en Irlande : No. : 310852. Siège social : 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.

Veuillez vous rendre sur www.standardandpoors.com pour plus d'informations sur la notation actuelle, ou composer le +44(0)20 7176 3800. La notation est une indication concernant la stabilité financière de l'assureur et n'est pas une recommandation sur ses produits.