Libellé de police des clients privés

Prima Platinum
Prima Premier
Prima Classic
Prima Concept

aLC
GLOBAL HEALTH INSURANCE

votre santé **votre** choix **votre** plan

Libellé de police effectif à compter du 1er juin 2016

Établi par AXA PPP International

Prima Platinum

Prima Premier

Prima Classic

Prima Concept

Les polices d'assurance de ALC Health sont internationales de nature et pourraient ne pas prendre en compte certaines exigences légales locales ou nationales particulières concernant la couverture d'assurance santé. C'est la responsabilité du titulaire de l'assurance de prendre conseil et / ou d'être certain que la couverture corresponde à ses besoins.

Niveau de couverture

Cette **police** apporte une couverture pour les prestations suivantes concernant le **traitement** d'un **assuré** pendant la **période de couverture** pour une **affection médicale**. Toutes les prestations, y compris les remboursements intégraux, sont subordonnées à des frais **raisonnables et coutumiers**.

Montant de garantie global
La limite globale de la **police** est le montant maximal que nous paierons pour chaque **assuré** dans toute **période de couverture**. Le montant de garantie global et toute limite monétaire des prestations seront déterminés par la devise que **vous** avez choisie pour **votre police**.

La couverture

Traitement de patient hospitalisé & de patient de jour

(**traitement** reçu par un **assuré hospitalisé** lors d'un séjour d'une ou de plusieurs nuits ou en **patient de jour**)

	Prima Concept	Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
	250 000 £: 300 000 €: 375 000 $ US	1 250 000 £: 1 500 000 €: 1 875 000 $ US	2 500 000 £: 3 000 000 €: 3 750 000 $ US	5 000 000 £: 6 000 000 €: 7 500 000 $ US
Hébergement **Hospitalisation** dans une salle, une **chambre semi-privée** ou **privée.**	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Hébergement des parents Frais d'hébergement pour le séjour d'un parent ou d'un tuteur légal accompagnant un **assuré** de moins de 18 ans pendant son hospitalisation.	Non couvert	Non couvert	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Honoraires professionnels Honoraires des **médecins**, des **spécialistes** et des **infirmières qualifiées** (y compris les honoraires des chirurgiens et des anesthésistes) associés aux consultations ou à l'administration d'un **traitement**.	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Traitement médicamenteux Médicaments, assistance et appareils médicaux prescrits par un **spécialiste** ou un **médecin**.	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Dépistage Procédures de dépistage, y compris radiographies, **pathologie**, tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique (scintigraphie du cerveau et du corps).	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Frais de bloc opératoire Frais de salle d'opération.	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Chirurgie reconstructrice Chirurgie reconstructive nécessaire suite à un **accident** ou suite à une intervention chirurgicale pour une **affection médicale** admissible survenue après **votre date d'entrée** et réalisée dans les 12 mois suivant la date de l'**accident** ou la date de l'intervention chirurgicale.	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Affections chroniques Épisodes **aigus** d'une affection **chronique**.	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Affections chroniques Gestion courante et traitement d'une affection **chronique**.	Non couvert	Non couvert	Limité à 20 000 £: 24 000 €: 30 000 $ US	Limité à 50 000 £: 60 000 €: 75 000 $ US
Affections chroniques **Traitement palliatif** d'une affection **chronique.**	Non couvert	Non couvert		Remboursement intégral
Oncologie Honoraires d'oncologues, de radiothérapie et de chimiothérapie.	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Traitement FIV Tout **traitement** en vertu de cette prestation est assujetti à une préautorisation de **notre part**. Sans cela, **nous** nous réservons le droit de refuser la réclamation dans son intégralité.	Non couvert	Non couvert	Non couvert	Limité à 2 000 £: 2 400 €: 3 000 $ US par cycle et à un maximum de 3 cycles par vie. Cette prestation est assujettie à une coassurance de 50%
Transplantation d'organes Transplantation de tout organe humain.	Non couvert	Limite à vie de 200 000 £: 240 000 €: 300 000 $ US	Limite à vie de 200 000 £: 240 000 €: 300 000 $ US	Limite à vie de 200 000 £: 240 000 €: 300 000 $ US
Complications liées à la grossesse **Traitement** des **affections médicales s**urvenant pendant les phases prénatales de la grossesse ou pendant l'accouchement.	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Couverture du nouveau-né - Naissances prématurées Couverture relative à un bébé prématuré (c.-à-d. lorsque la naissance est antérieure à 37 semaines de gestation) concernant une **affection médicale aiguë** ou **chronique** nécessitant un **traitement de patient hospitalisé**. L'un des parents désignés sur l'acte de naissance doit avoir été assuré avec nous pendant au moins 11 mois avant la date de naissance. Toute couverture est assujettie à l'ajout du nouveau-né à la **police** dans les 30 jours suivant la naissance.	Non couvert	La couverture pour les 30 premiers jours de vie est limitée à une somme maximale assurée de 10 000 £: 12 000 € : 15 000 $ US par bébé. Par la suite, la couverture exclura toute **affection médicale** existante à la fin de la première période de 30 jours	La couverture pour les 30 premiers jours de vie est limitée à une somme maximale assurée de 10 000 £: 12 000 € : 15 000 $ US par bébé. Par la suite, la couverture exclura toute **affection médicale** existante à la fin de la première période de 30 jours	La couverture pour les 30 premiers jours de vie est limitée à une somme maximale assurée de 20 000 £: 24 000 € : 30 000 $ US par bébé. Par la suite, la couverture exclura toute **affection médicale** existante à la fin de la première période de 30 jours
Couverture du nouveau-né - Congénital Couverture relative à un nouveau-né nécessitant le **traitement** d'une **anomalie congénitale**. Toute couverture est assujettie à l'ajout du nouveau-né à la **police** dans les 30 jours suivant la naissance.	Non couvert	Limite à vie de 100 000 £: 120 000 €: 150 000 $ US	Limite à vie de 100 000 £: 120 000 €: 150 000 $ US	Limite à vie de 100 000 £: 120 000 €: 150 000 $ US

	Prima Concept	Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
Physiothérapie Physiothérapie lorsque ce **traitement** est recommandé par un **spécialiste** et est administré pendant la période de séjour à **l'hôpital**.	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Rééducation La **rééducation** lorsqu'elle est considérée comme faisant partie intégrante du **traitement**, qu'elle est supervisée par un **spécialiste** et qu'elle se déroule dans une unité de **rééducation** reconnue.	Non couvert	Non couvert	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Maladie psychiatrique **Traitement** dispensé dans une unité psychiatrique reconnue d'un **hôpital**. Tout **traitement** en vertu de cette prestation est assujetti à une préautorisation **de notre** part. Sans cela, **nous** nous réservons le droit de refuser la demande dans son intégralité.	Non couvert	Limité à 30 jours **par an**	Limité à 30 jours **par an**	Limité à 30 jours **par an**
Frais annexes L'achat ou la location de béquilles ou de fauteuils roulants suite à un **traitement** en tant que **patient hospitalisé** ou **patient de jour**. Support lombaire, genouillères et orthèses aircast incluant la fourniture de prothèses externes pendant le **traitement** actif du cancer.	Non couvert	Limité à 500 £: 600 €: 750 $ US Non couvert	Limité à 500 £: 600 €: 750 $ US Non couvert	Limité à 500 £: 600 €: 750 $ US Limité à 2 000 £: 2 400 €: 3 000 $ US
Soins à domicile Soins à domicile lorsque médicalement nécessaire et recommandé par un **spécialiste** suivant immédiatement la sortie d'un lit d'**hôpital**.	Limité à 6 semaines pour chaque affection et à un maximum de 14 semaines **par an**	Limité à 12 semaines pour chaque affection et à un maximum de 26 semaines **par an**	Limité à 12 semaines pour chaque affection et à un maximum de 26 semaines **par an**	Remboursement intégral
Transport Frais pour une ambulance ou frais associés à un autre moyen de transport si une ambulance est inappropriée pour un transport à l'**hôpital** lorsque le **médecin** informe de sa nécessité médicale.	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Couverture post-opératoire **Traitement** ou consultations **de patient en ambulatoire** reçues dans les 6 mois suivant la décharge de l'**hôpital** pour une **affection médicale** admissible nécessitant une **hospitalisation**.	Couvert au titre de **traitement de patient en ambulatoire**	Couvert au titre de **traitement de patient en ambulatoire**	Limité à 1 500 £: 1 800 €: 2 250 $ US **par an** à moins que le **traitement de patient en ambulatoire** soit sélectionné	Couvert au titre de **traitement de patient en ambulatoire**
Prestation financière Lorsque l'hébergement à l'**hôpital** et tous les frais de **traitement** sont fournis dans un **hôpital** d'État ou de bienfaisance et qu'aucune réclamation n'est faite en vertu de cette **police** pour le remboursement de tout frais médicaux et pourvoyant que l'**affection médicale** subie soit admissible à une prestation.	100 £: 120 €: 150 $ US par nuit jusqu'à un maximum de 30 nuits	200 £: 240 €: 300 $ US par nuit jusqu'à un maximum de 30 nuits	200 £: 240 €: 300 $ US par nuit jusqu'à un maximum de 30 nuits	300 £: 360 €: 450 $ US par nuit jusqu'à un maximum de 30 nuits
Traitement d'urgence en dehors de la zone couverte **Traitement** (par un **médecin** ou un **spécialiste** commençant dans les 24 heures suivant l'événement d'urgence) requis suite à un accident, au commencement ou à l'aggravation soudain d'une maladie grave entraînant une **affection médicale** présentant une menace immédiate pour la santé de l'**assuré**.	Non couvert	Pour les voyages jusqu'à un maximum de 6 semaines Maximum de 42 nuits **par an** Somme assurée maximale de 50 000 £: 60 000 €: 75 000 $ US	Pour les voyages jusqu'à un maximum de 6 semaines Maximum de 42 nuits **par an** Somme assurée maximale de 50 000 £: 60 000 €: 75 000 $ US	Pour les voyages jusqu'à un maximum de 6 semaines Maximum de 42 nuits **par an** Somme assurée maximale de 50 000 £: 60 000 €: 75 000 $ US

Traitement de patient en ambulatoire (prestation OPTIONNELLE pour Prima Premier)

(**traitement** reçu sans **hospitalisation**)

	Prima Concept	Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
Limite globale	Limite **de patient en ambulatoire** de 1 500 £: 1 800 €: 2 250 $ US dans la limite globale de **police** de 250 000 £: 300 000 €: 375 000 $ US	Limite **de patient en ambulatoire** de 10 000 £: 12 000 €: 15 000 $ US dans la limite globale de **police** de 1 250 000 £: 1 500 000 €: 1 875 000 $ US	Limité à la limite de **police** globale de 2 500 000 £: 3 000 000 €: 3 750 000 $ US	Limité à la limite de **police** globale de 500 000 £: 6 000 000 €: 7 500 000 $ US
Honoraires professionnels Honoraires de **médecin**, de **spécialiste** et d'**infirmière qualifiée** engagés pour des consultations et des examens.	Remboursement intégral dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Remboursement intégral dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Dépistages Procédures de dépistage, y compris radiographies, **pathologie**, tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique (scintigraphie du cerveau et du corps).	Remboursement intégral dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Remboursement intégral dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Traitement chirurgical Procédures chirurgicales mineures effectuées par un **médecin** ou un **spécialiste.**	Remboursement intégral dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Remboursement intégral dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Traitement médicamenteux Médicaments prescrits par un **spécialiste** ou un **médecin**.	Limité à 200 £: 240 €: 300 $ US par an dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Remboursement intégral dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Affections chroniques Épisodes aigus d'une affection **chronique**. Gestion courante et traitement palliatif d'une affection **chronique**.	Remboursement intégral dans la limite globale **de patient en ambulatoire** Non couvert	Remboursement intégral dans la limite globale **de patient en ambulatoire** Non couvert	Remboursement intégral Limité à 5 000 £: 6 000 €: 7 500 $ US **par an**	Remboursement intégral Limité à 10 000 £: 12 000 €: 15 000 $ US **par an**

	Prima Concept	Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
Oncologie Honoraires d'oncologue, de **spécialiste**, d'**infirmière qualifiée**, de radiothérapie et de chimiothérapie. Comprend les frais d'ambulance pour le transport à destination et en provenance de l'unité de **patient en ambulatoire** d'un **hôpital** pour l'administration de ce **traitement** spécifique.	Remboursement intégral dans la limite globale de **police** de 250 000 £: 300 000 €: 375 000 $ US	Remboursement intégral dans la limite globale de **police** de 1 250 000 £: 1 500 000 €: 1 875 000 $ US	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Physiothérapie Physiothérapie sur recommandation d'un **médecin** ou d'un **spécialiste**. Une recommandation de **votre médecin** ou de votre **spécialiste** est valide pour seulement six mois, après quoi une nouvelle lettre de recommandation sera nécessaire. Si vous avez besoin d'une physiothérapie au cours de cette période de six mois pour une **affection médicale** différente, alors une nouvelle recommandation sera nécessaire.	Limité à 250 £: 300 €: 375 $ US **par an** dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Limité à 1 500 £: 1 800 €: 2 250 $ US **par an** dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Limité à 3 000 £: 3 600 € 4 500 $ US **par an**	Limité à 5 000 £: 6 000 €: 7 500 $ US **par an**
Podologie **Traitement** par un **podologue** sans recommandation de la part d'un **médecin.**	Non couvert	Limité à 250 £: 300 €: 375 $ US **par an** dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Limité à 250 £: 300 €: 375 $ US **par an**	Limité à 500 £: 600 €: 750 $ US **par an**
Traitement complémentaire **Traitement** administré par des chiropraticiens, des ostéopathes, des homéopathes, des acupuncteurs. Diététicien (limité à 1 visite par an). **Podologue** (limité à 2 visites par an). La recommandation de la part d'un **médecin** ou d'un **spécialiste** est nécessaire pour tous les **traitements complémentaires**. Une recommandation de votre **médecin** ou de votre **spécialiste** est valide pour six mois seulement, après quoi une nouvelle lettre de recommandation sera nécessaire. Si vous avez besoin d'un **traitement complémentaire** pour une **affection médicale** différente pendant cette période de six mois, une nouvelle recommandation sera nécessaire.	Limité à 250 £: 300 €: 375 $ US **par an** dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Limité à 1 500 £: 1 800 €: 2 250 $ US **par an** dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Limité à 3 000 £: 3 600 €: 4 500 $ US **par an**	Limité à 5 000 £: 6 000 €: 7 500 $ US **par an**
Médecine chinoise traditionnelle Médecine chinoise à base de plantes médicinales et **traitement** administré par un herboriste ou un praticien chinois traditionaliste reconnu.	Limité à 250 £: 300 €: 375 $ US **par an** dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Limité à 500 £: 600 €: 750 $ US **par an** dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Limité à 500 £: 600 €: 750 $ US **par an**	Limité à 1 500 £: 1 800 €: 2 250 $ US **par an**
Maladie psychiatrique Consultations de **spécialiste**, évaluations, **traitement** et **médicaments**. Tout **traitement** en vertu de cette prestation est assujetti à une préautorisation de **notre part**. Sans cela, nous nous réservons le droit de refuser la réclamation dans son intégralité.	Non couvert	Non couvert	Limité à 5 000 £: 6 000 €: 7 500 $ US **par an**	Limité à 10 000 £: 12 000 €: 15 000 $ US **par an**
Thérapie de remplacement hormonal Les consultations d'un **médecin** ou d'un **spécialiste** et les patchs ou les implants prescrits lorsqu'ils sont administrés dans le seul but de traiter un déséquilibre hormonal.	Non couvert	Non couvert	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Optique Examen oculaire effectué par un optométriste ou un ophtalmologue . Verres et lentilles de contact prescrits pour corriger la vue lors du changement de votre prescription.	Non couvert	Remboursement intégral limité à un examen **par an** Limité à 200 £: 240 €: 300 $ US **par an** dans la limite globale **de patient en ambulatoire**	Remboursement intégral limité à un examen **par an** Limité à 200 £: 240 €: 300 $ US **par an**	Remboursement intégral limité à un examen **par an** Limité à 500 £: 600 €: 750 $ US **par an**
Prestation de bien-être (à l'exclusion des frais encourus dans les 12 premiers mois suivant la date d'achat de cette prestation ou de **votre date d'entrée**, la date la plus tardive étant retenue)	Non couvert	Le total des prestations disponibles dans les prestations de bien-être est limité à 250 £: 300 €: 375 $ US **par an**	Le total des prestations disponibles dans les prestations de bien-être est limité à 500 £: 600 €: 750 $ US **par an**	Le total des prestations disponibles dans les prestations de bien-être est limité à 1 000 £: 1 200 €: 1 500 $ US **par an**
Test auditif Test auditif annuel effectué par un **médecin**.	Non couvert	Un test **par an** Remboursement intégral dans la limite du bien-être	Un test **par an** Remboursement intégral dans la limite du bien-être	Un test **par an** Remboursement intégral dans la limite du bien-être
Contrôles de santé périodiques Tests / dépistages effectués sans présence d'aucun symptôme clinique, y compris les examens suivants effectués à un intervalle d'âge adapté au dépistage précoce d'une maladie : ■ Signes vitaux (tension artérielle, cholestérol, pouls, respiration, température, etc)	Non couvert	Remboursement intégral dans la limite du bien-être	Remboursement intégral dans la limite du bien-être	Remboursement intégral dans la limite du bien-être
■ Examen cardiovasculaire	Non couvert			
■ Examen neurologique	Non couvert			
■ Dépistage du cancer	Non couvert			
■ Test de bonne santé d'un enfant	Non couvert	Enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, limité à 15 visites par durée de vie Remboursement intégral dans la limite du bien-être	Enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, limité à 15 visites par durée de vie Remboursement intégral dans la limite du bien-êtrelimit	Enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, limité à 15 visites par durée de vie Remboursement intégral dans la limite du bien-êtrelimit

	Prima Concept	Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
Vaccins Coût des médicaments et des consultations pour administrer toutes les vaccinations de base ainsi que les injections de rappel nécessaires en vertu de la réglementation du pays dans lequel le **traitement** est administré, toute vaccination de voyage médicalement nécessaire et prophylaxie antipaludéenne.	Non couvert	Non couvert	Limité à 250 £: 300 €: 375 $ US **par an**	Limité à 500 £: 600 €: 750 $ US **par an**
Traitement dentaire d'urgence **Traitement** dentaire de **patient en ambulatoire** d'urgence reçu dans une salle de chirurgie dentaire ou d'urgence pour le soulagement immédiat de la douleur dentaire, y compris les remplissages provisoires limités à 3 par **période de couverture**, et / ou la réparation de dommages causés par un **accident**. Le **traitement** doit être reçu dans les 36 heures suivant l'événement d'urgence. Cela ne comprend aucune forme de prothèse dentaire ou de **traitement** du canal radiculaire.	Non couvert	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral

Autres prestations

	Prima Concept	Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
Assistance médicale 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
La fondation Blood Care Approvisionnement de sang testé et de matériel stérilisé dans les situations d'urgence partout dans le monde.	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Accès à ALC World Notre bibliothèque en ligne d'installations médicales et d'informations sur la sécurité des pays du monde entier.	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

Grossesse & accouchement ordinaire (PRESTATION OPTIONNELLE)

(à l'exclusion des frais encourus dans les 11 premiers mois de la date d'achat de cette prestation ou de **votre date d'entrée**, la date la plus tardive étant retenue)

	Prima Concept	Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
Les frais de **grossesse ordinaires**, y compris les examens pré et postnatals, les échographies et les frais d'accouchement pour une naissance naturelle ou une **césarienne élective**.	Non couvert	Limites de grossesse optionnelle (pour chaque grossesse) ■ 3 000 £: 3 600 €: 4 500 $ US ■ 5 000 £: 6 000 €: 7 500 $ US	Limites de grossesse optionnelle (pour chaque grossesse) ■ 3 000 £: 3 600 €: 4 500 $ US ■ 5 000 £: 6 000 €: 7 500 $ US ■ 7 500 £: 9 000 €: 11 250 $ US ■ 10 000 £: 12 000 €: 15 000 $ US	Limites de grossesse optionnelle (pour chaque grossesse) ■ 3 000 £: 3 600 €: 4 500 $ US ■ 5 000 £: 6 000 €: 7 500 $ US ■ 7 500 £: 9 000 €: 11 250 $ US ■ 10 000 £: 12 000 €: 15 000 $ US ■ 20 000 £: 24 000 €: 30 000 $ US
Examen de la bonne santé du bébé Frais de pédiatrie pour le premier examen ou bilan de santé d'un nouveau-né, à condition que l'examen soit réalisé dans les 24 heures suivant l'accouchement.	Non couvert	Remboursement intégral dans la limite de grossesse applicable	Remboursement intégral dans la limite de grossesse applicable	Remboursement intégral dans la limite de grossesse applicable
Hébergement du nouveau-né Frais de berceau et d'allaitement pour que le / les nouveau-nés (jusqu'à l'âge de 6 mois) séjourne avec une mère **hospitalisée**.	Non couvert	Remboursement intégral dans la limite de grossesse applicable	Remboursement intégral dans la limite de grossesse applicable	Remboursement intégral dans la limite de grossesse applicable
Prestation financière Lorsque l'hébergement à l'**hôpital** et que tous les frais de grossesse et de garderie sont fournis dans un **hôpital** d'État ou de bienfaisance et qu'aucune réclamation n'est déposée en vertu de cette section de la **police** pour tout remboursement de frais quelconques.	Non couvert	Limité à 50 £: 60 €: 75 $ US par nuit jusqu'à un maximum de 20 nuits	Limité à 100 £: 120 €: 150 $ US par nuit jusqu'à un maximum de 30 nuits	Limité à 100 £: 120 €: 150 $ US par nuit jusqu'à un maximum de 30 nuits

Traitement dentaire (PRESTATION OPTIONNELLE)

(à l'exclusion des frais encourus dans les 6 premiers mois de la date d'achat de cette prestation ou de **votre date d'entrée**, la date la plus tardive étant retenue autre qu'un **dommage accidentel** causé à des dents naturelles et saines, qui est lui couvert immédiatement).

Les procédures ci-dessous sont limitées aux montants indiqués et sont assujetties à une limite maximale globale **chaque année** pour le **traitement** dentaire périodique.

	Prima Concept	Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
Limite globale	Non couvert	1 000 £: 1 200 €: 1 500 $ US **par an**	1 000 £: 1 200 €: 1 500 $ US **par an**	2 000 £: 2 400 €: 3 000 $ US **par an**
Examens de routine, y compris bilans de santé et radiographies.	Non couvert	70 £: 84 €: 105 $ US par visite maximum 2 visites **par an**	70 £: 84 €: 105 $ US par visite maximum 2 visites **par an**	100 £: 120 €: 150 $ US par visite maximum 2 visites **par an**
Nettoyage et polissage (effectué par un **dentiste** ou par un hygiéniste).	Non couvert	70 £: 84 €: 105 $ US par visite maximum 2 visites **par an**	70 £: 84 €: 105 $ US par visite maximum 2 visites **par an**	100 £: 120 €: 150 $ US par visite maximum 2 visites **par an**
Remplissages (amalgame ou matériau composite).	Non couvert	70 £: 84 €: 105 $ US par dent	70 £: 84 €: 105 $ US par dent	100 £: 120 €: 150 $ US par dent
Extractions.	Non couvert	70 £: 84 €: 105 $ US par dent	70 £: 84 €: 105 $ US par dent	100 £: 120 €: 150 $ US par dent
Extraction des dents de sagesse lorsque celle-ci est effectuée dans un cabinet de chirurgie dentaire.	Non couvert	Remboursement intégral dans la limite dentaire globale de 1 000 £: 1 200 €: 1 500 $ US **par an**	Remboursement intégral dans la limite dentaire globale de 1 000 £: 1 200 €: 1 500 $ US **par an**	Remboursement intégral dans la limite dentaire globale de 2 000 £: 2 400 €: 3 000 $ US **par an**
Nouvelle couronne / incrustation en porcelaine.	Non couvert	300 £: 360 €: 450 $ US par dent	300 £: 360 €: 450 $ US par dent	500 £: 600 €: 750 $ US par dent
Réparation de la couronne / de l'incrustation.	Non couvert	125 £: 150 €: 190 $ US par dent	125 £: 150 €: 190 $ US par dent	250 £: 300 €: 375 $ US par dent
Traitement du canal radiculaire.	Non couvert	250 £: 300 €: 375 $ US par dent	250 £: 300 €: 375 $ US par dent	400 £: 480 €: 600 $ US par dent
Nouveau pont.	Non couvert	300 £: 360 €: 450 $ US par dent	300 £: 360 €: 450 $ US par dent	600 £: 720 €: 900 $ US par dent
Réparation du pont.	Non couvert	175 £: 210 €: 265 $ US par dent	175 £: 210 €: 265 $ US par dent	200 £: 240 €: 300 $ US par dent
Nouvelles prothèses dentaires.	Non couvert	125 £: 150 €: 190 $ US par dent	125 £: 150 €: 190 $ US par dent	600 £: 720 €: 900 $ US par dent
Traitement orthodontique (pour déplacer les dents ou ajuster l'os sous-jacent) lorsque c'est médicalement nécessaire pour la santé bucco-dentaire.	Non couvert	Non couvert	Non couvert	2 000 £: 2 400 €: 3 000 $ US **par an**. Cette prestation est assujettie à une coassurance de 50%
Implants dentaires pour restaurer la fonction ou l'apparence après un accident. La notification du **traitement** doit être reçue dans les 5 jours suivant la date de l'a**ccident**.	Non couvert	Non couvert	Non couvert	500 £: 600 €: 750 $ US par dent. Cette prestation est assujettie à une coassurance de 25%
Traitement dentaire d'urgence pour le soulagement de la douleur, le **traitement** d'un abcès, la reconstruction ou le remplissage temporaire de dents fendues ou cassées. Le **traitement** doit être reçu dans les 36 heures suivant l'événement d'urgence.	Non couvert	600 £: 720 €: 900 $ US **par an**	600 £: 720 €: 900 $ US **par an**	600 £: 720 €: 900 $ US **par an**

Les procédures ci-dessous ne sont pas assujetties à la limite maximale globale **chaque année** pour **traitement** dentaire de routine.

Dommages accidentels causés aux dents saines et naturelles perdues ou endommagées lors d'un **accident**. Le **traitement** doit être reçu dans les 5 jours suivant la date de l'**accident**.	Non couvert	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Chirurgie dentaire réalisée dans un **hôpital** par un chirurgien bucco-dentaire et / ou maxillo-facial : Extraction chirurgicale des dents de sagesse affectées ou enfouies et extraction des racines enfouies difficiles. Résections apicales.	Non couvert Non couvert	Remboursement intégral Remboursement intégral	Remboursement intégral Remboursement intégral	Remboursement intégral Remboursement intégral

Évacuation ou rapatriement (PRESTATION OPTIONNELLE)

(pour les affections nécessitant une **hospitalisation** d'urgence immédiate seulement)

	Prima Concept	Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
Évacuation Le coût de transport d'un **assuré** (et d'un autre parent / collègue pour voyager en escorte) vers l'établissement médical approprié le plus proche pour le **traitement de patient hospitalisé** ou **de patient en ambulatoire** d'un **accident** ou d'une **affection médicale** dans la **zone de couverture des assurés** qui, de l'avis du **médecin désigné**, ne peut pas être traité adéquatement localement ou sur le lieu de l'incident. Le mode de transport sera la décision de la compagnie d'assistance.	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Après l'évacuation Hébergement à l'hôtel pour l'accompagnateur et l'**assuré** lorsque c'est nécessaire avant et après l'**hospitalisation**.	100 £: 120 €: 150 $ US par jour et par personne	200 £: 240 €: 300 $ US par jour et par personne	200 £: 240 €: 300 $ US par jour et par personne	400 £: 480 €: 600 $ US par jour et par personne
Vol de retour (classe économique) pour l'**assuré** et son accompagnateur.	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Rapatriement Le coût de transport d'un **assuré** (et d'un autre parent / collègue pour voyager en escorte) dans son **pays de nationalité** ou dans son **pays de résidence** pour le **traitement de patient hospitalisé** ou **de patient de jour** d'un **accident** ou d'une **affection médicale** qui ne peut pas être traitée adéquatement localement ou sur le lieu de l'incident. Le mode de transport sera la décision de la compagnie d'assistance. (si le **pays de nationalité** ou le **pays de résidence** ne relève pas de la zone géographique couverte par **votre police**, les frais de **traitement** et de transport ne seront pas pris en considération).	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Restes mortels Frais d'inhumation ou d'incinération dans le pays du décès ou transport du corps ou des cendres vers le **pays de nationalité** ou le **pays de résidence**.	Limité à 5 000 £: 6 000 €: 7 500 $ US	Limité à 5 000 £: 6 000 €: 7 500 $ US	Limité à 5 000 £: 6 000 €: 7 500 $ US	Limité à 5 000 £: 6 000 €: 7 500 $ US

Définitions

Les mots ou expressions suivantes ont les significations indiquées ci-dessous quel que soit leur place dans ce document, ce **certificat d'assurance** et ces mentions.

ACCIDENT
Un événement soudain, inattendu ou imprévu résultant en une blessure physique identifiable sur un **assuré**

DOMMAGE ACCIDENTEL AUX DENTS
Traitement dentaire reçu pour restaurer ou remplacer les dents naturelles saines perdues ou endommagées à la suite d'un **accident**.

AIGUË
Une **affection médicale** susceptible de répondre rapidement à un **traitement** visant à vous ramener à l'état de santé précédant la maladie ou l'**accident**, ou conduisant à **votre** récupération intégrale.

AVIS
Toute consultation ou discussion avec un **médecin** ou un **spécialiste**, y compris les bilans de santé et la délivrance de toute ordonnance (y compris les ordonnances renouvelables).

MÉDECIN DÉSIGNÉ
Un **médecin** choisi par **nous** pour **nous** conseiller sur votre **affection médicale** et votre besoin de service d'**évacuation ou de rapatriement**.

ZONE DE COUVERTURE
La zone dans laquelle votre couverture est limitée. Les zones disponibles sont telles que définies ci-dessous et votre sélection sera précisée sur **votre certificat d'assurance.**

Zone 1 - Europe - (voir page précédente)

Zone 2 - Monde entier excepté États-Unis d'Amérique

Zone 3 - Monde entier (excepté ***Prima Concept***)
Si **vous** détenez un passeport américain et que **vous** sélectionnez cette zone, **votre** couverture aux États-Unis sera limitée aux 6 premiers mois passés là-bas au cours d'une période de 12 mois.

BLESSURE DE NAISSANCE
Une difformité ou une **affection médicale** causée pendant l'accouchement.

CERTIFICAT D'ASSURANCE
Le certificat spécifiant les détails du **titulaire de l'assurance**, les **assurés**, la **période de couverture**, la **date d'entrée**, le niveau de couverture et tout cautionnement applicable.

PODOLOGUE
Un **podologue** praticien enregistré et légalement autorisé à pratiquer la podologie dans le pays où le **traitement** est fourni.

CHRONIQUE
Une **affection médicale** présentant au moins l'une des caractéristiques suivantes :
- Elle continue indéfiniment et n'a pas de remède connu
- Elle réapparaît ou est susceptible de réapparaître
- Elle est permanente
- **Vous** devez être rééduqué ou spécialement formé pour y faire face
- Elle nécessite un suivi à long terme, des consultations, des contrôles, des examens ou des tests

DATE DE COMMENCEMENT
La date figurant sur le **certificat d'assurance** à partir de laquelle commence la couverture fournie par cette **police**.

TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE
Traitement thérapeutique et diagnostique existant en dehors des institutions d'enseignement de la médecine conventionnelle. Cette médecine inclut le **traitement** chiropratique, l'ostéopathie, l'homéopathie, l'acupuncture, le **traitement** diététique et podologique comme pratiqué par les thérapeutes agréés.

COASSURANCE
Le pourcentage de la valeur totale des dépenses encourues pour lesquelles l'**assuré** est responsable.

ANOMALIE CONGÉNITALE
Le développement intra-utérin d'un organe ou d'une structure anormale concernant la forme, la structure ou la position.

PAYS DE NATIONALITÉ
Le pays pour lequel vous détenez un passeport.

PAYS DE RÉSIDENCE
Le pays dans lequel **vous** habitez habituellement à la **date de commencement** ou à chaque **date de renouvellement** ultérieure.

DATE D'ENTRÉE
La date figurant sur le **certificat d'assurance** sur lequel un **assuré** a été initialement couvert en vertu de cette **police**.

PATIENT DE JOUR
Un **assuré hospitalisé** parce qu'il a besoin d'une période de surveillance médicale mais qui n'a pas besoin de rester la nuit.

PRATICIEN DENTAIRE
Une personne enregistrée et légalement autorisée à exercer la dentisterie dans le pays où le **traitement** est fourni.

PERSONNES À CHARGE
Un conjoint ou un partenaire adulte et / ou des enfants non mariés, des beaux-enfants, des enfants adoptés légalement et des enfants adoptifs de moins de 25 ans, vivant avec **vous** en permanence ou scolarisés à plein temps. Les enfants seront acceptés dès la naissance, à condition que **nous** recevions une notification de leur arrivée dans les 30 jours suivant la naissance. Les notifications reçues après cette période auront pour effet l'acceptation de couverture des enfants à partir de la date de cette notification.

DOCTEUR
Un **docteur** est un **médecin** ou un **spécialiste** agréé pour pratiquer là où le traitement est fourni.

CÉSARIENNE ÉLECTIVE
Une opération de section par césarienne pour l'accouchement d'un bébé n'étant pas la conséquence d'une intervention médicale, d'une nécessité ou d'une recommandation.

ÉVACUATION OU RAPATRIEMENT
Vous transférer dans un autre **hôpital** disposant des installations médicales nécessaires soit dans le pays dans lequel **vous** êtes tombé malade ou dans un autre pays voisin (évacuation), ou **vous** ramener dans **votre pays de résidence** principal ou **votre** pays d'origine (rapatriement). Le service inclut tout **traitement** nécessaire administré par la société d'assistance internationale désignée par nos soins pendant votre transfert.

CHIRURGIE FŒTALE
Traitement intra-utérin réalisé sur un fœtus.

GARANTIE DE PAIEMENT
Un avis formel fourni par les gestionnaires de sinistres, Healix International, pour garantir le paiement d'une facture convenue à un **médecin**, un **spécialiste** ou un **hôpital** sous réserve de toute modalités et conditions précisées.

HOSPICE
Un établissement légalement accrédité en tant qu'**hospice** ou **hôpital** selon les lois du pays dans lequel il est implanté et qui fournit des soins palliatifs de fin de vie.

HÔPITAL
Un établissement légalement accrédité en tant qu'**hôpital** médical ou chirurgical selon les lois du pays dans lequel il est implanté.

THÉRAPIE DE SUBSTITUTION HORMONALE (TSH)
Traitement administré pour traiter une affection de déséquilibre hormonal.

PATIENT HOSPITALISÉ
Un **assuré hospitalisé** et devant rester une ou plusieurs nuits en raison de nécessité médicale.

ASSURÉ / VOUS / VOTRE
Vous et / ou les **personnes à votre** charge inscrites sur le **certificat d'assurance** et couvertes en vertu de cette **police**.

SOINS INTENSIFS
Le **traitement** dans une unité de **soins intensifs** définie, une unité de thérapie intensive, une unité de forte dépendance ou une unité de soins coronariens, apportant une surveillance constante après une opération chirurgicale ou une maladie.

FIV
Fertilisation in vitro.

ÉVÉNEMENT DE VIE
L'un des événements suivants :
- Naissance d'un bébé
- Un nouveau conjoint / partenaire adulte vivant avec **vous**
- Un enfant du nouveau conjoint / partenaire adulte
- Un bel-enfant vivant avec **vous**
- Adoption légale d'un enfant
- Entretien d'un enfant

Définitions

AFFECTION MÉDICALE
Tout **accident**, blessure, affection ou maladie, y compris **maladie psychiatrique**.

MÉDECIN
Un **médecin** titulaire d'un diplôme de premier cycle en médecine ou en chirurgie comme reconnu par l'organisation mondiale de la santé et légalement autorisé à pratiquer dans le pays où le **traitement** est dispensé.

TRAITEMENT MÉDICAL
Les médicaments et dispositifs correcteurs (y compris les prothèses utilisées comme partie intégrante d'une intervention chirurgicale) prescrits par un **médecin** ou un **spécialiste**.

ONCOLOGIE
Le domaine de la médecine consacré au **traitement** du cancer, y compris l'utilisation de traitements (chimiothérapie), de chirurgie et de radiothérapie.

TRANSPLANTATION D'ORGANE
Les procédures chirurgicales pour effectuer une transplantation d'organe.

PATIENT EN AMBULATOIRE
Un **assuré** qui reçoit un traitement sans nécessité d'**hospitalisation**.

TRAITEMENT PALLIATIF
Traitement donné à un **assuré** dont le principal objectif n'est que d'offrir un soulagement temporaire des symptômes plutôt que de soigner l'**affection médicale** causant les symptômes.

PATHOLOGIE
Les tests effectués pour aider à déterminer ou à évaluer la nature de la maladie ainsi que les changements dans la structure et les fonctions engendrés par la maladie.

PÉRIODE DE COUVERTURE / PAR AN
La période de temps pendant laquelle la couverture est active. Ceci est spécifié sur le **certificat d'assurance**. Ce sera normalement une période de douze (12) mois à partir de la **date de commencement** ou de la **date de renouvellement**.

MÉDECIN
Un **médecin** est un **professionnel de la médecine** enregistré et légalement autorisé à pratiquer la médecine dans le pays où le **traitement** est fourni.

PHYSIOTHÉRAPEUTE
Un **physiothérapeute** praticien est un **professionnel de la médecine** spécialisé en physiothérapie, enregistré dans les actes médicaux et légalement autorisé à pratiquer la médecine dans le pays où le **traitement** est fourni.

PODOLOGUE
Un **podologue** praticien enregistré et légalement autorisé à pratiquer la podologie dans le pays où le **traitement** est fourni.

POLICE
Le contrat précisant le niveau de couverture accordé. Le formulaire d'application, le **certificat d'assurance** et ce présent énoncé incorporant les termes et conditions générales de la **police** constituent le contrat.

FRANCHISE
Le montant spécifié payable par un **assuré** relativement aux dépenses engagées préalablement au paiement de toute prestation en vertu de cette **police**. La **franchise** s'applique par personne, par année de **police** et s'applique seulement aux dépenses médicales et connexes de **patient hospitalisé**, **de patient de jour** et **de patient en ambulatoire**. La **franchise** ne s'applique pas au bien-être, aux vaccinations et aux prestations optiques.

TITULAIRE DE L'ASSURANCE
La personne ou la société avec qui **nous** avons contracté cette **police** et qui est principalement responsable du paiement des primes.

PRÉAUTORISATION / PRÉAUTORISÉ
Un service fourni par les gestionnaires de sinistres, Healix International, à un prestataire pour confirmer la couverture de la **police** avant d'engager des frais ou de commencer un **traitement** quelconque.

CHAMBRE PRIVÉE
Une chambre dans un **hôpital** à l'usage exclusif d'un patient.

SPORTS PROFESSIONNELS
S'engager ou s'entraîner dans tout sport pour lequel un salaire ou un paiement est perçu, y compris des subventions ou un parrainage (sauf et seulement en cas de frais de déplacement). Cela comprend les joueurs, les entraîneurs et les coaches.

MALADIE PSYCHIATRIQUE
Le **traitement** d'un trouble mental effectué par un psychologue clinicien. Le trouble doit être associé à une détresse actuelle, ou à une déficience substantielle de la capacité de l'individu à fonctionner dans une activité majeure de la vie (p. ex. emploi). L'affection susmentionnée doit être cliniquement significative et pas seulement la réponse attendue à un événement particulier tel que le deuil, les problèmes relationnels ou académiques et l'acculturation. Le trouble doit répondre aux critères de classification selon un système de classification international tel que le manuel diagnostique et statistique (DSM-IV) ou la classification internationale des maladies (CIM-10).

INFIRMIÈRE QUALIFIÉE
Une infirmière dont le nom figure actuellement sur tout registre ou tableau d'infirmières maintenu par tout organisme d'enregistrement de soins infirmiers statutaire, dans le pays où le **traitement** est fourni.

RAISONNABLE ET COUTUMIER
Les frais qui, selon **nous**, reposent sur toutes les informations et données disponibles, non excessives pour le type de **traitement** fourni, à l'emplacement reçu et donné par le **médecin** traitant spécifique.

Notez que, dans certaines circonstances, **nous** aurons convenu de charges avec des **hôpitaux** ou des établissements médicaux spécifiques pour des procédures particulières et un hébergement et que ces données seront considérées par **nous** comme faisant partie des moyens permettant de déterminer ce que sont des frais **raisonnables et coutumiers**.

Nous pouvons vérifier les honoraires auprès d'un ministère de la santé ou d'un autre tiers indépendant si nécessaire.

RÉÉDUCATION
Traitement dispensé dans le but de rétablir la santé et la mobilité à un niveau permettant à l'**assuré** d'être autonome après une blessure ou une maladie.

REMBOURSEMENT
Un processus fourni par les gestionnaires de sinistres, Healix International, pour rembourser aux demandeurs toute somme versée par ceux-ci relativement aux réclamations admissibles en vertu de cette **police**.

DATE DE RENOUVELLEMENT
12 mois civils à compter de la **date de commencement** ou de la **date de renouvellement** antérieure.

CHAMBRE SEMI-PRIVÉE
Une chambre dans un **hôpital,** non exclusive et pouvant être partagée avec d'autres patients.

TARIFS DES PÉRIODES COURTES
Une méthode de calcul de la prime due pour une **période de couverture** permettant le paiement des coûts d'administration initialement élevés encourus par nous lors de la délivrance des documents à récupérer. Le tableau de notation des périodes courtes actuel est disponible sur demande auprès de **nous**.

SPÉCIALISTE
Un **médecin** titulaire d'une nomination de consultant substantiel dans la spécialité pertinente d'un **hôpital** du service national de santé ou ayant été nominé consultant substantiel que **nous** acceptons comme étant d'un statut professionnel équivalent, ou reconnu comme tel par les organismes compétents du pays concerné dans lequel le **traitement** est fourni.

TRAITEMENT
Toute intervention chirurgicale ou médicale nécessaire pour guérir ou soulager une **affection médicale aiguë**.

NOUS / NOTRE / NOUS
À la carte healthcare limited t/a ALC Health pour le compte de AXA PPP International en tant qu'assureurs de cette **police** comme précisé dans le **certificat d'assurance** et / ou Healix Health Services Ltd t/a Healix International en tant que gestionnaires de sinistres désignés.

Exclusions spécifiques à chaque section de la couverture

Traitement de patient hospitalisé & de patient de jour

Les exclusions suivantes s'appliquent au **traitement de patient hospitalisé & de patient de jour**. En plus des exclusions générales, **nous** ne couvrons pas les éléments suivants :

1 Tous les frais non engagés en tant que **patient de jour** ou **hospitalisé** dans un **hôpital** ou dans un établissement médical reconnu.

Applicable à Prima Platinum, Prima Premier et Prima Classic

2 Tous les frais associés à la grossesse & à l'accouchement ordinaire, à moins que cette option ait été sélectionnée.

Applicable à Prima Concept

2 Tous les frais associés à la grossesse & à l'accouchement ordinaire.

Applicable à Prima Platinum, Prima Premier et Prima Classic

3 Tous les frais associés à toute forme de **traitement** dentaire, à moins que cette option ait été sélectionnée.

Applicable à Prima Concept

3 Tous les frais liés au **traitement** dentaire.

4 Tous les frais liés à l'**évacuation** ou au **rapatriement**, à moins que cette option ait été sélectionnée.

5 La **franchise** indiquée sur le **certificat d'assurance** pour toutes les dépenses admissibles engagées pour chaque assuré par **année d'assurance**.

Applicable à Prima Platinum, Prima Premier et Prima Classic

6 Tous les frais engagés pour localiser un organe de rechange, extraire un organe du donneur, les frais de transport et tous les frais d'administration associés concernant une **transplantation d'organe**.

Applicable à Prima Concept

6 Tous les frais liés aux **transplantations d'organes**.

Applicable à Prima Premier

7 Lorsque le **traitement de patient en ambulatoire** a été sélectionné, la couverture relative au **traitement** post-opératoire est supprimée du **traitement de patient hospitalisé & de patient de jour**.

Traitement de patient en ambulatoire

(prestation facultative sous *Prima Premier* uniquement)

Si le **traitement de patient en ambulatoire** a été sélectionné, les exclusions suivantes s'appliqueront en plus des exclusions générales. **Nous** ne couvrons pas les éléments suivants :

Applicable à Prima Platinum, Prima Premier et Prima Classic

1 Tous les frais associés à la grossesse & à l'accouchement ordinaire, à moins que cette option ait été sélectionnée.

Applicable à Prima Concept

1 Tous les frais associés à la grossesse & à l'accouchement ordinaire.

Applicable à Prima Platinum, Prima Premier et Prima Classic

2 Tous les frais associés à toute forme de **traitement** dentaire, à moins que cette option ait été sélectionnée ou que le **traitement** soit couvert sous traitement dentaire d'urgence. Si l'option de **traitement** dentaire a été sélectionnée, le **traitement** dentaire d'urgence n'est pas applicable. Toutes les prestations payables le seront en vertu des prestations de **traitement** dentaire.

Applicable à Prima Concept

2 Tous les frais relatifs au **traitement** dentaire.

3 La **franchise** indiquée sur le **certificat d'assurance** pour toutes les dépenses admissibles engagées pour chaque **assuré** par **année de contrat**.

4 Tout avis médical second ou ultérieur d'un **médecin** ou d'un **spécialiste** pour la même **affection médicale**, sauf approbation écrite de **notre part**.

5 Tout **traitement** pour pédicures cosmétiques, chaussures chirurgicales y compris maïs non limité aux chaussures de correction, p. ex. plâtres de maïs, semelles, pansements, etc.

Grossesse & accouchement ordinaire

(prestation facultative sous *Prima Platinum, Prima Premier* et *Prima Classic* seulement)

Si la grossesse & l'accouchement ordinaire a été sélectionné, les exclusions suivantes s'appliqueront à cette prestation en plus des exclusions générales.
Nous ne couvrons pas les éléments suivants :

1 Tous les frais encourus pour les 11 premiers mois de couverture à partir de la date d'achat de cette prestation ou de la **date d'entrée**, la date la plus tardive étant retenue. La conception peut avoir lieu pendant cette période initiale, mais seulement les frais engagés après la période seront pris en considération pour le remboursement.

2 Cours prénatales et postnatales.

3 Frais des sages-femmes non liés à l'accouchement.

4 **Traitement** consécutif à l'examen de bonne-santé du bébé, à moins que celui-ci soit ajouté à la **police** en tant qu'**assuré** dans les 30 jours suivant la naissance.

Traitement dentaire

(prestation facultative sous *Prima Platinum, Prima Premier* et *Prima Classic* seulement)

Si le **traitement** dentaire a été sélectionné, les exclusions suivantes s'appliqueront en plus des exclusions générales. **Nous** ne couvrons pas les éléments suivants :

1 Frais dentaires encourus dans les six premiers mois suivant la date d'achat de cette prestation ou la **date d'entrée**, la date la plus tardive étant retenue. (à l'exclusion des **dommages accidentels aux dents**).

2 Procédures dentaires autres que celles spécifiées dans le programme des prestations.

3 Gingivite, parodontite ou maladie des gencives de tout type.

4 Le coût de tout métal précieux (à l'exclusion de l'or) utilisé dans toute procédure dentaire.

5 Tout **traitement** dentaire recommandé par **votre dentiste** ou dont vous connaissiez l'existence (ou devriez raisonnablement avoir connu l'existence) ayant exigé un **traitement** avant **votre** achat de cette prestation ou pendant les six premiers mois suivant votre achat de cette prestation. En cas de sinistre, **vous** devrez peut-être fournir la preuve que vous avez effectué tous les travaux dentaires nécessaires recommandés avant **votre** achat de cette prestation.

6 Chirurgie dentaire non pratiquée par un chirurgien oral et maxillo-facial ou un dentiste chirurgical.

7 Dentiers quand une ou plusieurs prothèses dentaires ont été portées précédemment.

Applicable à Prima Premier et Prima Classic

8 **Traitement** orthodontique de toute nature.
9 Implants.

Évacuation ou rapatriement

(prestation facultative sous *Prima Platinum, Prima Premier, Prima Classic* et *Prima Concept*)

Si **l'évacuation ou le rapatriement** a été sélectionné, les exclusions suivantes s'appliqueront en plus des exclusions générales. **Nous** ne couvrons pas les points suivants :

1 Frais de voyage et d'hébergement consécutifs sauf accord spécifique de **notre part** ou de **notre** compagnie d'assistance désignée par écrit avant le voyage. Tous les frais encourus sans **notre** accord préalable ne seront pas pris en considération pour le remboursement.

2 Coût des billets d'avion autres que la classe économique, sauf approbation écrite de **notre part** avant la date du voyage.

3 Frais d'inhumation et d'incinération superfétatoires : frais d'un religieux, hommages floraux, dispositions musicales, pierres tombales ou nourriture et boissons.

4 Tous les frais encourus lorsque le décès a eu lieu dans le **pays de nationalité de l'assuré**.

5 Tous les frais encourus suite à l'exercice de tout sport ou activité en tant que professionnel ou pratique du saut de base, saut de falaise, vol ou apprentissage dans un aéronef sans licence, arts martiaux, escalade, alpinisme avec ou sans cordes, plongée sous-marine à une profondeur de plus de 10 mètres, trekking à une altitude de plus de 2 500 mètres, saut à l'élastique, canyoning, vol libre, parapente ou ULM, parachutisme, spéléologie, ski hors piste ou tout autre activité sportive d'hiver hors piste.

6 Votre transfert d'un navire, d'une plate-forme de forage pétrolier ou d'un emplacement offshore similaire.

7 **Nous** ne serons pas responsables en ce qui concerne le **service d'évacuation ou de rapatriement** à l'étranger pour :

a Toute incapacité à fournir le service d'**évacuation ou de rapatriemen**t à l'étranger ou pour tout retard de ce service, à moins que l'incapacité ou le retard soit causé par **notre** négligence (y compris celle de la société d'assistance internationale que nous avons désigné pour **notre compte**), ou celle d'agents désignés par l'une ou l'autre des parties.

b L'incapacité à fournir le service **d'évacuation ou de rapatriement** à l'étranger ou son retard si :
- selon la loi le service **d'évacuation ou de rapatriement** à l'étranger ne peut pas être déployé dans le pays dans lequel il est nécessaire ;
  ou
- l'incapacité ou le retard sont causés par toute raison indépendante de **notre** volonté y compris, mais pas exclusivement, les grèves et les conditions de vol.

c **Les** blessures ou décès causés lors de votre transfert sauf négligence de **notre part** ou de quiconque agissant en **notre** nom.

Exclusions générales

Ces exclusions s'appliquent à l'intégralité de cette assurance. Chaque section dispose également de ses propres exclusions.

1 Toute **affection médicale** ou affection connexe spécifiée pour laquelle **vous** avez reçu un **traitement** médical, présenté des symptômes (examinés ou non) ou demandé **conseil** dans les 5 années précédant votre **date d'entrée** (**affection médicale** préexistante). Toutefois, après une période continue de 2 ans en tant qu'**assuré**, toutes les affections préexistantes deviendront admissibles à une prestation dans la mesure où **vous** n'avez pas :

a. Consulté un **médecin** ou un **spécialiste** pour **traitement** ou **avis** médical ; ou
b. Enduré de symptômes ; ou
c. Pris des **traitements** (y compris des régimes spéciaux ou des injections) pour cette affection pendant une période continue de deux ans après la **date d'entrée**.

Si **votre** affection préexistante est l'une de celle présentée ci-dessous, **nous** exclurons également le **traitement** pour les affections connexes indiquées :

Si **vous** avez les affections préexistantes :	**Nous** ne paierons pas pour le **traitement** des affections connexes spécifiées suivantes :
diagnostiqué avec	• Diabète • Cardiopathie ischémique • Cataracte • Rétinopathie diabétique • Maladie rénale diabétique • Maladie artérielle • Accident vasculaire cérébral
subit actuellement un **traitement** pour pression sanguine élevée (hypertension)	• Pression sanguine élevée (hypertension) • Cardiopathie ischémique • Accident vasculaire cérébral • Insuffisance rénale hypertensive
en examen, sous **traitement** ou sous surveillance en résultat d'un test antigène prostatique spécifique (APS)	• Tout trouble de la prostate

Dans certaines circonstances, **vous** avez peut-être adhéré selon des termes différents de ceux décrits ci-dessus et vous trouverez ces termes sur **votre certificat d'assurance**. Par exemple, si **vous** provenez d'un autre assureur, nous pourrions avoir transféré les termes de souscription médicale depuis **votre police** antérieure pour des **affections médicales** existantes avant que **vous** ne vous joigniez à cette **police**.

Applicable à Prima Platinum, Prima Premier et Prima Classic

2 Difformités génétiques, lésions de naissance ou malformations congénitales.

Applicable à Prima Concept

2 **Anomalies congénitales**, difformités génétiques, **lésions de naissance** ou malformations congénitales.

3 **Chirurgie fœtale**.

4 Coûts des tests génétiques.

5 **Traitement** de la surdité due au vieillissement.

6 **Traitement** de toute maladie ou lésion découlant d'une procédure non couverte par cette **police**.

7 **Traitement** expérimental, non autorisé ou non éprouvé, même recommandé ou prescrit médicalement.

8 Visites à domicile, sauf nécessité suite à l'apparition soudaine d'une maladie **aiguë**, rendant l'assuré incapable de visiter son médecin. La visite du **médecin** doit avoir lieu dans les 24 heures suivant le début de la maladie.

9 **Traitement** effectué par un **médecin** ou un **spécialiste** lié d'un manière quelconque à l'**assuré**.

10 Enquêtes et **traitement** pour perte de cheveux et tout remplacement de cheveux à moins que celle-ci soit due à un **traitement** contre le cancer. Les perruques ne sont pas couvertes.

11 **Traitement** reçu dans les hôpitaux de santé, les cliniques de cure naturelle, les spas ou les établissements similaires ou les lits privés enregistrés comme maison de soins infirmiers attachée à ces établissements ou un **hôpital** / **hospice** effectivement devenu la maison ou la résidence permanente de l'**assuré** ou l'endroit où l'admission est arrangée entièrement ou partiellement pour des raisons domestiques.

12 **Traitement** esthétique, obésité, élimination des graisses ou d'autres tissus excédentaires de n'importe quelle partie du corps, que ce soit pour des raisons médicales ou psychologiques, et tous frais de **traitement** associés découlant d'un tel **traitement**.

Exclusions générales - suite

13 **Traitement** médicalement non nécessaire ou pouvant être considéré comme une question de choix personnel.

14 Tout **traitement** effectué par un chirurgien plasticien, que ce soit à des fins médicales / psychologiques ou non. La seule exception est la chirurgie reconstructive nécessaire pour restaurer la fonction ou l'apparence après un **accident** défigurant ou à la suite d'une chirurgie contre le cancer, si l'accident ou la chirurgie se produit pendant votre **période de couverture** et a été couvert par **nous. Nous** ne couvrirons que la reconstruction initiale.

15 Les frais liés à la fourniture ou à la pose de prothèses externes, de dispositifs ou d'appareils correctifs.

16 **Traitement** pour toute maladie ou blessure découlant du piercing ou du tatouage de l'oreille ou du corps.

17 **Traitement** pour la cryoconservation, l'implantation ou la réimplantation de cellules ou de tissus vivants, qu'ils soient autologues ou fournis par un donneur.

Applicable à Prima Classic

18 Vaccinations et inoculations.

Applicable à Prima Concept

18 Examens physiques de routine, y compris examens et tests gynécologiques, vaccinations et inoculations et autres médecines et tests préventifs sans présence de symptômes cliniques. Tests auditifs périodiques et fourniture d'aides auditives.

19 **Traitement** pour changer la réfraction d'un ou des deux yeux (correction de l'œil au laser) y compris la kératectomie réfractive (RK) et la kératectomie photoréfractive (PRK), la dégénérescence maculaire et les affections similaires. Cependant, **nous** paierons pour la chirurgie corrective de la vue consécutive à un **accident**.

20 Réclamations pour tout supplément ou substance disponible naturellement. Cela comprend, non exclusivement : vitamines, minéraux et substances organiques sauf prescription en vertu de **traitement complémentaire**.

21 Compléments nutritionnels, y compris mais non exclusivement, les formules spéciales pour enfant et les produits cosmétiques, même si médicalement recommandé, prescrit ou reconnu comme possédant des effets thérapeutiques.

Applicable à Prima Premier, Prima Classic et Prima Concept

22 Enquêtes, diagnostics et **traitements** découlant ou lié directement ou indirectement à la contraception masculine ou féminine (y compris l'insertion et le retrait de dispositifs contraceptifs et de tout autre contraceptif), infertilité et toute forme de reproduction assistée.

Applicable to Prima Premier, Prima Classic and Prima Concept

22 Enquêtes, diagnostics et **traitement** découlant ou lié directement ou indirectement à la contraception masculine ou féminine (y compris l'insertion et le retrait de dispositifs contraceptifs et de tout autre contraceptif), infertilité et toute forme de reproduction assistée.

23 **Traitement** directement lié à la maternité de substitution, que vous agissiez comme mère porteuse ou que vous soyez le parent présumé.

24 Enquêtes, diagnostics et **traitement** de l'impuissance, du dysfonctionnement sexuel ou de toute conséquence de celui-ci, **traitement** de stérilisation ou de fécondation, vasectomie ou autres affections sexuellement liées ou changement de sexe.

25 **Traitement** directement ou indirectement associé aux maladies sexuellement transmissibles.

26 **Nous** ne couvrons pas le **traitement** pour les affections telles que le trouble de la conduite, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, le trouble du spectre autistique, le trouble oppositionnel avec provocation, le comportement antisocial, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble de l'attachement, les troubles d'adaptation ainsi que tous les **traitements** qui favorisent les relations socio-affectives positives, telles que les thérapies de communication, les thérapies par le jeu et la thérapie familiale.

27 La thérapie par la parole ne peut être remboursée que dans le contexte d'une déficience physique diagnostiquée, telle que, mais non exclusivement, une obstruction nasale, un trouble neurogène (p. ex. parésie linguale, lésion cérébrale) ou troubles de l'articulation impliquant la structure orale (p. ex. la fente palatine). **Nous** ne payons pas pour la thérapie par la parole liée au retard de développement, la dyslexie, la dyspraxie ou le trouble du langage et de l'expression.

28 Tout **traitement** des troubles de l'alimentation de tout type, lié à ceux-ci ou causé par ceux-ci. Cela comprend, mais non exclusivement, le **traitement** d'affections telles que l'anorexie mentale, la boulimie, la bariatrie et tout **traitement** requis pour toute affection causée suite à ces affections.

29 Les coûts découlant directement ou indirectement d'une tentative de suicide ou de blessures corporelles volontairement auto-infligées ou dues à un comportement négligent ou imprudent, y compris les éventuelles maladies consécutives.

30 **Traitement** pour dépendance à l'alcool ou abus d'alcool, de drogues ou de tout autre substance addictive et toute lésion ou maladie découlant directement ou indirectement d'un tel abus ou d'une telle dépendance.

31 Tout **traitement** découlant ou lié à des blessures subies lors du déroulement d'un acte criminel ou illégal.

32 Les frais découlant directement ou indirectement de l'auto-exposition à un danger inutile, sauf dans la tentative de sauver une vie humaine.

33 **Traitement** découlant ou requis directement ou indirectement en conséquence de guerre, d'invasions, d'actes d'ennemis étrangers, d'hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), de guerre civile, de rébellion, de révolution, d'insurrection ou de pouvoir militaire ou usurpé, de mutinerie, d'émeute, de grève, de loi martiale ou d'état de siège ou de tentative de renversement de gouvernement ou de tout acte de terrorisme, à moins que l'**assuré** subisse des blessures corporelles en tant que spectateur innocent.

34 Traitement découlant ou requis directement ou indirectement suite à une contamination chimique ou radioactive par tout matériau nucléaire quelconque ou par la combustion de combustible nucléaire, d'asbestose ou de toute affection connexe.

35 Les frais découlant directement ou indirectement de la libération d'une ou de plusieurs arme(s) de destruction massive, impliquant une ou plusieurs séquence(s) d'explosion ou non.

36 Les dépenses occasionnées en raison de complications causées directement par une maladie, une blessure ou un **traitement** dont la couverture est exclue ou limitée selon **votre police**.

37 **Traitement** nécessaire par défaut d'avoir cherché ou suivi un **avis** médical.

38 Les frais et dépenses encourues en cas de déplacement d'un **assuré** contre **avis** médical.

39 Les frais de voyage à destination et en provenance d'installations médicales (y compris les frais de stationnement et de taxi) pour un **traitement** admissible, autre que tout frais de déplacement couvert sous prestation de transport, d'**évacuation** ou de **rapatriement**.

Applicable à Prima Platinum, Prima Premier et Prima Classic

40 Tous les frais encourus en dehors de **votre zone de couverture** autre que les frais de traitement d'urgence admissible couverts par les prestations de patient hospitalisé & **de patient de jour. Nous** ne couvrirons aucun des coûts associés au **traitement** curatif ou au suivi de **traitement** d'urgence en dehors de **votre zone de couverture** ou les frais de déplacement pour revenir dans **votre zone de couverture**.

Applicable to Prima Concept

40 Tous les frais encourus en dehors de **votre zone de couverture. Nous** ne couvrirons aucun frais associé au **traitement** curatif ou au suivi de **traitement** d'urgence en dehors de **votre zone de couverture** ou au frais de déplacement pour revenir dans **votre zone de couverture**.

41 Les frais de **traitement** encourus en dehors de la **période de couverture** ou après la résiliation de la **police** pour une raison quelconque, y compris le non-renouvellement et le non-paiement de la prime.

42 Pertes non encourues dans la **période de couverture** et réclamations présentées plus de 6 mois après la fin de la **période de couverture** (à moins que cela ne soit pas raisonnablement possible).

43 Frais de **médecin** pour le remplissage d'un formulaire de réclamation ou d'autre frais administratifs.

44 Procédures de diagnostic ou de **traitement** des lésions découlant d'un engagement dans les sports **professionnels**.

45 **Traitement** non spécifié en vertu de 'la couverture' ou quand des 'prestations optionnelles' n'ont pas été sélectionnés.

Applicable à Prima Concept

46 **Traitement** d'un nouveau-né lors de la naissance / accouchement avant 37 semaines de gestation.

Conditions générales

Ces conditions s'appliquent à toutes les sections de cette assurance.

1 Durée de la police

La **police** est un contrat annuel et est en vigueur pendant douze mois à partir de la **date de commencement**. Cette police peut être renouvelée **chaque année** à la **date de renouvellement**, sous réserve des modalités de la **police**, des conditions et des taux de prime en vigueur et comme stipulé dans votre invitation de renouvellement.

2 Paiement de la prime

Les primes sont payables mensuellement, trimestriellement ou annuellement et doivent être payées au plus tard à la **date de commencement** ou à la **date de renouvellement**. Toutefois, puisque votre police est un contrat annuel, **vous** êtes responsable de la prime de l'année entière même si nous avons convenu que **vous** pourriez payer via une prime mensuelle ou trimestrielle. Le défaut de paiement peut entraîner la suspension de la couverture ou la résiliation de la police sans préavis. La réintégration suivant la réception de fonds peut justifier l'application de l'exclusion générale 1 à compter de la date de réintégration. Aucun **assuré** n'a droit à un renouvellement automatique de sa couverture avec nous. Veuillez vous reporter aux conditions & modalités de paiement.

3 Taxes

Nous nous réservons le droit de refléter toute modification de la taxe sur les primes d'assurance ou autres prélèvements gouvernementaux qui pourraient **nous** être imposés.

4 Intermédiaire

Nous pouvons traiter avec les courtiers ou les intermédiaires du **titulaire de l'assurance** directement en négociant, en conseillant et en assistant avec les prestations des assurés en vertu de cette **police**.

5 Modifications

À chaque **date de renouvellement**, **nous** nous réservons le droit de modifier ou de rompre les prestations, les modalités, les conditions et les primes de cette **police** et **nous** votre informerons de ces modifications au moins 21 jours avant la **date de renouvellement** à **votre** dernière adresse connue. Si **vous** ne recevez pas cet avis pour une raison quelconque, cela n'invalidera pas la modification.

6 Changement de risque

Le **titulaire de l'assurance** doit **nous** informer dès que raisonnablement possible de tout changement concernant tout **assuré** couvert en vertu de cette **police**. Un tel changement peut affecter les informations fournies en relation avec la candidature originale. Cela peut inclure toute information comme documenté sur le formulaire de candidature qui pourrait avoir changé avant la **date de commencement** de la **police**.

Toutes les **personnes à charge** doivent être ajoutées en même temps que le titulaire de l'assurance ou lors du renouvellement. Une **personne à charge** peut se joindre au **titulaire de l'assurance** ultérieurement avec une autre date de commencement si l'un des **événements de vie** s'est produit.

7 Annulation & fraude

Annulation par vous - Il s'agit d'une **police** annuelle. Quelles que soient les conditions de paiement sélectionnées par le **titulaire de l'assurance** et acceptées par nous, la prime annuelle convenue est due et le **titulaire de l'assurance** accepte de payer.

L'annulation par le **titulaire de l'assurance** n'est disponible que pendant une période de réflexion de 14 jours qui commence le jour de clôture du contrat ou le jour de réception des conditions générales de la **police** dans leur intégralité, la date la plus tardive étant retenue. La période de réflexion de 14 jours s'applique également à partir de chaque **date de renouvellement**. Si la **police** est annulée pendant la période de réflexion de 14 jours, nous rembourserons toute prime payée pour la **police**, moins les frais bancaires, les frais de change encourus dans les transactions et sous réserve qu'aucune réclamation n'ait été versée relativement à la **période de couverture** avant l'annulation (pas plus de 14 jours). **Nous** nous réservons également le droit d'appliquer des frais d'administration allant jusqu'à 50 £ (ou équivalent Euro / dollars US en fonction de la devise de la **police**) pour couvrir les frais de délivrance du document.

Si le **titulaire de l'assurance** n'annule pas la **police** pendant la période de réflexion de 14 jours, celle-ci se poursuivra pour la durée annuelle complète, à moins que **nous** n'exercions notre droit d'annuler la **police** en vertu de la clause ci-dessous.

Annulation par **nous** - Nous n'annulerons pas cette **police** en raison de réclamations admissibles
effectuées par un **assuré**.

Nous pouvons annuler cette **police** à tout moment si un **assuré** :

a. **Nous** a trompés avec une déclaration inexacte ; ou
b. A présenté une réclamation étant, en tout état de cause, fausse, frauduleuse, intentionnellement exagérée et / ou, si des moyens / dispositifs frauduleux ont été utilisés par **vous** ou par les **personnes à votre** charge ou toute personne agissant en votre nom ou en leur nom pour obtenir des prestations en vertu de cette **police**. **Nous** ne paierons aucune prestation pour cette réclamation. Le montant de toute indemnisation effectuée avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission, deviendra remboursable immédiatement en **notre faveur**.

Dans ces circonstances, le contrat sera considéré comme nul ab initio. Aucune prime ne sera remboursée.

c. A déménagé sur un territoire où **nous** ne sommes pas en mesure d'apporter une couverture en vertu de cette **police**. Dans ces conditions, un remboursement proportionnel de la prime sera autorisé, moins les frais de change.
d. A été accepté dans un plan d'assurance publique ou étatique reconnu dans son pays de résidence, ce qui signifie que cette **police** n'est plus nécessaire. Dans ces circonstances, un remboursement de la prime sera autorisé, calculé sur la **base de taux courts**. Le remboursement sera effectué après déduction des frais de change applicables.
e. A manqué de payer une prime à la date d'échéance. Dans ces circonstances, **nous** nous réservons le droit de poursuivre le **titulaire de l'assurance** pour recouvrement de toute prime et frais en souffrance.

Aucune prime ne sera remboursée en aucune circonstance lorsque des réclamations ont été effectuées en vertu de la **police** dans la période d'assurance actuelle.

8 Loi applicable

Vous et nous sommes libres de choisir la loi qui s'applique à cette **police**. En l'absence de tout accord contraire, le droit de l'Angleterre et du Pays de Galles s'appliquera.

9 Langue de la police

Cette **police** est rédigée en anglais et toutes les informations et communications relatives à cette **police** seront rédigées également en anglais à moins que **nous** en ayons convenu autrement par écrit.

10 Other Insurance

S'il existe une autre **police** d'assurance offrant une prestation quelconque similaire à n'importe quelle prestation de cette **police**, **vous** devez communiquer la même chose ou veiller à ce que l'**assuré** correspondant nous communique la même chose. Nous ne serons pas redevables d'un paiement ou d'une contribution supérieure à nos proportions imposables.

Conditions générales - suite

11 Droits des tiers
Seul le **titulaire de l'assurance** et **nous** avons des droits légaux en vertu de cette **police** et il n'est pas prévu qu'une clause ou un terme quelconque de cette **police** soit applicable, en vertu de la loi de 1999 sur le contrat (droits des tiers), par toute autre personne, y compris toute **personne à charge**.

12 Sanctions internationales
Nous ne ferons pas affaire avec toute personne ou organisation apparaissant sur une liste de sanctions économiques ou assujettie à des restrictions similaires selon toute autre loi ou règlement. Cela comprend les listes de sanctions, les lois et les règlements de l'Union Européenne, du Royaume-Uni, des États-Unis d'Amérique ou en vertu d'une résolution des Nations Unies. Si **vous** ou une **personne à charge** êtes directement ou indirectement soumis à des sanctions économiques, y compris des sanctions contre **votre pays de résidence, nous** nous réservons le droit de résilier immédiatement la couverture et / ou suspendre le paiement des réclamations sur **votre police**, même si **vous** avez la permission d'une autorité compétente pour poursuivre la couverture ou les paiements de la prime en vertu d'une police. Dans ce cas, nous pouvons annuler **votre police** ou vous retirer vous ainsi que toute **personne à votre charge** immédiatement sans préavis, mais en **vous** en faisant part. Si vous savez que le titulaire de l'assurance, **vous** ou une **personne à charge** sont sur une liste de sanctions ou soumis à des restrictions similaires, **vous** devez **nous** le faire savoir dans les 7 jours suivant la découverte.

13 Changer votre niveau de couverture
Si **vous** effectuez un **traitement de patient en ambulatoire** à une **date de renouvellement** suivant votre **date d'entrée**, toute **affection médicale** existante ou affection connexe sera limitée à un **traitement de patient hospitalisé** uniquement.

14 Ajout d'un nouveau-né
Les enfants seront acceptés dès la naissance sans nécessiter de souscription médicale, à condition que nous recevions une notification de leur arrivée dans les 30 jours suivant la naissance. Veuillez **vous** assurer de **nous** envoyer votre demande par écrit à : privateclient@alchealth.com. Les notifications reçues après cette période résulteront en l'acceptation des enfants pour couverture à partir de la date de cette notification.

15 Contacter les personnes à charge
Si **nous** devons prendre contact avec une **personne à charge** sur votre **police** (p. ex. quand des informations supplémentaires sont nécessaires pour traiter une réclamation), le **titulaire de l'assurance**, agir pour et au nom de la personne à charge, sera contacté par nous et prié de fournir les informations pertinentes. De même, toutes les informations concernant toute personne couverte par la **police** d'assurance, à des fins de réclamations administratives, seront envoyées directement au **titulaire de l'assurance**.

16 Ajustements de change
Ajustements de change sur les paiements de sinistres - **nous** paierons les frais de **traitement** dans la devise encourue. **Nous** utiliserons les taux de change à **notre** disposition à la date du **traitement** pour déterminer le niveau de prestation disponible. **Nous** calculerons le coût total du traitement, y compris les frais de change et déduirons la somme totale du montant des prestations disponibles et nous **vous** informerons du montant restant des prestations (le cas échéant) dans la devise de la **police**. Notez qu'en certaines circonstances, selon les mouvements de devises sur lesquels **nous** n'avons pas de contrôle, cela peut entraîner une insuffisance de la prestation disponible pour payer intégralement le **traitement** reçu.

17 Police convenable pour utilisation
Vous devriez vous assurer que cette police vous couvrira dans **votre pays de résidence**, étant donné que certains pays obligent les résidents à souscrire à une assurance maladie via un prestataire local ou à détenir une couverture répondant à certaines exigences. La couverture offerte par **nous** pourrait ne pas répondre aux exigences spécifiques de ces pays et, par conséquent, une couverture supplémentaire pourrait s'avérer nécessaire.

Procédure d'assistance & de réclamations

DOCUMENTS DE LA POLICE
Dans **votre** contrat de police, vous aurez **votre certificat d'assurance** indiquant le régime choisi, les assurées en vertu de votre police, les prestations choisies et **votre franchise**. Aussi, toutes mentions spéciales applicables à votre couverture seront notées.

CARTES DE MEMBRE
Nous fournissons également des cartes de membre personnalisées à chaque **assuré**, qui présentent **nos** principaux numéros de téléphone et adresses. Cela signifie que vous et votre famille êtes seulement à un appel téléphonique de notre aide. **Nous vous** suggérons de garder **votre** carte avec **vous** en tout temps.

COORDONNÉES DU SERVICE DES RÉCLAMATIONS
Toutes les demandes de règlement, préautorisations et chargements de document peuvent être soumis :

En ligne : www.alchealth.com/claims.htm
Tél : +44 (0) 20 3764 0760
Fax : +44 (0) 20 3764 0761
Courriel : ALCclaims@healix.com
Message : Équipe des réclamations de santé ALC
Healix House Esher Green
Esher Surrey KT10 8AB
Royaume-Uni

COMMENT FAIRE UNE RÉCLAMATION
Veuillez noter que sur **votre** carte de membre, **vous** trouverez **votre police** et votre numéro de client. Vous trouverez tous les détails sur la façon de faire une réclamation sur **notre** site web www.alchealth.com/claims.htm

TRAITEMENT DE PATIENT EN AMBULATOIRE - Remboursement
Veuillez noter que tout **traitement de patient en ambulatoire** relatif à une **maladie psychiatrique** nécessite une **préautorisation** (voir ci-dessous) et **nous** nous réservons le droit de refuser la réclamation en intégralité si le **traitement** n'est pas **préautorisé**.

Pour tout autre **traitement de patient en ambulatoire**, **vous** pouvez consulter **votre médecin** ou votre **spécialiste** pour des consultations ou un **traitement** et soumettre **votre** demande de **remboursement**. Vous devrez remplir un formulaire de réclamation que **vous** pouvez envoyer simultanément avec vos factures, reçus et toute information médicale supplémentaire **vous** ayant été fournie.

En ligne : www.alchealth.com/claims.htm
Tél : +44 (0) 20 3764 0760
Fax : +44 (0) 20 3764 0761
Courriel : ALCclaims@healix.com
Message : Équipe des réclamations de santé ALC
Healix House Esher Green
Esher Surrey KT10 8AB
Royaume-Uni

Veuillez noter que si **vous** suivez ce processus, il pourrait y avoir des occasions où **nous** avons besoin d'informations médicales plus détaillées pour établir que **votre police** avec ALC Health **vous** offre une couverture pour le **traitement** reçu.

À ces occasions, **nous** vous ferons parvenir un certificat médical à remplir par **votre médecin** traitant ou **nous** pourrions, avec **votre** permission écrite, contacter **votre médecin** de famille habituel, votre **médecin** traitant ou votre **spécialiste** directement.

Vous pouvez également télécharger un certificat médical sur **notre** site web www.alchealth.com/claims.htm à emporter avec **vous à votre** rendez-vous.

Vous devrez remplir une partie du formulaire puis le transmettre à **votre médecin** ou votre **spécialiste** pour qu'ils complètent leur section avant de **nous** le remettre par fax, courrier, courriel ou en ligne.

TRAITEMENT DE PATIENT EN AMBULATOIRE - Préautorisation
Si **vous** souhaitez confirmer à l'avance que **votre traitement de patient en ambulatoire** est couvert, vous pouvez **préautoriser votre** réclamation avant de consulter **votre médecin** ou votre **spécialiste** en **nous** appelant au +44 (0) 20 3764 0760

Nous confirmerons le montant auquel **vous** pouvez prétendre et ce que **vous** devriez faire ensuite. **Vous** recevrez un numéro de référence de réclamation et si **votre** réclamation est admissible et préautorisée par **nous**, **vous** recevrez également une copie de la **garantie de paiement** que **nous** envoyons au **médecin**, au **spécialiste** ou à **l'hôpital**.

Vous pouvez envoyer toute facture, reçu et information médicale supplémentaire **vous** ayant été remise, en indiquant **votre** numéro de référence de réclamation.

Veuillez suivre les directives ci-dessous pour nous aider à traiter vos réclamations correctement et efficacement.

En ligne : www.alchealth.com/claims.htm
Tél : +44 (0) 20 3764 0760
Fax : +44 (0) 20 3764 0761
Courriel : ALCclaims@healix.com
Message : Équipe des réclamations de santé ALC
Healix House Esher Green
Esher Surrey KT10 8AB
Royaume-Uni

TRAITEMENT PLANIFIÉ POUR PATIENT HOSPITALISÉ & PATIENT DE JOUR
Tous les traitements de patients hospitalisés et patients de jour doivent être préautorisés.

Sans cela, nous nous réservons le droit de décliner votre réclamation.

Si **votre traitement** est par la suite prouvé comme étant couvert selon les termes et conditions de **votre police**, **nous** ne paierons que 50% des prestations admissibles.

Veuillez **vous** assurer de demander une **préautorisation** au moins CINQ JOURS OUVRABLES avant l'admission ou le rendez-vous pour le **traitement**.

Vous pouvez **préautoriser votre** réclamation avant de consulter votre médecin ou votre **spécialiste** ou votre **hôpital** en **nous** appelant au +44 (0) 20 3764 0760

Alternativement, **vous** pouvez consulter **notre** site web www.alchealth.com/claims.htm et demander une **préautorisation** en remplissant le formulaire de soumission en ligne.

Une fois que **nous** avons confirmé l'admissibilité de **votre** réclamation en vertu de **votre police**, **nous** délivrerons une **garantie de paiement** au **médecin** ou à **l'hôpital** et nous **vous** enverrons une copie.

Votre **médecin** ou **votre hôpital** nous enverra vos factures pour le paiement. **Nous** effectuerons un paiement direct pour eux et nous vous enverrons une déclaration confirmant sa bonne réalisation.

Dans certains cas, **vous** devrez peut-être payer directement pour le **traitement** admissible. Dans ce cas, veuillez nous envoyer **vos** comptes directement par courrier, fax, courriel ou en ligne et nous **vous** enverrons le paiement (et la déclaration) à la place. Assurez-**vous** d'inclure votre numéro de référence de réclamation sur toute correspondance et que **vos** coordonnées bancaires enregistrées soient à jour.

ADMISSIONS D'URGENCE
En cas de situation d'urgence nécessitant une admission immédiate à l'**hôpital**, **notre** équipe de **spécialistes** est là pour **vous** soutenir. **Vous** pouvez les contacter au +44 (0) 20 3764 0760 ou vous pouvez demander à quelqu'un de les appeler en **votre** nom.

Si possible, assurez-vous de leur donner **votre** carte de membre lors de **votre hospitalisation** car cela **nous** aidera à traiter directement avec eux.

En cas d'admission d'urgence, **vous** pourriez malheureusement ne pas être en mesure de **nous** avertir. Assurez-**vous** donc de porter **votre** carte de membre en tout temps. Les **hôpitaux** pourraient en avoir besoin et vont, le cas échéant, fouiller dans **vos** effets personnels pour la trouver.

C'est aussi une bonne idée de s'assurer qu'un proche, un ami ou un collègue soit au courant de votre régime d'assurance médicale.

Plaintes

ALC Health est le fournisseur de produits, AXA PPP International est l'assureur (c.-à.-d. la compagnie d'assurance) et Healix International (un style de commerce de Healix Health Services Ltd.) gère les réclamations en vertu de cette **police**.

Nous visons tous à **vous** fournir un service de haut niveau en tout temps tout en sachant que **vous** pourriez parfois en être insatisfait. Si **nous** ne sommes pas en mesure de résoudre les problèmes à **votre** satisfaction et que **vous** souhaitez déposer une plainte, veuillez **nous** contacter : -

Le directeur général, ALC Health, Chanctonfold Barn, Horsham Road, Steyning, West Sussex, BN44 3AA, Royaume-Uni, ou par courriel à managingdirector@alchealth.com ou par téléphone au +44 (0) 1903 817970

Pour **nous** aider à résoudre **votre** plainte, veuillez fournir les informations suivantes :

- **Votre** nom et vos informations d'adhésion
- Un numéro de téléphone de contact
- Une description de votre plainte
- Toute information pertinente relative à votre plainte que nous pourrions ne pas avoir encore remarquée.

La chose la plus importante pour **nous** est d'aider à résoudre **vos** préoccupations dès que possible. **Nous** ferons tout notre possible pour résoudre **votre** plainte à la fin du jour ouvrable suivant. En cas de retard, **nous vous** contacterons dans les cinq jours ouvrables pour confirmer **votre** plainte et expliquer les étapes suivantes.

Nous publierons **notre** réponse finale dans les huit (8) semaines suivant votre prise de contact. Cependant, **nous** répondrons plus tôt si possible.

S'il semble que l'examen de **votre** plainte prendra plus longtemps, **nous vous** ferons connaître les raisons du retard et nous **vous** tiendrons informé.

Le service du médiateur financier
ALC Health et AXA PPP International sont des sociétés réglementées (voir ci-dessous) et si elles ne peuvent pas répondre entièrement à **votre** plainte dans les huit semaines, ou si **vous** êtes insatisfait de leur réponse finale, **vous** pouvez renvoyer votre plainte au service du médiateur financier pour un examen indépendant. Le service du médiateur financier tiendra compte de **votre** plainte seulement après avoir émis une réponse définitive, ou si huit semaines se sont écoulées depuis la première notification de **votre** plainte.

Le service du médiateur financier, Exchange Tower, Londres E14 9SR, Royaume-Uni. Plainte par téléphone +44 (0) 20 7964 0500 ou par courriel. Info@financial-ombudsman.org.uk

Site web : www.financial-ombudsman.org.uk

Protection réglementaire

ALC Health est accrédité et réglementé par l'Autorité de Déontologie Financière (Financial Conduct Authority - FCA). AXA PPP International est accrédité par l'Autorité de Régulation Prudentielle (PRA) et réglementée par la FCA.

La FCA a été créée par le gouvernement pour fournir un seul régulateur statutaire pour les services financiers. La FCA s'engage à assurer le degré de protection acceptable pour les clients et à promouvoir la compréhension publique du système financier. La FCA a établi des règles régulant la vente et l'administration de l'assurance générale que **nous** devons suivre quand **nous** traitons avec **vous**.

Le numéro de registre de ALC Health est 311496

Le numéro de registre de AXA PPP International est 202947

Ces informations sont vérifiables en visitant le registre FCA accessible sur leur site web www.fca.org.uk ou en contactant la FCA au +44 (0) 20 7066 8348.

Nous fournissons des conseils et des informations uniquement sur **nos** propres produits.

Zone de couverture

ZONE 1
EUROPE
(l'Europe étant constituée des pays suivant : Albanie, Allemagne, Andorre, Archipel Anglo-Normand, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Îles Canaries, Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie, Gibraltar, Grèce, Groenland, Hongrie, Italie, Irlande, Islande, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Madère, Malte, Moldavie, Monaco, Norvège, Ouzbékistan, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République fédérale de Yougoslavie, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine).

Comment sont protégées mes données personnelles ?

Assurez-vous de montrer les informations suivantes aux autres personnes couvertes par **votre police**, ou sensibilisez-les à son contenu.

Nous traiterons tous les renseignements personnels fournis dans le plus grand secret comme requis par la loi sur la protection des données de 1998. Les renseignements personnels confidentiels peuvent être transmis en toute confiance pour traitement par d'autres sociétés et intermédiaires, y compris celles situées en dehors de l'espace économique européen.

Le même devoir de confidentialité est exigé de tout tiers pouvant se voir confier la sous-traitance de l'administration de **votre police**, y compris les tiers basés en dehors de l'espace économique européen.

Les renseignements concernant **votre personne** et toute **personne à charge** couverte par **votre police**, fournis par **vous**, ces **personnes à charge**, les prestataires médicaux ou **votre** employeur (le cas échéant) seront gardés et utilisés pour fournir les services énoncés selon les termes de cette **police**, administrer **votre police** et développer des relations et des services clients. Dans certaines circonstances, les prestataires médicaux (ou d'autres) peuvent être invités à fournir des informations supplémentaires.

Lorsque **vous** fournissez des informations sur les **personnes à charge**, **nous** considérerons cela comme une confirmation de leur consentement. Comme le **titulaire de l'assurance** agit pour le compte de toute **personne à charge** couverte par cette **police**, toute correspondance à propos de cette **police**, y compris toute correspondance de réclamation, sera envoyée au **titulaire de la police** sauf avis contraire de votre part.

Nous pouvons partager les détails de la valeur et des types de réclamations entre **nous**, tout en respectant le droit de chaque personne au secret médical et à la vie privée. Ceci dans le but de **nous** permettre d'évaluer la valeur et l'efficacité de la couverture et de **nos** services. Lorsque **vous** nous autorisez à le faire, **nous** pouvons également partager les données médicales de vos réclamations entre **nous** et les tiers applicables comme permis par la loi.

Il existe une obligation légale, dans certaines circonstances, de divulguer des informations aux agences d'application de la loi concernant les soupçons de réclamations frauduleuses et autres délits. Les informations seront communiquées à des tiers dont d'autres assureurs à des fins de prévention ou d'investigation de délits incluant des soupçons de fraudes ou autres réclamations abusives. Cela peut impliquer l'ajout d'informations non médicales à une base de données accessible par d'autres assureurs et organismes d'application de la loi. En outre, le conseil médical général ou un autre organisme de réglementation pertinent sera informé de tout problème où il y a des raisons de croire que l'aptitude à pratiquer d'un **professionnel de la médecine** pourrait être altérée. Si vous avez accepté que ALC Health utilise les informations fournies pour **vous** contacter par courrier, téléphone ou courriel avec les détails d'autres produits et services.

Avec **votre** accord, certaines de **vos** informations peuvent également être partagées avec d'autres
sociétés ALC Health Group et d'autres entreprises soigneusement sélectionnées basées dans l'espace économique européen pour leur permettre de **vous** contacter à propos de leurs produits et services.

Si **vous** changez d'avis, veuillez contacter l'équipe ALC Health ou écrivez-**nous** à l'adresse figurant au verso de cette police ou **nous** supposerons que, pour le moment, **vous** acceptez d'être contacté de cette façon.

Ce document a été traduit de l'anglais au français. En cas de conflit, la version anglaise fera autorité. Même si un effort considérable a été fourni pour l'exactitude de cette traduction, ALC Health ne pourra pas être tenu responsable de toute erreur, omission ou inexactitude dans la traduction.

www.alchealth.com

SIÈGE SOCIAL
Chanctonfold Barn Chanctonfold Horsham Road
Steyning West Sussex BN44 3AA Royaume-Uni
Tél : +44 (0) 1903 817970
Fax : +44 (0) 1903 879719
www.alchealth.com www.alctravel.eu
www.prima-iberica.eu

BUREAU ESPAGNOL
Centro Plaza Oficina 70
Nueva Andalucia
29660 Marbella Málaga Spain
Tél : +34 952 93 16 09
Fax : +34 952 90 67 30
CIF W8264779C

GIBRALTAR OFFICE
30 Ocean Village Promenade
Gibraltar GX11 1AA
Tél : +350 200 77731
Fax : +350 200 77741
Société n° 111964

ASSURANCE SANTÉ UNIVERSELLE

AXA PPP International est un nom commercial de AXA PPP healthcare limited. Siège social : 5 Old Broad Street, Londres EC2N 1AD. Enregistré en Angleterre et au Pays de Galles. Numéro enregistré en Angleterre 3148119.
AXA PPP International est autorisé par l'Autorité de Régulation Prudentielle et réglementée par l'Autorité de Déontologie Financière (FCA) et l'Autorité de Régulation Prudentielle (PRA).

Healix International est un style commercial de Healix Health Services Ltd. Enregistré en Angleterre au n° 3945478. Siège social : 30 Upper High Street, Thame, Oxon, OX9 3EZ.

ALC Health est un style de commerce de soins de santé à la carte ltd. Enregistré en Angleterre n° 4163178. Siège social : Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA.
À la carte healthcare limited est autorisée et réglementée par l'Autorité de Déontologie Financière (Financial Conduct Authority – FCA).

ALC5954FNCH 22/03/17