



VOTRE GUIDE ASSURÉ

Vous êtes assuré avec **PolyTech Care**

Couverture santé et assistance internationale

Entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2025



Antaé
une société du groupe  april

Antaé est une société du groupe APRIL, implantée en Suisse et spécialisée entre autres dans la distribution de solutions de mobilité internationale telles que l'assurance santé privée, la sécurité des voyages, l'assistance et le rapatriement, la **protection des étudiants internationaux** venant en Suisse.

APRIL International, filiale du groupe APRIL, est un fournisseur leader de solutions d'assurance santé internationale pour les particuliers, les familles et les entreprises, partout dans le monde.

Avec plus de 30 ans d'expérience, l'entreprise met à disposition de ses plus de 150 000 assurés des solutions sur-mesure et un accompagnement personnalisé.

Reconnue pour son excellence, APRIL International dispose de bureaux dans 14 pays et met à profit son expertise locale pour faciliter l'accès aux soins de santé pour ses assurés dans le monde entier.



Sommaire

- P.4** Vos contacts
- P.6** Comment utiliser votre contrat
- P.8** Des services digitaux pour une assurance plus facile
- P.18** Explication de votre couverture
- P.20** Votre formule Hospitalisation expliquée
- P.24** Votre formule Médecine courante expliquée
- P.25** Votre formule dentaire expliquée
- P.26** Conditions générales
- P.32** Définitions
- P.41** Exclusions
- P.45** Conditions générales d'assistance



APRIL International s'est associé à Allianz Partners pour vous offrir une gamme complète de garanties d'assurance santé

Cette assurance santé est destinée aux étudiants internationaux, chercheurs, stagiaires et jeunes au pair inscrits dans un établissement de formation et résidant en Suisse. Elle ne s'applique pas aux étudiants de nationalité suisse soumis à l'assurance maladie obligatoire locale.

Chez APRIL International, nous nous engageons à vous garantir un accès aux soins de santé, partout dans le monde. Spécialistes de l'assurance santé internationale, nous vous offrons un service sur mesure.

Nous vous recommandons de lire attentivement l'ensemble des documents relatifs à votre couverture afin de vous assurer qu'elle répond pleinement à vos besoins.

Ce guide détaille les modalités d'accès aux soins, ainsi que les garanties incluses dans votre contrat. Il doit être lu en complément de votre certificat d'assurance et de votre tableau des garanties, pour une compréhension complète de votre niveau de couverture.

Le porteur de risques pour votre assurance santé est Allianz Partners

Santé : AWP Health & Life SA est une société anonyme au capital de 95 551 314 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le numéro 401 154 679. Régie par le Code des assurances et dont le siège social est situé à Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, France. AWP Health & Life SA est réglementée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Assistance : Le souscripteur de votre assurance est AWP P&C S.A, Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse), la succursale suisse d'AWP P&C S.A, Saint-Ouen, France, une société anonyme régie par le Code des assurances. No. 519 490 080 RCS Paris. Succursale suisse enregistrée à Zürich. No.: CHE-115.393.016, adresse : Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen (Allianz Assistance).

**Vous avez des questions ?
Besoin d'un conseil ?
Nous sommes là pour vous :**

Horaires d'ouverture de 8h30 à 18h



APRIL International

Votre équipe dédiée est joignable au
+33 1 59 13 39 98

Numéro vert depuis la Suisse :
0800 564 524

swissmember@april.com



En cas d'urgence

Vous pouvez nous contacter
24/7 :

- > Europe, Moyen Orient, Afrique :
+33 1 59 13 39 98
- > Amérique du Nord (États-Unis et Canada) :
+1 866 299 2900
- > Pour le reste du continent américain :
+1 305 381 6977
- > Asie et Pacifique :
+66 2022 9180



Pour accéder facilement à vos contacts, ajoutez votre Carte assuré dans votre Wallet

1. Téléchargez l'appli Wallet sur Apple ou sur Android,
2. Ajoutez votre Carte assuré Wallet en cliquant sur votre lien personnalisé fourni dans votre Pack de bienvenue. Ou directement depuis votre appli Easy Claim.

Comment utiliser votre couverture ?



1. Comment utiliser votre contrat ?

1 Welcome Pack

Vous recevez votre Pack de bienvenue par e-mail.

Il contient :

- > vos accès à l'appli Easy Claim et à votre Espace Assuré,
- > vos documents contractuels,
- > votre Guide Assuré,
- > votre Attestation d'assurance, disponible aussi depuis Easy Claim,
- > votre Carte assuré au format Wallet.

À noter : nous vous invitons à créer votre compte APRIL International sans tarder. Vous pourrez ainsi accéder à tous vos services en ligne depuis votre appli Easy Claim ou votre Espace Assuré.

2 Date d'effet du contrat

Votre contrat est actif à la date que vous avez choisie.

Dès cette date, vous pouvez :

- > utiliser vos garanties,
- > accéder à toutes les fonctionnalités de votre appli Easy Claim et votre Espace Assuré,
- > ajouter votre RIB pour vos futurs remboursements.

3 1^{ère} demande de remboursement

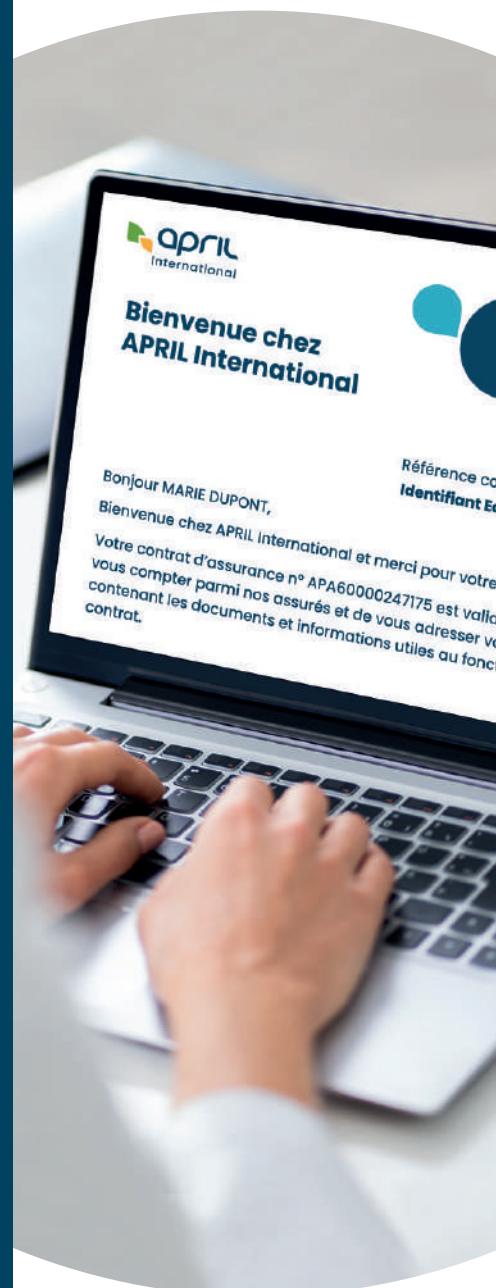
Déposez votre demande de remboursement directement depuis Easy Claim ou votre Espace Assuré. En quelques clics, vous pourrez renseigner la nature de vos soins, votre praticien et ajouter la facture. Une fois votre demande acceptée, vous recevrez votre remboursement par virement.

Pour toute question, nous vous recommandons :

- > de consulter notre **FAQ**,
- > de contacter l'un de nos conseillers en ligne ou par téléphone au : **0800 564 524**

4 Préparer une hospitalisation

Nous vous invitons à nous contacter pour préparer votre hospitalisation, soit via Easy Claim soit par téléphone au **0800 564 524**. Nous pourrions ainsi vous orienter vers l'hôpital le plus approprié et vous accompagner pour obtenir une avance de frais.





Important

Les démarches importantes pour le bon traitement de vos demandes :



Nous vous demandons de garder les factures originales (et autres justificatifs) pendant une période de 5 ans à compter de la date à laquelle vous avez effectué la demande de remboursement. Elles pourraient vous être réclamées pour le traitement de votre demande.



Pour recevoir vos remboursements, veuillez vérifier que vous nous avez bien transmis vos coordonnées bancaires depuis votre appli Easy Claim ou votre Espace Assuré.

Les traitements en hôpital privé ne sont pas couverts à moins que le traitement nécessaire ne puisse être administré dans un hôpital public et à moins qu'APRIL ne l'ait autorisé.



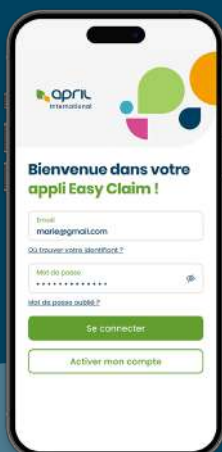
Pour bénéficier de la garantie maternité, veuillez noter qu'une demande d'accord préalable est requise en cas d'hospitalisation uniquement. La demande d'accord préalable est également nécessaire pour les soins de longue durée et les soins palliatifs.

Veuillez vous référer à la section « Autres garanties de la formule Hospitalisation » à la page 22 de ce guide pour consulter la liste complète des garanties nécessitant un accord préalable de notre part.

Avant d'engager ces dépenses, veuillez envoyer votre demande d'accord préalable directement depuis votre appli Easy Claim :

- > sur la page d'accueil de l'appli, cliquez sur « Demandes » puis sur « Accord préalable »,
- > complétez votre demande et n'oubliez pas de transmettre votre devis et votre ordonnance de soins.

Des services digitaux pour une assurance en plus facile



1

Easy Claim, tous vos services dans l'appli n°1 du marché

Pour vous faciliter la vie à l'étranger, téléchargez Easy Claim et gérez votre contrat d'assurance santé internationale en quelques clics.



2

Espace Assuré en ligne

En quelques clics, depuis votre ordinateur, tablette ou smartphone, accédez à votre Espace Assuré.



3

Easy Pay Card

La nouvelle carte de paiement digitale des frais de santé onéreux.



L'appli Easy Claim

Tous vos services dans une seule appli



Envoyez vos factures de soins et suivez vos remboursements



Parlez à un médecin via la téléconsultation



Trouvez un prestataire de santé



Préparez une hospitalisation



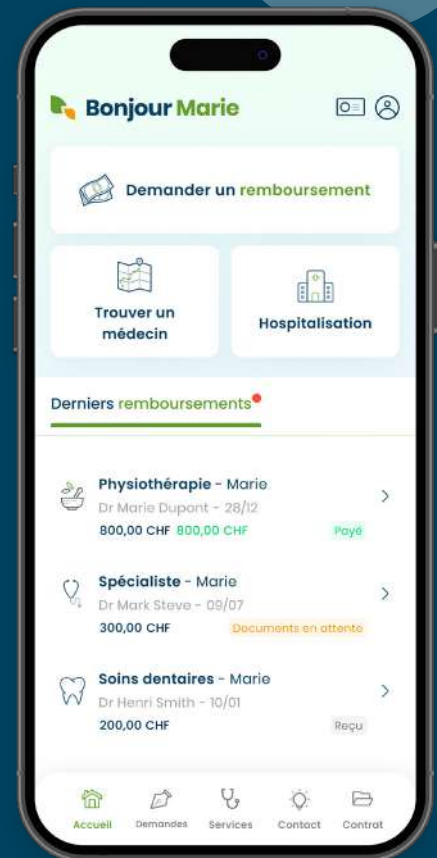
Retrouvez tous les documents utiles au fonctionnement de votre contrat



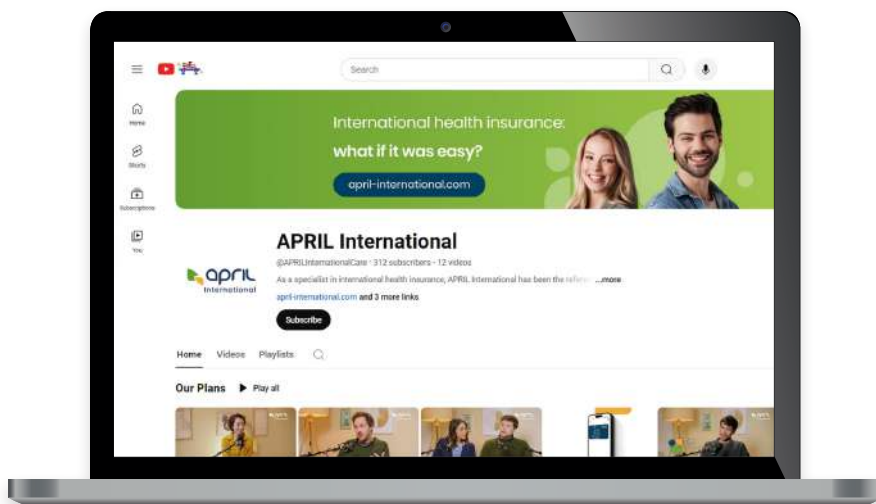
Consultez et modifiez vos informations personnelles



Communiquez avec vos conseillers dédiés



Retrouvez **ici** toutes nos vidéos pour bien prendre en main Easy Claim.



Téléchargez Easy Claim

Télécharger dans
l'App Store

DISPONIBLE SUR
Google Play

Votre Espace Assuré

Gérez vos démarches en ligne



Déposez vos demandes de remboursement depuis votre ordinateur



Parlez à un médecin via la téléconsultation



Téléchargez tous les documents utiles à l'utilisation de votre contrat



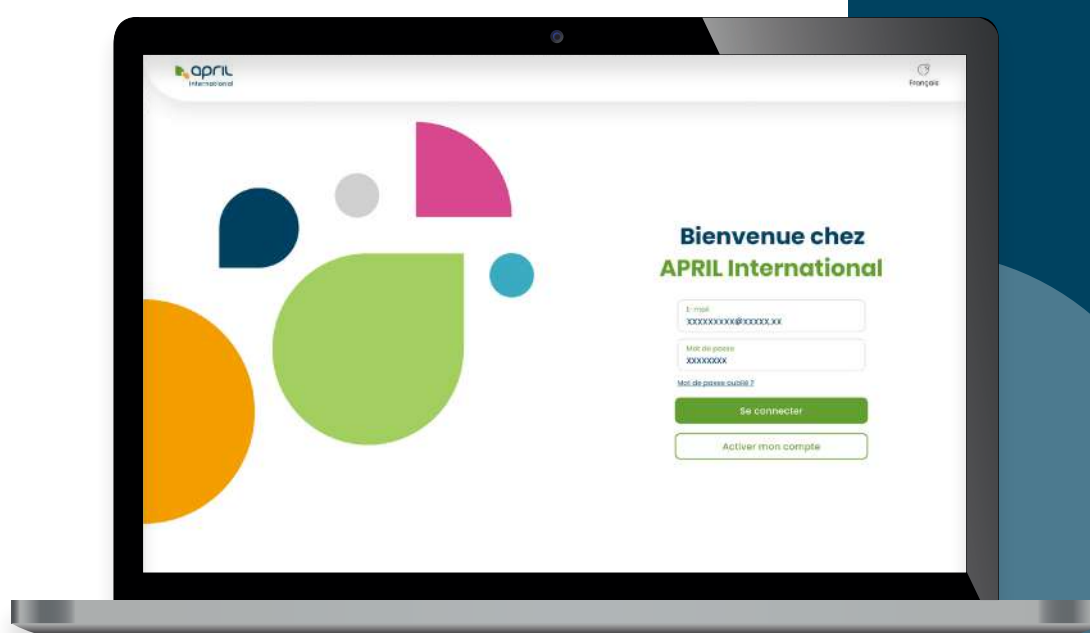
Modifiez vos coordonnées bancaires



Préparez une hospitalisation



Communiquez avec vos conseillers dédiés



Accéder à votre
Espace Assuré en ligne

Nouveau !

Easy Pay Card

Une carte de paiement digitale pour vos frais de santé onéreux

Pour que vous puissiez bénéficier d'une solution de tiers payant dans les zones hors réseaux de soin et vous éviter l'avance de frais lors de vos soins courants onéreux.

Cette carte est utilisable pour tous types d'actes médicaux couverts par votre contrat et sur présentation d'un devis :

- > Imagerie médicale : IRM, échographie, radiographie etc...
- > Prothèse : dentaire, médicale, auditive.
- > Hospitalisation : APRIL peut, dans certains cas, vous mettre à disposition une Easy Pay Card en lieu et place d'une prise en charge médicale.
- > Optique : monture, verres, lentilles.

Attention : cette carte pourra vous être délivrée par APRIL sur **présentation d'un devis justifiant de la nécessité des dépenses et leur caractère onéreux.**
Elle est utilisable pour des soins d'urgence ou programmés.



Envoyer un devis

Utilisation de la Easy Pay Card



Demande de création de la Easy Pay Card

En cas de soin coûteux, vous nous transmettez votre devis santé



Mise à disposition de la Easy Pay Card

Votre carte est créditée instantanément du montant correspondant aux soins prévus. Vous enregistrez votre carte dans votre Wallet



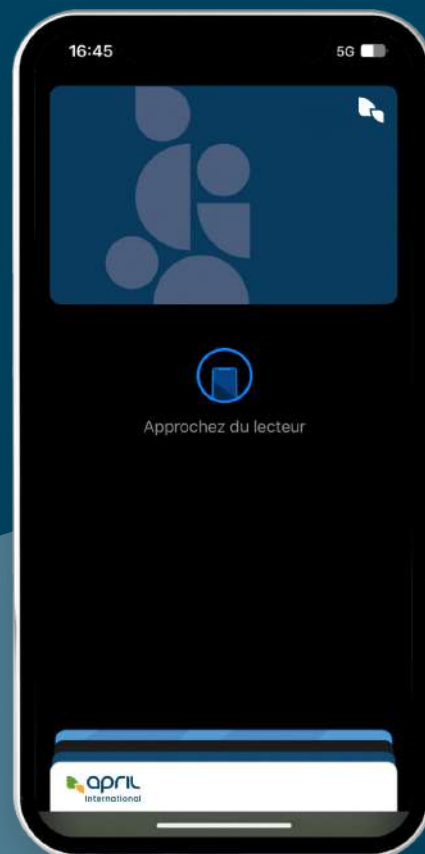
Consultation

Vous vous rendez chez votre médecin ou dans votre établissement de soins et réglez votre facture avec votre Easy Pay Card



Facture

Vous nous transmettez vos justificatifs de soins via votre appli



3. Comptez sur un accompagnement médical 24/7 où que vous soyez



2,2 millions de professionnels de santé référencés dans le monde

Retrouvez nos hôpitaux, médecins et pharmacies partenaires sur l'appli Easy Claim.



Vous êtes hospitalisé en urgence

Nous sommes joignables 24/7 aux numéros d'urgence présents sur votre Carte assuré (disponible sur Easy Claim et téléchargeable dans votre Wallet).



Vous programmez une hospitalisation

Envoyez-nous votre demande de prise en charge sur l'appli Easy Claim dès que possible afin que nous puissions vous accompagner dans votre parcours de soins : notre équipe médicale vous conseille sur le traitement prescrit, vous oriente vers l'établissement le plus adapté, et organise le paiement de votre facture auprès de l'hôpital.



Un médecin à portée de clic 24/7

Grâce au service de téléconsultation inclus dans votre contrat, en partenariat avec Medi24, pionnier suisse en télémédecine.



Service d'orientation Médicale

Notre équipe médicale experte vous aide à préparer une hospitalisation ou des soins longue durée en vérifiant le protocole de soins et en recommandant des structures adaptées. Nous vérifions la cohérence des tarifs avec les traitements et votre lieu de soins. Nous pouvons être amenés à vous sensibiliser sur le caractère abusif des coûts pratiqués et vous proposer des établissements de soins alternatifs, pour vous garantir une meilleure prise en charge.



Un médecin disponible 24/7

La téléconsultation :

Avec ce service, vous pouvez consulter un médecin à distance, dans le respect du secret médical. Contactez un professionnel de santé depuis l'appli Easy Claim ou votre Espace Assuré. Ce service est disponible **24h/24 et 7j/7** partout dans le monde, dans la langue de votre choix.

Pratique et simple à utiliser, où que vous soyez, vous n'avez plus besoin de vous déplacer pour consulter un médecin !

Pour en profiter :

Rendez-vous dans la rubrique « Services » depuis votre appli Easy Claim ou cliquez sur le bouton « Téléconsultation » sur l'écran d'accueil de votre Espace Assuré.

Si besoin, le médecin peut délivrer une ordonnance.

La téléconsultation n'est pas un service d'urgence.
En cas de nécessité, déplacez-vous vers l'hôpital le plus proche.

Ce service est très utile :

- > en cas d'affection bénigne comme des symptômes grippaux, un mal de tête, un mal de gorge...
- > pour avoir des informations sur un traitement en cours,
- > pour vous aider à préparer un déplacement, **pour la délivrance d'ordonnances partout en Suisse.**



4. Le Programme d'aide aux expatriés (PAE)

Lorsque des situations difficiles surviennent dans la vie ou au travail, le Programme d'aide aux expatriés vous fournit, à vous et à vos ayants droit, une aide immédiate et confidentielle. S'il est proposé, le PAE apparaîtra dans votre tableau des garanties.

Ce service professionnel est disponible 24 h/24, 7 j/7 et fournit une aide, dans plusieurs langues, sur un grand nombre de sujets, notamment :

- > l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle ;
- > la famille/la parentalité ;
- > les relations ;
- > le stress, la dépression, l'anxiété ;
- > les difficultés au travail ;
- > la transition culturelle ;
- > les chocs culturels ;
- > l'isolement et la solitude ;
- > les problèmes de dépendance.

Ces services comprennent :



Des services de conseils professionnels confidentiels

Recevez un soutien 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec un conseiller clinique par téléphone, vidéo, e-mail ou en face à face.



Des services d'assistance en cas d'incidents graves

Recevez une assistance immédiate lors d'un événement grave en cas de traumatisme ou de crise. Notre approche assure la stabilisation et réduit le stress associé aux événements traumatiques ou violents.



Des services d'orientation pour des conseils juridiques et financiers

Qu'il s'agisse d'acheter une maison, de régler un litige ou de créer un plan financier complet, nous vous orienterons vers un conseiller pour vous aider à répondre à vos questions et atteindre vos objectifs.



Accès au site et à l'application sur le bien-être

Découvrez l'aide en ligne, des outils et des articles pour vous aider et vous conseiller sur la santé et le bien-être.

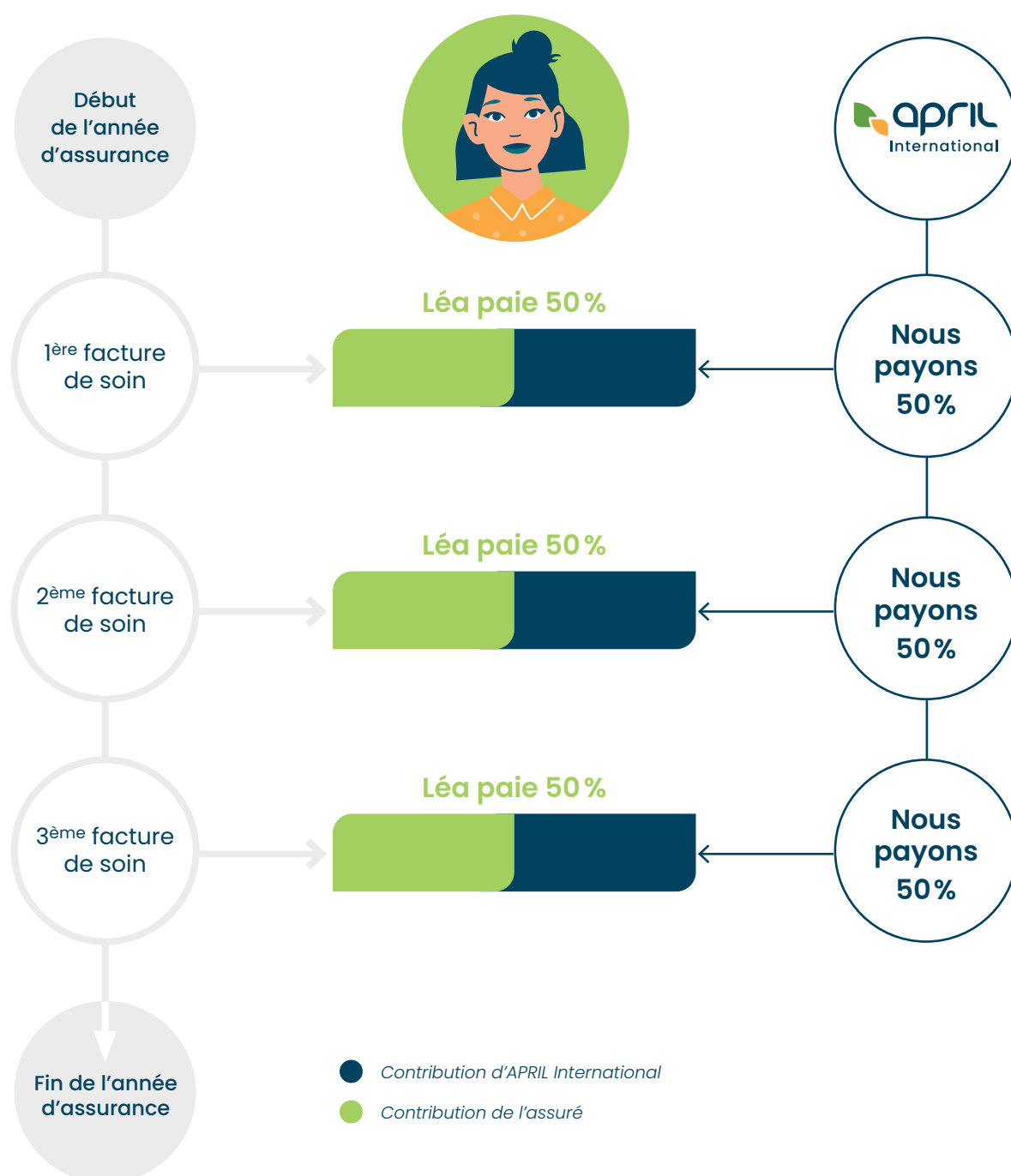


5. Qu'est-ce qu'une quote-part ?

Une quote-part est un pourcentage des frais médicaux dont vous devez vous acquitter. Votre tableau des garanties indiquera si cela s'applique à votre couverture.

Dans l'exemple suivant, Léa doit recevoir des soins chiropratiques à plusieurs reprises au cours de l'année. Sa garantie « Chiropraxie » comprend une quote-part de 50%. Cela signifie que nous rembourserons 50% des frais de chaque traitement admissible.

Le montant total que nous verserons peut être soumis à un plafond global.

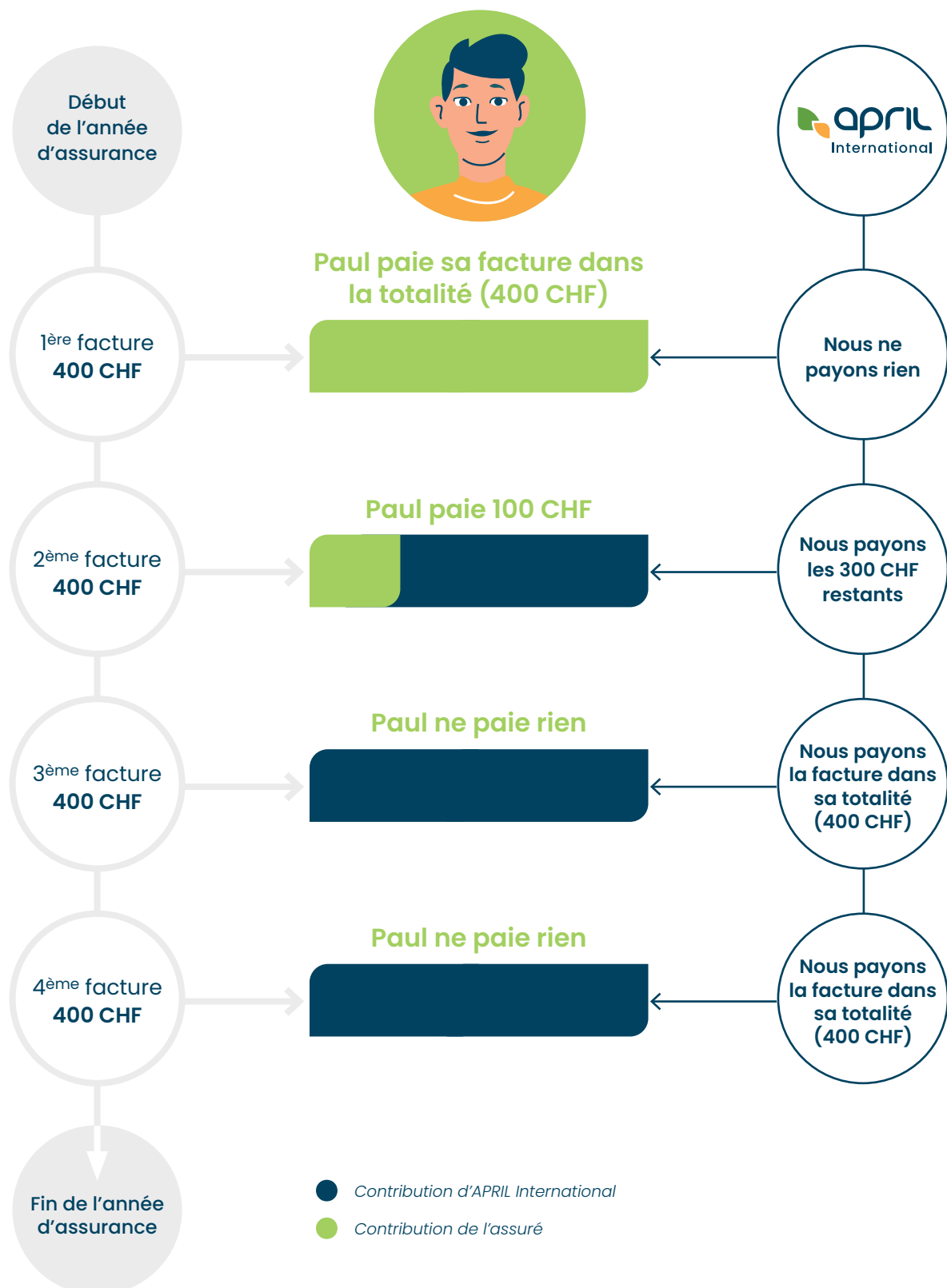


6. Qu'est-ce qu'une franchise ?

Une franchise est un montant fixe que vous devez payer pour couvrir vos frais médicaux par période de couverture avant que nous commencions à rembourser vos frais médicaux.

Votre tableau des garanties indiquera si cela s'applique à votre couverture.

Dans l'exemple suivant, Paul a besoin de recevoir des soins au cours de l'année. Sa formule comprend une franchise de 500 CHF.



Conditions générales de votre couverture



Explication de votre couverture

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

Plafonds des garanties

Deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans le tableau des garanties. Le plafond global de la formule, applicable à certaines d'entre elles, est le montant maximum que nous paierons pour l'ensemble des garanties, par affilié, par année d'assurance, et sous cette formule en particulier. Certaines garanties ont également un plafond propre, par exemple « Soins à domicile ou dans un centre de convalescence ». Ces plafonds de garantie peuvent être appliqués soit « par année d'assurance », « pour toute la vie » ou « par événement », comme par voyage, par visite ou par grossesse. Nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties comme « 65 % des frais réels, jusqu'à 1 000 CHF ». Lorsque le plafond de garantie s'applique ou lorsque « 100 % des frais réels » est indiqué pour certaines garanties, le remboursement sera soumis au plafond global de la formule, si celle-ci en a un. Tous les plafonds s'appliquent par affilié(e) et par année d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

Veuillez noter que si un changement s'applique à une garantie dont la portée s'étend au-delà d'une année, les points suivants s'appliqueront lors du renouvellement :

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

Nécessité médicale

Cette police prend en charge les traitements médicaux et les coûts, services et matériel associés, qui sont médicalement nécessaires et appropriés pour traiter un patient suite à une maladie ou un accident, en accord avec la définition sur la nécessité médicale. Nous ne remboursons que les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans un pays spécifique pour le traitement reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues. Si les frais sont plus élevés que les tarifs normalement pratiqués localement, nous nous réservons le droit de réduire la somme remboursable.

Pathologies chroniques

Les pathologies chroniques sont prises en charge dans le cadre de votre couverture.

Pathologies préexistantes

Les pathologies préexistantes sont prises en charge dans le cadre de votre couverture.

Quotes-parts et franchises

Une franchise correspond à un montant à votre charge qui est déduit de la somme remboursable, alors qu'une quote-part est un pourcentage des frais encourus qui est à votre charge. Certaines formules peuvent inclure une quote-part maximum par affilié et par période d'assurance, et lorsque cela sera le cas, le montant que vous devrez payer sera plafonné au montant indiqué dans votre tableau des garanties. Lorsqu'elles s'appliquent, les quotes-parts et franchises s'entendent par personne et par année d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

Veuillez vérifier dans votre tableau des garanties si des franchises ou des quotes-parts s'appliquent aux garanties de votre couverture. Elles peuvent s'appliquer aux formules Hospitalisation, Médecine Courante, ou Dentaires, ou bien à une combinaison entre ces couvertures.

Votre zone de couverture

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



Votre formule Hospitalisation expliquée

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

Garanties hospitalières

En cas d'hospitalisation, vous serez remboursé pour les garanties incluses dans votre formule Hospitalisation, dans les limites de votre couverture. Les garanties hospitalières comprennent entre autres la chambre d'hôpital, les soins intensifs, les frais d'anesthésie et de bloc opératoire, les frais chirurgicaux, les appareillages chirurgicaux, les prothèses et les analyses. Les traitements en hôpital privé ne sont pas couverts à moins que le traitement nécessaire ne puisse être administré dans un hôpital public et à moins que nous l'ayons autorisé. Veuillez consulter votre tableau des garanties et les définitions pour prendre connaissance des garanties dont vous bénéficiez. Une entente préalable est requise avant tout traitement hospitalier indiqué dans votre tableau des garanties.

Psychiatrie et psychothérapie en milieu hospitalier

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

Ce trouble doit être associé à une souffrance actuelle ou à une gêne majeure dans des activités quotidiennes importantes telles que l'activité professionnelle. Ce trouble doit répondre aux critères de classification d'un système de classement international tel que le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (Diagnostic and Statistical Manual- DSM-IV) ou la « Classification internationale des maladies » (International Classification of Diseases- ICD-10).

Autres garanties de la formule Hospitalisation

Hospitalisation de jour

La prise en charge est assurée pour les soins de jour planifiés et reçus dans un hôpital ou un centre médical de jour, dans la limite du montant figurant dans le tableau des garanties. Cela comprend une chambre d'hôpital et les soins hospitaliers ne nécessitant pas la garde du patient pendant la nuit et pour lequel une autorisation de sortie est délivrée le jour même. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Dialyse rénale

Si cette garantie est comprise dans votre couverture, elle prend également en charge toute dialyse rénale pratiquée dans un hôpital, dans un centre de soins de jour ou dans un service de consultation externe. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Chirurgie ambulatoire

Vous êtes couvert pour toute intervention chirurgicale pratiquée dans un cabinet médical, un hôpital, dans un centre de soins de jour ou dans un service de consultation externe, dans la limite du montant prévu dans le tableau des garanties. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Soins à domicile ou dans un centre de convalescence

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

Rééducation

Vous êtes couvert pour les soins reçus dans un centre de rééducation habilité, pendant les 14 jours qui suivent la date de sortie après la fin d'un traitement médical et/ou chirurgical aigu. Le montant couvert est indiqué dans votre tableau des garanties. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise.

Scanographie, IRM, tomographie et scanographie-tomographie

La scanographie, l'IRM, la tomographie ainsi que les systèmes combinés scanographie-tomographie, dans le cadre d'une hospitalisation ou en médecine courante, peuvent être remboursés dans les limites de votre formule Hospitalisation (veuillez consulter votre tableau des garanties). Une entente préalable n'est pas nécessaire pour la scanographie et les IRM mais elle est requise pour la tomographie et les systèmes combinés scanographie-tomographie. Veuillez noter que, si vous préférez un règlement des frais directement au prestataire pour un examen IRM, un formulaire d'entente préalable peut être requis.

Oncologie

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

Garanties en cas d'urgence

Transport local en ambulance

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

Soins d'urgence sans hospitalisation

Cette garantie prend uniquement en charge les soins médicaux que vous devriez recevoir en cas d'urgence. Seuls les soins devant être administrés dans les 24 heures qui suivent l'urgence seront couverts, s'ils sont considérés comme médicalement nécessaires par un médecin et s'ils sont dispensés par un médecin agréé. Cela comprend la prise en charge des soins reçus aux urgences suite à un accident ou à l'apparition soudaine ou la dégradation inattendue d'une maladie grave, présentant un danger immédiat pour la santé de l'assuré et qui demande des soins médicaux d'urgence. La couverture prend uniquement en charge les soins d'urgence et n'inclut pas les traitements dans le cadre du suivi médical qui seront couverts par les autres garanties de votre couverture. Cette garantie ne prend pas en charge les soins nécessaires dans le cadre d'une grossesse ou de toute autre exclusion. Pour être considérés comme une urgence, les soins doivent être prodigués dans les 24 heures suivant l'incident. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour confirmer si un plafond s'applique.

Le montant des soins en médecine courante excédant le plafond de la garantie «Soins d'urgence sans hospitalisation» sera également couvert par la formule Médecine Courante, selon les termes de cette formule.

Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation

Cette garantie couvre les soins dentaires d'urgence nécessitant une hospitalisation suite à un accident grave, dans la limite du montant indiqué dans le tableau des garanties. Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'incident. Veuillez noter que cette garantie ne couvre pas les soins dentaires de routine, la chirurgie dentaire, les prothèses dentaires et les soins d'orthodontie et de parodontologie. Si ces soins sont couverts, ils figureront à part dans le tableau des garanties.

Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture

Si cette garantie est applicable, vous serez couvert pour les soins d'urgence uniquement, reçus

durant la période universitaire au cours de voyages personnels ou dans le cadre du stage en dehors de votre zone géographique de couverture (le cas échéant). La couverture est assurée pour une période maximum de six semaines par voyage et dans la limite du montant spécifié dans le tableau des garanties. Vous ne serez pas couvert pour les soins de suivi ou thérapeutiques non urgents, et ce même si vous êtes dans l'incapacité de vous rendre dans un pays de votre zone géographique de couverture. Pour les déplacements de plus de six semaines en dehors de votre zone de couverture, veuillez nous contacter.

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

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

La couverture Maternité

Maternité

Il s'agit des frais médicalement nécessaires occasionnés pendant la grossesse et l'accouchement, comprenant les frais d'hôpital, les honoraires des spécialistes, les soins pré et postnataux prodigués à la mère, les honoraires de sage-femme, les soins apportés au nouveau-né ainsi que trois consultations sur l'allaitement maternel.

Les examens effectués par un docteur ou sage-femme, ou les examens prescrits par un docteur sont couverts pendant et après la grossesse. Sept examens de routine sont couverts (dont deux peuvent être des échographies de l'utérus entre la 10^e et la 12^e semaine ainsi qu'entre la 20^e et la 23^e semaine, avec des échographies de l'utérus supplémentaires en cas de grossesse à risque dans le cadre de cette garantie) ainsi que des examens postnatals (six à dix semaines après l'accouchement).

L'accouchement à domicile, en division commune dans un hôpital du canton de résidence, ou dans un environnement semi hospitalier, y compris l'aide et la préparation à la naissance par le médecin ou la sage-femme.

Toute césarienne non médicalement nécessaire sera couverte dans la limite du coût d'un accouchement naturel réalisé dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie. Les soins du nouveau-né comprennent un ensemble de moyens et méthodes permettant d'évaluer l'intégrité fonctionnelle (organes et structure osseuse) du nouveau-né. Ils sont uniquement couverts le temps du séjour à l'hôpital jusqu'à la sortie, dans le cadre d'un accouchement sans complication. Ces examens indispensables sont prodigués immédiatement après la naissance. Les procédures complémentaires de diagnostic préventif telles que les tampons à prélèvement, la détermination du groupe sanguin ou les examens auditifs ne sont pas couvertes. Tout suivi médicalement nécessaire ou traitement y compris pour une complication n'est pas couvert pour le nouveau-né. Veuillez aussi noter que les nouveau-nés ne peuvent pas être ajoutés à votre police. Aussi il est recommandé d'avoir une couverture d'assurance adéquate en place pour votre nouveau-né avant sa naissance.

Les frais de maternité sont remboursés dans les limites de la garantie « par grossesse » ou « par période d'assurance » (cela est confirmé dans votre tableau des garanties).

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

Accouchement à domicile

L'accouchement à domicile est pris en charge s'il est compris dans votre tableau des garanties, jusqu'à la limite indiquée.

Complications de grossesse

Elles concernent la santé de la mère. Seules les complications suivantes qui surviennent pendant la période prénatale sont couvertes :

- > grossesse extra-utérine ;
- > diabète gestationnel ;
- > pré-éclampsie ;
- > fausse couche ;
- > risques de fausse couche ;
- > enfant mort-né ;
- > môle.

Veuillez vérifier dans votre tableau des garanties si un plafond ou délai de carence s'applique. Veuillez noter qu'une entente préalable est requise en cas d'hospitalisation uniquement.

Complications à l'accouchement

Seules les complications suivantes, qui doivent faire l'objet de procédures obstétriques, sont incluses : hémorragie post-partum et rétention placentaire. Veuillez noter que les complications à l'accouchement couvrent également la césarienne lorsque celle-ci est médicalement nécessaire.

Interruption volontaire de grossesse

Les frais liés à une interruption volontaire de grossesse légale sont pris en charge par votre couverture. Les frais liés aux complications de grossesse ou aux complications à l'accouchement ne sont pas couverts par cette garantie.

Soins dentaires

La couverture est limitée aux accidents et à certaines maladies spécifiques selon LAMal (Art. 31). Il est vivement recommandé de vérifier que le traitement est pris en charge avant de recevoir les soins.

La couverture se limite aux soins reçus dans une clinique dentaire chirurgicale ou une salle d'urgence d'hôpital afin de soulager rapidement une douleur dentaire à une dent saine et naturelle suite à un accident grave. Les plombages temporaires, dans la limite de trois par période d'assurance, et/ou la réparation de dommages causés lors d'un accident seront également pris en charge. Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'incident. Les prothèses dentaires et les traitements endodontiques sont exclus.

La prise en charge des soins dentaires sous la formule Hospitalisation est limitée au montant indiqué dans le tableau des garanties. Cette garantie est limitée aux accidents et à certaines maladies spécifiques selon LAMal (Art. 31). Les soins dentaires excédant le plafond de cette couverture seront pris en charge selon les conditions de votre formule dentaire, si celle-ci est comprise dans votre tableau des garanties.

Soins palliatifs et soins de longue durée

La prise en charge est assurée pour les frais relatifs aux traitements reçus dans le but d'apaiser les souffrances physiques et psychologiques causées par une maladie évolutive et incurable et à maintenir une certaine qualité de vie.

Soins de longue durée : soins dispensés sur une période prolongée après la fin d'un traitement aigu, généralement pour une pathologie chronique ou une invalidité nécessitant des soins réguliers, intermittents ou continus. Les soins de longue durée peuvent être prodigués à domicile, dans un centre communautaire, à l'hôpital ou en maison de repos.

Soins palliatifs : traitements hospitaliers, de jour ou ambulatoires administrés suite au diagnostic établissant que la maladie est en phase terminale et qu'aucun traitement ne peut guérir la maladie. Cette garantie prévoit également le remboursement des soins physiques et psychologiques, ainsi que celui des frais de chambre en hôpital ou en hospice, des soins infirmiers et des médicaments délivrés sur ordonnance. Veuillez noter que les soins dispensés dans un centre de remise en forme ou une station thermale sont exclus.

Cette garantie est limitée au montant stipulé dans votre tableau des garanties et une entente préalable est requise pour les soins de longue durée et les soins palliatifs.

Séjour prescrit en station thermale

Il s'agit d'un séjour médical prescrit nécessitant une eau minérale et ses produits dérivés, et l'établissement doit assurer suivi et surveillance médicale à ses patients.

Votre formule Médecine Courante expliquée

Toutes ou certaines des garanties suivantes peuvent être incluses dans votre formule Médecine courante :

- > honoraires de médecin généraliste ;
- > médicaments prescrits pris en charge par LAMal ;
- > médecins spécialistes ;
- > analyses ;
- > chiropraxie, ostéopathie, homéopathie, médecine traditionnelle chinoise, analyses en laboratoire, médicaments, équipement médical prescrit par un chiropracteur, acuponcture et podologie.
- > consultations prescrites de kinésithérapeute et d'orthophoniste ;
- > test VIH / SIDA ;
- > examen gynécologique annuel ;
- > psychiatrie et psychothérapie ;
- > équipement médical prescrit ;
- > lunettes et lentilles de contact prescrites ;
- > produits prescrits de thérapie de substitution à la nicotine.

Veuillez consulter votre tableau des garanties pour confirmer la couverture en médecine courante dont vous bénéficiez. Un délai de carence peut aussi s'appliquer à certaines de ces garanties.

Psychiatrie et psychothérapie

La psychiatrie et psychothérapie sont couvertes lorsque médicalement nécessaires et assurées par un psychiatre jusqu'à 40 séances diagnostiques et thérapeutiques ou jusqu'à 30 séances diagnostiques et thérapeutiques si le traitement est dispensé par un psychologue (et prescrit par un psychiatre ou médecin généraliste) conformément à l'OPAS/KLV Art. 11b. Des séances supplémentaires peuvent être couvertes si elles sont médicalement nécessaires, à condition que nous recevions un rapport médical contenant les diagnostics, le traitement effectué, les résultats obtenus jusqu'à présent, le but ainsi que la durée de l'extension proposée.

Ce trouble doit être associé à une souffrance actuelle ou à une gêne majeure dans des activités quotidiennes importantes telles que l'activité professionnelle. Ce trouble doit répondre aux critères de classification d'un système de classement international tel que le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (Diagnostic and Statistical Manual- DSM-IV) ou la « Classification internationale des maladies » (International Classification of Diseases- ICD-10).

Traitement préventif

Les traitements préventifs sont pris en charge en accord avec l'OPAS/KVV Art. 12. Cela comprend les vaccinations, recommandées par le Ministère de la santé et la Commission fédérale pour les vaccinations. La prise en charge comprend également le test du VIH et les examens gynécologiques. Pour tout autre bilan de santé ou traitement pouvant être couvert selon les antécédents médicaux familiaux ou personnels, nous vous conseillons de nous contacter avant de recevoir les soins.

Votre formule dentaire expliquée

Si la formule dentaire est comprise dans votre couverture, elle sera indiquée dans votre tableau des garanties, ainsi que le niveau de couverture et tout délai de carence applicable. Veuillez noter que votre formule dentaire peut être soumise à un plafond global maximal.

Plombages simples : frais pour la consultation et le traitement d'une carie effectué à l'aide uniquement d'un matériau pour plombage dentaire. Le traitement comprend l'extraction d'émail dentaire afin de préparer la surface pour permettre l'adhésion du matériau. Une fois que le plombage dentaire a été coloré, appliqué et poli, il doit être ajusté à la surface et correctement lié à l'émail de la dent, lui permettant de retrouver ainsi sa fonction de base et son apparence initiale.

Extraction simple : prise en charge de l'extraction d'une dent, y compris la consultation, sans intervention chirurgicale. Cette garantie ne couvre pas l'extraction des dents de sagesse.

Nettoyage dentaire : prise en charge des consultations et traitements afin d'éliminer la plaque dentaire dans le but de protéger des caries, gingivites et maladies parodontales.



Les contrats d'assurance PolyTech Care sont souscrits par l'Association des étudiants ScoreStudies, contractante au profit de toute personne pouvant adhérer aux contrats, se rendant temporairement en Suisse.

Conditions générales

Les conditions générales importantes qui s'appliquent à votre police sont détaillées ci-dessous :

1. Loi applicable : Sauf indication contraire dans la réglementation obligatoire, votre affiliation est régie par le droit suisse, notamment par la loi fédérale sur les contrats d'assurance « Versicherungsvertragsgesetz, VVG ». Tout litige ne pouvant être résolu à l'amiable sera réglé par les tribunaux là où se trouve le lieu de résidence de la personne assurée en Suisse (ou toute personne autorisée à effectuer cette démarche).

2. Sanctions économiques : La couverture n'est pas fournie si un élément de la police, des garanties, de l'activité, de l'entreprise ou de l'entreprise sous-jacente est en violation de toute loi répressive ou réglementations des Nations Unies, de l'Union européenne ou de toutes autres lois ou réglementations sur les sanctions économiques ou commerciales.

3. L'assureur AWP Health & Life SA est une société anonyme au capital de 95 551 314 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le numéro 401 154 679. Régie par le Code des assurances et dont le siège social est situé à Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, France.
AWP Health & Life SA est réglementée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

4. Prescription : Toutes actions juridiques découlant de cette police sont prescrites par un délai de cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance (Article 46 de la VVG).

5. Toute personne assurée peut bénéficier de cette couverture si elle répond aux critères suivants:

- (a) Il/elle est citoyen(ne) étranger(ère) et
- (b) Il/elle est domicilié(e) en Suisse dans l'un des cantons où nous sommes reconnus comme équivalence LAMal et
- (c) Il/elle réside en Suisse depuis moins de six ans et
- (d) A un titre de séjour en tant qu'étudiant(e)/stagiaire/doctorant ou au pair et
- (e) Il/elle n'est pas marié(e) à une personne titulaire d'un livret B, livret C ou à un(e) citoyen(ne) suisse.
- (f) Est exempté(e) de l'assurance-maladie obligatoire selon l'Article 2.4 KW.
- (g) Il/elle reste assuré(e) par le système de sécurité sociale de son pays d'origine.

Veuillez noter qu'il est de votre responsabilité de vérifier que vous répondez à tous les critères d'éligibilité pour une exemption valide.

Veuillez noter que vous devrez nous informer de tout changement concernant les critères ci-dessus.

6. Protection des données et consentement du/de la patient(e) : La manière dont nous protégeons votre vie privée et traitons vos informations personnelles est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Vous devez la lire avant de nous envoyer vos informations personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur : <https://www.april-international.com/fr/legal/donnees-personnelles>.

7. Votre droit de résilier :

- (a) Vous pouvez résilier votre contrat pour toutes les personnes assurées, dans les 30 jours suivant la réception des conditions générales de votre police, ou suivant la date d'effet de votre police. La date la plus récente prévaudra. Pour en savoir plus sur les modifications des primes, veuillez consulter le paragraphe 8 («Prime»).
- (b) Vous ne pouvez pas antidater la résiliation de votre souscription au-delà de la durée du contrat.
- (c) Si vous souhaitez résilier, veuillez nous envoyer un e-mail à : swissmember@april.com.
- (d) Si vous annulez votre contrat pendant ces trente (30) jours, vous pourrez obtenir un remboursement des primes payées pour les personnes assurées (pour plus d'informations, veuillez consulter le paragraphe 8 «Primes»).

8. Primes :

Si vous êtes responsable du paiement de votre prime d'assurance

- (a) Les primes pour chaque année d'assurance sont calculées en fonction de l'âge de chaque affilié au premier jour de l'année d'assurance, de leur zone de couverture, du pays de résidence du souscripteur, du montant des primes en vigueur et d'autres facteurs de risque qui pourraient affecter l'assurance de manière matérielle.
- (b) En acceptant la couverture, vous acceptez de payer la prime indiquée sur le devis, par la méthode de paiement indiqué. Vous pouvez choisir de payer chaque mois, chaque trimestre, tous les six mois ou en une seule fois, en fonction du mode de paiement sélectionné. En cas de différence entre le prix accordé et votre facture, veuillez nous contacter au plus vite. Nous ne sommes pas responsables des paiements effectués par le biais de tierces personnes.
- (c) Les dates de paiement suivantes s'appliquent :

Fréquence de paiement :	Date d'échéance :
Mensuelle	Le premier jour de chaque mois
Trimestrielle	Le premier jour de chaque trimestre
Semestrielle	Le premier jour du 1 ^{er} mois de l'année d'assurance et Le premier jour du 7 ^e mois de l'année d'assurance
Annuelle	Le premier jour de l'année d'assurance

- (d) Si votre assurance commence en cours d'année, le paiement de la prime en partie ou en totalité (selon la fréquence de paiement sélectionnée) sera dû le premier jour de votre couverture d'assurance.
- (e) Si la totalité de la prime initiale ou ultérieure n'est pas payée dans les temps, nous suspendrons votre couverture quatorze (14) jours après l'envoi de notre dernière lettre de rappel (Articles 20-21 de la VVG). Si nous n'engageons pas de poursuites judiciaires pour recouvrer le montant de la prime, votre police sera automatiquement annulée deux (2) mois après l'expiration de la période de préavis de 14 jours (Articles 20-21 de la VVG) et aucune autre lettre d'annulation ne vous sera envoyée.
- (f) La prime peut être modifiée annuellement en raison de l'évolution du coût des soins médicaux et des sinistres. Nous vous informerons du montant de la nouvelle prime deux mois avant le renouvellement de votre police. Si vous souhaitez annuler votre couverture, vous devrez nous en informer par écrit dans les 30 jours qui suivent la réception des nouveaux taux.
- (g) En cas de résiliation anticipée ou d'annulation du contrat d'assurance, l'article 24 de la VVG s'appliquera.

- (h) La prime ne saurait être utilisée comme compensation en cas de réclamation intentée à notre encontre.
- (i) Votre prime doit être payée en CHF. Si vous êtes dans l'incapacité de payer votre prime pour quelque raison que ce soit, veuillez nous contacter au **+33 1 59 13 39 98**. Les modalités de paiement peuvent être modifiées lors du renouvellement de la police et pour cela les instructions doivent nous parvenir par écrit un mois avant le début de la nouvelle année d'assurance.

Si votre école/université est responsable du paiement de votre prime d'assurance

Dans certains cas, votre école/université peut être responsable du paiement des primes de votre adhésion en vertu de l'accord d'entreprise. Votre école/université peut également payer d'autres taxes et frais associés à votre couverture (comme la taxe sur les primes d'assurance). Cependant, vous pourriez être tenu de payer des taxes sur les primes payées par votre école/université. Pour plus de détails, veuillez vérifier auprès de votre école/université.

Veuillez noter les conditions supplémentaires suivantes :

- (a) Si la totalité de la prime initiale ou ultérieure n'est pas payée dans les temps, nous suspendrons votre couverture quatorze (14) jours après l'envoi à votre école/université de notre dernière lettre de rappel (Articles 20-21 de la VVG). Si nous n'engageons pas de poursuites judiciaires pour recouvrer le montant de la prime, votre police sera automatiquement annulée deux (2) mois après l'expiration de la période de préavis de 14 jours (Articles 20-21 de la VVG) et aucune autre lettre d'annulation ne vous sera envoyée.
- (b) En cas de résiliation anticipée ou d'annulation du contrat d'assurance, l'article 24 de la VVG s'appliquera.
- (c) La prime ne saurait être utilisée comme compensation en cas de réclamation intentée à notre encontre.

9. Durée de vie de votre police :

- (a) Veuillez noter qu'à expiration de la police d'assurance, vous n'avez plus droit au remboursement de vos frais médicaux. Les frais couverts par la police d'assurance et engagés durant la période de couverture seront remboursés pendant une durée maximale de deux ans après la date de traitement. Cependant, les traitements en cours ou les soins complémentaires nécessaires après la date d'expiration ne seront plus pris en charge.
- (b) Le contrat d'assurance est valide pour une année d'assurance. Lors du renouvellement de votre police, vous recevrez les conditions de votre renouvellement sous réserve que vous répondiez toujours aux critères d'éligibilité (Art. 5 des Conditions générales). L'offre de renouvellement sera considérée comme acceptée à la réception du paiement total ou partiel de la prime d'assurance. L'acceptation des conditions du renouvellement fait office de nouveau contrat.
- (c) Si vous souhaitez résilier votre contrat lorsque vous quittez la Suisse, veuillez nous contacter dans les trois mois suivant votre départ. Veuillez soumettre votre demande de résiliation et la documentation pertinente à swissmember@april.com. Une fois que nous aurons reçu votre demande, nous résilierons votre police et nous vous rembourserons tout paiement de prime dû.
- (d) Il ne sera pas possible d'antidater des annulations si des demandes de remboursement ont été traitées ou si des ententes préalables ont été accordées. La police sera résiliée au plus tôt 24h après la date du dernier traitement..
- (e) Veuillez nous informer si vous n'êtes plus exempté(e) d'assurance-maladie obligatoire selon l'article 2.4 de la KVV. Veuillez noter que nous nous réservons le droit d'annuler le contrat d'assurance, le cas échéant.
- (f) Comme expliqué au paragraphe 5, votre couverture ne sera ni renouvelée ni poursuivie lorsque vous atteindrez la limite de six ans après votre arrivée en Suisse. Veuillez noter que votre exemption de l'assurance suisse LAMal/KVG ne peut être accordée que pour un maximum de six ans après votre date d'arrivée en Suisse (Art. 2.4 de la KVV).
- (g) Nous renonçons au droit statutaire de résilier le contrat ou en cas de sinistre (Article 42 de la VVG). Votre droit de résiliation reste inchangé.

- (h) Veuillez nous informer par écrit sous 28 jours, en cas de décès du souscripteur.
Pour les remboursements des primes, veuillez consulter le paragraphe 8.g sur les « Primes ».
- (i) Si la couverture prend fin prématurément, nous en informerons immédiatement l'organisme en charge des exemptions d'assurance-maladie obligatoire selon l'article 2.4 KVV.
- (j) Votre couverture d'assurance prendra fin automatiquement si vous ne répondez plus aux critères d'éligibilité indiqués dans le paragraphe 5 des Conditions générales.

10. Procédure de remboursement :

Nous souhaitons vous informer que les données collectées pour le traitement de demandes de remboursement sont traitées électroniquement par notre société dans le cadre du suivi du traitement des demandes et ne peuvent être communiquées qu'à l'assureur, à ses réassureurs, à la société mère APRIL, ainsi qu'à nos prestataires partenaires pour la mise en œuvre de votre couverture. Les informations collectées sont essentielles pour l'enregistrement, la gestion et l'exécution des souscriptions par APRIL International Care France, les assureurs ou leurs mandataires. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de vos données personnelles (voir le paragraphe 6).

- (a) Toutes les demandes de remboursement doivent être envoyées pendant les cinq années suivant la date de traitement. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler ces demandes (Article 46 de la VVG).
- (b) Votre demande de remboursement sera traitée dans les quatre semaines à compter de la réception (Article 41 de la VVG).
- (c) Lorsque vous nous envoyez des copies des documents justificatifs (par exemple, des reçus médicaux), veuillez à conserver les originaux. Nous sommes en droit de demander des pièces justificatives/reçus originaux à des fins d'audit jusqu'à 12 mois après le règlement de votre demande de remboursement. Nous pouvons également vous demander une preuve de paiement (par exemple, un relevé bancaire ou de carte bancaire) pour les factures médicales que vous avez réglées. Nous vous conseillons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance qui ne nous parvient pas pour des raisons qui échappent à notre contrôle.
- (d) Veuillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez être payé. Dans certains cas, il est possible que nous ne puissions pas effectuer de paiement dans cette devise en raison de la réglementation bancaire internationale. Le cas échéant, nous identifierons une autre devise de paiement adaptée. Si nous devons effectuer la conversion d'une devise vers une autre, nous utiliserons le taux de change en vigueur à la date d'émission des factures ou à la date à laquelle nous réglons votre demande de remboursement.
- (e) Nous ne rembourserons que les coûts éligibles (dans la limite de votre police) après avoir pris en compte les exigences de toute entente préalable, les franchises ou les quotes-parts indiquées dans le tableau des garanties.
- (f) Si vous devez verser un acompte avant le début d'un traitement médical, les frais engagés ne seront remboursés que lorsque le traitement aura eu lieu.
- (g) Vous vous engagez à nous aider à obtenir toutes les informations nécessaires au traitement d'une demande de remboursement. Nous avons le droit d'accéder à l'ensemble des dossiers médicaux et de nous adresser directement au prestataire de soins ou au médecin traitant. Nous pourrions, si nous le jugeons nécessaire, demander qu'un examen de santé soit effectué à nos frais par notre médecin. Toutes les informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Nous nous réservons le droit de refuser le paiement si vous ne nous aidez pas à obtenir les informations dont nous avons besoin.

11. Réclamations :

Contactez en premier lieu notre service d'assistance téléphonique au +33 1 59 13 39 98.

Si nous ne sommes pas en mesure de traiter votre demande par téléphone, envoyez nous un e-mail ou écrivez-nous :

> APRIL International Care France – Service Courrier – 1, rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANCE

> Nos bureaux : APRIL International Care France – 14, rue Gerty Archimède – 75012 PARIS – FRANCE

> E-mail: reclamation.expatrie@april-international.com

Nous traiterons votre réclamation conformément à notre procédure interne de traitement des réclamations. Pour plus d'informations, rendez-vous sur : <https://www.april-international.com/fr/legal/reclamations>. Vous pouvez également contacter notre service téléphonique pour obtenir un exemplaire de cette procédure.

Si vous n'êtes pas satisfait de la façon dont nous avons traité votre problème et que vous souhaitez y donner suite, vous pourrez transmettre votre plainte au Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA / Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA.

> Adresse : Postfach 2646, 8022 Zürich

Veuillez noter que cela n'affecte pas vos droits statutaires dans le cadre de la loi suisse ou vos droits de porter l'affaire devant les tribunaux suisses.

12. Correspondance : Toute correspondance écrite doit nous être envoyée par e-mail. D'une manière générale, nous ne renvoyons pas les documents originaux, sauf si vous en faites la demande.

13. Qui peut apporter des modifications à votre police ? Personne, à l'exception d'un représentant désigné, n'est autorisé à modifier votre police en votre nom. Les modifications ne sont valables que sur confirmation écrite de notre part.

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

15. Circonstances indépendantes de notre volonté (Cas de force majeure) : Nous ferons toujours de notre mieux pour vous. Toutefois, nous ne sommes pas responsables des retards ou manquements dans nos obligations envers vous causés par des circonstances indépendantes de notre volonté. Il peut s'agir de conditions météorologiques extrêmes, inondations, glissements de terrain, tremblements de terre, tempêtes, foudre, incendies, affaissements, épidémies, actes terroristes, éclatements d'hostilités militaires (que la guerre ait été déclarée ou non), émeutes, explosions, manifestations ou autres conflits sociaux, désordres civils, sabotages ou expropriations par les autorités gouvernementales.

16. Les montants que nous paierons : Notre responsabilité vis-à-vis des personnes assurées se limite aux montants figurant dans le tableau des garanties et dans tout avenant au contrat. Le montant du remboursement, que ce soit selon les termes de cette police, de la sécurité sociale ou de toute autre assurance, n'excédera pas le montant indiqué sur la facture.

17. Subsidiarité et prestations de tierces parties :

- (a) Nous fournissons nos obligations/prestations d'assurance à la suite du remboursement des garanties effectué par les assureurs sociaux, autres assureurs privés ou autres parties responsables. Si d'autres assureurs privés sont également responsables du versement de prestations suivant le remboursement effectué par d'autres parties, nous devons verser les garanties fondées sur la somme assurée par nos soins, dans la proportion de la somme totale assurée (par tous les assureurs responsables). Si un assureur social est tenu responsable et que nous avons fourni une couverture d'assurance initiale, nous avons le droit d'exiger le remboursement de votre part ou auprès de l'assureur sociale.
- (b) Si des tiers responsables ont pour obligation de verser des prestations suite à une maladie ou un accident, nous garantissons uniquement le versement des prestations comme paiements anticipés et sous réserve que la personne assurée nous transmettent ses droits contre des tiers responsables jusqu'à concurrence de la somme que nous assurons. Si la personne assurée passe un accord avec le tiers responsable, selon lequel elle renonce en partie ou en totalité à ses droits à une indemnité ou une compensation, sans notre consentement, cela entraîne la nullité de ses droits aux prestations auprès de nos services.

18. Fraude et dissimulation de faits :

- (a) Si vous communiquez des faits erronés ou omettez de divulguer des faits matériels qui ont une incidence sur notre estimation du risque et qui devraient être indiqués sur le bulletin d'adhésion approprié, votre contrat d'assurance pourra être annulé. Nous vous informerons par écrit de l'annulation de votre police dans les quatre semaines qui suivent la date de découverte de la dissimulation des faits (Article 6 de la VVG).
- (b) Si le contrat est annulé en raison d'une déclaration de faits erronés ou d'une dissimulation de faits matériels (conformément à l'article 6 de la VVG), la prime sera remboursée.
- (c) Dans le cas où une demande de remboursement s'avère fausse, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou si des dispositifs ou moyens frauduleux ont été utilisés par vous ou par quiconque agissant en votre nom afin de tirer avantage de la police d'assurance, nous ne rembourserons pas ce sinistre.
- (d) Dans le cas où une demande de remboursement s'avère frauduleuse, nous annulerons le contrat par écrit à compter de la date de découverte de l'acte frauduleux et l'assureur pourra exiger le remboursement de tout montant versé dans le cadre de cette demande (Article 40 de la VVG).



Définitions

Ces définitions sont applicables aux garanties comprises dans nos couvertures santé. Les garanties dont vous bénéficiez sont indiquées dans votre tableau des garanties. Si votre couverture comprend des garanties qui ne sont pas indiquées ici, vous trouverez leur définition dans la section « Notes » située à la fin de votre tableau des garanties. Lorsque les mots et expressions suivants apparaissent dans vos documents de police d'assurance, ils auront toujours les significations définies ci-après :

A

Accident : événement soudain, imprévu et involontaire dont la cause est externe et provoquant une blessure qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (ATSG, Article 4 « Unfall »).

Affilié(e)/personne assurée : il s'agit de vous, comme indiqué sur votre certificat d'assurance.

Aiguë : apparition soudaine de symptômes ou d'un problème médical.

Analyses et examens médicaux : examens tels que les radiographies ou les prises de sang, effectués dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés. Ces examens sont couverts lorsque vous présentez déjà des symptômes ou s'ils doivent être effectués suite aux résultats d'autres tests médicaux. Cette garantie ne couvre pas les bilans de santé annuels et les dépistages.

Année d'assurance : elle débute à la date d'entrée en vigueur indiquée dans le certificat d'assurance et s'achève exactement un an plus tard.

Appareils et matériel chirurgicaux : appareils et matériel requis lors d'une intervention chirurgicale. Cela comprend les prothèses ou dispositifs tels que le matériel de remplacement des articulations, vis, plaques, appareils de remplacement des valves, stents endovasculaires, défibrillateurs implantables et stimulateur cardiaque.

C

Certificat d'assurance : ce document présente les détails de votre couverture et est délivré par nos soins. Il confirme qu'un contrat d'assurance a été conclu entre nous.

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

Chirurgie ambulatoire : procédure chirurgicale effectuée dans un cabinet médical, hôpital, centre médical de jour ou ambulatoire, pour laquelle vous n'avez pas besoin de rester la nuit en observation.

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie : il s'agit d'un traitement chirurgical de la bouche, de la mâchoire, du visage ou du cou réalisé par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue dans un hôpital pour soigner les pathologies suivantes : les problèmes buccaux, les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, les fractures faciales, les déformations congénitales de la mâchoire, les maladies de la glande salivaire et les tumeurs.

Sauf si vous bénéficiez d'une formule dentaire, nous ne couvrons pas les procédures suivantes (même si elles sont réalisées par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue) :

- > L'extraction chirurgicale des dents incluses
- > L'ablation chirurgicale des kystes
- > Les interventions chirurgicales orthognatiques pour corriger les malocclusions.

Complications à l'accouchement : il s'agit uniquement des hémorragies post-partum et des rétentions placentaires. Lorsque votre couverture comprend également les garanties « Maternité » ou « Accouchement naturel et soins du nouveau-né », les « Complications à l'accouchement » incluent les césariennes médicalement nécessaires.

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

Correction visuelle au laser : concerne tous les traitements visant à améliorer la capacité de réfraction de la cornée par une intervention au laser, y compris les examens préopératoires nécessaires.

D

Délai de carence : période commençant à la date d'effet de votre police pendant laquelle vous ne pouvez prétendre à certaines garanties. Votre tableau des garanties indiquera celles concernées par un délai de carence.

Dent saine et naturelle : il s'agit d'une dent entière ou correctement restaurée, dans de bonnes conditions, sans maladie parodontale et qui ne nécessite aucun traitement autre que celui résultant d'une blessure.

Diététicien(ne) : frais engagés pour des conseils en diététique ou en nutrition dispensés par un professionnel de santé agréé et qualifié dans le pays dans lequel les soins sont administrés. Si cette garantie fait partie de votre couverture, seuls les soins en relation avec une pathologie médicale diagnostiquée éligible seront pris en charge.

Domicile : il s'agit de la résidence d'une personne située dans un endroit où celle-ci compte vivre de manière permanente et tel qu'il est défini dans le code civil suisse (Schweizerisches Zivilgesetzbuch) (Articles 23 – 26, SR 210).

E

Équipement médical prescrit : tout appareil prescrit et médicalement nécessaire pour vous permettre de mener vos activités quotidiennes. Il s'agit, entre autres, des équipements et appareils suivants :

- > les équipements biochimiques tels que les pompes à insuline, les glucomètres et les machines de dialyse péritonéale,
- > les équipements aidant à la mobilité tels que les béquilles, les fauteuils roulants, les appareils/attelles orthopédiques, les membres artificiels et les prothèses,
- > les appareils auditifs et auxiliaires de phonation tels qu'un larynx électronique,
- > les bas de compression graduée médicaux,
- > le matériel pour les blessures à long terme tel que les pansements et le matériel pour stomie.

Les frais d'équipement médical prescrit dans le cadre de soins palliatifs ou de soins de longue durée (voir les définitions des soins palliatifs et soins de longue durée) ne sont pas pris en charge.

F

Franchise : montant à votre charge qui est déduit de la somme remboursable.

G

Grefe d'organe : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes et/ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle osseuse, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursés.

Grossesse : période au cours de laquelle vous attendez un bébé, depuis la date du premier diagnostic jusqu'à l'accouchement.

H

Honoraires de sage-femme : il s'agit des honoraires facturés par une sage-femme ou une accoucheuse qui, en conformité avec les lois du pays dans lequel les soins sont prodigués, a reçu une formation complète et réussi les examens ou concours la sanctionnant.

Hôpital : il s'agit de tout établissement habilité possédant le titre d'hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il se situe et offrant aux patients une surveillance continue de la part d'un médecin. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme des hôpitaux : maisons de repos et de soins, thermes, centres de cure et de remise en forme.

Hospitalisation de jour : hospitalisation de jour planifiée et reçue dans un hôpital ou un centre médical de jour, comprenant une chambre d'hôpital et les soins infirmiers, ne nécessitant pas la garde du/de la patient(e) pendant la nuit, et pour laquelle une autorisation de sortie est délivrée le jour même.

K

Kinésithérapie prescrite : traitement administré par un kinésithérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin. La kinésithérapie (prescrite, ou une combinaison de séances prescrites et non prescrites) est initialement limitée à 24 séances par pathologie, après lesquelles vous devez être examiné par le médecin généraliste qui vous a prescrit ces séances. Si davantage de séances sont requises, un nouveau rapport médical sur l'avancée du traitement doit nous être envoyé. La kinésithérapie exclut certains traitements tels que le Rolfing, les massages, la méthode Pilates, la fangothérapie et la thérapie MILTA.

L

Lunettes et lentilles de contact prescrites : il s'agit du coût d'achat de lentilles de contact ou de lunettes pour corriger la vision, prescrites par un optométriste ou un ophtalmologiste. La couverture est limitée au montant indiqué dans le tableau des garanties.

M

Maladie : toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen, un traitement ou qui entraîne une incapacité de travail. Les maladies congénitales sont les pathologies qui sont présentes à la naissance de l'enfant (ATSG, Article 3 « Krankheit »).

Maternité : Il s'agit des coûts médicalement nécessaires engagés lors de la grossesse et l'accouchement. Cela comprend les frais d'hospitalisation, les frais de spécialiste, les soins prénatals et postnatals de la mère, les frais de sage-femme (pendant l'accouchement uniquement) et les soins du nouveau-né (voir la définition « Soins du nouveau-né » pour plus d'informations sur cette garantie et connaître les plafonds qui s'appliquent au traitement hospitalier pour les enfants adoptés et placés en famille d'accueil, pour tous les enfants nés par gestation pour autrui et pour les naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement

assistée). Les césariennes qui ne sont pas médicalement nécessaires sont couvertes dans la limite du coût d'un accouchement naturel réalisé dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie. Les césariennes médicalement nécessaires sont couvertes par la garantie « Complications à l'accouchement ».

Si la garantie « Accouchement à domicile » fait partie de votre couverture, nous prendrons en charge les frais jusqu'au montant indiqué dans le tableau des garanties en cas d'accouchement à domicile.

Médecin : docteur autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

Médecin généraliste (honoraires) : traitement non chirurgical pratiqué ou administré par un médecin généraliste.

Médicaments prescrits couverts par LAMal : produits prescrits par un médecin, y compris l'insuline, les seringues ou les aiguilles hypodermiques, qui ont été prescrits afin de traiter une maladie ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Les médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé sur la condition médicale traitée et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits, et être couverts par LAMal.

N

Nécessité médicale : soins, services et matériels qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

- (a) être nécessaires pour définir ou soigner votre état, maladie ou blessure ;
- (b) être appropriés à vos symptômes, votre diagnostic ou votre traitement ;
- (c) être conformes aux pratiques médicales généralement reconnues et aux standards professionnels de la communauté médicale en application au moment des soins. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de votre couverture ;
- (d) être requis pour des raisons autres que votre confort ou votre commodité ou le confort ou la commodité de votre médecin ;
- (e) avoir un effet médical prouvé et démontré. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de votre couverture ;
- (f) être considérés comme du type et du niveau de service le plus approprié ;
- (g) être prodigués dans un établissement et une salle appropriés et être de qualité appropriée pour traiter votre état médical ;
- (h) être fournis uniquement durant une période appropriée.

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

Nous/Notre/Nos : APRIL International.

O

Obésité : elle est diagnostiquée lorsqu'une personne présente un indice de masse corporelle supérieur à 30.

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

Orthodontie : usage d'appareils pour corriger une malocclusion (mauvaise posture des dents et mâchoires). Nous ne couvrons que les traitements orthodontiques qui répondent aux critères de nécessité médicale décrits ci-dessous. Les critères étant très techniques, veuillez nous contacter avant de commencer le traitement afin que nous puissions vérifier s'il répond aux critères.

Critères de nécessité médicale :

- (a) surplomb antérieur > 6 mm mais ≤ 9 mm ;
- (b) occlusion inversée > 3,5 mm sans problème de mastication ou d'élocution ;
- (c) articulé croisé antérieur ou postérieur > 2 mm de décalage entre la position de contact et la position d'intercuspidie ;
- (d) déplacements importants des dents > 4 mm ;
- (e) béance antérieure ou latérale importante > 4 mm ;
- (f) supraclusion avec douleurs gingivales ou morsure palatine ;
- (g) agénésie dentaire peu sévère pour laquelle un traitement d'orthodontie préalable ou une fermeture de l'espace orthodontique est nécessaire pour éviter la mise en place de prothèses ;
- (h) articulé croisé postérieur (position linguale) sans contact occlusal sur une ou plusieurs dents ;
- (i) occlusion inverse > 1 mm mais < 3,5 mm avec des problèmes de mastication et d'élocution ;
- (j) dents partiellement incluses, incluses et penchées contre les dents adjacentes ;
- (k) dents surnuméraires existantes.

Vous devrez nous envoyer des documents justifiant de la nécessité médicale de votre traitement afin qu'il soit pris en charge par votre couverture. Les informations que nous demandons peuvent inclure, sans toutefois s'y limiter :

- > un rapport médical produit par le spécialiste qui indique le diagnostic (le type de malocclusion) et décrit les symptômes causés par le problème orthodontique ;
- > un plan de traitement avec une estimation de la durée et des coûts du traitement ainsi que le type de matériel utilisé ;
- > les modalités de paiement convenues avec le prestataire de santé ;
- > une preuve de paiement du traitement ;
- > des photographies de la mâchoire montrant clairement la dentition avant le traitement ;
- > des photographies cliniques de la mâchoire en occlusion centrale de face et de côté ;
- > les orthopantomogrammes (radiographies panoramiques) ;
- > les radiographies de profil (radiographies céphalométriques) ;
- > tout autre document dont nous avons besoin pour traiter la demande de remboursement.

Nous ne couvrirons que le coût des appareils métalliques standard et/ou des appareils amovibles standard. Cependant, les appareils esthétiques, tels que les appareils dentaires d'orthodontie linguale et les gouttières invisibles, sont couverts à hauteur des frais d'un appareil dentaire métallique standard, et dans la limite du plafond de la garantie « Soins d'orthodontie ».

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

P

Par écrit : la déclaration doit être fournie dans un document ou un formulaire approprié permettant la conservation du document écrit. Cela comprend, par exemple, les lettres, les fax ou les e-mails. La personne effectuant la déclaration doit être nommée et doit apparaître à la fin de cette déclaration.

Pathologie chronique : il s'agit d'une maladie ou d'une blessure qui dure plus de six mois ou qui exige une intervention médicale (par ex. bilan de santé ou traitement) au moins une fois par an. Elle doit également avoir une des caractéristiques suivantes :

- > être de nature récurrente ;
- > être sans remède identifié et généralement reconnu ;
- > répondre difficilement à tout type de traitement ;
- > requérir un traitement palliatif ;
- > conduire à un handicap permanent.

Pathologie préexistante : problème de santé ou problème découlant de ce dernier dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie et qui est indiqué sur le bulletin d'adhésion (Articles 4 et 5 de la VVG). Les pathologies préexistantes doivent être déclarées et sont soumises à une souscription médicale. Si des pathologies préexistantes ne sont pas déclarées, votre police sera annulée (Articles 6 et 98 de la VVG).

Pays d'origine : pays pour lequel vous possédez un passeport en cours de validité ou votre pays de résidence principal.

Produits prescrits de thérapie de substitution à la nicotine : lorsque cette garantie apparaît dans le tableau des garanties, seuls les produits de thérapie de substitution à la nicotine prescrits par un médecin agréé et dans le but d'arrêter de fumer sont couverts, et ce jusqu'au montant maximum indiqué dans votre tableau des garanties.

Prothèses dentaires : cela comprend les couronnes, inlays, onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collée, bridges, dentiers et implants, ainsi que tous les traitements auxiliaires nécessaires.

Psychiatrie et psychothérapie : traitement d'un trouble mental, comportemental, ou de la personnalité, y compris les troubles du spectre autistique et les troubles alimentaires. Le traitement doit être suivi par un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute agréé. La pathologie doit être cliniquement grave et le traitement doit être médicalement nécessaire. Tous les soins de jour ou en hospitalisation doivent comprendre des médicaments soumis à prescription médicale pour soigner la pathologie.

Q

Quote-part : pourcentage des frais que vous devez payer. Si une garantie est remboursée à hauteur de 80 %, cela signifie qu'une quote-part de 20 % s'applique, donc nous paierons 80 % des coûts de chaque traitement éligible par personne assurée, par année d'assurance.

R

Rééducation : traitements sous la forme d'une combinaison de thérapies, telle que la thérapie physique, l'ergothérapie et l'orthophonie. La rééducation a pour but de restaurer une forme ou une fonction normale après une blessure, une maladie grave ou une intervention chirurgicale. Le traitement doit avoir lieu dans un établissement de rééducation agréé et doit commencer dans les 14 jours qui suivent la sortie d'hôpital, après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une maladie aiguë.

S

Séjour prescrit en station thermale : il s'agit d'un séjour médical prescrit nécessitant une eau minérale et ses produits dérivés. L'établissement doit assurer suivi et surveillance médicale à ses patients. Un formulaire d'entente préalable est requis pour toute admission dans un établissement de cures thermales.

Service de consultation par vidéo conférence : il fournit un accès direct à un médecin par le biais d'une plateforme de télécommunication. Cette garantie prend en charge les coûts des consultations vidéo, comme indiqué dans votre tableau des garanties, et offre des conseils médicaux, un diagnostic et la délivrance d'une ordonnance, si besoin, pour des soins médicaux non urgents. L'accès aux services de télécommunication et aux ordonnances dépendra de la zone géographique de l'affilié(e) et des réglementations locales du pays. Vous pouvez prendre rendez-vous pour discuter avec un médecin généraliste en anglais, sous réserve de disponibilité. Certains prestataires externes sont susceptibles de proposer d'autres langues. Le coût des médicaments n'est pas inclus, mais la livraison des médicaments ou l'orientation du patient sont susceptibles d'être inclus dans cette garantie, même lorsqu'ils sont prescrits ou recommandés lors de la téléconsultation.

Soin/traitement : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager une maladie ou une blessure.

Soins à domicile ou dans un centre de convalescence : soins infirmiers reçus immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation ou de soins de jour en hôpital pour lesquels vous qualifiez. Nous ne rembourserons que le montant de garantie mentionné dans le tableau des garanties s'il est médicalement nécessaire pour l'employé assuré de séjourner dans un centre de convalescence ou qu'une infirmière soit présente à son domicile. Les séjours en station thermale, en centre de cure ou de remise en forme ne sont pas pris en charge.

Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture : soins d'urgence reçus au cours de voyages d'affaires ou touristiques en dehors de votre zone de couverture. La couverture est fournie pour une période maximum de six semaines par voyage et limitée au plafond global. Cette couverture comprend les traitements requis en cas d'accident, ou d'apparition soudaine ou de dégradation d'une maladie grave présentant un danger immédiat pour votre santé. Les soins prodigués par un médecin doivent commencer dans les 24 heures qui suivent l'urgence. Vous ne serez pas couvert pour les soins de suivi ou thérapeutiques non urgents, et ce même si vous êtes dans l'incapacité de vous rendre dans un pays de votre zone géographique de couverture. Les frais liés à la maternité, grossesse, accouchement ou toute complication durant la grossesse ou l'accouchement sont exclus de cette garantie. Vous devez nous contacter si vous voyagez plus de six semaines en dehors de votre zone de couverture.

Soins à domicile ou dans un centre de convalescence : soins infirmiers reçus immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation ou de soins de jour en hôpital pour lesquels vous qualifiez. Nous ne rembourserons que le montant de garantie mentionné dans le tableau des garanties s'il est médicalement nécessaire pour l'employé assuré de séjourner dans un centre de convalescence ou qu'une infirmière soit présente à son domicile. Les séjours en station thermale, en centre de cure ou de remise en forme ne sont pas pris en charge.

Soins d'urgence sans hospitalisation : soins reçus aux urgences pendant les 24 heures suivant un accident ou une maladie soudaine mais qui ne nécessitent pas la garde médicale du patient pendant la nuit. Toutefois, si votre police comprend une formule Médecine courante, celle-ci prendra en charge le montant des soins qui excède le plafond de la garantie des « Soins d'urgence sans hospitalisation ». Le cas échéant, les conditions de la formule Médecine courante s'appliqueront.

Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation : ils désignent les soins dentaires d'extrême urgence pour soulager la douleur suite à un accident grave et nécessitant une admission à l'hôpital. Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'incident. Cette garantie ne couvre pas les soins dentaires de routine, la chirurgie dentaire, les prothèses dentaires et les soins d'orthodontie et de parodontie. Si ces soins sont couverts, ils figureront à part dans le tableau des garanties.

Soins du nouveau-né : il s'agit des examens, analyses et soins indispensables suivants nécessaires après la naissance :

- > ensemble de moyens et méthodes permettant d'évaluer l'intégrité fonctionnelle (organes et structure osseuse) du nouveau-né ;
- > un examen auditif ;
- > tests de dépistage de la PCU, de l'hypothyroïdie congénitale et de déficit en G6PD ;
- > injection de vitamine K, vaccination contre l'hépatite B et vaccination par la BCG.

Votre couverture ne comprend pas les procédures de diagnostic préventif, telles que les tampons à prélèvement et la détermination du groupe sanguin. Tout autre traitement ou examen médicalement nécessaire est couvert selon les conditions de la police d'assurance du nouveau-né (si le nouveau-né a été ajouté en tant qu'ayant droit).

Le traitement hospitalier pour les naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée et pour tous les enfants nés par gestation pour autrui, est limité à 39 000 CHF par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.

Soins en médecine courante : traitements pratiqués par un médecin, thérapeute ou spécialiste dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessite pas votre admission dans un hôpital.

Soins orthomoléculaires : traitement alternatif visant à rétablir l'équilibre biochimique d'un individu à l'aide de suppléments. Ces soins utilisent des substances naturelles comme les vitamines, les minéraux, les enzymes et les hormones.

Soins palliatifs : sont pris en charge les frais relatifs aux traitements reçus dans le but d'apaiser les souffrances physiques et psychologiques causées par une maladie évolutive et incurable et à maintenir une certaine qualité de vie. Les traitements hospitaliers, de jour ou ambulatoires administrés suite au diagnostic, établissant que la maladie est en phase terminale, sont pris en charge. Cette garantie prévoit le remboursement des soins physiques et psychologiques, ainsi que celui des frais de chambre en hôpital ou en hospice, des soins infirmiers et des médicaments délivrés sur ordonnance.

Soins postnatals : soins médicaux post-partum de routine reçus par la mère jusqu'à six semaines après l'accouchement.

Soins prénatals : dépistages et examens de suivi classiques nécessaires durant la grossesse. Pour les femmes âgées de 35 ans et plus, cela inclut les tests triples (Bart's) ou quadruples, les tests pour le spina bifida, les amniocentèses, et les analyses ADN directement liées à une amniocentèse couverte par la police d'assurance.

Spécialiste : médecin diplômé possédant l'expérience et les qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité reconnue, ce qui comprend les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention dans un domaine particulier de la médecine.

Spécialiste (honoraires) : frais liés aux soins non chirurgicaux pratiqués ou administrés par un médecin agréé. Cette garantie ne couvre pas les frais de consultation d'un psychiatre, d'un psychologue ou de tout autre traitement déjà couvert par une autre garantie dans votre tableau des garanties. Nous ne couvrons pas les traitements de spécialistes qui sont exclus de votre police.

T

Thérapeute : chiropracteur, ostéopathe, médecin herboriste chinois, homéopathe, acupuncteur, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute ou orthoptiste qualifiés et diplômés en vertu des lois du pays dans lequel le traitement est administré.

Traitement de la stérilité : toute recherche complémentaire nécessaire afin d'établir la cause de la stérilité telle que l'hystérosalpingographie, la laparoscopie ou l'hystérogographie sera également couverte. Cela couvre également les traitements tels que la fécondation In vitro (FIV), pour les cas diagnostiqués d'infertilité. Nous couvrirons les frais pour la personne assurée qui reçoit les soins, dans la limite du plafond indiqué dans le tableau des garanties. Vous ne pouvez pas utiliser la couverture de votre conjoint/partenaire assuré pour des frais qui dépassent le plafond de votre garantie. Tous les examens non-invasifs destinés à déterminer les causes de la stérilité sont couverts dans les limites de votre formule Médecine courante (si vous en avez une). Les « Analyses et examens médicaux », les « Honoraires de médecin généraliste » et les « Médecins spécialistes » sont des exemples de garanties qui couvrent les examens non-invasifs.

Le traitement hospitalier pour les naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, pour tous les enfants nés par gestation pour autrui, et pour les enfants adoptés et placés en famille d'accueil est limité à 39 000 CHF par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.

Traitement hospitalier : traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde médicale de l'assuré pendant la nuit.

Traitement paramédical : traitement thérapeutique ou diagnostique ne répondant pas aux critères de la médecine occidentale conventionnelle. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour savoir si les traitements suivants sont pris en charge : la chiropraxie, l'ostéopathie, la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie, l'acupuncture et la podologie telles qu'elles sont pratiquées par des thérapeutes agréés.

Traitement préventif : traitement reçu en l'absence de tout symptôme préalable (par exemple l'ablation d'une excroissance précancéreuse). Cette garantie est couverte lorsqu'elle est indiquée dans votre tableau des garanties.

Transport local en ambulance : il s'agit du transport en ambulance, requis en cas d'urgence ou de nécessité médicale, à destination de l'hôpital ou de l'établissement médical habilité le plus proche et le mieux adapté à la situation.

U

Urgence : apparition d'un problème de santé soudain et imprévu, qui nécessite une assistance médicale d'urgence. Seuls les soins commençant dans les 24 heures suivant l'incident sont couverts.

V

Vaccinations : Il s'agit de :

- > tous les vaccins et rappels exigés par les autorités sanitaires du pays dans lequel ils sont administrés ;
- > le vaccin contre la Covid-19*, s'il n'est pas fourni gratuitement ou s'il n'est que partiellement subventionné par le gouvernement de votre pays de résidence ;
- > toute vaccination médicalement nécessaire avant un voyage ;
- > la prophylaxie antipaludéenne.

Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont couverts.

* Nous prenons en charge le vaccin contre la Covid-19 si :

- > la procédure de développement clinique obligatoire a été complétée et le vaccin a passé tous les tests cliniques pré-homologation (phase I, II et III) qui démontrent qu'il est efficace et sans danger ;
- > la procédure d'autorisation en plusieurs étapes de l'autorité de réglementation compétente a été complétée et le vaccin est homologué pour utilisation dans la juridiction où il est requis ;
- > le vaccin n'est pas fourni gratuitement ou n'est que partiellement subventionné par le gouvernement du pays dans lequel vous résidez.

Nous couvrons les frais raisonnables et d'usage du vaccin contre la Covid-19, y compris l'administration de l'injection, conformément aux politiques locales de santé publique en matière de distribution des vaccins. Nous ne prenons pas en charge les frais de transport si vous décidez de vous rendre dans un pays différent de celui dans lequel vous résidez habituellement afin de vous faire vacciner. Veuillez noter que la couverture n'a pas pour but de vous donner un accès prioritaire aux vaccins.

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

VVG : la VVG fait référence à *Versicherungsvertragsgesetz*, une loi fédérale sur les contrats d'assurance en Suisse.

Exclusions

Bien que la plupart des traitements médicalement nécessaires soient pris en charge, les dépenses suivantes sont exclues, sauf indication contraire dans le tableau des garanties ou dans tout autre avenant écrit.

ACQUISITION D'UN ORGANE

Les dépenses occasionnées lors de l'acquisition d'un organe, telles que la recherche d'un donneur, les tests de compatibilité, la collecte, le transport et les frais administratifs.

BLESSURES RÉSULTANT D'UNE PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS SPORTIVES PROFESSIONNELLES

Les traitements ou procédures diagnostiques pour des blessures résultant d'une participation à des activités sportives professionnelles.

CHANGEMENT DE SEXE

Toute opération ou traitement lié à un changement de sexe.

CHIRURGIE PLASTIQUE

Tout traitement prodigué par un chirurgien plasticien, que ce soit pour des raisons médicales/psychologiques ou non, ainsi que tout traitement cosmétique ou esthétique afin de mettre en valeur votre apparence, même lorsque ces soins ont été médicalement prescrits. L'exception à cette exclusion est la chirurgie réparatrice dans le but de rétablir une fonction ou un aspect physique après un accident défigurant, ou à la suite d'une chirurgie liée au traitement d'un cancer, à condition que l'accident ou l'acte chirurgical soit survenu pendant la durée de votre couverture.

COMPLICATIONS CAUSÉES PAR DES PATHOLOGIES QUI NE SONT PAS PRISES EN CHARGE PAR VOTRE COUVERTURE

Les frais engendrés par des complications causées directement par une maladie, une blessure ou un traitement non pris en charge par votre couverture.

CONSULTATIONS PRATIQUÉES PAR VOUS OU UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Toute consultation pratiquée et tout médicament ou soin prescrit par vous, votre conjoint, par l'un de vos parents ou l'un de vos enfants.

CONTAMINATION CHIMIQUE ET RADIOACTIVITÉ

Le traitement des maladies directement ou indirectement liées à une contamination chimique, à la radioactivité ou à tout matériau nucléaire, y compris la fission du combustible nucléaire.

ÉCHEC DE LA RECHERCHE OU DU SUIVI D'UN CONSEIL MÉDICAL

Le traitement nécessaire suite à l'échec de la recherche ou du suivi d'un conseil médical.

ERREUR MÉDICALE

Le traitement nécessaire suite à une erreur médicale.

FACETTES DENTAIRES

Les facettes dentaires et procédures connexes.

FRAIS DE TRANSPORT

Les frais de transport vers et depuis les établissements médicaux (dont les frais de parking) pour un traitement pris en charge, sauf les frais de transport couverts par la garantie « Transport local par ambulance ».

FRAIS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Les frais pour remplir le formulaire de demande de remboursement ou d'autres frais administratifs.

GESTATION POUR AUTRUI

Tout traitement directement lié à la gestation pour autrui, que vous soyez la mère porteuse ou le parent d'accueil.

NÉGLIGENCE OU ACCIDENT DONT LA CAUSE EST DÉLIBÉRÉE

En cas de négligence grave ou d'accident dont la cause serait délibérée, notamment lors de consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, le versement des garanties peut être réduit ou rejeté dans certains cas graves.

ORTHOPHONIE

L'orthophonie pour traiter le retard de développement, la dyslexie, la dyspraxie ou les troubles du langage et de l'expression.

PARTICIPATION À UNE GUERRE OU À DES ACTES CRIMINELS

Décès ou traitement pour toute maladie, affection ou blessure résultant d'une participation active aux situations suivantes, que la guerre ait été déclarée ou non :

- > la guerre ;
- > des émeutes ;
- > des désordres civils ;
- > des actes terroristes ;
- > des actes criminels ;
- > des actes illégaux ;
- > des actes contre une intervention étrangère.

PERTE OU REMPLACEMENT DES CHEVEUX

Les diagnostics et traitements liés à la perte, à l'implant ou au remplacement de cheveux, à moins que la perte des cheveux ne soit due au traitement d'un cancer.

PRODUITS ACHETÉS SANS ORDONNANCE

Les médicaments qui peuvent être achetés sans ordonnance, à moins qu'une garantie spécifique couvrant ces frais n'apparaisse dans votre tableau des garanties.

SOINS ORTHOMOLÉCULAIRES

Veuillez consulter la définition des « Soins orthomoléculaires ».

STÉRILISATION, DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS ET CONTRACEPTION

Les diagnostics, traitements ou complications liés à :

- > la stérilisation ;
- > des dysfonctionnements sexuels (à moins que ce trouble ne soit lié à une prostatectomie totale à la suite de l'opération d'un cancer) ;
- > la contraception (y compris l'insertion ou l'extraction d'appareils contraceptifs, et tout autre contraceptif, même s'ils sont prescrits pour raisons médicales). La seule exception est la prescription de contraceptifs pour soigner l'acné, s'ils sont prescrits par un dermatologue.

TESTS GÉNÉTIQUES

Les tests génétiques :

- > à moins que des tests génétiques spécifiques ne fassent partie de votre couverture ;
- > et à l'exception des tests d'ADN directement liés à une amniocentèse, à savoir pour les femmes âgées de 35 ans ou plus.

Les tests pour les récepteurs génétiques tumoraux sont couverts.

TESTS TRIPLES (BART'S), QUADRUPLES OU POUR LE SPINA BIFIDA

Les tests triples (Bart's) ou Quadruples, ou les tests pour le Spina Bifida, hormis pour les femmes de 35 ans ou plus.

THÉRAPIES PAR LA MUSIQUE OU PAR LA VIDÉO

Les thérapies par la musique ou par la vidéo.

TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

Les tests et traitements liés à l'obésité.

TRAITEMENT EN DEHORS DE LA ZONE GÉOGRAPHIQUE DE COUVERTURE

Tout traitement en dehors de la zone géographique de couverture, à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence ou que nous ayons autorisé le traitement.

TRAITEMENT PARAMÉDICAL

Les traitements paramédicaux, à l'exception des traitements indiqués dans le tableau des garanties.

TRAITEMENTS OU MÉDICAMENTS EXPÉRIMENTAUX OU DONT LES EFFETS NE SONT PAS PROUVÉS

Toute forme de traitement ou de médicament qui nous semble expérimental ou dont les effets ne sont pas prouvés conformément aux pratiques médicales généralement reconnues.

TRAITEMENTS QUI NE SONT PAS INDIQUÉS DANS VOTRE TABLEAU DE GARANTIES

Les traitements, les procédures et soins médicaux suivants, ou n'importe quelles conséquences négatives ou complications en résultant, ne sont pas couverts sauf indication contraire dans le tableau des garanties :

- > soins dentaires, chirurgie dentaire, parodontologie, orthodontie et prothèses dentaires, à l'exception de la stomatologie et de la chirurgie maxillo-faciale, qui sont couvertes dans la limite du plafond global de votre formule Hospitalisation ;
- > lunettes et lentilles de contact prescrites ;
- > produits prescrits de thérapie de substitution à la nicotine ;
- > vaccinations ;
- > traitement préventif ;
- > bilans de santé ;
- > correction visuelle au laser ;
- > orthoptie ;
- > ergothérapie.

VISITES À DOMICILE

La visite à domicile d'un médecin à moins que celle-ci n'ait été rendue nécessaire par l'apparition soudaine d'une maladie qui vous empêche de vous rendre chez votre médecin ou thérapeute.

VITAMINES ET MINÉRAUX

Les produits classés comme vitamines et minéraux, les laits maternisés et produits cosmétiques spéciaux, sauf s'ils sont pris en charge par LAMal/KVG.

Garanties d'assistance

Fournies par Allianz Assistance



Conditions Générales d'Assurance

Assistance PolyTech Care

Renseignements aux consommateurs conformément à la loi fédérale suisse sur le contrat d'assurance (VVG)

Les renseignements fournis ci-après aux consommateurs sont destinés à fournir une indication claire et concise de l'identité de l'assureur et des principaux éléments du contrat d'assurance (Art. 3 de la loi fédérale suisse en matière de contrats d'assurances [VVG]).

Qui est l'assureur ?

L'assureur est AWP P&C S.A, Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse), la succursale suisse d'AWP P&C S.A, Saint-Ouen, France, une société anonyme régie par le Code des assurances. No. 519 490 080 RCS Paris. Succursale suisse enregistrée à Zürich. No.: CHE-115.393.016, adresse : Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen.

Quels sont les risques pris en charge par l'assurance et quelle est l'étendue des prestations de la couverture d'assistance ?

Les risques assurés et l'étendue de la couverture d'assurance sont définis dans le Certificat d'Assurance et dans les Conditions Générales d'Assurance ci-après (AVB).

Quelles sont les personnes assurées ?

Les particuliers définis dans la demande et nommément désignés dans le Certificat d'Assurance.

Quelles sont les principaux cas d'exclusion ?

- > Les événements qui se sont déjà réalisés au moment de la souscription de la police d'assurance groupe ou de la déclaration de l'événement, ou les événements que l'assuré aurait dû connaître au moment de l'adhésion à la police d'assurance groupe ou de la déclaration de l'événement.
- > Les événements liés à des épidémies ou à des pandémies.
- > Les événements liés à la participation à des actions risquées, lorsque l'individu s'expose sciemment à un danger.

La présente liste ne mentionne que les exclusions les plus fréquentes. D'autres exclusions sont indiquées dans les Conditions Générales d'Assurance ci-après et du VVG.

Quel est le montant de la prime ?

Le niveau de la prime dépend des risques assurés dans chaque cas et de la couverture souhaitée. Le niveau de la prime est défini au moment de l'adhésion et est indiqué dans le Certificat d'Assurance.

Quelles sont les obligations du preneur d'assurance et/ou des personnes assurées ?

- > Respecter intégralement leurs obligations contractuelles et légales de notification, d'information et de comportement (comme par exemple la notification immédiate à Allianz Assistance de toute perte/dommage).
- > De faire tout ce qui est en leur pouvoir pour minimiser et clarifier les pertes/dommages (par exemple en autorisant des tiers à fournir les documents nécessaires, les informations, etc. à Allianz Assistance pour clarifier le dossier de perte/dommage).

La présente liste ne mentionne que les obligations les plus fréquentes. D'autres exclusions sont indiquées dans les Conditions Générales d'Assurance ci-après et du VVG.

Quand commence et quand prend fin l'assurance ?

Les dates de début et de fin de l'assurance figurent dans l'adhésion et sont indiquées dans le Certificat d'Assurance.

Comment Allianz Assistance gère-t-elle la protection des informations et des données ?

La protection de vos données personnelles est notre priorité. Cette notification récapitulative ainsi que notre notification de confidentialité complète expliquent comment nous protégeons votre vie privée. Pour lire notre notification sur la protection des données, rendez-vous sur https://www.allianz-travel.ch/fr_CH/protection-des-donnees.html.

Nous recueillerons vos données personnelles à partir de diverses sources, notamment les données que vous nous fournissez et/ou que nous recevons de certains tiers tels que des intermédiaires et des partenaires de distribution. Nous aurons besoin de vos données personnelles si vous souhaitez acheter nos produits et services et nous traiterons vos données personnelles à des fins diverses, notamment la conclusion, l'administration et l'exécution de contrats avec vous, la protection de nos intérêts légitimes ou ceux de tiers ainsi que la conformité à toute obligation légale. Nous pouvons partager vos données personnelles avec des prestataires de services qui effectuent des opérations commerciales pour notre compte, pour d'autres sociétés du groupe Allianz, d'autres assureurs, coassureurs, réassureurs, intermédiaires d'assurance, autorités publiques et pour se conformer à toute obligation légale. Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de la Suisse, par exemple dans l'espace économique européen (EEE) ou dans des pays non européens. Si nous transférons vos données personnelles en dehors de l'EEE à d'autres sociétés du groupe Allianz, nous le ferons sur la base des Règles d'Entreprise Contraignantes (BCR – Binding Corporate Rules) approuvées par Allianz. Lorsque les BCR d'Allianz ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures pour nous assurer qu'un niveau de protection adéquat est fourni pour les transferts de données personnelles en dehors de l'EEE. Si vous avez des questions sur la façon dont nous utilisons vos données personnelles, ou si vous souhaitez exercer le droit d'une personne concernée, c'est-à-dire d'accéder à vos données personnelles ou d'en restreindre le traitement, de retirer votre consentement lorsque vous l'avez précédemment donné, de demander la correction ou la suppression de vos données, ou pour faire une réclamation, vous pouvez nous contacter à tout moment à privacy.ch@allianz.com.

Conditions Générales d'Assurance

L'assurance de protection fournie par AWP P&C S.A, Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse), la succursale suisse d'AWP P&C S.A, Saint-Ouen, France, une société anonyme régie par le Code des assurances. No. 519 490 080 RCS Paris. Succursale suisse enregistrée à Zürich. No.: CHE-115.393.016, adresse : Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen (ci-après Allianz Assistance) est définie par le Certificat d'Assurance et par les Conditions Générales d'Assurance ci-après.

1. Personne assurée

L'assurance couvre la personne désignée dans le Certificat d'Assurance.

2. Secteur géographique

La région de couverture sera indiquée dans le Certificat d'Assurance.

3. Entrée en vigueur et durée de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'Assurance et s'applique pendant la durée indiquée sur le Certificat d'Assurance.

4. Événements couverts et garanties

1. Assistance

1. Rapatriement sanitaire

1. Si nécessaire, Allianz Assistance organise le rapatriement pour motif sanitaire dans les conditions suivantes :
 - (a) Vers la Suisse si les soins hospitaliers ou le traitement médical se révèlent impossibles ou inappropriés dans le pays de l'événement ou dans le pays d'origine.

- (b) Vers le pays le plus proche (Suisse ou pays d'origine) si les soins hospitaliers ou le traitement médical s'avèrent impossibles ou inadéquats dans le pays de l'évènement.
 - (c) En Suisse si cela est justifié par des raisons médicales.
 - 2. Les frais de rapatriement par ambulance, vol régulier ou vol sanitaire vers l'hôpital désigné sont intégralement pris en charge par Allianz Assistance.
 - 3. La décision de rapatriement sera prise par Allianz Assistance seule, à défaut le bénéficiaire sera déchu de ses droits. Allianz Assistance organise le rapatriement sanitaire sur la base des décisions des conseillers médicaux mandatés par Allianz Assistance et des médecins qui ont examiné et traité la personne assurée au lieu de l'évènement.
 - 4. Aucun rapatriement ne sera organisé si les soins hospitaliers ou le traitement médical sur le lieu de l'évènement sont approuvés par les conseillers médicaux d'Allianz Assistance.
- 4.1.2 Rapatriement du corps
- 1. Si la personne assurée décède en Suisse ou à l'étranger Allianz Assistance prendra en charge les frais de rapatriement du corps ou des cendres jusqu'au domicile dans le pays d'origine de la personne assurée.
 - 2. Allianz Assistance prendra également en charge les frais exposés pour se conformer aux accords internationaux sur le rapatriement des dépouilles (cercueil en zinc, autres instructions), ainsi que les frais de crémation hors du pays d'origine.
- 4.1.3 Présence parentale en cas de séjour à l'hôpital de plus de 7 jours
- 1. En cas d'hospitalisation hors de Suisse ou du pays d'origine dont la durée prévisible est supérieure à 7 jours ou en cas de décès de la personne assurée hors de Suisse, Allianz Assistance se charge de l'organisation du voyage vers le lieu concerné pour un membre de la famille. Les frais de transport et de logement (hôtel et petit-déjeuner) seront pris en charge à hauteur de CHF 4 000 maximum par évènement.
 - 2. Le voyage doit dans tous les cas être organisé avec l'accord préalable d'Allianz Assistance.
 - 3. Les membres de la famille sont les seuls responsables du non respect des formalités douanières dans leur pays d'origine et de destination.
- 4.1.4 Suites d'un vol de documents
- 1. En cas de vol des documents personnels (passeport, visas, carte d'identité) hors de Suisse qui empêche de manière provisoire la poursuite du voyage par la personne concernée ou son retour vers sa résidence en Suisse, les frais supplémentaires de séjour (hôtel, petit-déjeuner, transports sur place) seront pris en charge par Allianz Assistance à hauteur de CHF 1 500 maximum - pour chaque évènement.
 - 2. L'avantage ne sera garanti que si la personne assurée a immédiatement porté plainte auprès des autorités de police du pays dans lequel elle se trouve ; la déclaration de vol doit être transmise à Allianz Assistance.
- 4.1.5 Transmission de messages urgents
- 1. Si la personne assurée est dans l'impossibilité de se déplacer ou de communiquer, Allianz Assistance prendra en charge la transmission de messages urgents aux membres de la famille pour les informer de la nature du problème et des mesures qui ont été adoptées.
 - 2. S'il s'avère impossible de contacter les membres de la famille, Allianz Assistance pourra contacter l'ambassade du pays d'origine de l'assuré.
 - 3. Allianz Assistance décline toute responsabilité en cas de préjudice direct ou indirect résultant des informations fournies.
- 4.2 Frais de recherches ou de secours
- Allianz Assistance coordonne les opérations de recherche et de sauvetage nécessaires. Les frais d'accompagnement sont couverts par Allianz Assistance à hauteur de CHF 30 000 - par assuré et par évènement.
- 4.3 Report de voyage en cas de changement des dates d'examens universitaires
- 1. Si les autorités universitaires décident de modifier les dates d'examen, rendant ainsi nécessaire de reporter le vol retour (vers le pays d'origine) ou de retarder le départ (vers le pays d'origine), Allianz Assistance paiera les frais supplémentaires de report/retard de départ jusqu'à CHF 150 maximum - par personne assurée et par année, à

condition que la réservation ait été faite avant que les autorités universitaires aient décidé de modifier les dates d'examen.

2. L'assuré transmettra à Allianz Assistance dès que possible les documents justificatifs suivants: attestation des autorités universitaires de modification des dates d'examen, confirmation de la réservation initiale, attestation indiquant les nouvelles dates de voyage et les frais de report facturés par le fournisseur du service.

5. Obligations en cas de perte/dommage

1. L'assuré est tenu de faire tout ce qui est en son pouvoir pour minimiser la perte/le préjudice et de le clarifier.
2. L'assuré est tenu de respecter entièrement ses obligations contractuelles ou légales en matière de notification, information ou comportement (y compris la notification immédiate de l'événement assuré au numéro de téléphone mentionné au point 5.6).
3. Si la perte/le dommage est la conséquence d'une maladie ou d'une blessure, l'assuré doit faire en sorte que le personnel médical qui le soigne soit relevé de son obligation de confidentialité à l'égard d'Allianz Assistance.
4. Si l'assuré est également en mesure de présenter des réclamations (pour lesquelles Allianz Assistance a indemnisé l'assuré) contre des tiers, il/elle doit préserver ces réclamations et les céder à Allianz Assistance.
5. Les documents suivants doivent être fournis à Allianz Assistance sur demande, en les envoyant à l'adresse suivante Allianz Assistance, Richtiplatz 1. 8304 Wallisellen, Suisse (concernant l'événement assuré) :
 - preuve de l'assurance (Certificat d'Assurance)
 - billets de transport (billets d'avion, de train)
 - reçus de frais imprévus (en original)
 - confirmation de réservation
 - documents et/ou certificats qui attestent que la perte/le préjudice s'est réalisé (par exemple certificat médical détaillé avec diagnostic, certificat de décès, rapport de police, etc.)
 - originaux des factures des frais supplémentaires assurés.
6. Afin de pouvoir réclamer à Allianz Assistance les garanties prévues par les points 4.1.1 à 4.1.3 et 4.2, veuillez nous informer immédiatement des événements ou des maladies assurés qui se sont réalisés. Vous pouvez joindre Allianz au **+41 44 283 33 60**.

6. Violation d'obligations

Si la personne titulaire du droit de présenter la réclamation viole ses obligations, Allianz Assistance est en droit de refuser ou de réduire ses garanties.

7. Événements non couverts/garanties

1. Les cas et les événements qui ne sont pas stipulés dans les présentes Conditions Générales d'Assurance.
2. Les événements qui se produisent sur le territoire des États-Unis d'Amérique ou pour le rapatriement vers le territoire des États-Unis d'Amérique.
3. Les événements qui se sont déjà produits au moment de la conclusion du contrat d'assurance.
4. Les réclamations résultant des conditions médicales qui étaient connues ou qui auraient dû être prévues avant le départ.
5. La consommation excessive d'alcool, de produits pharmaceutiques ou narcotiques.
6. La participation active à des grèves, à des troubles de toute nature, bagarres et combats.
7. La commission de crimes ou de délits volontaires, et en cas de tentative de commission de tels faits.
8. La participation à des entreprises risquées, des compétitions, des courses d'endurance ou d'autres activités à risques.
9. En cas de guerre, d'actes de terrorisme, de désordres de toute nature (révolution, rébellion, désordres intenses, actes de violence contre des personnes ou des biens communs lors de réunions ou d'émeutes), épidémies, pandémies, catastrophes naturelles et incidents impliquant des substances nucléaires, biologiques ou chimiques.

Cependant, si un assuré est frappé par de tels événements – à l'exception des épidémies, pandémies et incidents impliquant des substances nucléaires – alors qu'il se trouve déjà à l'étranger, la couverture demeurera applicable pendant 14 jours suivant le moment auquel ces événements se sont produits en premier lieu.

10. Voyage dans le but d'un traitement médical ou de chirurgie esthétique.
11. Lorsque l'événement dommageable a été délibérément causé par l'assuré.
12. Le rapatriement (pour raisons médicales ou en cas de décès) vers ou à partir de pays ou de zones vers lesquels le DFAE (Département fédéral suisse des affaires étrangères) déconseille de se rendre et les pays en état de guerre, de révolution, de rébellion ou d'autre désordre intérieur.
13. Les garanties des points 4.1.1 à 4.1.3 et 4.2, si Allianz Assistance n'a pas accepté par avance de fournir ses garanties.

8. Définitions

1. **Assistance** : aide apportée à l'assuré à l'occasion du voyage lorsqu'un accident ou tout autre incident assuré se produit. Une gamme de mesures humaines, techniques et, en second lieu, financières sont alors déployées pour assister l'assuré.
2. **Pays d'origine** : pays pour lequel vous possédez un passeport en cours de validité ou votre pays de résidence principal.
3. **Membres de la famille** : membres de la même famille (conjoint, père et mère, enfants, beaux-parents, grands-parents, frères et sœurs).

9. Clause d'assurance multiple

1. Si un assuré dispose d'un droit en vertu d'un autre contrat (assurance volontaire ou obligatoire) la couverture est limitée à la part d'Allianz Assistance à calculer conformément à la réglementation légale sur l'assurance multiple. Les frais généraux ne seront remboursés qu'une seule fois.
2. Si Allianz Assistance a néanmoins fourni des garanties pour la même perte/préjudice, celles-ci devront être considérées comme des paiements anticipés, et l'assuré devra céder son droit de recours contre le tiers (tiers, assurance volontaire ou obligatoire) à Allianz Assistance dans les mêmes proportions.

10. Prescription

La prescription pour les réclamations en vertu des contrats d'assurance est de 2 ans à compter de l'événement sur lequel la garantie est fondée.

11. Tribunal compétent et droit applicable

1. Les actions dirigées contre Allianz Assistance peuvent être introduites devant le tribunal de son siège social ou celui de la résidence en Suisse de l'assuré ou de la personne titulaire d'un droit de réclamation.
2. La loi suisse régissant le contrat d'assurance (la Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, ou VVG) s'applique à tout ce qui n'est pas régi par les présentes dispositions.

12. Adresse de contact

Allianz Assistance, Richtiplatz 1. 8304 Wallisellen, Suisse.

Conditions générales d'assurance

Ce document comprend des informations importantes sur votre police, et doit être lu conjointement avec le guide des conditions générales pour plus d'informations sur votre couverture.

1. Votre couverture d'assurance

Le but de la police d'assurance PolyTech Care est d'offrir une couverture santé aux étudiants étrangers, chercheurs, stagiaires et personnes au pair inscrits dans un établissement de formation et résidant en Suisse, dans le cadre de l'article 2 section 4 de l'Ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal). Cette couverture n'est pas disponible pour les étudiants suisses, qui doivent souscrire une couverture LAMal auprès d'un assureur santé suisse.

Votre couverture d'assurance reflète la couverture prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie en Suisse. Les frais de santé sont couverts pendant votre séjour dans votre zone de couverture, conformément aux articles 25-31 de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) et selon les conditions générales des articles 32-33 LAMal 832.10 et de leurs dispositions, notamment l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS 832.112.31). Cela s'applique aux garanties d'assurance santé en cas de maladie ou d'accident (à condition que l'accident ne soit pas pris en charge par une autre assurance), et en cas de grossesse.

La couverture d'assurance complémentaire s'ajoute aux garanties mentionnées ci-dessus, et est détaillée dans les conditions générales spécifiques de votre guide.

2. Couverture d'assurance équivalente selon LAMal et exemption

Pour être exempté(e) de l'assurance maladie obligatoire en Suisse, vous devez obtenir une couverture d'assurance équivalente. Conformément à l'article 2 section 4 de l'Ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal), l'assureur doit offrir une couverture d'assurance complète selon les articles 25-31 de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) 832. Une exemption à l'assurance obligatoire LAMal peut ainsi être obtenue par le canton pour une durée de 3 ans, avec une extension possible de 3 ans supplémentaires.

La couverture PolyTech Care que vous avez achetée vous offre une couverture égale ou supérieure à une assurance LAMal.

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

N'hésitez pas à nous contacter au **+33 1 59 13 39 98** si vous avez des questions sur l'étendue de votre couverture.

2.1 Ce qui est pris en charge conformément aux articles 25 à 31 de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) 832, et où trouver plus d'informations ?

Les garanties prises en charge conformément aux articles 25 à 31 de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) 832 sont disponibles [ici](#).

L'ordonnance qui explique en détails l'étendue de la couverture d'assurance s'intitule OPAS (Ordonnance sur les prestations d'assurance des soins) 832.112.31, et est disponible [ici](#).

Votre couverture d'assurance équivalente prend en charge tous les coûts des médicaments prescrits par un médecin et admis sur la «liste des spécialités». La liste complète est disponible [ici](#).

Plusieurs vaccinations sont couvertes conformément aux directives et recommandations de la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Veuillez cliquer [ici](#).

Votre couverture d'assurance équivalente prend également en charge les moyens et appareils prescrits, tels que le matériel pour les pansements, les appareils d'inhalation et de thérapie respiratoire, ou le matériel d'incontinence, jusqu'à un certain montant maximum indiqué sur la liste publique des moyens et appareils (LiMA). Veuillez cliquer [ici](#) pour de plus amples informations.

3. Informations concernant votre couverture d'assurance

3.1 Étendue de la couverture

L'étendue de la couverture est définie par :

- > la police d'assurance (le certificat d'assurance) ;
- > le tableau des garanties ;
- > l'accord écrit ;
- > les conditions générales telles qu'elles apparaissent dans ce document et dans le guide ;
- > les exigences réglementaires de la loi sur l'assurance ;
- > toute autre disposition légale applicable.

3.2 Étendue des garanties

L'étendue des garanties de la «couverture d'assurance équivalente à LAMal», pour les soins prescrits conformément à l'article 2 section 4 de l'Ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal), repose sur la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) 832 et ses dispositions applicables, y compris l'Ordonnance sur les prestations d'assurance des soins (OPAS).

Toute couverture d'assurance complémentaire, et supérieure à l'assurance de base prévue par la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), apparaît séparément dans votre tableau des garanties.

Deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans le tableau des garanties. Le plafond global de la formule, applicable à certaines d'entre elles, est le montant maximum que nous paierons pour l'ensemble des garanties, par affilié, par année d'assurance. Certaines garanties ont également un plafond propre, par exemple «Soins à domicile ou dans un centre de convalescence». Ces plafonds de garantie peuvent être appliqués soit «par année d'assurance», «pour toute la vie» ou «par événement», comme par voyage, par visite ou par grossesse. Nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties comme «65 % des frais réels, jusqu'à 1 000 CHF». Lorsqu'un plafond de garantie s'applique ou lorsque «100 % des frais réels» est indiqué pour certaines garanties, le remboursement sera systématiquement soumis au plafond global de la formule, si celle-ci en a un. Tous les plafonds s'appliquent par affilié(e) et par année d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

Veuillez noter que si un changement s'applique à un plafond de garantie dont la portée s'étend au-delà d'une année, les points suivants s'appliqueront lors du renouvellement :

- > le plafond de garantie de la première année s'appliquera à tous les frais pour lesquels vous êtes couvert(e) pendant «l'année une» ;
- > le plafond de garantie de la deuxième année s'appliquera à tous les frais pour lesquels vous êtes couvert(e) pendant «l'année deux», moins le montant de garantie total remboursé pendant «l'année une».

Dans le cas où le plafond de garantie serait réduit pour «l'année deux» et que ce montant ait été atteint ou ait été dépassé par des frais couverts et engagés pendant «l'année une», aucun montant de garantie supplémentaire ne pourra être payé.

3.3 Nécessité médicale

Cette police prend en charge les traitements médicaux et les coûts, services et matériel associés, qui sont médicalement nécessaires et appropriés pour traiter un patient suite à une maladie

ou un accident, en accord avec la définition sur la nécessité médicale. Nous ne remboursons que les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans un pays spécifique pour le traitement reçu, conformément aux procédures médicales standard et généralement reconnues. Conformément aux articles 32.1 et 56 de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), si les prix sont supérieurs aux prix normalement pratiqués localement, nous nous réservons le droit de réduire la somme remboursable. Veuillez consulter la définition de «Nécessité médicale» ci-dessous pour plus d'informations.

Nécessité médicale : soins, services et matériels qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

- (a) être nécessaires pour définir ou soigner votre état, maladie ou blessure ;
- (b) être appropriés à vos symptômes, votre diagnostic ou votre traitement ;
- (c) être conformes aux pratiques médicales généralement reconnues et aux standards professionnels de la communauté médicale en application au moment des soins. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de votre couverture ;
- (d) être requis pour des raisons autres que votre confort ou votre commodité ou le confort ou la commodité de votre médecin ;
- (e) avoir un effet médical prouvé et démontré. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de votre couverture ;
- (f) être considérés comme du type et du niveau le plus approprié ;
- (g) être prodigués dans un établissement et une salle appropriés et être de qualité appropriée pour traiter votre état médical ;
- (h) être fournis uniquement durant une période appropriée.

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

3.4 Exclusions

Bien que la plupart des traitements médicalement nécessaires soient pris en charge, les dépenses liées aux traitements, pathologies, procédures médicales, comportements ou accidents répertoriés dans la section «Exclusions» de votre guide ne sont pas pris en charge par votre police, sauf indication contraire dans le tableau des garanties ou s'ils sont pris en charge par la LAMal/KVG.

4. Informations réglementaires concernant les événements pouvant donner lieu à une prise en charge des frais

1. Événement assuré

Un traitement médical nécessaire de la personne assurée, en cas de maladie ou d'accident, est un événement pouvant donner lieu à une prise en charge des frais. Les examens et les traitements médicaux nécessaires pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que les bilans de santé de routine nécessaires à la détection précoce de pathologies sont aussi considérés en tant qu'événements. L'interruption volontaire de grossesse légale est intégrée à l'événement de fin de grossesse.

2. Début et fin de l'événement

L'événement pouvant donner lieu à une prise en charge des frais commence au début du traitement, et prend fin lorsque les examens médicaux indiquent que vous n'avez plus besoin de traitements supplémentaires. Si le traitement doit être prolongé à cause de votre état de santé ou des conséquences d'un accident pour lequel vous avez reçu des soins dans le passé, il sera considéré en tant que nouvel événement.

3. Moment où les dépenses prises en charge sont engagées

Le facteur décisif quant aux frais qui peuvent être pris en charge est la date et l'heure auxquelles

la personne assurée a été soignée ou a bénéficié d'une garantie. Nous prenons en charge les frais tant que la couverture d'assurance est en place, ce qui signifie que la date de traitement est décisive.

5. Prestataires de santé

1. Traitement hospitalier en Suisse

Vous pouvez choisir librement parmi les hôpitaux répertoriés de votre canton. Veuillez cliquer sur le lien suivant pour consulter la liste complète des prestataires situés près de chez vous :

https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/GDK-UEbersicht_Spitallisten_Spaltarife.pdf.

2. Soins en médecine courante en Suisse

Vous pouvez choisir librement parmi les prestataires de santé agréés, à condition que les coûts soient raisonnables et d'usage. Veuillez consulter la page suivante pour plus d'informations sur les prestataires agréés :

<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/index.html#id-1-4>

3. Règlement des frais auprès du prestataire de santé

En général, la personne assurée doit se charger de régler les frais au prestataire de santé. Pour les traitements hospitaliers, dans la mesure du possible et si un préavis raisonnable nous est donné, nous mettons en place un règlement direct avec le prestataire, en prenant en compte les franchises, quotes-parts et plafonds de garanties. Nous réglerons la facture en prenant directement contact avec l'hôpital. Veuillez consulter votre guide des conditions générales pour plus d'informations.

6. Zone de couverture

La zone géographique de couverture que vous avez sélectionnée est confirmée dans votre certificat d'assurance. Veuillez noter que les soins d'urgence en dehors de la zone de couverture sont entièrement pris en charge selon les conditions générales de votre police.

À propos d'APRIL, l'assurance en plus facile

APRIL est le leader du courtage grossiste en France avec un réseau de 17 000 courtiers partenaires. Les 3 000 collaborateurs d'APRIL ont l'ambition de proposer à leurs clients et partenaires – particuliers, professionnels et entreprises – une expérience remarquable alliant le meilleur des relations humaines et de la technologie, en santé et prévoyance des particuliers, professionnels et TPE, en assurance des emprunteurs, en santé internationale, en dommages de niches et en gestion de patrimoine.

APRIL ambitionne de devenir un acteur digital, omnicanal et agile, champion de l'expérience client et leader sur ses marchés tout en s'engageant sur les enjeux de Responsabilité Sociétale structurés au sein de sa démarche Oxygène.

Le groupe APRIL opère dans 20 pays et a enregistré en 2024 un chiffre d'affaires de 860M€.

À chaque situation d'expatriation sa solution d'assurance internationale

Que vous soyez étudiant, stagiaire, à la recherche d'un programme vacances-travail, salarié ou retraité, que vous partiez seul ou en famille, APRIL International vous accompagne durant votre expérience internationale avec une gamme complète et modulable de solutions d'assurance, adaptées à chaque profil d'expatrié et à chaque budget.

Siège social APRIL International Care France :

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE
www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 72
Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.
Produit conçu et géré par APRIL International Care France et assuré par Allianz Partners
(pour les garanties frais de santé) et Allianz Assistance (pour les garanties d'assistance).
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727

 **april**
International

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE