

CONDITIONS GENERALES

de la police de
couverture collective
d'Assurance Santé
Privée Internationale
pour les particuliers
AWP Health & Life SA



Janvier 2022

SOMMAIRE

1. CONDITIONS GÉNÉRALES	3
Date d'entrée en vigueur, durée et date anniversaire	3
Le montant des primes	3
Admissibilité à la couverture	4
Zones de couverture	4
Administrateur du régime	5
Modifications du Certificat d'adhésion	5
Prestations	5
Notification préalable	6
Comment présenter une demande de remboursement	6
Évaluation des demandes de remboursement	6
Limitation des frais réels	7
Paiement avec la carte	7
Remboursement des frais couverts	8
Devises	8
Limitation des actions	8
Subrogation	8
Obligation précontractuelle d'information	8
Conséquences de l'inexécution d'une obligation	9
Notifications	9
Retrait de la demande d'adhésion / « délai de réflexion »	9
Résiliation ou suspension de la couverture	10
Paiement des primes	11
Non-paiement	11
Plaintes	11
Exclusions	12
Droit applicable	13
2. DÉFINITIONS	14
3. TABLEAUX DES GARANTIES	18
4. NOTICE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES - AWP HEALTH & LIFE SA	30
5. CONSÉQUENCES DU NON-RESPECT DE L'OBLIGATION D'INFORMATION CONFORMÉMENT AU § 19 DE LA LOI ALLEMANDE SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE (VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ)	42
6. INSTRUCTION SUR LE DROIT DE REVOCATION	44
7. ZONES DE COUVERTURE	45
CONTACT	46

1. CONDITIONS GÉNÉRALES

Le présent document a pour objet de définir les modalités de la couverture d'assurance dont bénéficient les Membres Principaux et les autres Personnes Assurées par l'intermédiaire du Verein Opal (Association Opal) avec remboursement des frais médicaux et des frais connexes, conformément aux conditions énoncées ci-dessous (la « Police »).

La couverture est définie par :

- La présente police et ses annexes, y compris le Certificat d'adhésion ;
- Un livret de police, le cas échéant ; et
- Une notice sur la protection des données

qui font tous partie intégrante de la Police.

Toutes les définitions figurant dans la présente Police sont définies à l'article 2 « Définitions » des présentes, ou dans le texte du document lui-même.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR, DURÉE ET DATE ANNIVERSAIRE

La couverture de la présente Police entre en vigueur à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion

(« date d'entrée en vigueur de la police »). La date anniversaire de la police (« date anniversaire de la police ») correspond à chaque anniversaire de la date d'entrée en vigueur de la police.

La couverture en vertu de la présente police se poursuivra à moins que la couverture n'ait été autrement résiliée, et sous réserve que le Membre Principal et les autres Personnes Assurées continuent d'être admissibles à la couverture, (ii) la Police maîtresse entre l'Assureur et l'Association n'ayant pas été résiliée, (iii) le Membre Principal a accepté les changements de tarifs ou de conditions énoncés dans une demande livrée par l'Association (agissant également au nom de l'Assureur) au Membre Principal au plus tard trois (3) mois avant la Date anniversaire pour être appliqués à partir de la Date anniversaire, à moins que la Police ait été autrement résiliée par l'Association (agissant également au nom de l'Assureur) ou le Membre Principal.

La couverture des personnes incluses dans la couverture du Membre Principal au titre de la Police prend effet au moment où ces personnes sont affiliées à la couverture du Membre Principal ou, ultérieurement, lorsque les personnes concernées remplissent les conditions requises.

La période d'assurance commencera à la date à laquelle le Membre Principal et les autres Personnes Assurées adhèrent à l'Assurance, comme indiqué dans les présentes, sauf indication contraire dans les présentes.

LE MONTANT DES PRIMES

Les montants des primes de la Police seront déterminés en fonction de l'âge, des prestations et de la zone de couverture/ du pays de destination de chaque Membre Principal et de chaque Personne Assurée. En outre, une cotisation de souscription peut, avant l'acceptation de la demande et l'émission d'un Certificat d'adhésion, être ajoutée à la cotisation sur la base de la déclaration de santé incluse dans le formulaire de demande.

Le montant des primes peut changer en fonction de l'âge du Membre Principal et des autres Personnes Assurées à chaque date anniversaire de la Police, selon le tableau des primes par âge établi au moment de la demande.

En outre, l'Assureur se réserve le droit de modifier la prime et/ ou les conditions de la Police de temps à autre en cas de changement de réglementation, de résultats techniques ou d'augmentation des coûts externes liés aux prestations fournies en vertu de la présente Police, entre autres motifs, selon les besoins. Ces modifications de la prime et/ou des conditions de la Police entreront en vigueur au plus tôt à la prochaine date anniversaire de la Police, date à laquelle le Membre Principal aura le droit de choisir de poursuivre ou non la couverture selon les nouvelles conditions.

L'Administrateur du Régime, au nom de l'Assureur, avisera le Membre Principal de toute modification de la prime ou des modalités de la Police au moins deux (2) mois avant l'entrée en vigueur de la modification. La modification de la Prime et/ ou des conditions de la police entrera en vigueur à la prochaine date anniversaire suivant la notification au Membre Principal.

Néanmoins, le Membre Principal conserve le droit de demander la résiliation de son adhésion à l'Association dans les trente (30) jours suivant la notification d'une modification des primes et/ou des conditions de la Police.

La prime est indiquée en EURO ou en USD.

Cette Police couvre le Membre Principal et les autres Personnes Assurées telles que listées sur le Certificat d'adhésion, conformément aux définitions contenues dans cette Police.

ADMISSIBILITE A LA COUVERTURE

La couverture en vertu de la présente Police comprend le Membre Principal et les autres Personnes Assurées telles que définies dans la présente Police et figurant sur le Certificat d'adhésion. Cette Police est destinée à fournir une couverture aux Membres Principaux et à leurs Personnes à charge admissibles résidant en dehors de leur Pays d'origine. Cette police n'est pas conçue comme une assurance maladie complémentaire en Allemagne. Le Membre Principal doit être âgé de dix-huit (18) ans ou plus au moment de remplir le Formulaire de demande. La couverture est subordonnée à l'acceptation du formulaire de demande par l'Assureur. L'Assureur n'acceptera aucun formulaire de demande qui violerait une loi, une sanction ou un règlement applicable.

Le Membre Principal et les autres Personnes Assurées doivent être âgés de moins de soixante-cinq (65) ans au moment de l'adhésion à la Police d'assurance.

Des Données Personnelles et/ou d'autres données sensibles sont requises pour la souscription, l'administration et la gestion de la présente Police. Les Membres Principaux et les autres Personnes Assurées sont considérés comme des « Personnes concernées » aux fins de l'application des dispositions décrites dans l'Annexe 3 - Déclaration sur la protection des données, et de toute autre déclaration sur la protection des données fournie par l'Administrateur du Régime.

ZONES DE COUVERTURE

La présente Police fournit une couverture d'assurance pour chaque Membre Principal et autre Personne Assurée dans les zones de couverture identifiées sur le Certificat d'adhésion du Membre Principal.

Les frais médicaux doivent avoir été engagés pendant la période d'assurance :

- dans l'un des pays des zones de couverture définies dans la présente Police ; ou
- dans un autre pays : la Police couvre les soins d'urgence en dehors de la zone de couverture indiquée sur le Certificat d'adhésion pendant une période de soixante (60) jours par voyage. La couverture commence à partir du moment où la Personne Assurée quitte sa résidence ou son lieu de travail pour effectuer le voyage.

Les soins d'urgence en dehors de la zone de couverture sont les soins pour les urgences médicales qui surviennent lors de voyages d'affaires ou de vacances en dehors de votre zone de couverture. Une couverture est accordée jusqu'à une période maximale de soixante (60) jours par voyage dans les limites du montant maximal des prestations et comprend le traitement requis en cas d'accident, ou le début ou l'aggravation soudaine d'une maladie grave qui présente un risque immédiat pour la santé de la Personne Assurée.

Les Membres Principaux et les autres Personnes Assurées doivent informer l'Administrateur du Régime (coordonnées ci-dessous) s'ils se déplacent en dehors de la zone de couverture, telle qu'indiquée sur le Certificat d'adhésion, pour une période de plus de soixante (60) jours.

La couverture ne s'applique qu'aux coûts résultant d'un accident ou d'une urgence en dehors de la zone de couverture lorsque le traitement a été effectué par un médecin, un praticien ou un spécialiste ou par une hospitalisation.

En dehors de la zone de couverture, le traitement par un médecin, un praticien ou un spécialiste doit commencer dans les quarante-huit (48) heures suivant l'urgence. La couverture n'est pas fournie en dehors de la zone de couverture pour tout traitement curatif ou de suivi non urgent, et elle ne couvre pas les frais liés à la maternité, à la grossesse, à l'accouchement ou à toute complication de la grossesse ou de l'accouchement après la trente-quatrième (34e) semaine de grossesse.

ADMINISTRATEUR DU RÉGIME

La présente Police est administrée par PassportCard Deutschland GmbH (« administrateur du régime ») pour le compte de l'Assureur :

PassportCard Deutschland GmbH

Caffamacherreihe 8-10

20355 Hambourg

Allemagne

Numéro de téléphone : +49 40 46 00 20 455

Numéro WhatsApp : +49 170 210 1616

Email : kundenbetreuung@passportcard.de

MODIFICATIONS DU CERTIFICAT D'ADHÉSION

Si le Membre Principal souhaite ajouter des Personnes Assurées supplémentaires et admissibles à cette Police, y compris des nouveau-nés, un nouveau Formulaire d'Adhésion doit être rempli pour ces Personnes Assurées supplémentaires, et cette couverture supplémentaire entrera en vigueur à la date spécifiée sur le Certificat d'adhésion mis à jour qui sera délivré au Membre Principal. Dans le cas d'un nouveau-né, le certificat de naissance doit être soumis dans les trois (3) mois suivant la naissance de l'enfant et le nouveau-né sera accepté pour la couverture en vertu de la Police sans qu'un examen de santé supplémentaire soit effectué.

Lorsqu'une Personne Assurée (autre que le Membre Principal) atteint l'âge de 18 ans, l'Administrateur du Régime contactera cette Personne Assurée et lui remettra un Certificat d'adhésion propre, le cas échéant. En outre, le Membre Principal recevra un Certificat d'adhésion mis à jour indiquant la liste mise à jour des autres Personnes Assurées.

Le Membre Principal peut changer la zone de couverture dans laquelle il est couvert par l'assurance en notifiant l'Administrateur du Régime un (1) mois à l'avance de ce changement, par courriel ou par téléphone. Dans ce cas, la cotisation que le Membre Principal paiera conformément à la couverture de la présente Police peut être affectée par le changement de zone de couverture et le Membre Principal sera informé du changement.

Néanmoins, le membre principal conserve le droit de demander la résiliation de son adhésion à l'Association dans les deux (2) mois suivant la notification de la modification de la cotisation résultant du changement de zone de couverture. La modification de la cotisation

GARANTIES

Champ d'application

Les garanties sont le paiement ou le remboursement des frais médicaux admissibles et des frais connexes encourus par les Personnes Assurées, comme indiqué à l'Annexe 2 - Tableau des garanties.

Pour que les soins médicaux soient couverts par la présente Police, ils doivent être fournis par des prestataires de soins médicaux reconnus par les autorités médicales locales et dispensés par des praticiens autorisés (conformément aux lois et règlements du pays dans lequel les soins ont été dispensés).

Les prestations de soins médicaux doivent avoir été effectuées pendant la période d'assurance indiquée sur le Certificat d'adhésion.

Montant de la garantie

Le montant de la garantie est déterminé pour chaque dépense détaillée, comme prévu dans le tableau des garanties, et est limité aux dépenses raisonnables et habituelles pour chaque type de prestation.

Le caractère raisonnable et habituel est déterminé en fonction de la pratique médicale qui prévaut dans le pays où les soins sont dispensés (type de traitement, qualité des soins et des équipements médicaux, zone géographique et pays) et est soumis aux normes de codage et de cotation des procédures et traitements médicaux référencés ou courants dans chaque pays. En général, les frais de soins ou d'autres prestations qui sont manifestement disproportionnés par rapport aux prestations effectuées sont inhabituels et déraisonnables.

Si le caractère des frais est considéré comme inhabituel ou déraisonnable, il peut en résulter un refus de remboursement ou une limitation du montant du remboursement au montant habituel et raisonnable. Si les soins médicaux pour lesquels des prestations ont été convenues dépassent le niveau médicalement nécessaire, l'Assureur peut encore réduire les prestations à un montant approprié.

NOTIFICATION PRÉALABLE

Les garanties peuvent être subordonnées à l'envoi d'une notification préalable au nom du Membre Principal ou d'une autre Personne Assurée.

Une notification préalable doit être fournie pour les demandes de règlement relatives à l'hospitalisation, aux soins palliatifs, aux greffes et à la grossesse, tels que décrits ci-dessous, sauf en cas « d'urgence ».

Le Membre Principal ou une autre Personne Assurée doit notifier l'Administrateur du Régime au nom de l'Assureur au moins soixante-douze (72) heures avant toute hospitalisation, soins palliatifs et transplantations couverts.

En cas de grossesse couverte, l'Administrateur du Régime doit être informé dans les trois (3) premiers mois de la grossesse.

On considère que l'Administrateur du Régime a approuvé le traitement suggéré si ce dernier n'a pas répondu à la notification préalable dans les 5 jours ouvrables suivant la date de réception.

Si aucune demande de notification préalable n'a été soumise et que, par conséquent, le coût du traitement couvert par la Police excède le coût qui aurait été couvert si une notification préalable avait été soumise, l'Administrateur du Régime n'aura le droit de couvrir que 80% des frais de soins hospitaliers (hospitalisés) et 50% du montant dû pour tout autre soin similaire (ambulatoire) qui aurait dû être remboursé dans le cas où des frais excédentaires ont été effectivement encourus par l'Assureur en raison de l'absence de notification préalable.

Bien qu'une notification préalable ne soit pas nécessaire en cas d'urgence, le Membre Principal ou une autre Personne Assurée doit néanmoins informer l'Administrateur du Régime dans les quarante-huit (48) heures suivant l'Hospitalisation ou, en cas de force majeure, dès que possible.

COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Les demandes de remboursement doivent être soumises sans retard excessif, mais au plus tard trente-six (36) mois après la date à laquelle les services médicaux ont été effectués.

Dans le cas d'une demande de remboursement, l'Administrateur du Régime peut demander que les preuves suivantes soient jointes à la demande pour que celle-ci soit traitée :

- En cas d'hospitalisation : les pièces justificatives de l'hospitalisation (factures, notes d'honoraires, etc.),
- En cas de maladie : les factures détaillées, ou
- En cas d'accouchement à domicile : une copie de l'acte de naissance de l'enfant.

L'Administrateur du Régime peut demander, le cas échéant, toute documentation supplémentaire nécessaire au bon fonctionnement de cette couverture.

Le Membre Principal et/ou l'autre Personne Assurée sont responsables de toute information fournie par leurs soins, ou fournie par le Membre Principal au nom de l'autre Personne Assurée, qui s'avère fautive, falsifiée ou exagérée, ou de toute action frauduleuse ou trompeuse de leur part et tous les paiements indus payés par l'Assureur sur la base de ces informations incorrectes seront récupérés.

ÉVALUATION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

L'Administrateur du Régime peut enquêter et évaluer toute demande de remboursement au nom de l'Assureur dans un délai raisonnable et conformément aux conditions de la Police.

En cas de sinistre, l'Administrateur du Régime doit payer toute somme due au titre du sinistre dans un délai raisonnable s'il est tenu de le faire conformément aux conditions de la Police. En cas de litige concernant la demande, le non-paiement de la demande ne peut être considéré comme déraisonnable.

Dans le cadre de l'examen de la demande, l'expert médical conseiller de l'Administrateur du Régime peut demander toute autre pièce justificative nécessaire pour traiter la demande la liste des documents susmentionnés est incomplète, si ces documents suscitent des doutes ou si l'Administrateur du Régime n'est pas en mesure d'examiner de manière approfondie l'obligation de l'assureur de payer la demande. Le médecin-conseil de l'Administrateur du Régime a le droit, à ses propres frais, de demander des informations aux organisations et personnes suivantes, sous réserve de la section 4 « Notice de protection des données personnelles » des présentes et de tout autre avis de protection des données fourni par l'Administrateur du Régime :

- Médecins
- Hôpitaux
- Autres institutions médicales
- Maisons de soins
- Soignants
- Autres prestataires d'assurance personnelle
- Organismes d'assurance maladie statutaire
- Organismes d'assurance professionnelle et/ou
- Organismes officiels

Dans le cas où le Membre Principal et/ou d'autres Personnes Assurées refusent de fournir des données concrètes obtenues au cours du traitement de la demande, la garantie peut ne pas être due si l'Administrateur du Régime n'est pas en mesure de déterminer si et dans quelle mesure l'Assureur est responsable du remboursement de la demande. À cet égard, l'Assureur ne peut être tenu responsable de l'inexécution des services prévus par la présente Police.

En demandant une couverture en vertu de la Police, le Membre Principal accepte que le fait de refuser ou d'omettre de fournir les renseignements appropriés à l'Administrateur du Régime peut empêcher l'Assureur d'être en mesure de payer la demande de remboursement. Dans la mesure où l'Assureur refuse de payer une demande de remboursement en entier, il réduira le paiement en proportion de la faute du Membre Principal et de toute autre Personne Assurée.

Dans le cas où la cotisation due au titre de la Police n'a pas été payée par la faute du Membre Principal, les prestations ne peuvent être exigées.

En cas de fraude, d'inexactitude ou de dissimulation en rapport avec toute question touchant l'assurance ou en rapport avec toute demande de remboursement du Membre Principal et/ou d'une autre Personne Assurée, l'Assureur aura le droit de mettre fin à la couverture en vertu de la Police et tous les droits à des demandes de remboursement en vertu de celle-ci seront perdus.

LIMITATION DES FRAIS RÉELS

Les frais pour lesquels le Membre Principal ou une autre Personne Assurée a déjà été remboursé, ou s'attend à être remboursé, par des tiers, ne seront pas remboursés en plus en vertu de la présente Police.

Une couverture de même nature souscrite auprès de plusieurs organismes assureurs est opposable dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription de la couverture.

Aux fins des dispositions susmentionnées, la limitation du montant des frais à la charge du Membre Principal et/ou des autres Personnes Assurées est déterminée par l'Administrateur du Régime pour chaque acte, traitement ou article médical.

PAIEMENT AVEC LA CARTE

Certaines garanties peuvent être payées directement au prestataire au moyen d'une carte prépayée spéciale (la carte « PassportCard »). Avant de payer le prestataire de soins médicaux ou le fournisseur de services médicaux, ou avant tout retrait en espèces avec la carte, cette action doit être autorisée par l'Administrateur du Régime et le Membre Principal ou l'autre Personne Assurée doit soit contacter l'Administrateur du Régime ou ouvrir l'application mobile pour demander que des fonds soient chargés sur la carte PassportCard. La carte PassportCard ne peut être utilisée que conformément aux conditions fournies par l'Administrateur du Régime, telles que communiquées au moment de la délivrance de la carte.

Ces conditions générales prévoient que l'utilisateur doit fournir à l'Administrateur du Régime toute documentation demandée pour justifier le paiement par carte. Si ces documents ne sont pas fournis, ou si la carte n'a pas été utilisée conformément aux conditions en vigueur, l'Administrateur du Régime a le droit de réclamer au Membre Principal ou à la Personne Assurée les fonds correspondant au montant qui a été débité de la carte par la personne concernée. Une telle récupération des fonds exige que le Membre Principal ne soit pas en mesure de démontrer que le défaut d'autorisation préalable n'est pas dû à une négligence grave, ou – sauf en cas de non-respect intentionnel – que le manquement à l'obligation n'a eu aucun effet sur l'événement assuré ou la détermination de la garantie d'assurance. En demandant que des fonds soient chargés sur la carte PassportCard, le Membre Principal accepte les conditions générales de la carte PassportCard. Si l'Assureur refuse de payer la totalité d'un sinistre, il peut réduire le paiement en proportion de la faute du Membre Principal et de toute autre Personne Assurée.

La carte PassportCard n'est pas une carte de crédit, ne peut pas être chargée avec vos propres fonds et n'est pas liée à un compte de dépôt ou à d'autres produits que vous pourriez avoir. La carte PassportCard est simplement une méthode choisie par l'Administrateur du Régime pour permettre à la Personne Assurée de payer le montant correspondant à l'avance plutôt que d'être remboursée.

REMBOURSEMENT DES FRAIS COUVERTS

Le remboursement sera versé, s'il est approuvé, au Membre Principal ou à l'autre Personne Assurée, selon le cas, après que les factures et reçus détaillés relatifs à ces paiements aient été envoyés à l'Administrateur du Régime.

Les demandes de remboursement peuvent être présentées directement par le Membre Principal ou l'autre Personne Assurée sans le consentement préalable de l'Association.

Si un Membre Principal ou une autre Personne Assurée est couvert(e) par son Assurance Maladie nationale, ou l'équivalent, les garanties qu'il/elle reçoit de cette assurance seront déduites des garanties payables en vertu de la présente Police (la présente Police peut, à la discrétion de l'Administrateur du Régime, payer en deuxième).

Si une Personne Assurée (autre que le Membre Principal) est employée et bénéficie d'une assurance de son employeur, les garanties qu'elle reçoit de cette assurance seront déduites des garanties payables en vertu de la présente Police (la présente Police peut, à la discrétion de l'Administrateur du Régime, payer en deuxième).

DEVISES

Les frais liés aux services de soins médicaux peuvent être engagés dans une devise étrangère. Si la demande est remboursée par l'Assureur en euros, l'Assureur utilisera les taux de conversion en vigueur à la date de la transaction. L'Administrateur a autorisé l'utilisation d'un convertisseur de devises en ligne à l'adresse Internet suivante, qui permet d'effectuer des conversions en fonction de la date :

www.xe.com/ucc

Si le Membre Principal ou une autre Personne Assurée a effectivement été facturé à un taux de conversion moins favorable au moment de la prestation des soins médicaux, le taux de la Personne Assurée peut être utilisé à la place, à condition que la Personne Assurée fournisse à l'Administrateur du Régime des documents confirmant le taux réclamé. Dans ce cas, le Membre Principal a la possibilité de choisir le taux de conversion à utiliser. (Lorsque la différence est faible, le Membre Principal peut préférer un règlement rapide en utilisant le taux xe.com plutôt que de rassembler et d'envoyer des preuves à l'appui d'un autre taux).

LIMITATION DES ACTIONS

Les demandes de remboursement peuvent être faites jusqu'à ce qu'elles soient prescrites par la loi allemande. En général, les demandes sont prescrites à la fin de la troisième (3^e) année civile qui suit l'année civile au cours de laquelle la demande a été faite et lorsque la personne lésée a eu connaissance des faits (ou aurait dû avoir connaissance des faits) qui ont donné lieu à une

demande. Pour plus d'informations, veuillez consulter le droit allemand applicable.

SUBROGATION

Si un Membre Principal ou une autre Personne Assurée a un droit d'indemnisation contre un tiers, autre qu'un membre de la famille, le Membre Principal ou l'autre Personne Assurée doit céder ce droit à l'Assureur (sauf si l'Assureur acquiert le droit par voie de subrogation). L'Assureur ne peut exercer ce droit d'une manière qui porterait atteinte au droit du Membre Principal ou de l'autre Personne Assurée de percevoir du tiers une indemnité qui excède les prestations reçues de l'Assureur.

Si un Membre Principal ou une autre Personne Assurée reçoit d'un tiers une indemnité et/ou une compensation qui est due à l'Assureur conformément au présent paragraphe, il/elle la transférera à l'Administrateur du Régime pour la remettre à l'Assureur. Si la personne concernée a procédé à une renonciation au règlement ou à toute autre action qui porte atteinte au droit qu'elle a transféré à l'Assureur, elle doit indemniser l'Assureur à cet égard, soit entièrement (en cas de violation intentionnelle), soit partiellement en fonction de la gravité de la négligence, à moins que le Membre Principal ne soit en mesure de démontrer l'absence de négligence grave.

OBLIGATION PRÉCONTRACTUELLE D'INFORMATION

Le Membre Principal et/ou les autres Personnes Assurées sont tenus de fournir des réponses véridiques et complètes aux questions du Formulaire de Demande de Souscription et des autres documents de demande, y compris le détail de toute Condition Médicale Antérieure/Préexistante. Toute information qui n'est pas rendue ou qui est incorrecte ou incomplète peut mettre en péril la couverture d'assurance.

En cas de fraude, de fausse déclaration ou de dissimulation de la part du Membre Principal et/ou d'une autre Personne Assurée, l'Assureur (ou l'Administrateur du Régime agissant en son nom) a le droit, conformément aux exigences énoncées à l'article 19 tel que modifié par l'article 194 (1) 3^e phrase de la Loi allemande sur le contrat d'assurance, de déclarer la couverture du Membre Principal en vertu de la Police nulle et non avenue, ce qui annule également la couverture des autres Personnes Assurées. En cas d'omission ou de déclaration inexacte par négligence, l'Assureur (ou l'Administrateur du Régime agissant en son nom) a également le droit de maintenir la couverture en vertu de la Police selon de nouvelles conditions établies par l'Assureur (et en cas de violation par négligence grave, également avec effet rétroactif) ou de mettre fin à la couverture en vertu de la Police en remboursant les primes versées.

CONSÉQUENCES DE L'INEXÉCUTION D'UNE OBLIGATION

Les garanties en vertu de la Police deviennent exigibles lorsque l'Assureur a terminé les enquêtes requises pour établir le sinistre et l'étendue de son paiement. Si l'une ou l'autre des obligations du Membre Principal ou d'une autre Personne Assurée spécifiées dans le présent document n'est pas remplie, il peut en résulter que l'Assureur ne soit pas en mesure de déterminer si ou dans quelle mesure il est responsable du paiement des garanties.

Le non-respect d'une obligation peut avoir pour conséquence que la garantie ne soit pas due.

Les détails des obligations précontractuelles d'information et les conséquences de leur non-respect figurent dans la section 5 « Conséquences du non-respect de l'obligation d'information ».

En cas de violation de l'obligation précontractuelle d'information par le Membre Principal ou toute Personne Assurée, l'Assureur peut avoir le droit, conformément aux articles 19 à 22 de la Loi allemande sur le contrat d'assurance (voir section 5 « Conséquences du non-respect de l'obligation d'information »), soit de déclarer la Police individuelle nulle, soit de résilier la Police individuelle, soit de continuer à l'appliquer à de nouvelles conditions établies par l'Assureur.

NOTIFICATIONS

Les notifications envoyées par l'Administrateur du Régime au Membre Principal et/ou à une autre Personne Assurée seront communiquées soit par écrit, soit sous forme de message électronique par des moyens numériques (par exemple, email, site web, identifiant, application mobile) conformément à la section 4 « Notice de protection des données personnelles ».

RETRAIT DE LA DEMANDE D'ADHÉSION / « DELAI DE RÉFLEXION »

Pendant une période de quatorze (14) jours à compter de la date à laquelle le Membre Principal reçoit un Certificat d'adhésion, le Membre Principal peut révoquer la demande de souscription à la Police, sans se voir facturer de prime, en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Administrateur du Régime ou un email à l'adresse indiquée ci-dessous. Pour des informations plus détaillées, voir la section 6 « Instruction sur le droit de révocation ».

Toutefois, un Membre Principal qui a déjà payé une première prime en relation avec la couverture de la présente Police peut se retirer de la couverture d'assurance dans un délai de trente (30) jours civils à compter de la Date d'Entrée en Vigueur de la Police telle que détaillée sur le Certificat d'adhésion, en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Administrateur du Régime ou un courriel à l'adresse indiquée ci-dessous.

Le Membre Principal sera remboursé, en totalité, de toutes les sommes relatives au paiement de la prime au titre de la présente Police effectuées dans les trente (30) jours à compter de la date de l'accusé de réception de la lettre recommandée, pour autant qu'aucune demande de remboursement n'ait été faite au titre de la présente Police pendant cette période ou depuis l'entrée en vigueur de la couverture au titre de la présente Police.

L'adresse pour l'envoi de la lettre de rétractation

Opal Health Insurance
Rue du Prince 10
1204 Genève
SUISSE

Email : info@opal-insurance.com

Cette lettre sera transmise à l'Administrateur du Régime

Modèle de lettre de rétractation (dans le délai de réflexion)

Je soussigné(e), M./Mme (nom complet de l'intéressé(e)), domicilié(e) à (adresse complète de l'intéressé(e))..., renonce à l'adhésion à la police numéro. ... souscrit auprès de l'Association.

Je certifie par la présente qu'à la date d'envoi de la présente lettre, je n'ai connaissance d'aucun sinistre mettant en jeu la couverture de la Police depuis la date à laquelle j'ai demandé à être assuré au titre de la Police.

Date :

Signature :

RÉSILIATION OU SUSPENSION DE LA COUVERTURE

Sauf en cas de manquement aux obligations précontractuelles d'information ou de non-paiement de la prime, le Membre Principal et/ou l'autre Personne Assurée, une fois acceptés, ne peuvent être exclus de la couverture de la Police contre leur gré tant qu'ils continuent à être admissibles à la couverture.

Sauf disposition contraire dans les présentes, la couverture

- Pour chaque Membre Principal : prend fin à la date à laquelle le Membre Principal cesse d'être admissible à la couverture en vertu de la Police ; et
- pour chaque autre Personne Assurée : la fin de la couverture de la Police pour le Membre Principal entraînera la fin de la couverture de la Police pour l'autre Personne Assurée. Si l'autre Personne Assurée est admissible en tant que Membre Principal, elle peut convertir sa couverture en une nouvelle couverture en vertu de la Police sans période de souscription ou d'attente supplémentaire ; et si l'autre Personne Assurée ne répond plus aux exigences d'admissibilité pour être une « Personne Assurée » en vertu de la Police, la couverture prendra fin immédiatement.

Si un Membre Principal et/ou une autre Personne Assurée perd son admissibilité à la couverture, l'Assureur peut accorder un délai de grâce d'au plus quatre-vingt-dix (90) jours de couverture supplémentaire, sous réserve du paiement continu de la cotisation.

Sauf disposition contraire dans la présente, pour toutes les Personnes Assurées par la présente Police, la résiliation de la couverture prendra effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion ou à la date à laquelle l'Administrateur du Régime est avisé que la couverture a été résiliée, et ne sera pas rétroactive.

Le Membre Principal peut mettre fin à la couverture en vertu de la Police en tout temps en envoyant un préavis de trente (30) jours à l'Administrateur du Régime.

La résiliation entraîne l'annulation immédiate du droit aux garanties pour tous les soins fournis après la date de résiliation, même si le traitement d'une affection a commencé pour le Membre Principal ou une autre Personne Assurée avant la date de résiliation.

La validité de la présente Police dépend de l'existence de la Police maîtresse conclue entre l'Assureur et l'Association. En cas de résiliation de cette Police maîtresse, la couverture de la présente Police en vigueur au moment de la résiliation restera en vigueur jusqu'à la prochaine date anniversaire (sous réserve des dispositions contenues dans la Police), mais ne pourra pas être renouvelée.

La résiliation de la couverture en vertu de la Police peut être initiée par l'Association (agissant également au nom de l'Assureur) dans les circonstances suivantes :

- En cas de non-paiement de la prime par le Membre Principal, comme indiqué aux articles 37 et 38 de la loi allemande sur le contrat d'assurance ;
- En donnant un préavis de trois (3) mois, à la date de résiliation du Certificat d'adhésion ou de l'événement de résiliation spécifié dans la Police, selon la première éventualité ;
- Avec effet immédiat, à la date à laquelle le Membre Principal cesse d'être admissible en tant que membre de l'Association ; ou
- A la suite d'un plan de redressement ou d'une liquidation judiciaire de l'Association.

En cas de résiliation de la Police maîtresse, si l'Association fait appel à une autre compagnie d'assurance pour assurer la couverture de la Police qui était en vigueur au moment de cette résiliation, cette couverture ne sera plus assurée par l'Assureur actuel, sous réserve du consentement du Membre Principal. Cette clause ne déroge pas à toute autre disposition convenue entre les parties en ce qui concerne une période de liquidation de la couverture en vertu de la Police.

Si un Membre Principal et/ou une autre Personne Assurée perd son admissibilité à la couverture, l'Assureur peut accorder un délai de grâce allant jusqu'à quatre-vingt-dix (90) jours de couverture supplémentaire, sous réserve du paiement de la prime.

Les Personnes Assurées seront considérées comme ayant leurs droits en vertu de la Police au moment où le Membre Principal cesse d'être un membre ou, tel que décrit autrement dans la Police, selon la première éventualité.

PAIEMENT DES PRIMES

Les primes sont payées par le Membre Principal soit mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement et sont dues par le Membre Principal le premier jour de la période civile à laquelle elles se rapportent.

NON-PAIEMENT

Si le Membre Principal ne paie pas l'intégralité des primes dans les trente (30) jours suivant leur date d'échéance, la couverture peut être retirée trente (30) jours après que l'Assureur ou l'Administrateur du Régime ait envoyé une lettre recommandée au Membre Principal constituant une mise en demeure de ce retrait. Si, dans ce délai, le Membre Principal a effectué le paiement en souffrance, l'avis de retrait n'aura plus d'effet.

RÉCLAMATIONS

En cas de désaccord ou de réclamation avec l'Assureur concernant les conditions générales de la Police, l'Association et/ou le Membre Principal et/ou une autre Personne Assurée doivent d'abord contacter leur représentant à l'Administrateur du Régime à l'adresse suivante :

PassportCard Deutschland GmbH
Caffamacherreihe 8-10
20355 Hambourg
Allemagne

Email : kundenbetreuung@passportcard.de

Si la solution proposée ne répond pas aux attentes du Membre Principal et/ou de la Personne Assurée,

l'Administrateur du Régime peut transmettre la réclamation à l'Assureur, à l'adresse indiquée ci-dessous. L'Assureur répondra à cette réclamation dans un délai raisonnable.

AWP Health & Life SA
Service clientèle
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar
93400 Saint Ouen
France
Email : client.care@allianzworldwidecare.com

Le Membre Principal ou la Personne Assurée doit d'abord contacter son représentant auprès de l'Administrateur du Régime. Si la solution proposée ne répond pas aux attentes du Membre Principal et/ou de la Personne Assurée, l'Administrateur du Régime peut transmettre la réclamation à l'Assureur, à l'adresse indiquée ci-dessus. L'assureur répondra à cette plainte dans un délai raisonnable.

Le Membre Principal ou les autres Personnes Assurées ont également la possibilité de demander la médiation du Médiateur de l'assurance maladie et dépendance privée pour les litiges relatifs à l'assurance santé en relation avec cette Police.

Les réclamations peuvent être soumises à l'Autorité fédérale allemande de surveillance des services financiers.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Téléphone : +49 (0) 228 / 4108 - 0
Télécopieur : + 49 (0)228 4108-1550
Email : poststelle@bafin.de
<https://www.bafin.de>

Par ailleurs, AWP Health & Life SA est signataire de la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Ainsi, en cas de désaccord persistant et définitif, l'Association et/ou le Membre Principal ou autre Personne Assurée a la possibilité, après avoir épuisé toutes les autres voies de recours amiables possibles, d'opter pour le recours au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, sans préjudice d'autres actions judiciaires éventuelles, qui peut être contacté à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50 110
75 441 Paris Cedex 09

<https://www.mediation-assurance.org/>

L'introduction d'une réclamation n'affecte pas le droit d'introduire une demande devant le tribunal civil compétent.

EXCLUSIONS

Exclusion de la Responsabilité de l'Assureur à l'égard des Prestataires de Services Médicaux et autres services

L'Assureur n'est pas responsable envers l'Association et/ou le Membre Principal et/ou les autres Personnes Assurées de tout dommage que le Membre Principal et/ou les autres Personnes Assurées et/ou un tiers pourraient subir en raison du choix du Membre Principal et/ou de l'autre Personne Assurée et/ou de l'orientation par l'Assureur vers un médecin, un spécialiste, un chirurgien, anesthésiste, un hôpital ou tout autre prestataire du réseau ou hors réseau et/ou à la suite d'un acte ou d'une omission des premiers, ou d'un conseil, d'un traitement, d'une intervention chirurgicale, d'un médicament ou de toute autre action de leur part, y compris le fait de ne pas effectuer une intervention chirurgicale et/ou de ne pas fournir un traitement médical à la date indiquée pour quelque raison que ce soit. Il est précisé que les prestataires de services ne sont pas considérés comme des agents ou des employés de l'Assureur.

Déchéance du droit à une prestation

Le Membre Principal et chaque Personne Assurée ont le droit de présenter des réclamations directement à l'Assureur. Le Membre Principal et/ou l'autre Personne Assurée est déchu de tout droit au bénéfice d'un sinistre dans le cas où le Membre Principal ou l'autre Personne Assurée fait volontairement une fausse déclaration sur ce sinistre, notamment sur la date, la nature, les causes, les circonstances et/ou les conséquences et/ou le montant du sinistre. La déchéance de ce droit s'applique également dans le cas où le Membre Principal ou une autre Personne Assurée utilise sciemment des documents inexacts comme pièces justificatives pour cette réclamation.

Risques exclus

Les frais résultant des événements suivants ne sont pas couverts par l'Assureur :

- Toute exposition, quelle qu'elle soit, à des rayonnements ionisants, à une pollution radioactive, à un procédé nucléaire, à une matière nucléaire militaire ou à tout déchet nucléaire quel qu'il soit ou à toute substance chimique au cours d'une activité illégitime.
- Les conséquences d'une guerre civile ou non civile, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un mouvement ou d'actes de terrorisme, quels que soient le lieu de ces événements et leurs protagonistes, sauf si la Personne Assurée ne prend pas une part active à cet événement ou si elle est appelée à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance afin d'assurer la sécurité des personnes.

L'Assureur se réserve le droit de modifier les garanties du Contrat pour un ou plusieurs territoires, sous réserve d'un préavis de quinze (15) jours adressé à l'Association. L'Association peut refuser cette modification et résilier le Contrat en adressant à l'Assureur une lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception de l'avenant présenté par l'Assureur. La résiliation prendra effet le premier jour du trimestre civil suivant la notification du refus. Toute modification s'appliquera à la couverture du Membre Principal au titre de la Police à la prochaine Date Anniversaire de la Police, sauf dans le cas où ladite modification est le résultat d'un changement législatif, réglementaire et/ou international de la loi.

Garanties exclues

Les garanties suivantes ne sont pas couvertes par la Police, sauf stipulation contraire dans le Certificat d'adhésion ou dans le tableau des garanties :

- Les traitements non urgents fournis en dehors de la zone de couverture telle que définie dans le Certificat d'adhésion.
- toute forme de traitement expérimental ou non contrôlé qui ne suit pas les pratiques communément acceptées, coutumières ou traditionnelles de la médecine, sauf sur consentement spécifique de la part de l'Assureur
- Les frais annexes ou de confort en cas d'Hospitalisation (par exemple, téléphone, télévision, hôtel, Internet, etc.).
- Les soins liés à l'abus de substances ou à la toxicomanie.
- Les cures de désintoxication/détoxication.
- Toute intervention chirurgicale ou traitement relatif à un changement de sexe/réaffectation sexuelle/confirmation du sexe.
- Contrôles médicaux, études, traitements, consultations et complications concernant la stérilité, la stérilisation, les dysfonctionnements sexuels, la contraception (y compris l'insertion ou le retrait de dispositifs contraceptifs), l'interruption volontaire de grossesse (sauf dans le cas d'une interruption de grossesse médicalement nécessaire et effectuée conformément à la législation locale).
- Toute chirurgie élective/volontaire plastiques/esthétiques, à l'exception de la chirurgie de reconstruction mammaire après une maladie couverte.
- Les traitements et consultations esthétiques, les cures de rajeunissement, les cures d'amincissement.
- Cures thermales et frais annexes.
- Les frais médicaux relatifs à un séjour en centre de thalassothérapie ou en centre de remise en forme, même si ce séjour est médicalement prescrit.
- Les frais médicaux relatifs à un séjour en maison de repos ou de convalescence, sauf si ce séjour résulte d'une Hospitalisation ou d'une intervention chirurgicale lourde constatée par le médecin de l'Assureur.

-
- Les consultations, traitements et complications liés à la perte de cheveux ou à la greffe de cheveux, sauf si ce traitement résulte d'une perte de cheveux causée par une maladie grave.
 - Les traitements visant à modifier la réfraction d'un œil ou des deux yeux (correction des yeux au laser), y compris la kératotomie réfractive (RK) et la kératectomie photoréfractive (PRK).
 - Médicaments sans ordonnance et produits non médicaux.
 - Le diagnostic et le traitement des troubles du sommeil, y compris le traitement pour la prévention des troubles du sommeil, les équipements médicaux, les examens dans les laboratoires du sommeil.
 - Une circoncision autre que pour des raisons médicales.
 - Les vaccinations pour adultes qui ne sont pas médicalement nécessaires (par exemple, pour les voyages ou l'immigration).
 - Les traitements basés sur la médecine alternative ou holistique, sauf disposition contraire dans le tableau des prestations ci-joint.
 - Les soins et/ou le traitement de maladies causées intentionnellement et/ou de blessures auto-infligées, y compris les tentatives de suicide, que le membre principal ou la Personne Assurée soit sain d'esprit ou non.

LOI APPLICABLE

La présente Police est régie et interprétée par le droit allemand.

Les tribunaux allemands sont compétents pour tout litige découlant de ou en rapport avec la présente Police. Les réclamations de l'Assureur et/ou de l'Administrateur du Régime peuvent être présentées devant les tribunaux où le Membre Principal a sa résidence principale. Toutefois, les tribunaux allemands seront compétents si le Membre Principal a, après le début de la couverture en vertu de la Police, changé sa résidence habituelle pour un lieu situé en dehors de l'Allemagne.

La présente Police peut être exécutée en un ou plusieurs exemplaires, dont chacun sera à toutes fins utiles considéré comme un original du contrat et dont l'ensemble constituera le même instrument. Les chapitres 1 à 7 des présentes sont considérés comme incorporés et font partie intégrante de la présente Police.

2. DÉFINITIONS

Les mots et expressions employés dans la présente Police ont la signification suivante :

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle subie par le Membre Principal ou une autre Personne Assurée et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie aiguë ou chronique.

Ambulatoire

Traitement médical dispensé dans un hôpital ou une clinique ambulatoire reconnue comme un établissement médical officiel par la juridiction locale dans laquelle la Personne Assurée reçoit le traitement, conformément aux conditions de la présente Police. Les traitements ambulatoires de jour d'une durée supérieure à 4 heures (par exemple, la dialyse) sont considérés comme des traitements hospitaliers.

Appareillage

Équipement médical durable qui :

- Peut être utilisé plus d'une fois,
- Est utilisé pour servir un objectif médical,
- n'est pas utilisé en l'absence d'une maladie, d'une affection ou d'une blessure, et
- est adapté à une utilisation à domicile ou dans la vie de tous les jours.

Coassurance (franchise)

Le pourcentage du coût d'un traitement couvert que la Personne Assurée doit payer. La Personne Assurée partage ce coût avec l'assureur. Il peut y avoir un plafond pour le montant de la franchise que la Personne Assurée devra payer, comme indiqué dans le tableau des garanties.

Coassurance maximale du Membre

Le montant maximal de la coassurance qu'une Membre Principal devra payer au cours d'une année de régime, le cas échéant, comme indiqué dans le tableau des garanties.

Co-pay (ticket modérateur/quote-part)

Participation fixe ou un pourcentage du coût d'un service couvert que la Personne Assurée paie directement au prestataire de soins au moment du traitement, comme indiqué dans le tableau des garanties. Le co-pay n'est pas liée à la coassurance.

Date de survenance de l'événement assuré

La date réelle à laquelle la Personne Assurée a reçu des soins médicaux et/ou d'autres services pertinents.

Évacuation médicale et rapatriement

Le transport d'urgence par voie aérienne et/ou maritime, en raison de l'état de santé de la Personne Assurée, vers un Hôpital, ou vers un aéroport le plus proche de l'Hôpital vers lequel la Personne Assurée est dirigée, ou son transfert vers le Pays d'Origine, le tout à la discrétion de l'Administrateur du Régime, y compris toute évacuation terrestre d'urgence nécessaire avant ou après le transport.

L'obligation de l'Administrateur du Régime en vertu de la présente Section ne s'applique que si toutes les conditions cumulatives spécifiées ci-dessous ont été remplies :

- a. La Personne Assurée a besoin d'un traitement médical essentiel pour sauver sa vie.
- b. Le traitement médical essentiel ne peut être administré à la Personne Assurée à l'endroit où elle se trouve.
- c. Le transport autre que l'évacuation d'urgence est susceptible d'entraîner le décès de la Personne Assurée.
- d. Ce qui est mentionné dans les paragraphes ci-dessus est demandé par un spécialiste et autorisé à la discrétion de l'Administrateur du Régime.

Événement assuré

Un service médical et/ou autre fourni à la Personne Assurée suite à un besoin médical tel que spécifié dans le tableau des prestations.

Formulaire de demande

Un formulaire de demande pour devenir un Membre Principal en vertu de la Police. Le formulaire de demande sera rempli avec tous les détails nécessaires, y compris les noms de chacune des personnes assurées qui souhaitent être couvertes par la Police du Membre Principal, ainsi qu'une déclaration de santé et une renonciation au secret médical signées par le Membre Principal et chaque autre Personne Assurée (le cas échéant) âgée de plus de 18 ans. Une déclaration du demandeur faite par téléphone est considérée comme une signature valide si l'appel est enregistré avec le consentement du Membre Principal.

Frais d'accouchement

Les frais médicaux encourus lors d'un accouchement normal par voie vaginale ainsi que lors d'un accouchement par césarienne lorsque cela est médicalement nécessaire. Les éventuelles complications sont couvertes par la garantie « hospitalisation ».

Frais de garde d'enfants

Frais de baby-sitting, de garde d'enfants, de nourrisse et/ou autres frais liés à la surveillance d'un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans d'une Personne Assurée dans les situations suivantes :

- i. Si l'enfant/les enfants reste(nt) dans le pays de destination alors que la Personne Assurée et son Partenaire sont hors du pays de destination en raison d'un traitement médical
- ii. Pendant une Hospitalisation couverte d'un parent qui est une Personne Assurée, ou
- iii. Si l'enfant/les enfants ne sont pas avec la Personne Assurée ou son Partenaire pendant un voyage de retour retardé couvert.

Greffe

Les greffes sont soumises à l'autorisation écrite préalable de l'Administrateur du Régime et doivent être effectuées auprès d'un Prestataire du Réseau. Les plafonds des garanties indiqués dans le tableau des garanties comprennent l'évaluation d'un médecin spécialiste avant la greffe, la procédure de greffe, tout traitement de suivi et le coût du prélèvement de l'organe dans un Hôpital autre qu'un achat ou une acquisition effective d'un organe ou d'un tissu.

Hôpital

Un établissement médical, chirurgical ou psychiatrique reconnu comme un hôpital public ou privé par les autorités locales.

Hospitalisation

Un séjour dans un hôpital à des fins de diagnostic et/ou pour effectuer une chirurgie d'urgence et/ou non urgente, y compris les examens, et/ou les médicaments liés à l'objectif de l'hospitalisation, le tout supervisé par un médecin traitant. L'hospitalisation comprend :

- l'hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé
- Les opérations chirurgicales pendant l'hospitalisation, y compris les soins médicaux relatifs aux traumatismes, et les opérations chirurgicales effectuées sous anesthésie générale ou locale.
- Les frais annexes médicaux et paramédicaux engagés au cours de l'Hospitalisation.
- Le transport du patient*.
- Tout autre traitement médical dans un hôpital, et
- L'IRM, le TEP scan ou tout autre examen d'imagerie similaire.

*En cas d'hospitalisation, le transport est couvert dans le même pays entre le domicile du patient ou le lieu de l'accident et l'établissement de santé le plus proche situé dans le même pays. Il est également couvert si l'état du patient hospitalisé nécessite son transfert de l'établissement de santé d'accueil vers un autre établissement de santé proche.

Implants

Les implants dentaires (en métal ou en céramique) qui sont intégrés comme substitut de la racine d'une dent ou dans la mâchoire édentée.

Maladie congénitale

Toute maladie ou affection, anomalie, déficience, naissance prématurée ou malformation présente à la naissance, y compris toute affection connexe, qu'elle soit diagnostiquée ou non.

Maladie préexistante

Toute condition médicale diagnostiquée avant de remplir le Formulaire de demande. Le diagnostic peut prendre la forme d'un diagnostic médical documenté (sans limite de temps) ou d'une procédure médicale documentée effectuée dans les six mois précédant la date de soumission du formulaire de demande.

Maternité et accouchement (sans complication)

Un état normal de grossesse de la Personne Assurée comprenant le suivi de la grossesse, l'accouchement et le traitement de la mère et de l'enfant pendant l'Hospitalisation après la naissance, y compris le suivi médical post-natal de routine de la mère. En l'espèce, on entend par « état normal de grossesse » le déroulement de la grossesse jusqu'à l'accouchement pour lequel aucune intervention médicale n'est requise au-delà des contrôles de routine selon les critères admis, y compris un enfant en bonne santé né d'un accouchement par voie basse (y compris par forceps ou ventouse).

Maternité - Complications de la grossesse et de l'accouchement

Tout état anormal de la grossesse ; un avortement (autre que pour des raisons personnelles et/ou socio-économiques) ; un accouchement anormal. En l'espèce, les situations médicales suivantes seront considérées comme des complications de la grossesse : prééclampsie, toxémie, infection rénale, diabète gestationnel, anémie, infection de la vessie, localisation et/ou sectionnement du placenta, déchirure de l'utérus, infection du placenta, endométriose, accouchement tardif (42 semaines et plus), sensibilité au facteur Rh dans le sang du fœtus, douleurs de travail prématurées, rupture prématurée des membranes (plus de 12 heures avant l'accouchement), le col de l'utérus a cessé de s'étendre, douleurs de travail pendant plus de 20 heures, mortinaissance, grossesse extra-utérine, vomissements extrêmes, ou pathologies associées ou similaires. En l'espèce, les conditions suivantes seront considérées comme des complications de l'accouchement et/ou du fœtus et/ou du nouveau-né : une césarienne, une présentation anormale du fœtus, un déclenchement du travail pour des raisons médicales, une anomalie du liquide amniotique, un rythme cardiaque lent ou rapide, un prolapsus du cordon ombilical, une embolie du liquide amniotique dans les poumons, un poids de naissance inférieur à 2 kilogrammes, une naissance prématurée (avant la 37^e semaine de grossesse), un accouchement sous anesthésie générale, des anomalies congénitales ou des pathologies similaires ou associées.

Membre Principal

La personne qui a rempli le Formulaire de demande, qui a été approuvée pour la couverture de la Police par l'Association, qui est l'assuré principal en vertu de la Police.

Partenaire

Un conjoint, un partenaire d'union civile ou un partenaire cohabitant tel que décrit ci-dessus.

Patient hospitalisé

Traitement pour des raisons médicales qui signifie normalement que vous devez passer une nuit ou plus à l'hôpital (à l'exception de l'attente d'une consultation dans une salle d'urgence ou d'un diagnostic).

Pays de destination

Le pays, en dehors du Pays d'origine et du Pays de résidence (le cas échéant), qui a été indiqué sur le Formulaire de demande, dans lequel la Personne Assurée a l'intention de séjourner pendant une période de plus de soixante (60) jours consécutifs, ou dans lequel le Membre Principal réside déjà, et sur la base de ces informations, l'Assureur a accepté de les admettre à la Police d'assurance.

Pays d'origine

Le pays déclaré comme pays d'origine dans le Formulaire de demande, pour lequel le Membre Principal détient un passeport et/ou dans lequel le Membre Principal a une adresse permanente.

Pays de résidence

Pays dans lequel la Personne Assurée réside légalement et pour lequel elle a une adresse permanente (le cas échéant).

Période d'attente

Toute période, spécifiée en jours ou en mois, commençant à la date d'entrée en vigueur de la Police, pendant laquelle la Personne Assurée peut ne pas être couverte pour des services médicaux spécifiques conformément au tableau des garanties.

Personne Assurée

Une Personne Assurée est le Membre Principal et/ou une autre Personne Assurée par le biais de la couverture du Membre Principal en tant que Personne à Charge du Membre Principal tel que défini dans le présent document.

Personne à charge

Une personne à charge est décrite comme suit :

a. Conjoint/partenaire en union civile

Un conjoint non légalement séparé du Membre Principal, ou son partenaire d'union civile enregistré, ou son partenaire cohabitant, tel qu'enregistré auprès de l'autorité réglementaire appropriée.

b. Partenaire cohabitant (conjoint de fait/partenaire de vie): un conjoint qui n'est pas légalement séparé du Membre Principal, ou son partenaire d'union civile enregistré, ou son partenaire cohabitant, tel qu'enregistré auprès de l'autorité réglementaire appropriée.

- les deux personnes sont libres de tout lien conjugal ; et
- la cohabitation a été déclarée par le Membre Principal

Le Membre Principal a déclaré la cohabitation au Titulaire de la Police, qui doit communiquer cette information à l'Assureur, au moment de l'adhésion.

c. Enfant(s) à charge

Le ou les enfants célibataires du Membre Principal et ceux de son conjoint (ou partenaire d'union civile ou partenaire de cohabitation) jusqu'à l'âge de 18 ans, vivant au foyer du Membre Principal, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis, y compris les mineurs qui sont sous la protection du Membre Principal.

- L'âge limite de 18 ans est porté à 24 ans pour les enfants à charge qui sont étudiants à temps plein.

- La limite d'âge de 18 ans est supprimée pour les enfants à charge handicapés/incapables qui sont reconnus par le service gouvernemental local compétent comme personnes à charge légales du Membre Principal.

Prestataire du réseau

Un médecin, un hôpital ou un autre fournisseur de services qui a conclu un accord avec l'Administrateur du Régime et dont le nom sera indiqué sur une liste publiée périodiquement par l'Administrateur du Régime.

Prestataire hors réseau

Un médecin, un hôpital ou un autre prestataire de services qui n'a pas conclu d'accord avec l'administrateur.

Prestation du plan de remplacement de l'hôpital

Un montant payable par la Police pour chaque jour effectivement passé à l'Hôpital dans le cas où une Personne Assurée ne demande aucune garantie de la Police pour un traitement hospitalier médicalement nécessaire qui serait autrement couvert par la Police.

Professionnel de santé/prestataire de services médicaux

Les praticiens médicaux fournissant un traitement, ainsi que les prestataires et les installations médicales, qui sont autorisés par l'organe directeur local.

Psychothérapie

Traitement médicalement requis pour traiter un état diagnostiqué de la Personne Assurée, fourni par une personne légalement qualifiée et autorisée à pratiquer en tant que psychothérapeute, dans le pays où le traitement est reçu.

Rapatriement du corps

Cette garantie comprend le rapatriement de la dépouille mortelle de la Personne Assurée dans son Pays d'origine.

Soins de longue durée

Services destinés à une Personne Assurée qui ne peut pas s'occuper d'elle-même et qui a besoin de l'aide d'un tiers pendant qu'elle se trouve dans un Hôpital, un hospice, une maison de santé, ou qu'elle est soignée dans son logement personnel.

Soins dentaires d'urgence suite à un accident

Les soins dentaires d'urgence dispensés dans les quinze (15) jours suivant un accident et consistant à remplacer des dents naturelles et saines perdues ou endommagées.

Substitute Hospital Cash Plan Benefit (Prestations en espèces/indemnités journalières)

Un montant payable par la Police pour chaque jour effectivement passé à l'Hôpital dans le cas où une Personne Assurée ne demande aucune garantie de la Police pour un traitement hospitalier médicalement nécessaire qui serait autrement couvert par la Police.

Traitement non urgent

Un traitement ou une intervention dont la nécessité était prévue et l'admission de la Personne Assurée dans une clinique n'était pas basée sur une recommandation de la salle d'urgence en tant qu'événement urgent, mais plutôt sur une recommandation d'un médecin spécialiste ambulatoire (y compris la clinique ambulatoire d'un hôpital).

Traitement psychiatrique

Traitement médicalement requis pour traiter un état mental diagnostiqué de la Personne Assurée, y compris les troubles de l'alimentation, par une personne légalement qualifiée et autorisée à exercer en tant que psychiatre dans le pays où le traitement est reçu.

Urgence

Mot utilisé en cas d'accident, de catastrophe naturelle et/ou de début ou d'aggravation soudaine d'une maladie pour laquelle la Personne Assurée nécessite des mesures et un traitement médicaux immédiats. Immédiat signifie dans les quarante-huit (48) heures suivant la cause directe de l'urgence.

Visite compassionnelle

Les frais de vol et d'hôtel, pour un voyage d'un membre de la famille, pour rendre visite à la Personne Assurée qui reçoit actuellement un Traitement médical.

3. TABLEAU DES GARANTIES

	Compact	Comfort	Premium
Services médicaux	Garantie maximale		
Limite annuelle par personne et par année d'assurance	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
Hospitalisation			
Hébergement	Général	Semi-privé	Privé
Frais de traitement médical, de chirurgie et d'anesthésie	✓	✓	✓
Frais d'hospitalisation, chirurgie et anesthésie	✓	✓	✓
Chirurgie ambulatoire au lieu d'une hospitalisation	✓	✓	✓
Hébergement des parents pendant le traitement hospitalier d'un enfant mineur	✓	✓	✓
Soins de longue durée	Jusqu'à 20 jours	Jusqu'à 40 jours	Jusqu'à 60 jours
Dialyse	✗	✓	✓
Greffes de moelle osseuse et d'organes	Jusqu'à 150,000 € par vie	Jusqu'à 250,000 € par vie	✓
Cancer : Médicaments et traitements oncologiques, y compris la chirurgie reconstructive pour le cancer du sein.	✓	✓	✓
Indemnité journalière en cas d'hospitalisation	✗	✗	Jusqu'à 100 € par nuit
Traitement en milieu hospitalier des troubles mentaux ou nerveux (période d'attente de 12 mois, nécessite une autorisation préalable)	Jusqu'à 5,000 € ou 30 jours par an / 15,000 € max. ou 90 jours par vie (le plus bas des deux)	Jusqu'à 10,000 €	✓
Physiothérapie, y compris les massages (nécessite une autorisation préalable)	✓	✓	✓
Autres thérapies (comprend l'ergothérapie, la luminothérapie, l'hydrothérapie, l'inhalation, les packs, les bains médicaux, la cryothérapie, la thermothérapie, l'électrothérapie, la cardio-réhabilitation)	✓	✓	✓
Aides et appareils médicaux prescrits	✗	Jusqu'à 5,000 €	Jusqu'à 5,000 €
Médicaments prescrits et médicaments pour les patients hospitalisés	✓	✓	✓
Transport vers l'hôpital approprié le plus proche pour un traitement initial à la suite d'un accident ou d'une urgence.	✓	✓	✓

	Compact	Comfort	Premium
Services médicaux	Garantie maximale		
Limite annuelle par personne et par année d'assurance	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
TRAITEMENT AMBULATOIRE			
Traitement médical	Couvert comme spécifié ci-dessous	Couvert comme spécifié ci-dessous	Couvert comme spécifié ci-dessous
Consultations médicales	Jusqu'à 1,000 €	✓	✓
Maladie grave, après un traitement en milieu hospitalier	✗	✓	✓
Traitement du cancer	✓	✓	✓
Maladies chroniques	✗	✓	✓
Imagerie - consultations et services de diagnostic	✗	✓	✓
Traitement psychiatrique	✗	✗	✓
Psychothérapie	✗	✗	Délai d'attente de 1é mois, uniquement par un licencié psychiatre (MD)
Physiothérapie, y compris les massages	✗	✗	Jusqu'à 12 visites par an (en combinaison avec l'acupuncture)
Autres thérapies ambulatoires	✗	✗	Jusqu'à 12 séances
Orthophonie	✗	✗	Délai d'attente de 12 mois couvert jusqu'à 30 séances par an si pré-approuvé
Acupuncture (technique de l'aiguille), homéopathie, ostéopathie, chiropractie et médecine traditionnelle chinoise (MTC) 1	✗	✗	Jusqu'à 12 visites par an (combinées avec physiothérapie) si pré-approuvé
Aides et appareils médicaux prescrits	✗	Jusqu'à 5,000 €	Jusqu'à 5,000 €
Aides visuelles, y compris un examen de la vue	✗	✗	Jusqu'à 300 € en 24 mois, examen optique à 200 € par an
Aides auditives	✗	✗	Délai d'attente de 48 mois, s'il n'est pas causé par accident, jusqu'à 5,000 € par vie
Médicaments prescrits et médicaments pour les soins ambulatoires	Jusqu'à 500 €	Jusqu'à 50,000 €	Jusqu'à 50,000 €
Médicaments en vente libre (OTC)	✗	✗	Jusqu'à 100 €
Thérapie médicamenteuse du VIH et du SIDA, y compris ART	jusqu'à 50,000 €	Jusqu'à 50,000 €	✓
Transport vers le médecin approprié le plus proche pour un traitement initial à la suite d'un accident ou d'une urgence.	✓	✓	✓

	Compact	Comfort	Premium
Services médicaux	Garantie maximale		
Limite annuelle par personne et par année d'assurance	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
SERVICES DE MATERNITÉ (PÉRIODE D'ATTENTE DE 12 MOIS)			
Soins de maternité et d'accouchement, services d'une sage-femme ou d'une infirmière en obstétrique, en hospitalisation et en consultation externe.	✘	Jusqu'à 5,000 € par accouchement, césarienne couverte uniquement si médicalement nécessaire	Jusqu'à 25,000 € par accouchement, césarienne couverte uniquement si médicalement nécessaire
Complications de la grossesse et de l'accouchement	✘	Jusqu'à 100,000 €	✔
Indemnité accouchement ambulatoire	✘	✘	500 € par nouveau-né
Soins au nouveau-né (Nous devons être informés dans les 60 jours suivant la naissance. Sous réserve de souscription avec une charge de risque maximale de 100 %)	✘	Assuré dans sa propre police	Assuré dans sa propre police
Affections congénitales du nouveau-né	✘	✔	✔
Traitement de l'infertilité	✘	✘	Jusqu'à 5,000 € par vie
BIEN-ÊTRE			
Puériculture	✘	✔	✔
Bilan de santé (adulte)	✘	Jusqu'à 200 €	Jusqu'à 1,000 €
Vaccins et immunisation (adulte)	✘	Jusqu'à 100 €	Jusqu'à 500 €
Vaccinations et immunisation (enfant)	✘	✔	✔
RÉADAPTATION ET SOINS INFIRMIERS			
Rééducation suite à une hospitalisation	✘	Jusqu'à 30 jours, nécessite pré-approbation	Jusqu'à 30 jours, nécessite pré-approbation
Soins infirmiers à domicile et aide ménagère, au lieu d'un séjour à l'hôpital.	✘	Jusqu'à 14 jours	Jusqu'à 14 jours
Soins de jour	✘	✔	✔
Conditions chroniques	✘	✔	✔
Hospice	✘	Couvert, nécessite une approbation	Couvert, nécessite une approbation

	Compact	Comfort	Premium
Services médicaux	Garantie maximale		
Limite annuelle par personne et par année d'assurance	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
COUVERTURE DENTAIRE			
Traitement dentaire d'urgence / accident	Jusqu'à 3,000 €	Jusqu'à 6,000 €	Jusqu'à 6,000 €
Limite globale des soins dentaires, à l'exclusion des urgences	✘	2,000 € de limite globale (1ère année - demi-montant)	5,000 € de limite globale (1ère année - demi-montant)
COUVERTURE DENTAIRE DE BASE			
Deux par année d'assurance	✘	✔	✔
Rayon X	✘	✔	✔
Détartrage et polissage	✘	✘	✔
Traiter la muqueuse buccale et parodontie	✘	✘	✔
Remplissages simples	✘	✔	✔
Chirurgie, extractions, traitement de canal	✘	✘	✔
Gouthière	✘	✔	✔
PRINCIPAUX SERVICES DENTAIRES			
Prothèses dentaires (ex. prothèses, ponts et couronnes, inlays)	✘	✘	✔
Implants	✘	✘	✔
Orthodontie jusqu'à 18 ans	✘	✘	50% de quote-part
Travail en laboratoire dentaire et matériaux	✘	✘	✔
Plan de traitement	✘	✘	✔
ASSISTANCE			
Service téléphonique et par courriel 24h/24 avec des conseillers expérimentés	✔	✔	✔
Information sur l'infrastructure médicale (soins médicaux locaux, noms et adresses de médecins parlant plusieurs langues)	✔	✔	✔
Accompagnement et information par notre service médical (deuxième avis, suivi de l'évolution de la maladie)	✔	✔	✔

	Compact	Comfort	Premium
Services médicaux	Garantie maximale		
Limite annuelle par personne et par année d'assurance	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
Garantie de paiement (GOP) (préparation d'un séjour à l'hôpital)	✓	✓	✓
Services en ligne	✓	✓	✓
Soutien médical complémentaire et adapté (informations sur la nature, les causes possibles et le traitement éventuel d'une maladie)	✓	✓	✓
Aide aux problèmes psychologiques éventuellement causés par le séjour dans le pays de destination	✗	✗	✓
Transport à l'hôpital en cas d'urgence	✓	✓	✓

ASSISTANCE COMPLEMENTAIRE, RAPATRIEMENT, EVACUATION ET COUVERTURE HORS DU PAYS DE DESTINATION

Evacuation médicale et rapatriement (fournisseurs du réseau uniquement, coordonnés par l'assureur)	✓	✓	✓
Retour au pays de destination après évacuation / rapatriement	Jusqu'à 2,000 € par famille	Jusqu'à 2,000 € par famille	Jusqu'à 2,000 € par famille
Traitement d'urgence hors zone de couverture	60 jours de couvertures	60 jours de couvertures	60 jours de couvertures
Retour de l'accompagnant en fonction du pays de destination si la personne couverte est évacuée pendant le voyage	✗	Jusqu'à 1,000 €	Jusqu'à 2,000 €
Retour de l'accompagnant enfant / enfants vers le pays d'origine si la personne couverte est évacuée / rapatriée	✗	✗	Jusqu'à 2000 € par famille
Frais de garderie	✗	300 € par jour jusqu'à 4 jours	300 € par jour jusqu'à 8 jours
Visite familiale	✗	✗	1 voyage par condition, jusqu'à 1,500 €
Retour retardé	✗	✗	Jusqu'à 4,000 €
Rapatriement vers le pays d'origine en cas de dépassement de la limite de police	Juste pour la personne couverte et seulement pour les soins ambulatoires couverts par le plan Premium et qui dépassent 10,000 €. Charges payées jusqu'à 2,000 €		✓
Rapatriement des corps	Jusqu'à 20,000 €	Jusqu'à 20,000 €	Jusqu'à 20,000 €

Sauf indication contraire, les montants ci-dessus s'appliquent par personne et par année d'assurance. Tous les avantages sont soumis aux termes, conditions, exclusions et UCR - Tarifs habituels, coutumiers et raisonnables de la politique.

OPTION RIDER

Evacuation médicale
Peut être ajouté à tous les plans

Le plafond général de garantie pour tous les événements d'assurance (sauf indication contraire dans le tableau suivant) est de 1,000,000 € pour toute la durée du contrat ou de cette extension. Chaque fois qu'une limite de couverture spécifique est mentionnée, la limite spécifique s'appliquera.

TYPE DE SERVICES	LIMITE DE RESPONSABILITE	
Dépenses de base pour un accompagnateur	50 € par jour / 500 € pour toute la durée du séjour chez l'assuré	
Billet d'avion pour un accompagnateur	1,300 € pour chaque événement d'assurance	
Additional reimbursement for return to the Country of Destination	2,500 € pour chaque événement d'assurance	
Vol pour mineurs vers le pays d'origine ou vers le lieu où la personne couverte a été évacuée - remboursement du billet d'avion	1,600 € par mineur	jusqu'à 3 mineurs par événement d'assurance
Dépenses de base pour les mineurs lors d'un vol vers un lieu d'évacuation de la personne couverte	50 € par jour / 500 € par période entière rester avec l'assuré	Pour chaque mineur séparément
Traitement continu / observation - dépenses de base pour la personne couverte	50 € par jour / 500 € par période entière	Jusqu'à 2 traitements / observations par événement d'assurance
Traitement continu / observation Dépenses de base pour la personne couverte	1,300 € par événement d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> • Billet aller-retour uniquement du lieu de domicile de l'assuré jusqu'au lieu où il a été traité après l'évacuation initiale • Uniquement un vol commercial régulier en classe économique

	Compact	Comfort	Premium
Services médicaux		Garantie maximale	
Limite annuelle par personne et par année d'assurance	1,500,000 \$	3,500,000 \$	5,000,000 \$
NIVEAU DE REMBOURSEMENT			
En réseau	80%	90%	100%
Hors réseau	60%	70%	80%
COASSURANCE MAXIMALE DES MEMBRES POUR LE RESEAU UNIQUEMENT			
Limite annuelle par personne et par année d'assurance	10,000 \$	5,000 \$	n/a
Hospitalisation			
Hébergement	Général	Semi-privé	Privé
Frais de traitement médical, de chirurgie et d'anesthésie	✓	✓	✓
Frais d'hospitalisation, chirurgie et anesthésie	✓	✓	✓
Chirurgie ambulatoire au lieu d'une hospitalisation	✓	✓	✓
Hébergement des parents pendant le traitement hospitalier d'un enfant mineur	✓	✓	✓
Soins de longue durée	Jusqu'à 20 jours	Jusqu'à 40 jours	Jusqu'à 60 jours
Dialyse	✗	✓	✓
Greffes de moelle osseuse et d'organes	Jusqu'à 150,000 \$ par vie	Jusqu'à 250,000 \$ par vie	✓
Cancer : Médicaments et traitements oncologiques, y compris la chirurgie reconstructive pour le cancer du sein.	✓	✓	✓
Indemnité journalière en cas d'hospitalisation	✗	✗	Jusqu'à 100 \$ par nuit
Traitement en milieu hospitalier des troubles mentaux ou nerveux (période d'attente de 12 mois, nécessite une autorisation préalable)	Jusqu'à 5,000 \$ ou 30 jours par an / 15,000 \$ max. ou 90 jours par vie (le plus bas des deux)	Jusqu'à 10,000 \$	✓
Physiothérapie, y compris les massages (nécessite une autorisation préalable)	✓	✓	✓
Autres thérapies (comprend l'ergothérapie, la luminothérapie, l'hydrothérapie, l'inhalation, les packs, les bains médicaux, la cryothérapie, la thermothérapie, l'électrothérapie, la cardio-réhabilitation)	✓	✓	✓
Aides et appareils médicaux prescrits	✗	Jusqu'à 5,000 \$	Jusqu'à 5,000 \$
Médicaments prescrits et médicaments pour les patients hospitalisés	✓	✓	✓

	Compact	Comfort	Premium
Services médicaux	Garantie maximale		
Limite annuelle par personne et par année d'assurance	1,000,000 \$	3,500,000 \$	5,000,000 \$
TRAITEMENT AMBULATOIRE			
Traitement médical	Couvert comme spécifié ci-dessous	Couvert comme spécifié ci-dessous	Couvert comme spécifié ci-dessous
Consultations médicales	Jusqu'à 1,000 \$	✓	✓
Maladie grave, après un traitement en milieu hospitalier	✗	✓	✓
Traitement du cancer	✓	✓	✓
Maladies chroniques	✗	✓	✓
Imagerie - consultations et services de diagnostic	✗	✓	✓
Traitement psychiatrique	✗	✗	✓
Psychothérapie	✗	✗	Délai d'attente de 1é mois, uniquement par un licencié psychiatre (MD)
Physiothérapie, y compris les massages	✗	✗	Jusqu'à 12 visites par an (en combinaison avec l'acupuncture)
Autres thérapies ambulatoires	✗	✗	Jusqu'à 12 séances
Orthophonie	✗	✗	Délai d'attente de 12 mois couvert jusqu'à 30 séances par an si pré-approuvé
Acupuncture (technique de l'aiguille), homéopathie, ostéopathie, chiropractie et médecine traditionnelle chinoise (MTC) 1	✗	✗	Jusqu'à 12 visites par an (combinées avec physiothérapie) si pré-approuvé
Aides et appareils médicaux prescrits	✗	Jusqu'à 5,000 \$	Jusqu'à 5,000 \$
Aides visuelles, y compris un examen de la vue	✗	✗	Jusqu'à 300 \$ en 24 mois, examen optique à 200 \$ par an
Aides auditives	✗	✗	Délai d'attente de 48 mois, s'il n'est pas causé par accident, jusqu'à 5,000 € par vie
Médicaments prescrits et médicaments pour les soins ambulatoires	Limite jusqu'à 100,000 \$, Copay 10 \$ médicament de marque ; 0% générique	Limite jusqu'à 100,000 \$, Copay 10 \$ médicament de marque ; 0% générique	Limite jusqu'à 100,000 \$, Copay 10 \$ médicament de marque ; 0% générique
Médicaments en vente libre (OTC)	✗	✗	Jusqu'à 200 \$, Copay 10 \$ médicament de marque ; 0% générique
Thérapie médicamenteuse du VIH et du SIDA, y compris ART	jusqu'à 100,000 \$	jusqu'à 100,000 \$	✓
Transport vers le médecin approprié le plus proche pour un traitement initial à la suite d'un accident ou d'une urgence.	✓	✓	✓

	Compact	Comfort	Premium
Services médicaux	Garantie maximale		
Limite annuelle par personne et par année d'assurance	1,000,000 \$	3,500,000 \$	5,000,000 \$
SERVICES DE MATERNITÉ (PÉRIODE D'ATTENTE DE 12 MOIS)			
Soins de maternité et d'accouchement, services d'une sage-femme ou d'une infirmière en obstétrique, en hospitalisation et en consultation externe.	✗	Jusqu'à 10,000 \$ par accouchement, césarienne couverte uniquement si médicalement nécessaire	Jusqu'à 25,000 \$ par accouchement, césarienne couverte uniquement si médicalement nécessaire
Complications de la grossesse et de l'accouchement	✗	Jusqu'à 200,000 \$	✓
Indemnité accouchement ambulatoire	✗	✗	500 \$ par nouveau-né
Soins au nouveau-né (Nous devons être informés dans les 60 jours suivant la naissance. Sous réserve de souscription avec une charge de risque maximale de 100 %)	✗	Assuré dans sa propre police	Assuré dans sa propre police
Affections congénitales du nouveau-né	✗	✓	✓
Traitement de l'infertilité	✗	✗	Jusqu'à 10,000 \$ par vie
BIEN-ÊTRE			
Puériculture	✗	✓	✓
Bilan de santé (adulte)	✗	Jusqu'à 400 \$	Jusqu'à 2,000 \$
Vaccins et immunisation (adulte)	✗	Jusqu'à 200 \$	Jusqu'à 1,000 \$
Vaccinations et immunisation (enfant)	✗	✓	✓
RÉADAPTATION ET SOINS INFIRMIERS			
Rééducation suite à une hospitalisation	✗	Jusqu'à 30 jours, nécessite pré-approbation	Jusqu'à 30 jours, nécessite pré-approbation
Soins infirmiers à domicile et aide ménagère, au lieu d'un séjour à l'hôpital.	✗	Jusqu'à 14 jours	Jusqu'à 14 jours
Soins de jour	✗	✓	✓
Conditions chroniques	✗	✓	✓
Hospice	✗	Couvert, nécessite une approbation	Couvert, nécessite une approbation

	Compact	Comfort	Premium
Services médicaux	Garantie maximale		
Limite annuelle par personne et par année d'assurance	1,000,000 \$	3,500,000 \$	5,000,000 \$
COUVERTURE DENTAIRE			
Traitement dentaire d'urgence / accident	Jusqu'à 5,000 \$	Jusqu'à 8,000 \$	Jusqu'à 8,000 \$
Limite globale des soins dentaires, à l'exclusion des urgences	✗	2,000 \$ de limite globale (1ère année - demi-montant)	5,000 \$ de limite globale (1ère année - demi-montant)
COUVERTURE DENTAIRE DE BASE			
Deux par année d'assurance	✗	✓	✓
Rayon X	✗	✓	✓
Détartrage et polissage	✗	✗	✓
Traiter la muqueuse buccale et parodontie	✗	✗	✓
Remplissages simples	✗	✓	✓
Chirurgie, extractions, traitement de canal	✗	✗	✓
Gouthière	✗	✓	✓
PRINCIPAUX SERVICES DENTAIRES			
Prothèses dentaires (ex. prothèses, ponts et couronnes, inlays)	✗	✗	✓
Implants	✗	✗	✓
Orthodontie jusqu'à 18 ans	✗	✗	50% de quote-part
Travail en laboratoire dentaire et matériaux	✗	✗	✓
Plan de traitement	✗	✗	✓
ASSISTANCE			
Service téléphonique et par courriel 24h/24 avec des conseillers expérimentés	✓	✓	✓
Information sur l'infrastructure médicale (soins médicaux locaux, noms et adresses de médecins parlant plusieurs langues)	✓	✓	✓
Accompagnement et information par notre service médical (deuxième avis, suivi de l'évolution de la maladie)	✓	✓	✓

	Compact	Comfort	Premium
Services médicaux	Garantie maximale		
Limite annuelle par personne et par année d'assurance	1,000,000 \$	3,500,000 \$	5,000,000 \$
Garantie de paiement (GOP) (préparation d'un séjour à l'hôpital)	✓	✓	✓
Services en ligne	✓	✓	✓
Soutien médical complémentaire et adapté (informations sur la nature, les causes possibles et le traitement éventuel d'une maladie)	✓	✓	✓
Aide aux problèmes psychologiques éventuellement causés par le séjour dans le pays de destination	✗	✗	✓
Transport à l'hôpital en cas d'urgence	✓	✓	✓

ASSISTANCE COMPLEMENTAIRE, RAPATRIEMENT, EVACUATION ET COUVERTURE HORS DU PAYS DE DESTINATION

Evacuation médicale et rapatriement (fournisseurs du réseau uniquement, coordonnés par l'assureur)	✓	✓	✓
Retour au pays de destination après évacuation / rapatriement	Jusqu'à 2,000 \$ par famille	Jusqu'à 2,000 \$ par famille	Jusqu'à 2,000 \$ par famille
Traitement d'urgence hors zone de couverture	60 jours de couvertures	60 jours de couvertures	60 jours de couvertures
Retour de l'accompagnant en fonction du pays de destination si la personne couverte est évacuée pendant le voyage	✗	Jusqu'à 1,200 \$	Jusqu'à 2,400 \$
Retour de l'accompagnant enfant / enfants vers le pays d'origine si la personne couverte est évacuée / rapatriée	✗	✗	Jusqu'à 2,400 \$ par famille
Frais de garderie	✗	300 \$ par jour jusqu'à 4 jours	400 \$ par jour jusqu'à 8 jours
Visite familiale	✗	✗	1 voyage par condition, jusqu'à 2,000 \$
Retour retardé	✗	✗	Jusqu'à 4,000 \$
Rapatriement vers le pays d'origine en cas de dépassement de la limite de police	Juste pour la personne couverte et seulement pour les soins ambulatoires couverts par le plan Premium et qui dépassent 10,000 \$. Charges payées jusqu'à 2,000 \$		✓
Rapatriement des corps	Jusqu'à 20,000 \$	Jusqu'à 20,000 \$	Jusqu'à 20,000 \$

Sauf indication contraire, les montants ci-dessus s'appliquent par personne et par année d'assurance. Tous les avantages sont soumis aux termes, conditions, exclusions et UCR - Tarifs habituels, coutumiers et raisonnables de la politique.

OPTION RIDER

Evacuation médicale
Peut être ajouté à tous les plans

Le plafond général de garantie pour tous les événements d'assurance (sauf indication contraire dans le tableau suivant) est de 1,000,000 \$ pour toute la durée du contrat ou de cette extension. Chaque fois qu'une limite de couverture spécifique est mentionnée, la limite spécifique s'appliquera.

TYPE DE SERVICES	LIMITE DE RESPONSABILITE	
Dépenses de base pour un accompagnateur	50 \$ par jour / 500 \$ pour toute la durée du séjour chez l'assuré	
Billet d'avion pour un accompagnateur	1,300 \$ pour chaque événement d'assurance	
Additional reimbursement for return to the Country of Destination	2,500 \$ pour chaque événement d'assurance	
Vol pour mineurs vers le pays d'origine ou vers le lieu où la personne couverte a été évacuée - remboursement du billet d'avion	1,600 \$ par mineur	jusqu'à 3 mineurs par événement d'assurance
Dépenses de base pour les mineurs lors d'un vol vers un lieu d'évacuation de la personne couverte	50 \$ par jour / 500 \$ par période entière rester avec l'assuré	Pour chaque mineur séparément
Traitement continu / observation - dépenses de base pour la personne couverte	50 \$ par jour / 500 \$ par période entière	Jusqu'à 2 traitements / observations par événement d'assurance
Traitement continu / observation Dépenses de base pour la personne couverte	1,300 \$ par événement d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> • Billet aller-retour uniquement du lieu de domicile de l'assuré jusqu'au lieu où il a été traité après l'évacuation initiale • Uniquement un vol commercial régulier en classe économique

4. NOTICE DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES - AWP HEALTH & LIFE SA

AWP Health & Life SA, qui fait partie du groupe Allianz, est une compagnie d'assurance française agréée qui fournit des produits et services d'assurance sur une base transfrontalière. L'Association a souscrit, en tant que Titulaire de la Police en son nom propre mais pour le compte de ses Membres en Allemagne, le présent contrat d'Assurance Collective auprès de l'Assureur, AWP Health & Life SA.

Le présent contrat met en œuvre la réglementation et les exigences relatives à la protection des Données Personnelles et à la collecte, au traitement et à l'utilisation des Données Personnelles dans le cadre de l'exécution et de la gestion du présent contrat. La protection des données et de la vie privée des assurés et des contractants d'AWP Health & Life SA est une priorité absolue. Le présent notice de protection des Données Personnelles explique comment et quel type de Données Personnelles seront collectées, pourquoi elles sont collectées et à qui elles sont partagées ou divulguées. Veuillez lire attentivement cette notice.

Dans le cas où le présent contrat prévoit la couverture des éventuelles Personnes à charge de la catégorie de salariés à assurer et/ou inclut la déclaration des bénéficiaires en cas de décès, le cas échéant, le présent Notice de Protection des Données Personnelles doit être également communiqué par l'Association à ces tiers.

Les Données Personnelles concernant les Parties au présent contrat, la catégorie de salariés à assurer, leurs Personnes à charge et/ou bénéficiaires le cas échéant, et/ou toute personne physique vivante identifiée ou identifiable à laquelle les Données Personnelles se rapportent, ci-après dénommées « Personne(s) concernée(s) », y compris les signataires des accords contractuels et des diverses annexes, pièces, pièces jointes et autres documents référencés ou incorporés aux présentes et/ou avenants, modifications ou annexes aux présentes, sont utilisées aux seules fins de la gestion de celles-ci, par des moyens automatisés ou non, tels que la collecte, le traitement, l'enregistrement, l'organisation, la limitation de la finalité et la minimisation des données, la conservation, l'adaptation ou la modification, l'extraction, la consultation, l'utilisation, la divulgation par transfert, la diffusion ou toute autre mise à disposition, le rapprochement ou la combinaison, la sécurité, relatifs à la collecte et au traitement des Données Personnelles, y compris, mais sans s'y limiter, la confidentialité et la sécurité de celles-ci, conformément à la loi fédérale sur la protection des données du 30 juin 2017 (Journal officiel fédéral I p. 2097) Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), les Codes allemands de la Sécurité Sociale

(Sozialgesetzbücher), qui comprennent des dispositions relatives au traitement des données médicales, sociales et autres Données Personnelles, ainsi que, prévues à l'article 213 de la Loi allemande sur le Contrat d'Assurance, la Loi française n° 78-17 du 6 janvier 1978 (modifiée) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi que toutes les lois et réglementations applicables en matière de protection et de traitement des Données Personnelles, y compris le Règlement général sur la protection des données (Règlement (UE) 2016/679) du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, ci-après dénommé le « Règlement », les lois sectorielles et les orientations et codes de pratique applicables publiés par les autorités de contrôle et stipulés dans les présentes.

Les termes utilisés dans la présente ont la signification qui leur est donnée dans le Règlement, tel que défini ci-après, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données Personnelles et à la libre circulation de ces données à la suite ou en relation avec le présent contrat. « Données Personnelles » désigne toute donnée à caractère personnel et/ou sensible en relation avec les Personnes concernées. Veuillez consulter les définitions ci-après.

Tous les avenants nécessaires, le cas échéant, aux accords contractuels existants, y compris le présent contrat, tous les accords de protection des données pertinents conclus avec des tiers et les accords de transfert de données relatifs à la collecte, au traitement, à l'utilisation, au stockage et/ou au transfert de toute donnée permettant d'identifier une personne sont conclus en application de tous les aspects de la réglementation en matière de protection des données et de sécurité de l'information tels que stipulés dans la présente et en application du règlement.

Toutes les mesures de sécurité appropriées nécessaires pour protéger et sécuriser correctement les Données Personnelles et les Données Sensibles collectées, traitées et utilisées seront en application la Loi Fédérale sur la Protection des Données du 30 juin 2017 (Journal Officiel Fédéral I p. 2097), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), le Code allemand de la Sécurité Sociale (Sozialgesetzbücher), qui comprennent des dispositions relatives au traitement des données médicales, sociales et autres Données Personnelles, ainsi que, prévues à l'article 213 de la Loi allemande sur le contrat d'assurance, la Loi française n° 78-17 du 6 janvier 1978 (modifiée) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et les lois et règlements relatifs à la protection et au traitement des Données Personnelles, et notamment des Données

Sensibles, le cas échéant, la mise en œuvre de la confidentialité relative au traitement des données médicales conformément au Règlement, la Convention française AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), entrée en vigueur en 2006, révisée le 1er février 2011 et le 2 février 2015 et le Code de Conduite qui lui est annexé ainsi que le Code de Déontologie Médicale français.

Contrôleur des données

AWP Health & Life SA, l'Assureur, est le Responsable de traitement de données, ci-après dénommé « Contrôleur des données », tel que défini par les lois et règlements pertinents en matière de protection des données, détermine les finalités et les moyens du traitement des Données Personnelles dans l'exécution et la gestion du présent contrat.

Processeur de données

Le cas échéant, le sous-traitant de Données Personnelles, ci-après dénommé « Processeur de données », est un tiers autorisé par un Accord administratif et de protection des données distinct, à collecter, traiter et utiliser toute information personnellement identifiable mise à disposition par le Contrôleur de données au Processeur de données ou collectée par le Processeur de données pour le compte du Contrôleur de données (Données Personnelles), en relation avec tous les aspects de la protection des données et de la sécurité des informations.

Catégories de Données Personnelles

Les différents types de Données Personnelles qui peuvent être collectées et traitées dans le cadre de l'exécution et de la gestion du présent contrat par tout tiers autorisé Contrôleur ou Processeur de données comprennent, sans s'y limiter, les informations suivantes :

- Données Personnelles de base : y compris le nom complet, le titre de civilité, l'adresse, le numéro de téléphone, l'adresse électronique, l'adresse IP via la page web sans désactiver les cookies, l'âge, la date de naissance, le sexe, la nationalité, le document d'identification et/ou le numéro de document d'identification (passeport, carte d'identité), les signatures ;

- Détails RH de base sur l'employé : y compris Numéro personnel, titre/rôle de l'emploi, statut de l'emploi (temps plein/partiel), détails/description du rôle, langue, détails de l'assurance maladie, grade, titulaire de la police/entité, unité opérationnelle/division, lieu de travail, pays d'origine et pays d'expatriation, responsable hiérarchique, date de début, heures de travail, dates et détails de la réinstallation, date de fin et motif de la résiliation, type de contrat (durée déterminée/durée indéterminée/intérim), correspondance, résultats des vérifications judiciaires relatives à la prévention de la fraude et/ou des activités terroristes ;

- Détails financiers : y compris les informations sur les comptes bancaires/carte de crédit, les informations sur les paiements, les salaires, les primes, les fiches de paie, les données sur les avantages et les droits, les données sur les plans d'action, les allocations de logement/de déménagement ou autres, les données sur les compensations, les réductions accordées par des tiers ;

- Données administratives relatives à la santé, au bien-être et aux absences : liées à la relation entre le Titulaire de la Police et la Personne concernée, telles que le dossier personnel d'un employé, y compris les informations relatives aux performances, l'enregistrement des absences/congés, le motif de l'absence, les détails relatifs à la santé physique et psychologique ou à l'état de santé, les informations et les rapports relatifs à la santé et la sécurité, les informations et les rapports relatifs à la santé au travail, les doléances et plaintes, les détails concernant le harcèlement, le handicap, l'accès, les détails relatifs aux exigences particulières, les pensions de retraite pour cause de maladie, la retraite, etc.

- Données relatives à l'éducation, à l'expérience professionnelle et aux affiliations : données relatives à la vie, notamment des informations liées à l'éducation et à la formation, aux qualifications/certifications, aux langues, au parcours professionnel, aux compétences, aux récompenses ou aux évaluations de performances ou toute autre information relative à la vie professionnelle ;

- Famille, mode de vie et situation sociale : y compris l'état civil, les personnes à charge/conjoint/partenaire/détails sur la famille, le parent le plus proche/les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence, l'origine ethnique, la religion/les croyances religieuses, d'autres informations sur la diversité et l'égalité, et les données relatives à la vie personnelle qui peuvent inclure des informations sur les goûts et les aversions ou d'autres informations liées à la vie personnelle ; et

- Données sensibles : peut comprendre toute donnée susceptible de révéler l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les croyances religieuses ou philosophiques, l'appartenance syndicale, les données génétiques, les données biométriques, les données relatives à la santé ou les données relatives à la vie sexuelle ou à l'orientation sexuelle de la Personne concernée, y compris les questionnaires médicaux, les formulaires d'adhésion, les formulaires de consentement, les formulaires de déclaration de bénéficiaire, les rapports médicaux, les rapports d'évaluation médicale ou les certificats de décès, les demandes d'autorisation préalable, les factures de frais médicaux, l'historique des sinistres.

Catégories de personnes concernées

Les Données Personnelles traitées par l'Assureur et/ou pour le compte de l'Assureur afin d'exécuter ses obligations en vertu du présent contrat, ou autrement en relation avec celui-ci, en fonction des services fournis, les catégories de Personnes concernées peuvent inclure, sans s'y limiter, les suivantes :

- Le personnel actuel ou ancien, y compris les directeurs, les responsables, les employés, les relations des employés, les fournisseurs, les personnes physiques (agents, intermédiaires), les travailleurs d'agence, les invités, les assureurs, les sous-traitants, les représentants des partenaires commerciaux (fournisseurs, clients, courtiers, intermédiaires), les titulaires de polices, les titulaires de contrat, les assurés, les bénéficiaires, les parents et/ou les personnes à charge des titulaires de contrat, des assurés ou des bénéficiaires, le cas échéant ;
- Contacts ou autre personnel de clients, prospects, vendeurs, affiliés, partenaires commerciaux ou autres organisations connexes.

Dans la mesure où des Données Personnelles et/ou d'autres données sensibles sont nécessaires pour la souscription, l'administration et la gestion du présent contrat, les personnes à charge et/ou les bénéficiaires en cas de décès sont considérés comme des « Personnes concernées » aux fins de l'application du règlement.

Consentement

La collecte et l'utilisation des Données Personnelles fournies au Contrôleur des données et à tout tiers autorisé le cas échéant peuvent nécessiter le consentement exprès de la Personne concernée, sauf disposition contraire des lois et règlements applicables :

Finalités

Consentement explicite

Conclusion, exécution et réalisation des obligations et des droits d'un contrat et administration du contrat d'assurance (par exemple, devis, souscription, gestion des sinistres)	Requis en cas de nécessité. Toutefois, lorsque le traitement des Données Personnelles est nécessaire à la souscription d'une assurance et/ou au traitement d'un sinistre, AWP Health & Life SA n'est pas dans l'obligation d'obtenir le consentement explicite de la Personne concernée.
Pour gérer les recouvrements de créances	Non requis
Afin d'informer les Personnes concernées, ou de permettre aux sociétés du Groupe Allianz et à des tiers sélectionnés d'informer les Personnes concernées, sur les produits et services susceptibles d'intéresser les Personnes concernées conformément à leurs préférences marketing. Les modifications des préférences peuvent être demandées à tout moment en contactant leur représentant AWP Health & Life SA ou en contactant AWP Health & Life SA comme indiqué ci-dessous.	Requis
Pour la prise de décision automatisée (y compris le profilage) à des fins d'évaluation du crédit, pour personnaliser l'expérience de la Personne concernée [sur le site Web] (en proposant des produits, des services, des messages marketing, des offres et un contenu adaptés à la Personne concernée) et pour prendre d'autres décisions concernant la Personne concernée à l'aide de technologies informatiques, telles que l'évaluation des produits qui pourraient être les plus appropriés pour la Personne concernée.	Requis, si nécessaire. Cependant, lorsque AWP Health & Life SA ou un tiers autorisé doit traiter des Données Personnelles afin de souscrire une assurance et/ou de traiter un sinistre, AWP Health & Life SA n'est pas dans l'obligation d'obtenir le consentement explicite de la Personne concernée.
Prévention et détection des fraudes	Non requis
Afin de respecter les obligations légales (par exemple, obligations fiscales, comptables et administratives)	Non requis
Répartition du risque par le biais de la réassurance et de la coassurance.	Non requis

Comme mentionné ci-dessus, AWP Health & Life SA est en droit de collecter et de traiter des informations contenant des Données Personnelles reçues le cas échéant de bases de données publiques, de tiers tels que des courtiers et des partenaires commerciaux, des médecins, des hôpitaux, d'autres autorités administratives médicales, d'autres assureurs, des agences de renseignement de solvabilité et de prévention des fraudes, des réseaux publicitaires, des fournisseurs d'analyses, des fournisseurs d'informations de recherche, des experts en sinistres, des intermédiaires, des autorités déléguées, des avocats et des notaires.

Pour les finalités indiquées ci-dessus où AWP Health & Life SA a indiqué qu'elle n'avait pas besoin du consentement explicite de la Personne concernée ou lorsque AWP Health & Life SA a

autrement besoin des Données Personnelles pour souscrire l'assurance et/ou traiter le sinistre, AWP Health & Life SA traitera les Données Personnelles sur la base d'intérêts légitimes et/ou pour se conformer aux obligations légales.

Accès et traitement des Données Personnelles
 AWP Health & Life SA veillera à ce que les Données Personnelles soient traitées d'une manière compatible avec les finalités indiquées ci-dessus. Aux fins indiquées, les Données Personnelles peuvent être obtenues ou divulguées aux parties suivantes par le biais d'accords contractuels visant à protéger les Données Personnelles avec ceux qui peuvent agir en tant que contrôleurs et/ou processeurs de données tiers autorisés.

- Les autorités publiques, les sociétés appartenant au Groupe Allianz, les autres assureurs, les coassureurs, les réassureurs, les intermédiaires/courtiers d'assurance et les banques ;

- Les entités indépendantes du Groupe Allianz qui fournissent certains services pour le compte d'AWP Health & Life SA, tels que l'évaluation des risques et la gestion des sinistres, qui impliquent la collecte et l'utilisation de données sur la santé et d'autres données sans lesquelles AWP Health & Life SA ne serait pas en mesure de gérer une Police ou de payer des sinistres ;

- Les Assurés, les employeurs, les courtiers, les autres sociétés du Groupe Allianz, les intermédiaires d'assurance, les tiers administrateurs pour la souscription et/ou la gestion de la Police ou le traitement des données et les opérations d'exécution (sinistres, informatique, poste, gestion des documents, etc.) ;

- Les médecins, le personnel soignant et hospitalier, les autres institutions médicales, les maisons de soins, les caisses d'assurance maladie légales, les associations professionnelles et les autorités publiques pour la gestion de la Police ou le traitement des sinistres éventuels ;

- D'autres sociétés du Groupe Allianz, des consultants techniques, des experts, des avocats, des experts en sinistres, des réparateurs, des médecins ; et des sociétés de services pour effectuer les opérations d'exécution (sinistres, informatique, poste, gestion de documents) ; et/ou

- Les annonceurs et les réseaux publicitaires pour envoyer aux Personnes concernées des communications marketing, comme le permet la législation locale et conformément aux préférences de communication des Personnes concernées. AWP Health & Life SA ne partage pas les Données Personnelles avec des tiers non affiliés pour leur propre utilisation marketing sans l'autorisation de la Personne concernée.

AWP Health & Life SA et ces tiers procèdent à cet échange dans le respect des obligations et des procédures relatives à la confidentialité des données et des informations médicales requises pour le partage et l'utilisation des données aux fins susmentionnées.

Enfin, AWP Health & Life SA peut également partager des Données Personnelles dans les cas suivants, y compris mais sans s'y limiter :

- Dans le cas d'une réorganisation, d'une fusion, d'une vente, d'une coentreprise, d'une cession, d'un transfert ou de toute autre disposition de tout ou partie de nos activités, actifs ou actions (y compris dans le cadre d'une procédure d'insolvabilité ou d'une procédure similaire), envisagée ou effective ;

- Pour satisfaire à toute obligation légale, y compris auprès du médiateur, du tribunal, de l'arbitre ou de l'avocat compétent si une Personne concernée dépose une plainte concernant les produits ou services qu'AWP Health & Life SA lui a fournis ;

- Avec des coassureurs pour répartir la couverture du risque d'assurance conjointement avec d'autres entreprises auxquelles AWP Health & Life SA délivre une Police, et/ou pour gérer les sinistres conjointement ;

- Avec d'autres assureurs/réassureurs qui peuvent couvrir le même risque d'assurance en même temps - assurance multiple - afin de répartir le paiement de toute compensation qui pourrait m'être due, ou pour collaborer à la détection ou à la prévention de la fraude et de la criminalité financière.

Transferts de données

Les Données Personnelles peuvent être traitées tant à l'intérieur (Traitement transfrontalier) qu'à l'extérieur de l'Espace économique européen (EEE) (Transferts de données hors de l'EEE) par les parties spécifiées ci-dessus, sous réserve de restrictions contractuelles concernant la confidentialité et la sécurité, conformément aux lois et réglementations applicables en matière de protection des données. Aucune donnée personnelle et/ou sensible ne peut être divulguée à des parties qui ne sont pas autorisées à les traiter.

Dans le cas d'un transfert de Données Personnelles et/ou sensibles hors de l'EEE, ces transferts seront effectués en application des termes et conditions stipulés dans les Accords de Transfert de Données en conjonction avec les règles du Règlement, les lois spécifiques au secteur et les orientations et codes de pratique applicables émis par les autorités de contrôle.

En outre, un transfert de Données Personnelles et/ou sensibles hors de l'EEE pour un traitement au sein du groupe Allianz, l'Assureur accepte le transfert sur la base des Règles d'entreprise contraignantes (BCR) approuvées par Allianz, connues sous le nom de Norme de confidentialité Allianz (Allianz Privacy Standard), qui établissent une protection adéquate des Données Personnelles et sont juridiquement contraignantes pour toutes les sociétés du groupe Allianz. Les BCR d'Allianz et la liste des sociétés du groupe Allianz qui s'y conforment peuvent être consultées sur le site [insérer l'adresse du site français https://www.allianz.com/en/](https://www.allianz.com/en/).

Lorsque les règles d'entreprise contraignantes d'Allianz ne s'appliquent pas, les mesures nécessaires sont prises pour garantir que le transfert de Données Personnelles hors de l'EEE bénéficie d'un niveau de protection adéquat, comme c'est le cas dans l'EEE. Pour de plus amples informations concernant les mesures de protection sur lesquelles AWP Health & Life SA s'appuie pour ces transferts, la Personne concernée peut contacter son représentant AWP Health & Life SA ou contacter directement AWP Health & Life SA comme indiqué ci-dessous.

Droits des personnes concernées

Le règlement sur la protection des données confère certains droits aux Personnes concernées, notamment :

- Le droit d'accès : la Personne concernée a le droit d'obtenir du Contrôleur du traitement la confirmation que des Données Personnelles la concernant sont traitées et, lorsque c'est le cas, l'accès aux Données Personnelles sous une forme concise, transparente, intelligible et facilement accessible afin de connaître l'origine des données, les finalités et les fins du traitement, les coordonnées du responsable du traitement, du sous-traitant et des parties auxquelles les données peuvent être communiquées ;
- Droit de rétractation : la Personne concernée a le droit de retirer son consentement à tout moment lorsque les Données Personnelles sont traitées avec un consentement explicite ;
- le droit de rectification : la Personne concernée a le droit d'obtenir du responsable du traitement, sans retard excessif, la rectification des Données Personnelles inexactes ou incomplètes la concernant ;
- Le droit à l'effacement (droit à l'oubli) : la Personne concernée a le droit d'obtenir l'effacement ou la suppression des Données Personnelles sans retard excessif ;
- Le droit à la limitation du traitement : la Personne concernée a le droit d'obtenir du responsable du traitement la limitation du traitement dans certaines conditions ;
- Le droit d'opposition : la Personne concernée a le droit de s'opposer, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à tout moment, à un traitement de Données Personnelles la concernant. Le responsable du traitement ne traitera alors plus les Données Personnelles, à moins que le responsable du traitement ne démontre des motifs légitimes impérieux pour le traitement qui prévalent sur les intérêts, droits et libertés de la Personne concernée ou pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice ;

- Le droit d'obtenir une intervention humaine pour une décision fondée uniquement sur un traitement automatisé, y compris le profilage : la Personne concernée a le droit de ne pas faire l'objet d'une décision fondée uniquement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, qui produit des effets juridiques la concernant de manière similaire et significative ;

- Le droit à la portabilité des données : la Personne concernée a le droit de recevoir les Données Personnelles la concernant, qu'elle a fournies à un responsable du traitement, dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine, et a le droit de transmettre ces données à un autre responsable du traitement ;

- Déposer une plainte auprès de l'AWP Health & Life SA et/ou de l'autorité de protection des données compétente.

La Personne concernée peut exercer ces droits en contactant son représentant AWP Health & Life SA ou en contactant directement AWP Health & Life SA comme indiqué ci-dessous en fournissant le nom de la Personne concernée, son adresse e-mail, l'identification du compte et l'objet de la demande :

AWP Health & Life SA
Informatique et Libertés
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar
93400 Saint Ouen
France
Email: informatique.libertes@allianzworldwidecare.com

Opposition au traitement des Données Personnelles et/ou sensibles

Lorsque la loi ou la réglementation applicable le permet, la Personne concernée a le droit de s'opposer au traitement des Données Personnelles, ou de demander à AWP Health & Life SA de cesser de traiter les données (y compris à des fins de sollicitations, notamment commerciales). Une fois que la Personne concernée a informé AWP Health & Life SA, celle-ci ne traitera plus les Données Personnelles de la Personne concernée, sauf si les lois et réglementations applicables l'autorisent.

La Personne concernée peut exercer ce droit de la même manière que pour les autres droits indiqués ci-dessus.

Conservation des données

AWP Health & Life SA conservera les Données Personnelles des Personnes concernées comme le permettent les lois et règlements applicables, et plus particulièrement comme suit :

Documents	Durée de conservation des données
Propositions, devis	3 ans
Couvertures des contrats et avenants	Vie
Formulaires d'adhésion individuelle	- 5 ans à compter de la date de résiliation du contrat (si aucun sinistre) - 5 ans à compter de la date de résiliation de la couverture d'assurance
Formulaires d'adhésion individuelle de la Personne assurée invalide	Classé dans le dossier de sinistre correspondant (voir ci-dessous : « dossiers de sinistres »)
Bordereaux et registres des cotisations et primes, commissions et honoraires	5 ans
Dossiers comptables informatisés	30 ans
Dossiers de sinistres en cas de Décès, Total et Irréversible, Perte d'autonomie, Incapacité, Invalidité	- si la garantie a été versée : 10 ans à compter de la dernière date de paiement - si la garantie n'a pas été versée en tout ou partie au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'Assuré : 30 ans à compter de la date de la reconnaissance du décès de l'Assuré par l'entreprise. - si la garantie n'a pu être versée en totalité ou partiellement en raison de la disparition ou de l'absence de l'Assuré : 30 ans à compter de la date de la reconnaissance par la compagnie de la constatation de la disparition ou de l'absence de l'Assuré
Dossiers de sinistres en cas de maladie (frais médicaux maladie/accident)	3 ans à compter de la date de clôture des sinistres
Incapacité permanente partielle (IPP) résultant d'une maladie ou d'un accident - Mensualités - Remboursement hospitalier - Garanties de ressources - Indemnité de fin de carrière - Allocation d'éducation	- si la garantie a été versée : 10 ans à compter de la dernière date de paiement - si elle n'a pas été versée 30 ans
Autres documents contractuels (accords administratifs, traités, conventions, avenants, autres accords diverses).	Vie

AWP Health & Life SA ne conservera pas les Données Personnelles de la Personne concernée plus longtemps que nécessaire et ne conservera ces données que pour les fins pour lesquelles elles ont été obtenues.

Coordonnées du service de gestion des données

Si la Personne concernée a des questions sur la façon dont AWP Health & Life SA utilise les Données Personnelles, elle peut contacter le délégué à la protection des données comme suit :

AWP Health & Life SA
Délégué à la protection des données
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar
93400 Saint Ouen
France
Email : AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com

Mises à jour de la Protection des données d'AWP Health & Life SA

AWP Health & Life SA veille à ce que la version la plus récente soit disponible sur le site www.allianzworldwidecare.fr.

La Personne concernée sera informée de tout changement important pouvant avoir un impact sur ses Données Personnelles. Sinon, la Personne concernée peut contacter son représentant AWP Health & Life SA ou contacter directement AWP Health & Life SA comme indiqué ci-dessus. Le présent Notice de protection des données a été mis à jour le 1er mai 2018.

DÉFINITIONS

Les termes suivants ont la signification qui leur est donnée dans le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la Protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données Personnelles et à la libre circulation de ces données (« le Règlement ») et tels que définis ci-après :

Autorité de contrôle chargée de la protection des données

Une autorité publique indépendante qui est établie par un État membre conformément à l'article 51 du règlement ; une autorité de contrôle qui est concernée par le traitement de Données Personnelles parce que :

- le Contrôleur ou le Processeur est établi sur le territoire de l'État membre de cette autorité de contrôle;
 - les Personnes concernées résidant dans l'État membre de cette autorité de contrôle sont fortement affectées ou susceptibles d'être largement affectées par le traitement ;
- ou
- une plainte a été déposée auprès de cette autorité de contrôle ;

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (ci-après dénommée « CNIL ») est l'autorité de contrôle française. La CNIL est une autorité administrative indépendante chargée de veiller à ce que l'informatique reste au service des citoyens, ne mette pas en péril l'identité humaine et ne porte pas atteinte aux droits de l'homme, à la vie privée et aux libertés individuelles ou publiques. Elle veille à l'application de la convention sur la protection des données et émet fréquemment des décisions et des directives à ce sujet. www.cnil.fr

Autorité de Régulation

Le cas échéant, toute personne ou organisme chargé de l'application de la loi ou autre ayant une autorité réglementaire, de surveillance ou gouvernementale (que ce soit en vertu d'un régime légal ou autre) sur tout ou partie du Traitement des Données Personnelles en rapport avec la fourniture ou la réception des Services, y compris, sans s'y limiter, les Autorités européennes de surveillance de la protection des données.

Clauses contractuelles types

Les clauses contractuelles stipulées dans un Accord de Transfert de Données exécuté par et entre un Contrôleur de Données et un Processeur de Données et/ou un Contrôleur de Données et un Contrôleur de Données, transférant des Données Personnelles de l'EEE à un Processeur de Données ou autre Contrôleur de Données dans un Pays Tiers, qui est soumis aux Lois de Protection des Données d'un pays ou territoire donné, pour prendre en compte (dans la mesure du possible sans incertitude matérielle quant à le résultat) toute modification (y compris tout remplacement) apportée conformément à ces lois sur la protection des données, notamment en vertu de la décision de la Commission européenne du 5 février 2010 relative aux clauses contractuelles types pour le transfert de Données Personnelles à des sous-traitants établis dans des pays tiers.

Consentement de la Personne concernée

Toute manifestation de volonté, libre, spécifique, éclairée et univoque de la Personne concernée par laquelle celle-ci, par une déclaration ou par une action positive claire, signifie son accord au traitement des Données Personnelles la concernant.

Contrôleur de données

Personne physique ou morale, autorité publique, agence ou autre organisme qui, seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement des Données Personnelles. Le rôle du Contrôleur n'est pas déterminé par celui qui collecte les données ou qui y a accès, mais par celui qui détermine les finalités et les moyens du traitement. Les entités juridiques sans personnalité juridique propre peuvent être des Contrôleurs distincts de la société mère lorsqu'elles déterminent les finalités et les moyens du traitement effectué pour leur compte. Lorsque les finalités et les moyens de ce traitement sont déterminés par le droit de l'Union ou des États membres, le Contrôleur ou les critères spécifiques de sa désignation peuvent être prévus par le droit de l'Union ou des États membres.

Demande de la Personne concernée

Une demande d'accès, de correction, de modification, de transfert ou de suppression des Données Personnelles d'une Personne concernée.

Destinataire

La personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou tout autre organisme qui reçoit communication de Données Personnelles, qu'il s'agisse ou non d'un tiers. Toutefois, les autorités publiques qui sont susceptibles de recevoir communication de Données Personnelles dans le cadre d'une mission d'enquête particulière conformément au droit de l'Union ou au droit d'un État membre ne sont pas considérées comme des destinataires; le traitement de ces données par les autorités publiques en question est conforme aux règles applicables en matière de protection des données en fonction des finalités du traitement.

Données

Les Données Personnelles, les données sensibles et les autres informations mises à la disposition du Processeur des données par le Contrôleur des données ou mises à la disposition du Contrôleur des données par le Processeur des données dans le cadre de l'Accord, et toutes les autres données et informations traitées par le Processeur des données dans le cadre de l'Accord, y compris les Données Personnelles des signataires de l'Accord et du présent Annexe, et celles qui concernent les activités des Parties et/ou les clients ou les employés des Parties.

Données Personnelles

Toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable «personne concernée» ; est réputée être une «personne physique identifiable» une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

Données Personnelles d'entreprise

Toutes Données Personnelles traitées par un Processeur de données et/ou un Sous-traitant sous contrat pour le compte du Contrôleur de données ou d'un Membre du groupe corporatif du Contrôleur de données conformément ou en relation avec les Accords administratifs pertinents, y compris, mais sans s'y limiter, les signataires du ou des Accords administratifs et le présent DPA, et toute Information confidentielle qui se rapporte aux activités des Parties et/ou aux clients ou aux employés des Parties.

Données sensibles

Ce sont des informations qui révèlent la prétendue origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale, ainsi que le traitement des données génétiques, des données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique.

- « données génétiques », les Données Personnelles relatives aux caractéristiques génétiques héréditaires ou acquises d'une personne physique qui donnent des informations uniques sur la physiologie ou l'état de santé de cette personne physique et qui résultent, notamment, d'une analyse d'un échantillon biologique de la personne physique en question;
- « données biométriques », les Données Personnelles résultant d'un traitement technique spécifique, relatives aux caractéristiques physiques, physiologiques ou comportementales d'une personne physique, qui permettent ou confirment son identification unique, telles que des images faciales ou des données dactyloscopiques;
- « données concernant la santé », les Données Personnelles relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne.

Entités juridiques (groupe de)

En ce qui concerne l'une ou l'autre des Parties, une entité juridique liée est une entité juridique de contrôle et ses entités juridiques contrôlées :

- a. une personne morale de contrôle ;
- b. une personne morale contrôlée affiliée ; ou
- c. une personne morale contrôlée affiliée à une personne morale de contrôle.

Aux fins de la présente définition :

- une Personne morale affiliée désigne une entité juridique qui possède ou contrôle, est possédée ou contrôlée par, ou est ou est sous contrôle ou propriété commune avec la Société où le contrôle est défini comme la possession, directement ou indirectement, du pouvoir de diriger ou de faire diriger la gestion et les politiques d'une entité, que ce soit par la propriété de titres avec droit de vote, par contrat ou autrement ;
- Membre du groupe de sociétés désigne une personne morale ou toute société affiliée à une personne morale ;
- Données Personnelles de l'entreprise désigne toute donnée à caractère personnel traitée par un sous-traitant pour le compte d'un Membre du Groupe de l'entreprise en vertu ou en relation avec les Accords administratifs pertinents ;
- Une Personne morale en contrôle une autre lorsqu'au moment considéré
 - a. elle possède, directement ou indirectement, ou est autrement en mesure d'exprimer ou de contrôler l'expression d'au moins 50 % des actions donnant droit de vote aux assemblées générales de cette autre Personne morale ; ou
 - b. elle contrôle la composition de la majorité du Conseil d'administration de cette autre Personne morale.

Informations confidentielles

Les informations confidentielles comprennent (sans s'y limiter) les informations de nature confidentielle relatives aux Polices et aux Assurés ainsi qu'aux affaires, aux stratégies et aux connaissances commerciales et techniques des parties.

Lois applicables

Sauf stipulation contraire dans les présentes, (a) les lois de l'Union européenne ou des États membres en ce qui concerne toutes les Données Personnelles auxquelles toute société du Groupe d'entités juridiques est soumise ; et (b) toute autre loi de Protection des données applicable en ce qui concerne toutes les Données Personnelles auxquelles toute société du Groupe d'entités juridiques est soumise.

Loi sur la protection des données

Toutes les Lois sur la protection des données, orientations réglementaires, législations, statuts, codes, règlements, recommandations et/ou avis actuels et/ou futurs applicables, internationaux, régionaux, fédéraux ou nationaux, émis par une Autorité de protection des données compétente, dans toute juridiction, concernant le Traitement des Données Personnelles, y compris la confidentialité et la sécurité des Données Personnelles, conformément à la Loi fédérale sur la protection des données du 30 juin 2017 ((Journal officiel fédéral I p. 2097) Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), les codes de la Sécurité sociale allemande (Sozialgesetzbücher), qui comprennent des dispositions relatives au traitement des données médicales, sociales et autres Données Personnelles, ainsi que, prévu à l'article 213 de la loi allemande sur les assurances, la loi française (modifiée) sur la protection des données n° 78-17 du 06.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et, en particulier, le Règlement général sur la protection des données 2016/679 du 27 avril 2016 et toute législation, réglementation, recommandation ou avis de l'Union européenne ou d'un État membre de l'UE remplaçant, ajoutant ou modifiant, étendant, abrogeant ou consolidant la Loi sur la protection des données relative aux exigences en matière de collecte, de traitement et d'utilisation des Données Personnelles par les Processeurs de données pour le compte des Contrôleurs de données.

Mesures de sécurité techniques et organisationnelles

Les mesures visant à protéger les Données Personnelles contre la destruction involontaire ou illégale, la perte fortuite, l'altération, la divulgation ou l'accès non autorisé, en particulier lorsque le traitement implique la transmission de Données sur un réseau, et contre toute autre forme de traitement illégal.

Pays tiers

Un pays ou un Destinataire : (i) non reconnu par la Commission européenne comme assurant un niveau de protection adéquat des Données Personnelles ; et (ii) non couvert par un cadre approprié reconnu par les autorités ou tribunaux compétents comme assurant un niveau de protection adéquat des Données Personnelles.

Personne concernée

La personne physique vivante identifiée ou identifiable à laquelle se rapportent les Données Personnelles ; une personne physique vivante identifiable est une personne qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne ou à un ou plusieurs éléments spécifiques de l'identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale de cette personne physique.

Personne physique identifiable

Personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne ou à un ou plusieurs facteurs spécifiques à l'identité physique, physiologique, génétique, mentale, économique, culturelle ou sociale de cette personne physique, tel que défini dans le GDPR, article 4.1.

Processeur de données

Une personne physique ou morale et/ou entité juridique, autorité publique, agence ou autre organisme qui traite les Données Personnelles pour le compte du Contrôleur des données. L'existence d'un Processeur dépend d'une décision prise par le Contrôleur, qui peut décider soit de traiter les données au sein de son organisation, soit de déléguer tout ou partie des activités de traitement à une organisation externe.

Éléments de définition :

- Entité juridique distincte
- Traitement des données pour le compte du Contrôleur
- Le Processeur est appelé à mettre en œuvre les instructions données par le Contrôleur au moins en ce qui concerne la finalité du traitement et les éléments essentiels du moyen.

Pseudonymisation

Le traitement de Données Personnelles de telle façon que celles-ci ne puissent plus être attribuées à une personne concernée précise sans avoir recours à des informations supplémentaires, pour autant que ces informations supplémentaires soient conservées séparément et soumises à des mesures techniques et organisationnelles afin de garantir que les Données Personnelles ne sont pas attribuées à une personne physique identifiée ou identifiable.

Règles d'entreprise contraignantes

Politiques de protection des Données Personnelles auxquelles adhère un responsable du traitement ou un sous-traitant établi sur le territoire d'un État membre pour les transferts ou un ensemble de transferts de Données Personnelles vers un responsable du traitement ou un sous-traitant dans un ou plusieurs pays tiers au sein d'un groupe d'entreprises, ou d'un groupe d'entreprises engagées dans une activité économique commune.

Sous-traitant

Tout tiers sous-traitant (à l'exclusion des employés d'un Contrôleur de données ou de tout employé d'un sous-traitant d'un Contrôleur de données) nommé pour le compte d'un Contrôleur de données par un Processeur de données pour traiter des Données Personnelles - peut également être appelé Sous-traitant contractuel ou Sous-traitant aux fins des Lois sur la protection des données applicables.

Aux fins des Transferts de données applicables hors de l'EEE, comme stipulé dans les présentes, un Sous-traitant contracté signifie tout processeur engagé par un Importateur de données ou par tout autre Sous-traitant de l'Importateur de données qui accepte de recevoir de l'Importateur de données ou de tout autre Sous-traitant de l'Importateur de données des Données Personnelles exclusivement destinées aux activités de Traitement à réaliser pour le compte de l'Exportateur de données après le transfert conformément à ses instructions, aux termes des Clauses et aux termes du contrat de sous-traitance écrit.

Système d'information

Tout ensemble structuré de Données Personnelles accessibles selon des critères spécifiques, quelle que soit la forme ou la méthode de sa création, de son stockage, de son organisation et de son accès. Il peut être constitué d'un ou plusieurs types de supports (par exemple : bases de données, fichiers physiques, répertoires informatiques, etc.).

Tiers

Personne physique ou morale, autorité publique, agence ou organisme autre que la Personne concernée, le Contrôleur, le Processeur et les personnes qui, sous l'autorité directe du Contrôleur ou du Processeur, sont autorisées à traiter les Données Personnelles.

AWP Health & Life SA est une société anonyme au capital de 65 190 446 €, régie par le Code des assurances français, dont le siège social est situé à Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France. Immatriculée en France : 401 154 679 RCS Bobigny. Numéro de TVA intracommunautaire : FR 84 401 154 679.

Allianz Partners et Allianz Care sont des noms commerciaux déposés par AWP Health & Life SA.

Traitement des données ou Processus

Toute opération ou ensemble d'opérations effectuées par un Processeur de données pour le compte d'un Contrôleur de données, sur des Données Personnelles ou sur des ensembles de Données Personnelles, par des moyens automatisés ou non, tels que la collecte, l'enregistrement, l'organisation, la structuration, la conservation, l'adaptation ou la modification, l'extraction, la consultation, l'utilisation, la communication par transmission, la diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, le rapprochement ou l'interconnexion, la limitation, l'effacement ou la destruction.

Traitement transfrontalier

Traitement de Données Personnelles qui a lieu dans le cadre des activités des établissements dans plus d'un État membre d'un Contrôleur de données ou d'un Processeur de données dans l'Union européenne lorsque le Contrôleur de données ou le Processeur de données est établi dans plus d'un État membre ; ou traitement de Données Personnelles qui a lieu dans le cadre des activités d'un seul établissement d'un Contrôleur de données ou d'un Processeur de données dans l'Union européenne mais qui concerne substantiellement ou est susceptible de concerner substantiellement les Personnes concernées dans plus d'un État membre.

Transferts de données hors de l'EEE

Le traitement ou la communication des Données Personnelles à toute partie exerçant une activité commerciale, en dehors de l'Espace économique européen (EEE), dans le respect des lois applicables en matière de protection des données. L'utilisation de clauses contractuelles standard dans les accords de transfert de données conclus entre les parties ou tout autre tiers sur approbation du Contrôleur de données pour le transfert de Données Personnelles hors de l'EEE (Décision de la Commission 2010/87/EU), ou toute clause de remplacement approuvée ultérieurement par la Commission européenne sera requise. Tout traitement de données sera conforme aux conditions stipulées dans tous les accords de transfert de données fournissant les informations sur le traitement des Données Personnelles requises par les articles 13 et 14 du GDPR.

Violation de Données Personnelles

Une violation de la sécurité entraînant, de manière accidentelle ou illicite, la destruction, la perte, l'altération, la divulgation non autorisée de Données Personnelles transmises, conservées ou traitées d'une autre manière, ou l'accès non autorisé à de telles données.

5. CONSÉQUENCES DU NON-RESPECT DE L'OBLIGATION D'INFORMATION CONFORMÉMENT AU § 19 DE LA LOI ALLEMANDE SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE (VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ)

L'obligation précontractuelle d'information

L'Assureur prend en charge la couverture d'assurance en partant du principe que le Membre Principal ou toute Personne Assurée répond à toutes les questions posées dans le cadre du contrat d'assurance de manière véridique et complète. L'Assureur se base sur les informations divulguées par le Titulaire de la Policer et donc celles de l'Assuré pour pouvoir évaluer correctement le risque et calculer la prime à un niveau approprié. Pour cette raison, le Membre Principal ou toute Personne Assurée est tenu, jusqu'au moment où la déclaration contractuelle a été soumise, d'indiquer de manière véridique et complète toutes les circonstances liées au risque connues du Membre Principal ou de toute Personne Assurée sur lesquelles l'Assureur s'est renseigné par écrit (forme écrite). Si, après la remise de la déclaration contractuelle, mais avant l'acceptation contractuelle sous forme écrite, l'assureur se renseigne sur des circonstances liées au risque, le Membre Principal ou toute Personne Assurée est également tenu de les déclarer en conséquence. Les circonstances auxquelles le Membre Principal ou toute Personne Assurée n'attache qu'une importance mineure doivent également être déclarées. Si une autre personne est assurée, cette personne - en plus de le Membre Principal - est tenue de répondre aux questions posées par écrit de manière véridique et complète. Aux fins de la présente Police, il s'agit non seulement du Membre Principal mais aussi des Personnes Assurées admissibles.

Conséquences éventuelles de la violation d'une obligation précontractuelle d'information

1. Retrait

Si le Membre Principal ou toute Personne Assurée ne remplit pas une obligation précontractuelle d'information, l'Assureur a le droit de se retirer de la Police. Ceci ne s'applique pas si le Membre Principal prouve ultérieurement qu'il n'y a ni intention ni négligence grave. En cas de violation par négligence grave de l'obligation d'information, l'Assureur n'a pas le droit de se retirer si l'Assureur a conclu le contrat en ayant connaissance des circonstances non déclarées, même en ce qui concerne d'autres conditions. En cas de rétractation, il n'y a pas de couverture d'assurance. Si l'Assureur annonce sa rétractation après la survenance de l'événement assuré,

il reste tenu de verser la prestation si le Membre Principal apporte ultérieurement la preuve que la circonstance non déclarée ou incorrectement déclarée n'a pas été la cause de

- la survenance ou la constatation de l'événement assuré ; ou
- la constatation ou l'étendue de notre obligation de paiement.

Toutefois, l'obligation de paiement de l'Assureur devient caduque si le Membre Principal ou toute Personne Assurée a frauduleusement violé l'obligation de déclaration.

En cas de rétractation, l'Assureur a droit à la partie de la prime correspondant à la période contractuelle écoulée jusqu'au moment où la déclaration de rétractation prend effet.

2. Résiliation

Si l'Assureur ne peut pas se retirer du contrat parce que le Membre Principal ou la Personne Assurée n'a pas (sans aucune négligence grave) rempli une obligation précontractuelle d'information, l'Assureur peut résilier la Police, en respectant un délai d'un mois. Le droit de résiliation de l'Assureur est exclu si l'Assureur avait conclu le contrat en ayant connaissance des circonstances non déclarées, même par rapport à d'autres conditions.

3. Modification du contrat

Si l'Assureur ne peut pas retirer ou résilier le contrat parce qu'il avait conclu le contrat en dépit de la connaissance des circonstances de risque non divulguées, même en ce qui concerne d'autres conditions, celles-ci deviennent partie intégrante du contrat à la demande de l'Assureur.

Si le Membre Principal et toute Personne Assurée ont violé par négligence l'obligation d'information, les autres conditions feront rétrospectivement partie intégrante du contrat. Cela peut conduire à une augmentation rétroactive de la prime ou à une exclusion rétroactive de la couverture du risque pour la circonstance non déclarée, et à cet égard à une déchéance rétroactive de la couverture d'assurance.

Si la prime d'assurance augmente de plus de 10 % à la suite de la modification contractuelle, ou si l'Assureur exclut la couverture du risque pour la circonstance non déclarée, le Membre Principal peut résilier la Police dans le mois qui suit la réception de notre notification de la modification contractuelle. L'Assureur informera le Membre Principal de ce droit dans notre notification.

4. Faire valoir les droits de l'Assureur

L'Assureur ne peut faire valoir ses droits à la résiliation ou à la modification du contrat que dans un délai d'un mois par écrit. Ce délai commence à courir à partir du moment où l'Assureur a eu connaissance de la violation de l'obligation d'information qui justifie l'exercice de notre droit. Dans l'exercice de nos droits, l'Assureur doit révéler les circonstances sur lesquelles il se fonde pour faire valoir ses droits. L'Assureur peut, a posteriori, fournir des circonstances supplémentaires à titre de justification si le délai prévu à l'alinéa 1 n'est pas échu. L'Assureur ne peut se prévaloir des droits de rétractation, de résiliation ou de modification du contrat s'il avait connaissance de la circonstance de risque non déclarée ou de l'inexactitude de la déclaration. Nos droits de rétractation, de résiliation et de modification du contrat s'éteignent après une période de trois ans suivant la conclusion de la Police. Ceci ne s'applique pas aux cas d'assurance qui ont survenus avant l'expiration de ce délai. Le délai comprend 10 ans si le Membre Principal ou toute Personne Assurée a violé intentionnellement ou frauduleusement l'obligation de déclaration.

5. Contestation de la validité du contrat

Si le Membre Principal ou toute Personne Assurée nous trompe frauduleusement, l'Assureur peut également contester la validité du contrat.

6. Représentation par une autre personne

Si le Membre Principal permet à une autre personne de le représenter lors de la conclusion de la Police, alors tant la connaissance et l'intention frauduleuse du représentant du Membre Principal que la propre connaissance et l'intention frauduleuse du Membre Principal sont à prendre en compte en ce qui concerne l'obligation d'information, la rétractation, la résiliation, la modification contractuelle et le délai d'exclusion pour faire valoir les droits de l'Assureur. Le Membre Principal ne peut prétendre que l'obligation d'information n'a pas été violée intentionnellement ou à la suite d'une négligence grave que si ni le représentant du Membre Principal ni le Membre Principal ne sont responsables de fraude ou de négligence grave.

6. INSTRUCTION SUR LE DROIT DE REVOCATION

Droit de révocation

Le Membre Principal et/ou l'autre Personne Assurée peut révoquer la demande de couverture d'assurance sous forme écrite (par exemple, lettre, email) dans un délai de quatorze (14 jours) sans indiquer de motifs. Le délai commence à courir à partir du moment où le Membre Principal et/ou l'autre Personne Assurée a reçu le Certificat d'Adhésion, les termes du contrat, y compris les Conditions Générales et les informations supplémentaires conformément à l'article 7, paragraphes 1 et 2 de la Loi sur le Contrat d'Assurance (Versicherungsvertragsgesetz) en conjonction avec les sections 1 à 4 de l'Ordonnance sur les Obligations d'Information concernant les Contrats d'Assurance (VVG-Informationspflichtenverordnung) ainsi que la présente instruction, chacun sous forme écrite, mais pas avant que l'Administrateur du Régime au nom de l'Assureur n'ait rempli nos obligations conformément à la section 312i paragraphe 1 phrase 1 du Code civil allemand (Bürgerliches Gesetzbuch) en conjonction avec l'article 246c de la loi d'introduction au Code civil allemand (Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuche). L'envoi en temps utile de la révocation suffit à respecter le délai de révocation. La déclaration de révocation est à adresser à :

Opal Health Insurance
rue du Prince 10
1204 Genève
Suisse

Email : info@opal-insurance.com

Cette lettre sera transmise à l'Administrateur du Régime.

Conséquences de la révocation

En cas de révocation effective, la couverture d'assurance prend fin et l'Administrateur du Régime, au nom de l'Assureur, rembourse au Membre Principal et/ou à l'autre Personne Assurée la partie des primes attribuable à la période postérieure à la réception de la révocation si le Membre Principal et/ou l'autre Personne Assurée ont convenu que la couverture d'assurance commencera avant la fin de la période de révocation. Dans ce cas, l'Assureur peut retenir la partie de la prime qui est attribuable à la période jusqu'à la réception de la révocation ; il s'agit d'un montant égal à un trentième (1/30) de la prime mensuelle pour chaque jour où la couverture d'assurance a existé. Le remboursement de la prime se fera sans retard excessif, au plus tard trente (30) jours après réception de la révocation. Si la couverture d'assurance n'entre pas en vigueur avant la fin du délai de révocation, la révocation effective entraîne la restitution des prestations reçues et le renoncement aux bénéfices éventuels (p. ex. intérêts).

Remarque particulière

Le droit de révocation expire si les obligations relatives à la couverture d'assurance sont entièrement remplies par le Membre Principal et/ou l'autre Personne Assurée et l'Administrateur du Régime à la demande expresse du Membre Principal et/ou de l'autre Personne Assurée avant d'avoir exercé le droit de révocation.

Fin de l'instruction sur le droit de révocation.

7. ZONES DE COUVERTURE

Zone 1	Chine, Corée du Sud, Hong Kong, Japon, Singapour, Taïwan
Zone 2	Antarctique, Argentine, Australie, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, El Salvador, Équateur, Fidji, Guadeloupe, Guam, Guyane, Guyane française, Honduras, Île Christmas, Îles des Cocos, Îles Cook, Îles Falkland, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, Îles Mineures Éloignées, Île Norfolk, Îles Pitcairn, Îles Salomon, Îles Sandwich du Sud, Îles Tokélaou, Kiribati, Maldives, Malvinas, Martinique, Mayotte
Zone 3	Albanie, Andorre, Arménie, Autriche, Bélarus, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Îles Bouvet, Bulgarie, Îles Anglo-Normandes, Croatie, Chypre, République tchèque, Danemark, Estonie, Îles Féroé, Finlande, France, Géorgie, Allemagne, Gibraltar, Grèce, Groenland, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, Saint-Marin, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Svalbard, Suède, Suisse, Turquie, Ukraine, Cité du Vatican.
Zone 4	Afghanistan, Algeria, Angola, Azerbaijan, Bahrain, Bangladesh, Benin, Bhutan, Botswana, Brunei, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Cameroon, Cape Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo, Costa Rica, Democratic Republic of Congo (Zaire), Djibouti, Dubai, East Timor, Egypt, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guatemala, Guinea, Guinea Bissau, Heard and McDonald Islands, India, Indonesia, Iran, Iraq, Ivory Coast, Jordan, Kazakhstan, Kenya, Kuwait, Kyrgyzstan, Laos, Lebanon, Lesotho, Liberia, Libya, Macau, Madagascar, Malaysia, Malawi, Mali, Mauretania, Mauritius, Mongolia, Morocco, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nepal, Niger, Nigeria, North Korea, Oman, Pakistan, Philippines, Qatar, Rwanda, Sao Tome and Principe, Saudi Arabia, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Somalia, South Africa, Sri Lanka, Sudan, Swaziland, Syria, Tajikistan, Tanzania, Thailand, Togo, Tunisia, Turkmenistan, Uganda, United Arab Emirates, Uzbekistan, Vietnam, Yemen, Zambia, Zimbabwe

*Les pays suivants seront inclus dans le régime qui couvre les États-Unis :
Cuba, Haïti, République dominicaine et Porto Rico.

Contact

Le service clientèle 24/7

Nous parlons anglais et allemand - 24 heures sur 24.

Notre équipe du service clientèle est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour aider vos clients à répondre à toutes leurs questions concernant leur police en cas d'urgence.

Téléphone +49 (0)40 46 00 20-455

WhatsApp +49 170 210 1616

Email : opal@passportcard.de

PassportCard



www.passportcard.de

PassportCard Deutschland GmbH
Caffamacherreihe 8-10
20355 Hambourg
Allemagne

