

Changements importants concernant votre police d'assurance

À compter du 1^{er} janvier 2024, nos assurances santé internationales Indigo Expat vont subir un certain nombre de changements. S'ils sont applicables à votre couverture, ces changements prendront effet à partir de la date de renouvellement indiquée sur votre certificat d'assurance.

Pour vérifier si une ou plusieurs de ces modifications s'appliquent à votre couverture, il est important de lire ce document conjointement avec votre tableau des garanties et le guide des conditions générales. Le guide des conditions générales pour la France, le Benelux ou Monaco a été mis à jour pour prendre en compte ces changements et pourra être téléchargé depuis le site Internet d'Allianz Care (www.allianzcare.com/fr/benelux) à partir du 1^{er} janvier 2024.

Si vous avez des questions sur les changements présentés dans ce document, n'hésitez pas à contacter Assurances Indigo Expat :

Téléphone : +33 (0)1 53 16 42 61

E-mail : info@indigo-expat.com

Modifications apportées à la terminologie de nos définitions

Nous avons passé en revue la section « Définitions » de notre guide des conditions générales afin de la rendre plus claire pour vous. À cet effet, nous avons apporté des modifications à certaines définitions ou nous avons ajouté de nouvelles définitions. Veuillez trouver ci-dessous la liste des changements que nous avons effectués :

- Nous avons apporté des modifications aux définitions des garanties suivantes : « Dépistage du cancer » et « Bilan de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies ». Nous précisons désormais les types d'établissements dans lesquels ces dépistages et bilans sont pris en charge. Les nouvelles définitions sont les suivantes :

Dépistage du cancer

Bilans de santé, analyses et examens de dépistage de maladies, réalisés régulièrement à certaines périodes de la vie en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Pour qu'il soit pris en charge, le service de dépistage du cancer doit être réalisé dans un établissement de santé agréé ou sous la direction d'un médecin dans un cadre réglementé et en conformité avec les recommandations internationales en matière de pratique clinique.

Bilans de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies

Bilans de santé, analyses ou examens, réalisés régulièrement à certaines périodes de la vie en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Pour qu'ils soient pris en charge, les services de dépistage en matière de santé et de bien-être doivent être réalisés dans un établissement de santé agréé, ou un établissement d'examen de santé agréé, ou sous la direction d'un médecin dans un cadre réglementé et en conformité avec les recommandations internationales en matière de pratique clinique.

- Nous avons apporté des modifications à la définition de la garantie « Complications à l'accouchement » afin d'étendre la portée de la couverture sous cette garantie. La nouvelle définition est la suivante :

Complications à l'accouchement

Frais médicalement nécessaires en raison de complications à l'accouchement. Lorsque votre couverture comprend également les garanties « Maternité » ou « Accouchement naturel et soins du nouveau-né », les « Complications à l'accouchement » incluent les césariennes médicalement nécessaires.

- Nous avons apporté des modifications à la définition de « Quote-part » afin de clarifier que les quotes-parts ne s'appliquent pas au service de consultation par vidéo conférence lorsque vous accédez à ce service depuis la plateforme de télésanté. La nouvelle définition est la suivante :

Quote-part

Pourcentage des frais que vous devez payer. Si une garantie est remboursée à hauteur de 80 %, cela signifie qu'une quote-part de 20 % s'applique, donc nous paierons 80 % des coûts de chaque traitement éligible par personne assurée, par année d'assurance. Le service de consultation par vidéo conférence n'est pas soumis à une quote-part si vous accédez au service depuis la plateforme de télésanté.

- Nous avons apporté des modifications à la définition d'« Ayant droit » afin de définir la tranche d'âge pour les enfants ayants droit couverts sous la même police. La nouvelle définition est la suivante :

Ayant droit

Il s'agit de votre conjoint ou partenaire et tout enfant non marié nommés sur votre certificat d'assurance comme ayants droit. La couverture des enfants se termine le jour avant leur 18^e anniversaire, ou le jour avant leur 26^e anniversaire s'ils sont étudiants à plein temps.

- Nous avons apporté des modifications à la définition de la garantie « Soins de longue durée » afin d'indiquer les conditions, les soins et les établissements selon lesquels la couverture prend effet. La nouvelle définition est la suivante :

Soins de longue durée

Soins administrés sur une période de longue durée après la fin du traitement aigu/curatif initial. Il s'agit généralement de soins administrés en cas de pathologie chronique ou d'invalidité nécessitant des soins médicaux ininterrompus ou continus, ou lorsque les options de traitement sont limitées dans le niveau de soins existant. Les soins de longue durée peuvent être prodigués à domicile, dans un centre communautaire, à l'hôpital, dans un établissement de soins de longue durée, ou en maison de repos.

- Nous avons apporté des modifications à la définition de la garantie « Soins du nouveau-né » pour clarifier quels examens et analyses sont couverts par cette garantie. La nouvelle définition est la suivante :

Soins du nouveau-né

Il s'agit des examens, analyses et soins essentiels suivants nécessaires après la naissance :

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

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

ajouté en tant qu'ayant droit). Le traitement hospitalier pour les naissances multiples dont la conception a été rendue possible par procréation médicalement assistée, pour tous les enfants nés par gestation pour autrui, et pour les enfants adoptés et placés en famille d'accueil est limité à 24 900 £/ 30 000 €/ 40 500 \$ US/ 39 000 CHF par enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance. Ce plafond s'applique avant toutes les autres garanties comprises dans votre formule. Les soins en médecine courante seront payés selon les conditions de la formule Médecine courante.

- Nous avons apporté des modifications à la définition de la garantie « Rééducation » afin d'indiquer dans quels cas nous couvrons la rééducation avec hospitalisation ou en soins de jour. La nouvelle définition est la suivante :

Rééducation

Traitements sous la forme d'une combinaison de thérapies, telle que la thérapie physique, l'ergothérapie et l'orthophonie. La rééducation a pour but de restaurer une forme ou une fonction normale après une blessure, une maladie grave ou une intervention chirurgicale. Le traitement doit avoir lieu dans un établissement de rééducation agréé et doit commencer dans les 14 jours qui suivent la sortie d'hôpital, après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une maladie aiguë. Nous prenons en charge les frais de séjour en hospitalisation ou en soins de jour uniquement si votre admission dans l'établissement de rééducation a été demandée par votre médecin et approuvée par nous.

- Nous avons apporté des modifications à la définition de la garantie « Rapatriement du corps » pour préciser la portée de la couverture. La nouvelle définition est la suivante :

Rapatriement du corps

Le transport du corps de la personne assurée décédée vers son pays d'origine. Si la personne assurée décède en dehors de son pays d'origine, nous prendrons en charge les frais de transport vers le lieu de l'enterrement ou de la crémation dans ce pays ou dans un autre pays d'origine si la personne assurée a plus d'un pays d'origine. Nous couvrons, entre autres, les frais d'embaumement, un container légalement approprié pour le transport, les frais de transport et les autorisations gouvernementales nécessaires. Les frais liés à la crémation ne seront couverts que si celle-ci est légalement requise. Les frais pour toute personne accompagnant le corps ne sont pas pris en charge, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

- Nous avons apporté des modifications à la définition de la garantie « Maternité » pour clarifier que les échographies en 3D et en 4D sont prises en charge jusqu'à hauteur des frais d'une échographie en 2D. La nouvelle définition est la suivante :

Maternité

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

Veillez noter que les échographies en 3D et en 4D sont prises en charge jusqu'à hauteur des frais d'une échographie en 2D.

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

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

- Nous avons apporté des modifications à la définition de la garantie « Thérapeute » afin d'inclure des thérapeutes supplémentaires. La nouvelle définition est la suivante :

Thérapeute

Chiropracteur, ostéopathe, podologue, médecin pratiquant la médecine traditionnelle chinoise, homéopathe, acupuncteur, médecin pratiquant la médecine ayurvédique, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute ou orthoptiste qualifiés et diplômés en vertu des lois du pays dans lequel le traitement est administré.

- Nous avons élargi la portée de la définition de la garantie suivante : « Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille qui est en danger de mort ou décédé. » Nous l'avons également renommée ainsi : « Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un parent proche qui est en danger de mort ou décédé. » La nouvelle définition est la suivante :

Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un parent proche qui est en danger de mort ou décédé

Prise en charge des frais de transport raisonnables (jusqu'au plafond indiqué dans le tableau des garanties) pour permettre aux personnes assurées de se rendre auprès d'un parent proche qui est en danger de mort ou décédé. La couverture inclut un aller-retour par personne assurée, par année d'assurance. En cas de décès du parent proche, le voyage doit débuter dans les six semaines qui suivent la date du décès.

Un parent proche est un(e) époux(se)/partenaire, un parent (y compris un parent adoptif légal), l'époux(se)/partenaire d'un parent, un tuteur légal, un beau-parent, un frère ou une sœur (y compris le fils/la fille de l'époux(se)/partenaire d'un parent, et un beau-frère/une belle-sœur), un enfant (y compris un enfant adopté, placé en famille d'accueil ou l'enfant d'un(e) époux(se)/partenaire), un beau-fils ou une belle-fille, un grand-parent ou un petit-enfant.

Sont considérés comme raisonnables les frais de transport aller-retour en classe économique. Les demandes de remboursement doivent être accompagnées d'une copie des titres de transport et de l'acte de décès ou d'une attestation du médecin validant le motif du voyage. Les frais d'hébergement et autres frais divers ne sont pas couverts.

- Nous avons apporté des modifications à la définition de la garantie « Traitement » afin d'en expliquer le sens plus large. La nouvelle définition est la suivante :

Traitement

Interventions médicales, chirurgicales ou thérapeutiques administrées pour diagnostiquer, prévenir, guérir ou soulager une maladie, une blessure ou un trouble physique ou mental.

- Nous avons apporté des modifications à la définition de la garantie « Vaccinations » afin d'étendre la portée de la couverture. La nouvelle définition est la suivante :

Vaccinations

- *tous les vaccins de routine ou rappels en conformité avec les recommandations médicales internationales qui s'appliquent dans le pays où les vaccins sont administrés ;*
- *le vaccin contre la Covid-19, s'il n'est pas fourni gratuitement ou s'il n'est que partiellement subventionné par le gouvernement de votre pays de résidence ;*
- *toute vaccination médicalement nécessaire avant un voyage ;*
- *la prophylaxie antipaludéenne.*

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

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

- *la procédure de développement clinique obligatoire a été complétée et le vaccin a passé tous les tests cliniques pré-homologation (phases I, II et III) qui démontrent qu'il est efficace et sans danger ;*
- *la procédure d'autorisation en plusieurs étapes de l'autorité de réglementation compétente a été complétée et le vaccin est homologué pour utilisation dans la juridiction où il est requis ;*

- le vaccin n'est pas fourni gratuitement ou n'est que partiellement subventionné par le gouvernement du pays dans lequel vous résidez.

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

Modifications apportées à la terminologie de nos exclusions

- Nous avons renommé l'exclusion « Chirurgie plastique », qui se nomme désormais « Traitement cosmétique ». La nouvelle définition est la suivante :

Traitement cosmétique

Tout traitement cosmétique ou esthétique afin de mettre en valeur votre apparence, même lorsque ces soins ont été médicalement prescrits. Cela comprend les soins prodigués par un chirurgien plasticien, que ce soit pour des raisons médicales/psychologiques ou non. Les exceptions suivantes s'appliquent :

- la chirurgie réparatrice dans le but de rétablir une fonction ou un aspect physique après un accident défigurant, ou à la suite d'une chirurgie liée au traitement d'un cancer, à condition que l'accident ou l'intervention chirurgicale initiale aient également été couverts par cette police ;
 - la chirurgie de changement de sexe, si vous remplissez les critères pour les services liés à la dysphorie de genre.
- Nous avons apporté des modifications à la terminologie de l'exclusion « Blessures résultant d'une participation à des activités sportives professionnelles ». Nous l'avons également renommée ainsi : « Blessures ou maladies résultant d'une participation à des activités ou des sports extrêmes ou professionnels ». La nouvelle définition énumère différents types de sports et d'activités qui sont exclus de la couverture. La nouvelle définition est la suivante :

Blessures ou maladies résultant d'une participation à des activités ou des sports extrêmes ou professionnels

Soins ou procédures diagnostiques pour des blessures ou des maladies résultant d'une participation à des activités ou des sports extrêmes ou professionnels, y compris mais sans s'y limiter :

- sports de montagne tels que le rappel, l'alpinisme et les courses de toutes sortes (sauf la course à pied) ;
 - sports de neige y compris le bobsleigh, luge, alpinisme, skeleton, ski ou snowboard hors-piste ;
 - sports équestres y compris la chasse à cheval, le saut d'obstacle, polo, steeple-chase ou les courses de chevaux de toutes sortes ;
 - sports aquatiques tels que la spéléologie, plongée spéléologique, plongée à plus de 10 mètres de profondeur, plongée de haut-vol, rafting et canyoning ;
 - sports en voiture ou véhicules à deux roues, tels que la moto ou le quad ;
 - sports de combats ;
 - sports aériens tels que les vols en ULM, montgolfière, parapente, deltaplane, parachute ascensionnel et sauts en parachute ;
 - autres sports divers tels que le saut à l'élastique.
- Nous avons inclus l'exclusion « Opérations de recherches et/ou de sauvetage » pour clarifier que nous ne prenons pas en charge ce type d'activité. L'exclusion est la suivante :

Opérations de recherches et/ou de sauvetage

Les demandes de remboursement liées à des opérations de « recherches et/ou de sauvetage », par exemple sur terre ou en descente d'une montagne, pour trouver un affilié et le transporter vers un lieu sûr. Veuillez noter qu'en cas d'évacuation médicale, nous ne prenons en charge que les activités qui commencent à la fin des opérations de « recherches et/ou de sauvetage ».

- Nous avons apporté des modifications à l'exclusion « Stérilisation, dysfonctionnements sexuels et contraception » afin d'expliquer dans quelles circonstances nous prenons en charge la contraception. La nouvelle exclusion est la suivante :

Stérilisation, dysfonctionnements sexuels et contraception

Les diagnostics, traitements ou complications liés à :

- *la stérilisation ;*
- *des dysfonctionnements sexuels (à moins que ce trouble ne soit lié à une prostatectomie totale à la suite de l'opération d'un cancer) ;*
- *la contraception (y compris l'insertion ou l'extraction d'appareils contraceptifs, et tout autre contraceptif), sauf si elle est prescrite pour des raisons médicales qui ne sont pas liées à la contraception.*

Modification de la procédure de demande de remboursement (pour les bénéficiaires du régime complémentaire à la CFE (« Caisse des Français de l'étranger ») uniquement)

Si votre contrat est complémentaire à la CFE, vous devez soumettre votre demande de remboursement directement à la CFE. Ceci s'applique à toutes les demandes de remboursement engagées en France et à tous les frais médicaux engagés dans le monde entier que vous avez réglés et pour lesquels vous demandez le remboursement.

- une fois que la CFE aura réglé sa part, Allianz Care en sera informé par la CFE ;
- une demande de remboursement sera générée pour vous dans notre système pour que nous puissions la traiter. Vous n'avez pas besoin de nous contacter.

Si nous disposons de toutes les informations requises, nous traiterons votre demande de remboursement et enverrons les instructions de paiement à votre banque sous cinq jours ouvrés.

Allianz Care continuera d'être votre premier point de contact pour toutes les demandes de règlement direct engagées en dehors de la France. Nous solliciterons la CFE en votre nom.

Votre prime de renouvellement

Allianz Care s'efforce de maintenir des primes d'assurance abordables. Toutefois, plusieurs facteurs concourent à augmenter le coût des soins médicaux, tels que les salaires des professionnels de santé, la région où le traitement est administré, ainsi que les nouveaux traitements, technologies médicales, médicaments et procédures diagnostiques. Nous tenons également compte du pays de résidence des bénéficiaires de la police, de l'âge de chaque affilié(e) et de la fréquence de paiement choisie, le cas échéant. Pour permettre à nos affiliés de continuer à bénéficier des meilleurs soins, nous devons prendre en compte ces facteurs lorsque nous établissons vos primes chaque année, ce qui peut se traduire par des augmentations.

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

Assurances INDIGO EXPAT
63, rue de Provence
75009 Paris
France

Par téléphone : + 33 (0)1 53 16 42 61

Par e-mail : info@indigo-expat.com

AWP Health & Life SA est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, France.

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. Enregistrée en France : No. 401 154 679 RCS Bobigny. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.