

Document d'information sur le produit d'assurance

AWP Health & Life SA, Entreprise d'assurance immatriculée en Irlande, exerce sous la dénomination commerciale d'Allianz Partners. N° d'enregistrement auprès de Irish Companies Registration Office : 907619. AWP Health & Life SA, régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, France

Produit : Indigo Expat Classic – Frais de Santé au premier euro

Ce document est un résumé de la couverture d'assurance. Il ne prend pas en compte vos demandes et besoins spécifiques. Avant de souscrire, vous pouvez trouver toutes les informations principales dans la documentation pré contractuelle. Les conditions contractuelles sont détaillées dans le Tableau des Garanties, les Conditions Générales, et le Certificat d'assurance que vous recevez après votre souscription. Il est important que vous lisiez ces documents avec attention.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Il s'agit d'un produit d'assurance santé privée internationale, destiné à couvrir au 1^{er} Euro/USD/CHF les frais médicaux couverts dans une zone de couverture sélectionnée, en cas de maladie, accident ou maternité. Certaines prestations peuvent être proposées en option (ces garanties sont facultatives et peuvent être sélectionnées conjointement avec l'un des packs proposés), comme la maternité, l'évacuation médicale et le rapatriement.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties téléchargeable sur le site <https://indigo-expat.com/>. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Un montant global maximum de prestations par an et par bénéficiaire est également prévu en fonction du niveau de garanties choisi. Ce plafond figure au tableau de garanties. Lorsque ce plafond est atteint, les frais engagé au-delà ne sont pas pris en charge.

Les garanties systématiquement couvertes :

- ✓ Hospitalisation : frais de séjour, hospitalisation d'urgence, consultations et actes de spécialistes, médicaments prescrits, prothèses, soins oncologiques, traitements et soins psychiatriques...
- ✓ Médecine courante : consultations de médecins généralistes et spécialistes, médicaments prescrits, kinésithérapie, ostéopathie et chiropractie, psychiatrie, vaccination, bilans de santé...
- ✓ Dentaire : soins dentaires courants, prothèses et implants dentaires, chirurgie, orthodontie...
- ✓ Optique : verres et monture, lentilles...

Les garanties optionnelles (qui peuvent être souscrites indépendamment l'une de l'autre)

- Maternité : maternité (hospitalisation et médecine courante), complication de grossesse et à l'accouchement
- Evacuation et Rapatriement : évacuation médicale, rapatriement, rapatriement de corps ...

Les services systématiquement prévus

- ✓ Helpline 24/24
- ✓ Application MyHealth, Fax&Scan
- ✓ Espace assuré
- ✓ Annuaire de prestataires médicaux

Note : la liste complète des garanties et exclusions/restriction est disponible dans les conditions générales et tableaux de garanties



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties.
- ✗ Les frais de traitement cosmétique, esthétique (lorsque le traitement est reçu pour améliorer l'apparence) ou de reconstruction, sauf si ce traitement est lié au rétablissement d'un aspect physique ou d'une fonction faisant suite à un accident/une intervention chirurgicale.
- ✗ Les frais qui ont été payés par un autre organisme d'assurance, une personne, une organisation ou un programme public.
- ✗ Les maladies ou blessures résultant d'une participation à une guerre ou à des actes criminels.
- ✗ Les traitements ou médicaments expérimentaux ou dont les effets ne sont pas prouvés.
- ✗ Les traitements en dehors de la zone géographique de couverture.
- ✗ Les traitements aux États-Unis, lorsque l'assurance a été souscrite dans le but de se rendre aux États-Unis pour le traitement d'une pathologie préexistante.
- ✗ Les soins et traitements de la toxicomanie ou de l'alcoolisme.
- ✗ Les dépenses occasionnées lors de l'acquisition d'un organe, telles que la recherche d'un donneur, la collecte, le transport et les frais administratifs.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! La prise en charge se limite à la zone de couverture géographique choisie.
- ! Les demandes de remboursement liées aux conditions ou pathologies préexistantes peuvent être exclues.
- ! Certaines garanties peuvent être exclues selon l'âge de la personne assurée.
- ! Certaines conditions doivent être remplies pour pouvoir souscrire une couverture. Celles-ci sont indiquées dans les Conditions générales.
- ! La couverture est soumise à une liste complète d'exclusions et de limitations indiquées dans les Conditions générales.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Dans la zone de couverture sélectionnée : « Monde entier » ou « Monde entier excluant les Etats-Unis » (voir détail dans les Conditions Générales du contrat)
- ✓ Dans le monde entier, pour les seuls soins à prodiguer d'Urgence, lors de séjours ponctuels d'une durée maximum de 42 jours consécutifs (seulement s'ils font suite à un accident ou une maladie inopinée soudaine et imprévisible).



Quelles sont mes obligations ?

- Avant l'achat de la couverture, vous devez répondre de manière précise à toutes les questions préalables et fournir toute information utile, afin que nous puissions identifier la couverture la mieux adaptée à votre situation.

- Avant le commencement de la couverture, vous devez lire les documents relatifs à votre police dès qu'ils sont mis à votre disposition pour vérifier que vous bénéficiez de la couverture adéquate et que vous compreniez les conditions générales qui s'appliquent.

Sous peine de réduction ou de déchéance de garanties

- A la souscription du contrat : remplir avec exactitude et sincérité, et signer le bulletin d'adhésion et le questionnaire médical fournis par l'assureur, fournir tous les documents justificatifs demandés, régler la cotisation (ou la fraction de cotisation) indiquée au contrat.

- A la souscription et/ou en cours de contrat, vous devez informer l'assureur dès que possible de tout changement pouvant avoir un impact sur votre contrat et/ou en cas de changement de situation (changement d'adresse, de profession, modification de la composition familiale, etc.)

- En cours de contrat : envoyer toutes les demandes de remboursement de frais médicaux dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins, fournir tous les documents justificatifs et informations nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat. Vous devez fournir l'entente préalable pour tout traitement faisant l'objet d'une pré autorisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement (tel que précisé sur le Bulletin d'Adhésion). Elles sont payables en Euros, en dollars américains (USD) ou en Francs suisses (CHF).

- La cotisation doit être payée avant le commencement de la période d'assurance à laquelle elle correspond.

- Vous pouvez effectuer vos paiements par prélèvement sur carte bancaire, par prélèvement automatique (sur un compte SEPA), par chèque bancaire ou postal, par virement bancaire. Les modes de paiement disponibles sont précisés au moment de l'achat de la couverture sur le Bulletin d'Adhésion.

- Veuillez noter que si le paiement de la prime n'est pas réglé, la couverture peut être suspendue ou annulée.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'assurance. L'assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son Certificat d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se termine à la date indiquée sur le Certificat d'assurance. Il se renouvelle par tacite reconduction à chaque anniversaire, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties ou résiliation pour impayé.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

Après nous avoir informés par écrit pendant les 30 jours à compter de la date de réception des documents relatifs à votre police, ou suivant la date d'effet/de renouvellement de votre police. La date la plus récente prévaudra. Veuillez noter que vous ne pouvez pas antedater la résiliation de votre souscription.

La résiliation du contrat pendant ces 30 jours vous donne droit au remboursement intégral des primes payées pour cet(ces) affilié(s) pour la nouvelle année d'assurance, à condition qu'aucun remboursement n'ait été effectué sous cette police. Si vous décidez de ne pas exercer votre droit de résilier (ou de modifier) la souscription pendant ces 30 jours, les deux parties seront liées par le contrat d'assurance et la prime pour cette année d'assurance sera due dans sa totalité et selon la fréquence de paiement que vous aurez choisie