



Le guide de votre couverture santé complémentaire

Bienvenue chez Allianz Care

Apple s'est associé à Allianz Care afin de vous offrir, à vous et aux membres éligibles de votre famille, une complémentaire santé dans le pays dans lequel vous travaillez.

Allianz Care est spécialisé en assurances santé internationales et s'appuie sur les ressources et l'expertise d'Allianz SE, l'une des compagnies d'assurances leaders au monde.

Droit aux garanties

Si vous êtes affilié et avez droit aux garanties de votre assurance locale Apple dans les pays participants, vous et vos ayants droit avez également droit aux garanties de la couverture santé complémentaire. Cette couverture est complémentaire à votre couverture santé locale, et comprend des plafonds de garanties plus élevés et des traitements et services supplémentaires.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

Notre service d'assistance est disponible 24 h/24, 7 j/7 pour répondre à vos questions concernant votre police ou une demande de remboursement.

	Français :	+ 353 1 630 1303
	Anglais :	+ 353 1 630 1301
	Allemand :	+ 353 1 630 1302
	Espagnol :	+ 353 1 630 1304
	Italien :	+ 353 1 630 1305
	Portugais :	+ 353 1 645 4040

@ E-mail : apple.helpline@e.allianz.com

Si vous parlez une autre langue, veuillez le préciser lors de votre appel et nous nous efforcerons de trouver un(e) interprète.

Comment utiliser votre couverture santé complémentaire

Vérifiez votre niveau de couverture

En premier lieu, vérifiez si le traitement est pris en charge par votre couverture. Le tableau des garanties ci-dessous présente la couverture fournie par votre police. Veuillez noter que cette couverture est soumise aux définitions, limites et exclusions indiquées dans ce guide.

Tableau des garanties

Tous les montants indiqués sont en dollars américains.

Couverture santé complémentaire	Plafonds par assuré
Plafond global maximum	2 000 000 \$ US
Cancer et autres maladies graves	500 000 \$ US par pathologie
Pathologies et malformations congénitales	500 000 \$ US par pathologie
Autisme et autres troubles du développement	Hors traitement ABA : 10 000 \$ US par plafond annuel Traitement ABA : 25 000 \$ US pour toute la vie
Soins et services pour les personnes transgenres	100 000 \$ US pour toute la vie
Fertilité	10 000 \$ US pour toute la vie
Équipement médical durable (EMD), orthèses et prothèses	10 000 \$ US par plafond annuel (EMD et orthèses)* 25 000 \$ US par plafond annuel (prothèses) *Franchise de 500 \$ US par équipement

Vos soins sont-ils couverts par votre assureur local ou par la sécurité sociale ?

Avant de nous envoyer une demande de remboursement, veuillez contacter votre assureur local ou votre caisse d'assurance maladie pour obtenir une attestation ou un certificat indiquant la validité de votre couverture (date de début et de fin de votre police) et les garanties pour lesquelles vous êtes couvert, y compris les plafonds en vigueur le cas échéant.

Afin de traiter correctement votre demande, nous devons vérifier si votre assurance locale ou sécurité sociale prend en charge la totalité ou une partie des frais, ou si ceux-ci ne sont pas pris en charge. Dans tous les cas, veuillez nous fournir un certificat prouvant que les frais ne sont pas pris en charge, une explication des garanties, un relevé de compte, ou tout autre document utile à cette vérification.

Votre premier traitement

Pour enclencher la procédure de remboursement pour la première fois, pour vous-même ou l'un de vos ayants droit, vous devrez activer votre police en nous appelant ou en nous envoyant un e-mail.

1. Contactez notre service d'assistance téléphonique, disponible 24 h/24, 7 j/7 (coordonnées en page 2).
2. Nous aurons besoin de vérifier vos informations personnelles. Veuillez nous fournir :
 - le nom de votre employeur ;
 - votre nom et prénom ;
 - votre numéro d'employé ;
 - votre date de naissance (pour des raisons de protection des données, nos fichiers contiennent une date de naissance fictive. Nous mettrons à jour vos informations lorsque vous nous contacterez pour activer votre police) ;
 - votre adresse e-mail (pour pouvoir vous contacter par la suite).
3. Ajoutez vos ayants droit si le traitement les concerne (plus d'informations dans le paragraphe sur l'adhésion des ayants droit ci-dessous).
4. Nous vous enverrons votre numéro de police individuelle par e-mail.

Adhésion des ayants droit

Si l'un de vos ayants droit éligible a besoin de suivre un traitement pris en charge par cette couverture, veuillez remplir le « formulaire d'adhésion à la couverture santé complémentaire pour les ayants droit », et nous l'envoyer dès que possible.

Dès l'ajout de votre ayant droit à votre police, vous pourrez enclencher une procédure de demande de remboursement ou d'entente préalable en son nom. Veuillez noter que votre numéro de police individuelle s'applique également à tous les ayants droit ajoutés à la police.

Une entente préalable est nécessaire pour certains traitements

Si vous (ou l'un de vos ayants droit) devez être hospitalisé ou suivre des soins aux coûts élevés, vous devrez obtenir une entente préalable. L'entente préalable est une procédure grâce à laquelle nous garantissons la couverture de certains traitements et coûts (lorsque ceux-ci sont couverts) tels que :

- les garanties hospitalières (soins reçus dans un hôpital et qui ne nécessitent pas la garde du patient pendant la nuit pour des raisons médicales) ;
- les soins de jour, y compris la chimiothérapie et la radiothérapie ;
- la chirurgie ambulatoire ;
- la tomographie (par émission de positons) et la scanographie-tomographie.

Procédure d'entente préalable avant un traitement

Si vous ou l'un de vos ayants droit devez être hospitalisé ou suivre un traitement aux coûts élevés, veuillez respecter la procédure ci-dessous, **au moins cinq jours avant le début du traitement**. Notre équipe médicale se chargera de vérifier votre couverture et de faciliter votre admission à l'hôpital.



Contactez votre assureur local pour obtenir une attestation indiquant la date de votre renouvellement, les garanties pour lesquelles vous êtes couvert et les plafonds en vigueur le cas échéant. Afin de traiter correctement votre demande, nous devons vérifier si votre assurance locale prend en charge la totalité ou une partie des frais, ou si ceux-ci ne sont pas pris en charge. Veillez à ce que ces éléments apparaissent clairement sur l'attestation ou le certificat.



Téléchargez le « formulaire d'entente préalable - couverture santé complémentaire » sur la plateforme dédiée aux affiliés : www.allianzcare.com/Apple



Veillez nous envoyer le « formulaire d'entente préalable - couverture santé complémentaire » dûment complété, accompagné de tous les documents justificatifs, au moins cinq jours ouvrables* avant le traitement par e-mail à : apple.helpline@e.allianz.com



Nous contacterons l'hôpital pour organiser directement le paiement de votre facture, dans la mesure du possible.

Dès que nous aurons reçu toutes les informations dont nous avons besoin, notre équipe médicale examinera les informations fournies et émettra une garantie de paiement au prestataire médical, autorisant le traitement (si vous êtes couverts pour ce traitement). Nous pourrions vous contacter ou contacter votre médecin ou prestataire médical si des informations complémentaires sont nécessaires. Veuillez noter que cela peut entraîner un retard dans le traitement de votre dossier.

En cas d'urgence :

Recevez les soins d'urgence dont vous avez besoin, et appelez-nous si vous avez besoin d'aide ou de soutien.

Si vous êtes hospitalisé, vous-même, votre médecin, un ayant droit ou un collègue devez appeler notre service téléphonique (dans les 48 heures suivant l'urgence) pour nous informer de votre hospitalisation. À ce moment-là, nous pourrions recueillir les informations relatives à l'entente préalable par téléphone.

Procédure de demande de remboursement

Le traitement a déjà eu lieu et vous avez réglé la facture

Si votre traitement n'exige pas d'entente préalable, il vous suffit de régler la facture et de nous demander le remboursement. Le cas échéant, veuillez suivre les instructions ci-dessous :



Contactez votre assureur local pour obtenir une attestation indiquant la date de votre renouvellement, les garanties pour lesquelles vous êtes couvert et les plafonds en vigueur le cas échéant. Afin de traiter correctement votre demande, nous devons vérifier si votre assurance locale prend en charge la totalité ou une partie des frais, ou si ceux-ci ne sont pas pris en charge. Veillez à ce que ces éléments apparaissent clairement sur l'attestation ou le certificat.



Obtenez une facture auprès de votre prestataire de santé. Les éléments suivants doivent apparaître sur la facture :

- a. votre nom ;
- b. la (les) date(s) du traitement ;
- c. la pathologie médicale traitée et le type de traitement ;
- d. la date à laquelle vous avez ressenti les premiers symptômes ;
- e. le coût du traitement.



Demandez le remboursement des frais médicaux pour lesquels vous êtes couvert à l'aide de l'application MyHealth ou du portail en ligne (www.allianzcare.com/fr/myhealth.html)

Ajoutez simplement votre(vos) facture(s) et renseignez les quelques champs nécessaires (patient, pays du traitement, catégorie de prestataire, type de traitement, raison médicale, et date/devise/montant de la facture). Cliquez sur « soumettre » et le tour est joué !

Veillez nous envoyer votre demande de remboursement avec toutes les pièces justificatives, factures et reçus.

Veillez conserver des copies de tous les documents pour les demandes de remboursement futures. Vous devrez fournir tous les documents à l'étape 2 à chaque fois que vous effectuez une nouvelle demande de remboursement.



Traitement rapide des demandes de remboursement

Une fois toutes les informations requises en notre possession, nous pouvons traiter et payer une demande de remboursement en moins de 48 heures*. Si votre demande ne contient pas toutes les informations nécessaires, nous devons vous contacter pour les obtenir. Vous pouvez nous contacter par téléphone ou par e-mail avant d'envoyer votre demande pour vérifier avec nous si vous avez bien ajouté toutes les informations nécessaires.

* Veuillez noter que nous devons mettre à jour nos fichiers (ou ajouter votre ayant droit si le traitement le/la concerne) lors de votre première demande de remboursement ou d'entente préalable. Celle-ci pourra donc prendre plus de temps.

Informations supplémentaires concernant les demandes de remboursement de vos dépenses

Avant de nous envoyer une demande de remboursement, veuillez noter les points suivants :

- **Date limite pour effectuer une demande de remboursement** : toute demande de remboursement doit nous être envoyée au plus tard six mois après la fin de l'année d'assurance. Si la couverture se termine au cours de l'année d'assurance, vous devez envoyer votre demande de remboursement au plus tard six mois après la date à laquelle la couverture a pris fin. Passé ce délai, nous ne serons plus dans l'obligation de régler ces demandes.
- **Envoi des demandes de remboursement** : vous devez envoyer un formulaire de demande de remboursement différent par personne et par pathologie médicale.
- **Documents justificatifs** : lorsque vous nous envoyez des copies des documents justificatifs (par exemple, des reçus médicaux), veuillez à conserver les originaux. Nous sommes en droit de demander des pièces justificatives/reçus originaux à des fins d'audit jusqu'à 12 mois après le règlement de votre demande de remboursement. Nous pouvons également vous demander une preuve de paiement (par exemple, un relevé bancaire ou de carte bancaire) pour les factures médicales que vous avez réglées. Nous vous conseillons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance qui ne nous parvient pas pour des raisons qui échappent à notre contrôle.
- **Devise** : veuillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez être payé. Dans certains cas, il est possible que nous ne puissions pas effectuer de paiement dans cette devise en raison de la réglementation bancaire internationale. Le cas échéant, nous identifierons une autre devise de paiement adaptée. Si nous devons effectuer la conversion d'une devise vers une autre, nous utiliserons le taux de change en vigueur à la date d'émission des factures ou à la date à laquelle nous réglons votre demande de remboursement.

Veuillez noter que nous nous réservons le droit de choisir le taux de change à appliquer.

- **Frais raisonnables et d'usage** : nous ne paierons que les frais raisonnables et d'usage, conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues. Si nous considérons qu'une demande de remboursement est inappropriée, nous nous réservons le droit de la rejeter ou de réduire le montant à payer.

Catégories de couverture

Plafond global pour toute la vie par assuré : 2 000 000 \$ US

Cancer et autres maladies graves

Couverture et plafond : 500 000 \$ US par pathologie

En accord avec la législation et les réglementations locales en vigueur, la police fournit une couverture aux affiliés pour les traitements contre le cancer et toute autre pathologie grave ou potentiellement mortelle (provoquée par une maladie ou une blessure), au-delà des plafonds annuels locaux et jusqu'au plafond annuel indiqué sur le tableau des garanties.

Cancer :

Sont pris en charge les honoraires des spécialistes, les examens, la radiothérapie, la chimiothérapie et les frais hospitaliers occasionnés dans le cadre d'un traitement du cancer, et ce à compter de l'établissement du diagnostic. Nous couvrons également le coût d'une prothèse externe à des fins esthétiques, telle qu'une perruque pour la perte des cheveux ou un soutien-gorge prothétique après le traitement du cancer du sein.

Autres maladies graves et pathologies médicales potentiellement mortelles (la liste ci-dessous n'est pas exhaustive) :

- blessure à la tête nécessitant une hospitalisation ;
- traumatisme médullaire ;
- brûlures graves de 20 % du corps ou plus ;
- blessures multiples causées par un accident ;
- naissance prématurée et complications ;
- AVC ;
- lésion cérébrale causée par un accident, un arrêt cardiaque, ou résultant d'une intervention chirurgicale ou complication d'intervention chirurgicale ;
- maladie en phase terminale avec un pronostic de survie de moins de six (6) mois ;
- syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ;
- formes graves de Covid. Les patients atteints de Covid-19 présentent une forme grave de la maladie s'ils présentent l'un des symptômes suivants :

- SpO2 < 94 % en air ambiant au niveau de la mer ;
- PaO2/FiO2 <300 mm Hg ;
- fréquence respiratoire > 30 respirations/min ;
- infiltrat pulmonaire > 50 %.

Pathologie potentiellement mortelle :

Il s'agit d'une pathologie médicale dont souffre un(e) assuré(e), et qui :

- présente un risque de décès au moment de l'événement ; ou
- présente toutes les caractéristiques suivantes :
 - paramètres vitaux nettement anormaux ;
 - défaillance grave de l'un ou de plusieurs organes vitaux ;
 - soins intensifs complexes en unité de soins intensifs ou un service d'urgences.

Pathologies et malformations congénitales

Couverture et plafond : 500 000 \$ US par pathologie

En accord avec la législation et les réglementations locales en vigueur, le traitement des malformations congénitales est pris en charge, et les frais suivants sont couverts :

- honoraires des médecins pour intervention chirurgicale ;
- honoraires des médecins pour les examens de routine et les analyses et examens médicalement nécessaires ;
- frais hospitaliers d'hébergement et de pension ;
- prescription de médicaments.

Autisme et autres troubles du développement

Autisme et autres troubles du développement (hors traitement ABA)

Couverture et plafonds : 10 000 \$ US (plafond annuel)

En accord avec la législation et les réglementations locales en vigueur, sont prises en charge les thérapies médicalement nécessaires prescrites selon un plan de traitement et comprenant, sans toutefois s'y limiter :

- les dépenses liées au dépistage et au diagnostic de l'autisme et autres troubles du développement ;
- les services de rééducation, dont le but est de développer une fonction et non pas de la rétablir ;
- les thérapies (de rétablissement ou non) telles que :
 - l'ergothérapie visant à développer la capacité de la personne à effectuer les tâches normales de la vie courante ;

- la kinésithérapie visant à développer la fonction physique de la personne ; et,
- l'orthophonie visant à traiter les troubles du langage de la personne.

Remarque : Les troubles du neurodéveloppement comprennent, sans toutefois s'y limiter : retard de développement sans classification connue et présentant un retard cognitif important, troubles du spectre de l'autisme (TSA), déficience intellectuelle (par ex. syndrome de Down, syndrome d'Apert), handicap moteur (par ex. paralysie cérébrale), troubles de l'apprentissage et de la communication (par ex. dyslexie, troubles du langage), et troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH). L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), y compris le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et les troubles connexes tels que les troubles neurologiques du développement liés à l'alcool (TNDLA), sont pris en charge par cette garantie.

Autisme et autres troubles du développement (traitement ABA)

Couverture et plafonds : 25 000 \$ US (plafond pour la vie)

L'analyse comportementale appliquée (ou Applied Behavior Analysis, ABA) est une thérapie basée sur la science de l'apprentissage et du comportement. Pour plus d'informations, veuillez consulter la page ci-dessous :

Applied Behavior Analysis (ABA) | Autism Speaks

Dans le cadre de cette garantie, la définition de médecin traitant fait référence soit à un médecin généraliste, soit à un professionnel qualifié pour fournir des thérapies ABA (accrédité par BCBA, CAS ou une autre autorité dans le pays du traitement).

En accord avec la législation et les réglementations locales en vigueur, sont prises en charge les thérapies médicalement nécessaires prescrites selon un plan de traitement et comprenant, sans toutefois s'y limiter :

- les interventions comportementales nécessaires et les programmes de comportement structurés basés sur les principes de l'ABA, dans le cadre du traitement d'une personne autiste. Ces traitements doivent être :
 - prescrits et inscrits dans le plan de traitement signé par le médecin traitant. Ce plan de traitement doit contenir le diagnostic, le type de traitement proposé, la fréquence et la durée, les résultats attendus inscrits en tant qu'objectifs du traitement, et la fréquence à laquelle le plan de traitement sera mis à jour ;
 - complémentaires aux thérapies indiquées ci-dessus si nécessaire ;
 - les traitements et thérapies ABA doivent être prodigués ou supervisés par un médecin ou un professionnel qualifié et accrédité (par ex. BCBA, CAS, IBCCES).

Soins et services pour les personnes transgenres (dysphorie de genre)

Couverture et plafonds : 100 000 \$ US (plafond pour la vie)

La dysphorie de genre est une pathologie médicale reconnue, et désigne le besoin d'une personne de vivre selon son identité de genre et non selon son sexe biologique.

En accord avec la législation et les réglementations locales en vigueur, la couverture prendra en charge la procédure à suivre par la personne transgenre pour modifier ses caractéristiques sexuelles physiques afin de correspondre à son identité de genre (comprend généralement une combinaison de soins mentaux réguliers, de chirurgies et de traitements hormonaux). La couverture comprend, sans toutefois s'y limiter, les médicaments et soins prescrits suivants :

- Médicaments féminisants ; préparations à base d'œstradiol et de progestine ;
- Anti-androgènes ; spironolactone, finastéride, minoxidil ;
- Médicaments masculinisants ; préparations à base de testostérone ;
- Plan de thérapie hormonale et soins réguliers ;
- Séances régulières : jusqu'à quatre (4) fois par an pour suivre l'état de santé, discuter des objectifs, vérifier les médicaments et faire des analyses si nécessaire ;
- La psychothérapie régulière sera prise en charge à hauteur de quinze (15) séances par an ;
- Blépharoplastie ;
- Lifting facial/frontal ;
- Réduction des os du visage (ostéoplastie) ;
- Épilation ;
- Réduction de la mâchoire ;
- Laryngoplastie ;
- Rhinoplastie ;
- Relissage de la peau (par exemple, dermabrasion, peeling chimique) ;
- Réduction du cartilage thyroïde (chondroplastie) ;
- Raffermisssement du cou ;
- Augmentation des lèvres ;
- Chirurgie de reconstruction génitale ;
- Orchidectomie ;
- Hystérectomie/salpingo-ovariectomie ;
- Thérapie de la voix ;
- Augmentation mammaire, y compris ablation de tissu mammaire, reconstruction de la poitrine et mammoplastie d'augmentation.

Remarque : Mastopexie (lifting des seins), uniquement si effectuée lors de l'augmentation mammaire initiale.

Exclusions :

- implants de pommette/malaires ;
- implants du menton/nasaux ;
- injections de collagène ;
- injections de botox/Lipofilling ;
- implant capillaire.

Lorsqu'ils sont pris en charge, les services de chirurgie de réattribution de genre seront considérés médicalement nécessaires, et seront couverts en cas de diagnostic de dysphorie de genre, et si vous remplissez les critères suivants :

Pour la chirurgie génitale :

- Vous avez 18 ans ou plus.
- Vous êtes en possession de deux lettres de recommandation pour la chirurgie, signées par deux professionnels de la santé mentale distincts, et dont l'une des lettres contient un rapport exhaustif. L'une des lettres peut être signée par un professionnel de niveau Bac+5* si la deuxième lettre est signée par un psychiatre ou un psychologue clinicien titulaire d'un doctorat.
- La recommandation doit être basée sur des évaluations réalisées dans les vingt-quatre (24) derniers mois et doit indiquer que votre décision est d'actualité et non pas due à d'autres pathologies ou troubles qui peuvent être soigné(e)s.
- Chaque recommandation doit certifier que l'intervention chirurgicale est médicalement nécessaire selon des directives cliniques factuelles**.

Pour la chirurgie mammaire :

- Vous avez 18 ans ou plus.
- Vous êtes en possession d'une lettre de recommandation pour la chirurgie signée par un professionnel de la santé mentale. La recommandation doit être basée sur des évaluations réalisées dans les 24 derniers mois et doit confirmer que votre décision est d'actualité et non pas due à d'autres pathologies ou troubles qui peuvent être soigné(e)s.
- La chirurgie est médicalement nécessaire selon des directives cliniques factuelles**.

* Pour la garantie « Services liés à la dysphorie de genre », est considéré comme « professionnel de la santé mentale » tout professionnel de la santé mentale ayant atteint le niveau Bac+5 et plus.

** Les directives cliniques factuelles s'appuient sur les pratiques cliniques reconnues au plan international et émises par les organisations scientifiques compétentes.

Traitement de la fertilité

Couverture et plafond : 10 000 \$ US (plafond pour la vie)

En accord avec la législation et les réglementations locales en vigueur, et selon la disponibilité des traitements dans le pays où les soins sont dispensés, veuillez contacter Allianz Care pour obtenir la liste complète des traitements disponibles dans votre pays. Les services et équipements utilisés dans le cadre de toute procédure standard de PMA (Procréation médicalement assistée) afin d'améliorer la fertilité seront pris en charge. La couverture comprend les médicaments prescrits, les interventions chirurgicales, et la procréation assistée, qui peut également comprendre le prélèvement et la conservation si autorisés*.

Les procédures comprennent, sans toutefois s'y limiter** :

- Fertilisation in vitro ;
- Transfert intratubaire des gamètes ;
- Transfert intratubaire de zygotes ;
- Analyse sanguine de grossesse (bêta-HCG) ;
- Fertilisation/insémination d'ovocyte.

La couverture comprend tous les médicaments soumis à prescription médicale qui ne sont pas pris en charge par le régime local d'assurance ou la complémentaire locale.

La couverture offerte dans le cadre de cette disposition est supplémentaire à l'assurance complémentaire locale et/ou le régime d'assurance locale, et se limite au plafond à vie indiqué sur le tableau des garanties.

* Les frais de conservation seront remboursés jusqu'à utilisation, ou jusqu'à ce que l'affilié(e) n'ait plus droit à la garantie, ou après une période de 5 ans, selon la première éventualité.

** Veuillez contacter Allianz Care pour obtenir la liste complète des traitements disponibles dans votre pays.

Équipement médical durable (EMD), orthèses et prothèses

Couverture et plafonds :

- 10 000 \$ US pour les EMD et les orthèses (plafond annuel)
- 25 000 \$ US pour les appareils prothétiques (plafond annuel)

En accord avec la législation et les réglementations locales en vigueur, la couverture prendra en charge les éléments couverts (indiqués ci-dessous) et les charges associées à l'obtention d'une orthèse, d'un équipement médical durable ou d'une prothèse médicalement nécessaire et faisant partie d'un traitement ou d'une thérapie standard, y compris pour soigner les problèmes pulmonaires/respiratoires, les problèmes d'audition, les troubles orthopédiques et neurologiques, et les troubles de la vue. La couverture est assujettie aux plafonds de garanties, aux franchises et aux frais raisonnables et d'usage.

Franchise :

Une franchise de 500 \$ US s'appliquera par appareil pour toute orthèse ou tout équipement médical durable. La franchise ne s'applique pas aux appareils prothétiques.

Équipement médical durable (EMD)

Équipement médical durable (EMD) prescrit par un médecin. Si plusieurs équipements médicaux durables peuvent répondre à vos besoins, seul l'équipement le plus rentable sera couvert, sauf si vous ou votre médecin avez démontré qu'un appareil spécifique améliorera votre qualité de vie de manière significative.

Le remplacement d'un EMD ayant dépassé sa durée de vie raisonnable et étant devenu irréparable à la suite d'une usure normale pour un équipement identique ou semblable est pris en charge, à raison d'un équipement tous les trois ans, à moins que la durée de vie de l'équipement ne soit différente.

Un EMD est un équipement médical qui :

- est conçu pour être utilisé et pour résister à un usage répété ;
- n'est pas jetable ;
- est utilisé pour répondre à un besoin médical ;
- est nécessaire pour assister les fonctions physiques quotidiennes du patient à cause d'une blessure, d'une maladie ou d'une pathologie médicale ;
- peut être utilisé au domicile du patient.

La couverture comprend, sans toutefois s'y limiter :

- les fauteuils roulants et scooters ;
- les appareils auditifs ;
- un appareil de ventilation en PPC ;
- un lit médicalisé ;
- une aide à la mobilité pour les personnes malvoyantes.

Exclusions :

- glucomètres et bandelettes ;
- appareils de surveillance de la pression artérielle ;
- oxymètres ;
- déambulateur, béquilles ;
- pompes et matériel de perfusion ;
- oxygène, nébuliseurs ;
- vêtements et bas de contention ;
- tous frais de réparation ou d'entretien.

Pour clarifier, les équipements médicaux durables ne comprennent pas, entre autres, les modifications effectuées aux véhicules, les climatisations, les purificateurs, humidificateurs ou déshumidificateurs d'air, les ascenseurs, les rampes, les monte-escaliers, les équipements d'alerte d'urgence, les mains courantes, les appareils chauffants, les améliorations du domicile ou du lieu de travail, les lits à eau, les bains à remous et les équipements d'exercice et de massage.

Matériel orthopédique

Le matériel orthopédique permettant de stabiliser une partie du corps blessée et le matériel permettant de traiter les déviations de la colonne vertébrale font partie des EMD.

Le matériel orthopédique comprend, sans toutefois s'y limiter, les exemples suivants :

- orthèse de cheville et de pied AFO ;
- orthèse de genou KO ;
- corset lombaire LSO ;
- ajustements nécessaires aux chaussures pour porter l'orthèse ;
- corset d'immobilisation TLSO.

Appareils prothétiques

Est qualifié d'appareil prothétique tout matériel artificiel utilisé pour remplacer un membre, appendice ou autre partie externe du corps humain, notamment les membres, mains, doigts, pieds et orteils artificiels, mais à l'exception des appareils dentaires et des appareils à usage cosmétique tels que les seins et cils artificiels et les perruques.

Exclusions : Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Les éléments suivants en lien avec un EMD, une orthèse ou un appareil prothétique :

- les appareils qui n'ont pas été prescrits par un médecin qualifié ou qui ne sont pas surveillés par un médecin ;
- tout appareil ou matériel expérimental ;
- les appareils et ordinateurs d'aide à la communication ou à la parole, sauf s'ils sont autorisés par votre médecin et s'ils sont conformes aux pratiques cliniques telles que définies par l'administrateur des demandes de remboursement ;
- la réparation ou le remplacement d'appareils perdus, volés, ou endommagés par une mauvaise utilisation, une casse intentionnelle ou une négligence volontaire ;
- les appareils utilisés spécifiquement par sécurité ou afin de modifier la performance d'une activité sportive (par ex. : tensiomètre/brassard de tensiomètre, alarmes d'énurésie, défibrillateur externe non portable, bandage herniaire et les nébuliseurs ultrasoniques) ;
- matériel médical et matériel jetable prescrits ou non prescrits, à l'exception des seringues, aiguilles et bandelettes de test jetables utilisés pour le diabète.

Exclusions

Toute garantie n'apparaissant pas dans le tableau des garanties est exclue de la couverture.

CHIRURGIE PLASTIQUE

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

CONTAMINATION CHIMIQUE ET RADIOACTIVITÉ

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

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

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

ERREUR MÉDICALE

Le traitement nécessaire suite à une erreur médicale.

FRAIS DE TRANSPORT

Les frais de transport vers et depuis les établissements médicaux (dont les frais de parking) pour un traitement.

MALADIES CAUSÉES INTENTIONNELLEMENT OU BLESSURES AUTO-INFLIGÉES

Le soin ou traitement des maladies causées intentionnellement ou des blessures auto-infligées, y compris les tentatives de suicide.

PARTICIPATION À UNE GUERRE OU À DES ACTES CRIMINELS

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

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

SOINS ORTHOMOLÉCULAIRES

Les soins orthomoléculaires ne sont pas pris en charge par la couverture santé complémentaire.

TESTS GÉNÉTIQUES

Les tests génétiques sont exclus de la couverture, sauf dans les cas suivants :

- des tests génétiques spécifiques font partie de votre couverture ;
- les tests ADN sont directement liés à une amniocentèse (par ex. pour les femmes de plus de 35 ans) ;
- les tests sont nécessaires pour les récepteurs génétiques tumoraux.

TRAITEMENTS EN DEHORS DU PAYS D'EMPLOI DE L'EMPLOYÉ (ZONE GÉOGRAPHIQUE DE COUVERTURE)

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

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

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

Les conditions suivantes s'appliquent également à votre couverture

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

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

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

Subrogation : pour les évènements où une tierce partie est responsable, nous nous reconnaissons le droit de subrogation des frais auprès de cette tierce partie. L'entreprise et les personnes assurées s'engagent à coopérer pleinement avec nous, à nous transmettre toute information pertinente et à prendre toutes les mesures raisonnables que nous exigeons.

Communication avec les ayants droits : dans le cadre de l'administration de votre police d'assurance, nous pouvons être amenés à demander des informations complémentaires. Si nous devons obtenir des informations sur l'un de vos ayants droit (par exemple si nous avons besoin de l'adresse e-mail d'un ayant droit adulte), il est possible que nous vous contactions en tant que personne agissant au nom de cet ayant droit, afin d'obtenir les informations en question, à condition qu'il ne s'agisse pas d'informations sensibles.

De la même manière, dans le but de traiter les demandes de remboursement, toute information en lien avec un membre de votre famille pourra vous être envoyée directement, à condition qu'il ne s'agisse pas d'informations sensibles.


Protection des données

La manière dont nous protégeons votre vie privée et traitons vos informations personnelles est indiquée dans notre notice sur la protection des données.

Vous devez la lire avant de nous envoyer vos informations personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur :

 www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html

Vous pouvez également nous appeler pour obtenir un exemplaire papier.

 +353 1 630 1303

Pour toute question sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail à :

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Procédure de traitement des réclamations

Contactez en premier lieu notre service d'assistance téléphonique si vous avez des commentaires ou des réclamations. Veuillez nous envoyer un e-mail à :

@ apple.helpline@e.allianz.com

Notre but est de gagner et de conserver la confiance de nos clients grâce à un service clientèle haut de gamme. Cependant, malgré tous nos efforts, il peut arriver que nous ne parvenions pas à répondre aux attentes de nos clients. Des procédures de traitement des réclamations sont en place pour répondre à vos préoccupations rapidement et efficacement si vous n'êtes pas satisfait de l'un de nos services. Si vous souhaitez déposer une réclamation auprès de nos services, vous pouvez :

@ Envoyez-nous un e-mail à customer.advocacy@e.allianz.com

🏠 ou un courrier à : Customer Advocacy Team, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande

Nous traiterons votre réclamation conformément à notre procédure interne de traitement des réclamations. Pour plus d'informations, rendez-vous sur :

🌐 www.allianzcare.com/fr/procedure-de-traitement-des-reclamations.html

Vous pouvez également contacter notre service téléphonique pour obtenir un exemplaire de cette procédure.

FAQ concernant la couverture santé complémentaire

Qu'est-ce que la couverture santé complémentaire ?

La couverture santé complémentaire prend en charge, pour vous et vos ayants droit éligibles ajoutés à la police, des pathologies médicales spécifiques en complément de la couverture de la sécurité sociale ou d'autres régimes sociaux et de votre couverture santé Apple. Veuillez consulter le tableau des garanties ci-dessus pour prendre connaissance des pathologies médicales spécifiques et les plafonds en vigueur.

Dois-je payer la couverture santé complémentaire ?

Non, le coût de la couverture est entièrement pris en charge par Apple. Cependant, vous pourrez avoir à payer un impôt sur la prime d'assurance dans certains pays.

Qui a droit aux garanties ?

Tous les employés et leurs ayants droit affiliés à une couverture santé Apple éligible. Pour savoir si vous avez droit aux garanties, veuillez contacter le service d'assistance aux employés d'Apple.

Comment m'affilier à la couverture santé complémentaire ?

Vous êtes automatiquement affilié à la couverture santé complémentaire dans le cadre de votre couverture santé Apple. Si des ayants droit éligibles sont affiliés à la couverture santé Apple, ils peuvent également être couverts par la couverture santé complémentaire.

Qu'est-ce qui est couvert ?

Veuillez consulter le tableau des garanties situé au début de ce guide pour voir le détail des garanties couvertes par la couverture santé complémentaire, y compris les plafonds et les exclusions.

Pourquoi d'autres pathologies ne sont pas couvertes ?

La prise en charge de vos soins de santé est assurée principalement par le gouvernement et votre couverture santé Apple. Apple a constaté qu'il est parfois difficile pour ses partenaires d'assurance de prendre en charge ou d'administrer certaines garanties complexes. Par ailleurs, dans des cas extrêmes, des soins dépassant les plafonds de la couverture santé Apple sont nécessaires. Le couverture complémentaire fournit un second niveau de couverture. C'est pourquoi Apple s'est associé à Allianz Care afin de prendre en charge ces besoins très spécifiques sous la couverture santé complémentaire, et ainsi de centraliser l'expertise. À l'avenir, d'autres pathologies pourraient être ajoutées. Cependant cette couverture sera toujours dédiée à des besoins très spécifiques et uniques, auxquels ne peuvent répondre des polices d'assurances locales.

Vais-je recevoir un numéro de police individuelle ?

Oui. Avant d'envoyer votre première demande de remboursement, veuillez contacter notre service d'assistance téléphonique, disponible 24h /24, 7j /7. Notre équipe prendra vos coordonnées et vérifiera si elles correspondent aux informations que nous avons reçues de la part de votre employeur. Nous vous communiquerons ensuite un numéro de police individuelle. Chaque ayant droit éligible sera affilié sous ce même numéro de police, dès l'envoi du formulaire d'adhésion pour les ayants droit. Veuillez consulter la section « Adhésion des ayants droit » pour plus d'informations.

Veuillez ensuite nous communiquer votre numéro de police lors de tous nos échanges, qu'il s'agisse d'une demande de remboursement ou d'entente préalable, d'un e-mail ou d'un appel.

Quand la couverture prend-elle fin ?

Votre couverture santé complémentaire prendra fin si vous quittez ou si vous n'avez plus droit à la couverture santé Apple, ou si votre contrat de travail prend fin, selon la première éventualité. Vous pouvez soumettre vos demandes de remboursement pour des soins couverts pendant votre période de couverture jusqu'à six mois après la date de fin de votre couverture. Si vous quittez la couverture santé Apple, vous devez nous communiquer la date de fin de votre couverture. Ne pas la communiquer pourrait entraîner le non-paiement de vos demandes de remboursement et les frais seraient dès lors à votre charge.

Comment mon médecin pourra savoir que je bénéficie de cette couverture ?

Vous ne pouvez bénéficier de la couverture santé complémentaire qu'une fois que vous avez épuisé la prise en charge fournie par le gouvernement ou la couverture santé Apple pour les pathologies médicales couvertes (ou si le traitement n'est pas pris en charge par le gouvernement ou la couverture santé Apple).

Concernant les traitements pour lesquels vous réglez la facture puis effectuez une demande de remboursement, votre médecin n'a pas besoin de connaître le contenu de votre couverture santé complémentaire. Concernant les traitements pour lesquels une entente préalable est nécessaire (avec règlement direct au prestataire), dès que nous aurons reçu toutes les informations dont nous avons besoin, notre équipe médicale examinera les informations fournies et émettra une garantie de paiement au prestataire médical, autorisant le traitement (si vous êtes couvert pour ce traitement).

Dans le cas peu probable où votre prestataire de santé refuserait la garantie de paiement, vous pourrez toujours bénéficier de la couverture santé complémentaire. Cependant, vous devrez payer votre traitement et nous envoyer une demande de remboursement.

Que faire si mon traitement est déjà en cours ?

Les services et traitements peuvent être couverts si :

- les traitements et services pour lesquels vous êtes couverts ont lieu dans le pays où vous travaillez à partir de la date à laquelle vous avez droit à la couverture santé complémentaire. Vous trouverez plus d'informations sur l'éligibilité sur le site des employés ;
- vous (et vos ayants droit éligibles le cas échéant) êtes affiliés à la couverture santé locale Apple ;
- vous êtes un employé éligible d'Apple lors du traitement.

Comment faire une demande de remboursement pour mes ayants droit ?

Lorsque votre ayant droit est le(la) patient(e), vous devrez l'affilier à la couverture avant de pouvoir effectuer la première demande de remboursement en son nom.

- Remplissez le « formulaire d'adhésion pour les ayants droit » et envoyez-le à apple.helpline@e.allianz.com. Nous traiterons votre demande et ajouterons votre ayant droit à votre police.
- Dès que votre ayant droit est ajouté(e) à nos fichiers, il(elle) peut obtenir des soins en suivant l'une des deux procédures suivantes :
 - Concernant les traitements pour lesquels une entente préalable n'est pas nécessaire : il/elle (ou le parent, si votre ayant droit est mineur(e)) règle la facture et fait une demande de remboursement à l'aide des services numériques MyHealth (application mobile ou portail en ligne). Le nom de l'ayant droit devra être sélectionné dans le menu déroulant du champ « Patient ». Il faudra ensuite renseigner quelques champs, ajouter la facture et les pièces justificatives puis envoyer la demande.
 - Concernant une demande d'entente préalable, il/elle (ou le parent) devra soumettre un formulaire d'entente préalable accompagné de toutes les pièces justificatives, au moins cinq jours ouvrables avant le traitement.

Pour plus d'informations sur les procédures à suivre pour avoir accès aux soins, veuillez consulter la section « Comment utiliser votre couverture santé complémentaire ».

Si le traitement ou les médicaments dont j'ai besoin ne sont pas couverts par ma couverture santé locale, puis-je utiliser la couverture santé complémentaire ?

Oui, si le traitement ou le médicament est pris en charge par votre couverture santé complémentaire, et si notre équipe médicale considère qu'il est médicalement nécessaire. Vous devrez obtenir une attestation de la part de votre assurance locale, indiquant que le traitement ou le médicament n'est pas disponible ou que la couverture de ces coûts est épuisée.

Comment prouver que j'ai épuisé les garanties de ma couverture locale ou que celle-ci ne prend pas en charge un service ?

Votre assureur local vous enverra une attestation d'assurance indiquant que vous avez épuisé votre garantie sous leur couverture locale, ou que le traitement n'est pas couvert. Veillez à ce que ce document contienne également la date de début et de renouvellement de votre couverture. Les attestations d'assurance sont acceptées dans toutes les langues.

Nous aurons besoin de ce document lorsque vous ferez une demande de remboursement ou d'entente préalable. Nous savons où les traitements ne sont pas disponibles localement pour ces garanties.

Si j'ai des doutes sur les garanties couvertes par ma couverture locale, est-ce que je peux contacter Allianz Care ?

Non. Votre couverture santé complémentaire complète votre couverture existante. Vous devrez contacter votre assureur local concernant les conditions d'obtention de votre traitement, et ce avant de nous contacter avec toutes les informations nécessaires au traitement de votre demande.

Est-ce que la couverture santé complémentaire rembourse le reste à charge de mon assurance locale, tel qu'une quote-part ou une franchise ?

Non, le but de la couverture est de prendre en charge les garanties indiquées sur le tableau des garanties et dans les cas suivants :

- lorsque vos garanties locales sont épuisées ;
- lorsqu'une partie de la garantie n'est pas couverte localement ;
- lorsqu'aucune prise en charge n'est prévue par votre couverture locale.

Toute demande de remboursement d'une quote-part ou franchise de votre assurance locale sera rejetée.

Puis-je obtenir le remboursement de dépenses ayant eu lieu avant la date de début de la couverture ?

Non, la couverture santé complémentaire ne prend en charge que les traitements et services couverts qui ont lieu dans le pays où vous travaillez à partir de la date à laquelle vous avez droit à la couverture santé complémentaire. Vous trouverez plus d'informations sur l'éligibilité sur le site des employés.

Si ma couverture locale me rembourse les frais d'un traitement, puis-je aussi faire une demande de remboursement pour les mêmes frais sous ma couverture santé complémentaire ?

Non. La couverture santé complémentaire commence lorsque vous avez épuisé les garanties de votre couverture santé locale pour une pathologie médicale couverte. Toute dépense remboursée par votre couverture santé locale ne pourra être remboursée par la couverture santé complémentaire.

Si ma couverture santé locale ne prend pas en charge les traitements et médicaments dans des hôpitaux privés, est-ce que ceux-ci seront pris en charge par la couverture santé complémentaire ?

Non, la couverture santé complémentaire n'offre pas un niveau de couverture supérieur. Si un traitement spécifique pour l'une des catégories de pathologies prises en charge par la couverture santé complémentaire n'est disponible que dans un hôpital privé, veuillez nous contacter pour connaître les solutions disponibles (n'oubliez pas de nous envoyer un exemplaire des conditions de votre assurance locale).

Si un traitement spécifique pris en charge par la couverture santé complémentaire n'est pas autorisé par la législation de la région où je suis, puis-je quand même obtenir ce traitement ?

Non. Nous respecterons les réglementations locales.

Si mes ayants droit affiliés à la couverture ne résident pas dans le même pays que moi, est-ce que leurs dépenses médicales seront prises en charge par la couverture santé complémentaire ?

Non, la couverture santé complémentaire ne prend en charge que les traitements effectués dans le pays où vous êtes employé. Vos ayants droit affiliés ne pourront pas être couverts pour des services reçus en dehors de votre pays d'emploi.

Je déménage dans un pays où la couverture santé complémentaire est disponible, aurais-je toujours accès à la couverture santé complémentaire ?

Oui, si vous êtes affilié à la couverture santé locale Apple dans un pays éligible, vous pourrez toujours bénéficier de la couverture santé complémentaire. Les montants de garanties disponibles seront transférés.

Pour toute question à propos des pays éligibles ou sur l'éligibilité en général, veuillez contacter le service d'assistance aux employés d'Apple.

Que se passe-t-il si je déménage dans un pays où la couverture santé complémentaire n'est pas disponible ?

Votre couverture santé complémentaire prendra fin le jour de votre transfert officiel vers un pays où celle-ci n'est pas disponible.

Mon banquier demande la preuve que les fonds transférés depuis l'étranger sont d'origine licite et correspondent au règlement d'une demande de remboursement sous la couverture santé complémentaire. Quel document puis-je lui envoyer ?

Après chaque demande de remboursement, nous vous enverrons un relevé de compte détaillant le remboursement effectué. Ce document est une preuve officielle que votre banquier devrait accepter.

Quelles sont les langues parlées par les agents du service d'assistance téléphonique ?

Notre service d'assistance téléphonique est disponible 24h /24, 7j /7 en français, anglais, allemand, espagnol, italien et portugais.

Si vous parlez une autre langue, veuillez le préciser lors de votre appel et nous nous efforcerons de trouver un(e) interprète.

Vous trouverez également des informations en libre-service sur le site des employés d'Apple ou sur notre plateforme dédiée aux affiliés : www.allianzcare.com/apple

Nous acceptons les informations médicales et les documents d'assurance dans toutes les langues.

Comment sont protégées mes données personnelles ?

La manière dont nous protégeons votre vie privée et traitons vos informations personnelles est indiquée dans notre notice sur la protection des données.

Vous pouvez la consulter ici : <https://www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html>

Vous pouvez également nous appeler pour obtenir un exemplaire papier. +353 1 630 1303.

Pour toute question sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail à : AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Qui puis-je contacter pour en savoir plus sur cette couverture ?

Pour toute question à propos de votre couverture ou d'une demande de remboursement, veuillez contacter notre service d'assistance téléphonique, disponible 24h /24, 7j /7.

Pour toute question concernant l'éligibilité, veuillez contacter le service d'assistance aux employés d'Apple.

Le saviez-vous ? Vous avez accès à une plateforme dédiée aux affiliés

Nous avons conçu une plateforme d'assistance dédiée aux affiliés, sur laquelle vous trouverez toutes les informations nécessaires pour profiter pleinement de votre assurance. Vous y trouverez notamment :

- le guide de votre couverture santé complémentaire ;
- le formulaire d'adhésion pour les ayants droit ;
- les questions fréquemment posées ;
- les coordonnées pour nous contacter.

 www.allianzcare.com/apple







Contactez-nous, nous sommes à votre disposition

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

@	E-mail :	apple.helpline@e.allianz.com	
☎	Téléphone :	Français :	+ 353 1 630 1303
		Anglais :	+ 353 1 630 1301
		Allemand :	+ 353 1 630 1302
		Espagnol :	+ 353 1 630 1304
		Italien :	+ 353 1 630 1305
		Portugais :	+ 353 1 645 4040

Si vous parlez une autre langue, veuillez le préciser lors de votre appel et nous nous efforcerons de trouver un(e) interprète.

🏠 Adresse : Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.

	www.facebook.com/AllianzCare
	www.linkedin.com/company/allianz-care
	www.youtube.com/c/allianzcare
	www.instagram.com/allianzcare/
	x.com/AllianzCare
	www.tiktok.com/@allianzcare

Ce document est une traduction française du document en anglais. La version en anglais est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle.

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.