

Changements importants concernant votre police d'assurance

A compter du 1^{er} janvier 2016, les 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.

Les conditions générales pour contrats individuels pour la France, le Benelux ou Monaco ont été mises à jour pour prendre en compte ces changements et pourront être téléchargées sur www.indigo-expat.com. 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. Un tableau des garanties actualisé est inclus dans vos documents de renouvellement.

Si vous avez des questions sur les changements présentés dans ce document, n'hésitez pas à contacter Assurances Indigo Expat par e-mail : info@indigo-expat.com ou par téléphone : +33 (0)1 53 16 42 61.

Nouvelles garanties et couverture supplémentaire

Nous avons étendu la couverture dont vous disposez de la manière suivante :

- Pour les formules Hospitalisation Indigo Expat, le plafond de la garantie « Chambre d'hôpital » pour séjour en chambre particulière a été augmenté et, est désormais de 300 €/220 £/420 \$ par jour.
- Pour les formules Hospitalisation Indigo Expat, la garantie « Oncologie » a été améliorée par l'ajout de la prise en charge d'achat de perruque en cas de perte de cheveux à la suite du traitement d'un cancer. Cette garantie fournit une couverture pour l'achat d'une perruque à hauteur de 200 €/150 £/280 \$ par assuré pour toute la vie.
- Sous la garantie « Oncologie », nous couvrons aussi désormais les tests pour les récepteurs génétiques tumoraux.
- Pour toutes les formules Médecine courante, la garantie « Chiropraxie, ostéopathie, homéopathie, médecine traditionnelle chinoise et acuponcture » a été étendue pour y inclure la podologie.

Nouvelle franchise facultative applicable à la formule Médecine Courante

Nous souhaitons vous informer qu'une nouvelle franchise facultative applicable aux formules Médecine Courante Indigo Expat est désormais disponible et peut vous permettre de réduire le montant de votre prime. Cette franchise d'un montant de 100 €/73 £/ 140 \$ par personne et par année d'assurance s'applique à toutes les garanties des formules Médecine Courante. Une remise de 3% s'appliquera sur le montant total de la prime si cette franchise est sélectionnée. Pour plus d'informations sur les nouvelles conditions de votre couverture lorsque vous sélectionnez cette remise, veuillez contacter les Assurances Indigo Expat.

Modifications apportées à la terminologie

Définitions

Si les garanties énumérées dans cette section apparaissent dans votre tableau des garanties, veuillez noter que nous avons modifié les définitions de ces garanties dans les Conditions générales pour contrats individuels comme suit :

- Nous avons modifié la définition « Stomatologie » qui s'intitule désormais « Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie ». Par soucis de clarté, cette définition énumère les conditions médicales désormais couvertes par cette garantie et qui étaient précédemment couvertes par une autre garantie dentaire (déformations congénitales de la mâchoire, fractures et tumeurs). Nous souhaitons préciser également que l'extraction des dents de sagesse et les interventions chirurgicales pour corriger les malocclusions ne sont pas couvertes, sauf si vous avez sélectionné une formule dentaire. Le texte révisé est le suivant : **Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie : il s'agit d'une intervention chirurgicale réalisée par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue dans un hôpital pour soigner les pathologies suivantes : les problèmes buccaux, les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, les fractures faciales, les déformations congénitales de la mâchoire, les maladies de la glande salivaire et les tumeurs. Veuillez noter que l'extraction chirurgicale des dents incluses et les interventions chirurgicales orthognatiques pour corriger les malocclusions, même lorsqu'elles sont réalisées par un chirurgien maxillo-facial et stomatologue ne sont pas couvertes, sauf si une formule dentaire a été sélectionnée.**
- Nous avons modifié la définition « Chirurgie dentaire » afin d'y supprimer les références aux déformations congénitales de la mâchoire, fractures et tumeurs puisque ces pathologies sont désormais couvertes sous la formule hospitalisation. En outre, nous couvrons désormais le coût des examens servant à établir la nécessité d'une intervention chirurgicale dentaire. La nouvelle définition est la suivante : **Chirurgie dentaire : cela inclut l'extraction chirurgicale de dents ainsi que d'autres interventions chirurgicales telles que l'apicoectomie et les médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires. Tous les examens servant à établir la nécessité d'une intervention chirurgicale dentaire tels que les examens de laboratoire, les radiographies, les scanographies et les IRM, sont couverts sous cette garantie. La chirurgie dentaire ne couvre aucun traitement chirurgical lié aux implants dentaires.**
- Une nouvelle définition a été créée pour les « Médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires » : **Médicaments soumis à prescription médicale pour soins dentaires : médicaments prescrits par un dentiste pour traiter les inflammations ou infections dentaires. Ces médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé sur la maladie et être reconnus par les instances de régulation pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits. Les bains de**

bouche, produits fluorés, gels antiseptiques et dentifrices ne sont pas couverts.

- Nous avons modifié la définition « Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation » pour indiquer que cette garantie ne couvre que les soins reçus afin de soulager une douleur dentaire à une dent saine et naturelle, occasionnée par un accident ou une blessure. Cette définition indique également que les restaurations permanentes ne sont pas couvertes par cette garantie. La nouvelle définition est la suivante : **Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation** : soins reçus dans une clinique dentaire chirurgicale ou une salle d'urgence d'hôpital afin de soulager rapidement une douleur dentaire à une dent saine et naturelle, occasionnée par un accident ou une blessure. Cela comprend les pulpotomies et les pulpectomies ainsi que les plombages temporaires qui en résultent (limités à trois plombages par année d'assurance). Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'incident. Les prothèses dentaires, les restaurations permanentes ou la poursuite des dévitalisations ne sont pas comprises. Si vous avez également choisi une formule Dentaire, celle-ci prendra en charge le montant des soins dentaires excédant le plafond de la garantie de la formule Hospitalisation « Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation ».
- Nous avons modifié la définition « Orthodontie » pour confirmer que nous couvrons uniquement les traitements orthodontiques pour lesquels des appareils dentaires standard sont utilisés. La nouvelle définition est la suivante : **Orthodontie** : usage d'appareils pour corriger une malocclusion et replacer les dents pour un fonctionnement et un alignement corrects. Nous couvrons uniquement les traitements orthodontiques pour lesquels les appareils dentaires métalliques standard et/ou les appareils amovibles standard sont utilisés. Les appareils esthétiques, tels que les appareils dentaires d'orthodontie linguale et les gouttières invisibles, sont couverts à hauteur des frais d'un appareil dentaire métallique standard, et dans la limite du plafond de la garantie « Soins d'orthodontie et prothèses dentaires ».
- Nous avons modifié la définition « Ergothérapie » afin de préciser que cette garantie comprend également les traitements destinés au bon développement des capacités motrices globales. Un rapport médical sur les avancées du traitement doit être fourni après 20 séances. La nouvelle définition est la suivante : **Ergothérapie** : traitement destiné au bon développement des capacités motrices globales de l'individu, intégration sensorielle, coordination, équilibre et autres aptitudes telles que s'habiller, manger, faire sa toilette, etc., de façon à faciliter la vie au quotidien et à améliorer l'interaction avec le monde physique et social. Un rapport médical sur les avancées du traitement doit être fourni après 20 séances.
- La définition « Kinésithérapie prescrite » a été modifiée afin d'indiquer qu'un nouveau rapport médical sur les avancées du traitement doit nous être envoyé toutes les 12 séances lorsque des séances supplémentaires sont nécessaires. La nouvelle définition est la suivante : **Kinésithérapie prescrite** : traitement administré par un kinésithérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin. La kinésithérapie est initialement limitée à 12 séances par pathologie, après lesquelles le patient doit être examiné par le médecin généraliste ayant prescrit ces séances. Si davantage de séances sont requises, un nouveau rapport médical sur l'avancée du traitement doit nous être envoyé toutes les 12 séances. Ce rapport médical doit indiquer la nécessité de prolonger le traitement. La kinésithérapie exclut certains traitements tels que le Rolwing, les massages, la méthode Pilates, la fangothérapie et la thérapie MILTA.

- Nous avons modifié la définition « Appareils chirurgicaux et prothèses » qui s'intitule désormais « Appareils et matériel chirurgicaux » et qui énumère les exemples d'appareils et de matériel couverts par cette garantie. La nouvelle définition est la suivante : **Appareils et matériel chirurgicaux** : appareils et matériel requis lors d'une intervention chirurgicale. Cela comprend les prothèses ou dispositifs tels que le matériel de remplacement des articulations, vis, plaques, appareils de remplacement des valves, stents endovasculaires, défibrillateurs implantables et stimulateur cardiaque.
- Nous avons modifié la définition « Équipement médical prescrit » afin de préciser que les équipements biochimiques tels que les pompes à insuline, les glucomètres et les machines de dialyse péritonéale sont également couverts par cette garantie. La nouvelle définition est la suivante : **Équipement médical prescrit** : tout appareil prescrit et médicalement nécessaire pour permettre à l'affilié d'évoluer en accord avec les exigences de la vie quotidienne quand cela est raisonnablement possible. Cela comprend :
 - Les équipements biochimiques tels que les pompes à insuline, les glucomètres et les machines de dialyse péritonéale.
 - Les équipements aidant à la mobilité tels que les béquilles, les fauteuils roulants, les appareils/attelles orthopédiques, les membres artificiels et les prothèses.
 - Les appareils auditifs et auxiliaires de phonation tels qu'un larynx électronique.
 - Les bas de compression graduée médicaux.
 - Le matériel pour les blessures à long terme tel que les pansements et le matériel pour stomie.Les coûts des équipements médicaux prescrits dans le cadre de soins palliatifs ou de soins de longue durée ne sont pas pris en charge.

- Nous avons modifié la définition « Pays d'origine » comme suit : **Pays d'origine** : pays pour lequel l'assuré possède un passeport en cours de validité ou pays de résidence principal de l'assuré.

- Nous avons modifié la définition « Oncologie » afin de préciser que cette garantie couvre également le coût d'une perruque en cas de perte de cheveux suivant le traitement d'un cancer. La nouvelle définition est la suivante : **Oncologie** : cela fait référence aux honoraires des spécialistes, analyses, radiothérapie, chimiothérapie et 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 perruque en cas de perte de cheveux suivant le traitement d'un cancer.

Résiliation

Dans la section « Conditions générales supplémentaires », nous avons modifié le paragraphe sur la Résiliation pour préciser que nous ne pouvons pas résilier votre police pour cause d'aggravation d'un risque. Le nouveau paragraphe est le suivant :

Nous avons le droit de résilier votre police si vous ne payez pas la prime complète due, comme indiqué dans la section « Paiement des primes ».

En cas de résiliation, nous vous rembourserons la fraction de prime afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

Vous avez le droit de résilier votre police :

- 1.1 Tous les ans, moyennant un préavis minimum de deux mois, par lettre recommandée. La résiliation a lieu à partir de la date de renouvellement.
- 1.2 En cas de diminution du risque, si nous ne consentons pas à réduire la prime en conséquence. La résiliation a lieu 30 jours après notre refus.

Vous pouvez nous notifier la résiliation de votre police soit par déclaration faite contre récépissé, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée.

Exclusions

- Par soucis de clarté, nous avons modifié l'exclusion sur les « troubles du sommeil ». La nouvelle exclusion est la suivante : **Traitement des troubles du sommeil, y compris l'insomnie, l'apnée obstructive du sommeil, la narcolepsie, le ronflement et le bruxisme.**
- Nous avons ajouté une exclusion pour les **Facettes dentaires et les procédures connexes.**
- Nous avons modifié l'exclusion sur les « Tests génétiques » pour préciser que les récepteurs son couverts. La nouvelle exclusion est la suivante : **Les tests génétiques, à moins que des tests génétiques spécifiques ne fassent partie de votre couverture, et à l'exception des tests d'ADN directement liés à une amniocentèse, à savoir pour les femmes âgées de 35 ans ou plus. Les tests pour les récepteurs génétiques tumoraux sont couverts.**

Preuve de paiement

Dans la section « Informations générales » de nos Conditions générales pour contrats individuels, nous avons modifié le paragraphe c) de la section « Demandes de remboursement » afin d'indiquer que nous pouvons demander à l'assuré de nous fournir une preuve de paiement lorsque nous recevons une demande de remboursement pour frais médicaux. Le nouveau texte est le suivant :

Il est de votre responsabilité de garder tous les justificatifs originaux lorsque vous nous envoyez des copies (par ex. reçus de factures médicales). Dans le cadre de nos procédures d'audit, nous nous réservons le droit de vous demander les originaux de ces documents/reçus pendant les 12 mois suivant le traitement d'une demande de remboursement (ou pendant deux ans pour les demandes de remboursement sous des polices complémentaires à la CFE ou à la Sécurité sociale française). Nous nous réservons également le droit de vous demander de nous fournir une preuve de paiement de vos frais médicaux (par ex. relevé de compte bancaire ou relevé de carte bancaire). Nous vous recommandons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.

Changement d'adresse ou d'e-mail

Cette section qui se trouve dans les « Informations générales » de notre guide des Conditions générales pour contrats individuels, a été modifiée afin de préciser que pour des raisons de protection des données personnelles, toute correspondance sera envoyée aux coordonnées indiquées dans nos registres. Le texte révisé est le suivant : *Toute correspondance sera envoyée aux coordonnées indiquées dans nos registres sauf indication contraire. Veuillez nous informer par écrit le plus rapidement possible de tout changement d'adresse privée, professionnelle ou d'e-mail.*

Faire une réclamation

Dans nos Conditions générales pour contrats individuels, nous avons modifié le paragraphe intitulé « Faire une réclamation » pour indiquer que nous traiterons toutes les réclamations selon notre procédure interne de traitement des réclamations. Un exemplaire de cette procédure est disponible sur notre site internet ou peut être obtenu en contactant notre service d'assistance téléphonique.

Révision annuelle du montant des primes

En tant qu'assuré d'Indigo Expat, vous bénéficiez de primes spécifiques mutualisées avec celles d'autres assurés Indigo Expat. Les résultats techniques du groupe entier sont pris en considération chaque année lors de l'évaluation des primes, ainsi que les salaires des professionnels de santé, la région où le traitement est administré, les nouvelles technologies médicales, médicaments et procédures diagnostiques. Pour permettre à nos affiliés de continuer à bénéficier des meilleurs soins, nous devons prendre en compte ces facteurs lorsque nous calculons votre prime chaque année.

Pour calculer la prime, nous avons tenu compte de l'augmentation annuelle de la prime de votre ou vos couvertures santé, de votre pays de résidence, de l'âge de chaque membre de la police et de la fréquence de paiement choisie. La prime de renouvellement est indiquée sur votre facture.

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

Assurances INDIGO EXPAT

63, rue de Provence, 75009 Paris, France

Service téléphonique : + 33 (0)1 53 16 42 61

E-mail : info@indigo-expat.com

Allianz Worldwide Care SA est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel situé au 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, France.

Allianz Worldwide Care SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le Code des Assurances. No 401 154 679 RCS Paris. 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.