

Aperçu des assurances complémentaires

selon la LCA



Vue d'ensemble

Assurances complémentaires Global	3-4
GB Global AMB	
GI Global classic	
GL Global, niveaux 1 à 4	
GM Global mi-privée	
GP Global privée	
GX Global flex	
GC Global confort, niveaux 1 à 4	
GF Global famille	
GT Global temporis	
GO Global smart	
Assurances de soins complémentaires	5
SC Assurance des soins complémentaires, niveaux 1 à 4	
SB Assurance des soins complémentaires Bonus	
SA Assurance de soins Alterna	
SP Assurance Vitalis	
Assurances en cas d'hospitalisation	5-6
HC Assurance complémentaire d'hospitalisation, niveaux 1 à 4	
HB Assurance complémentaire d'hospitalisation H-Bonus	
HS Hôpital senior, classes 1 à 4	
KH Assurance d'un capital en cas d'hospitalisation H-Capital	
BH Assurance d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation	
Assurance voyage et assistance à l'étranger	6
MU Mundo	
Assurance dentaire	7
DP Assurance des soins Dentaire plus	
Assurances complémentaires accident	7-8
AB Acrobat, l'assurance accident pour les 0-18 ans	
AJ ActiVita, l'assurance accident dès 18 ans	
Indemnités journalières	8
PI Assurance individuelle d'une indemnité journalière	
AM Assurance d'une allocation journalière en cas d'incapacité de travail ménager Sekunda	
Assurances de protection juridique	9-10
LJ Legis ^{priva} , l'assurance de protection juridique privée	
LJ Legis ^{strada} , l'assurance de protection juridique mobilité	
LJ Legis ^{duo} , l'assurance de protection juridique combinée, privée et mobilité	
LG Legis ^{sana} , l'assurance de protection juridique du patient	
Assurance de capitaux et rentes	11-12
ID ProVista, l'assurance d'un capital en cas d'invalidité ou de décès par suite d'accident	
AD ProVista ^{light} , l'assurance d'un capital en cas de décès par suite d'accident	
IC Assurance d'un capital en cas d'invalidité ou de décès suite à une maladie ou à un accident	
IM SanaVista, l'assurance d'un capital en cas d'invalidité ou de décès suite à une maladie	
KP KidsProtect, rente pour enfants malades	
Informations importantes	12-15

Assurances complémentaires Global

Assureur porteur du risque: Groupe Mutuel Assurances GMA SA – Martigny

Les combinaisons d'assurances Global complètent l'assurance obligatoire des soins de manière optimale en offrant une couverture tant des soins médicaux que des frais d'hospitalisation.

□ GB Global AMB

- adhésion possible pour les personnes au bénéfice d'une assurance obligatoire des soins (AOS) auprès de la caisse-maladie AMB Assurances SA,
- **2 modules à choix:**
 - **module de base:** large prise en charge de nombreuses prestations telles que séjours hospitaliers en division commune dans toute la Suisse, libre choix du médecin dans toute la Suisse, médicaments hors-liste, frais de transport, cures thermales ou de convalescence, lunettes, soins orthodontiques et traitements dentaires pour les enfants, assistance à l'étranger, prévention de la santé (école du dos, check-up, contrôle dentaire annuel),
 - **module «option médecines alternatives»:** prise en charge des frais, max. Fr. 10'000.–/an, pour les thérapies naturelles ainsi que les médicaments de médecine douce,
- rabais de primes de 25% sur le module de base et de 50% sur le module «option médecines alternatives» si les prestations versées (après déduction de la franchise éventuelle) sont inférieures à Fr. 150.– durant la période de référence. Il n'est pas tenu compte des prestations de maternité pour la détermination du droit au rabais,
- bonus familial de 50% sur le module de base et sur le module «option médecines alternatives» en faveur des enfants jusqu'à 18 ans (respectivement 25 ans s'ils font ménage commun avec au moins un de leurs parents), lorsqu'au moins un des parents a conclu l'AOS auprès de la caisse-maladie AMB Assurances SA. Ce bonus est supprimé lorsque ces conditions ne sont plus remplies,
- bonus familial de 80% sur le module de base et sur le module «option médecines alternatives» en faveur des enfants jusqu'à 18 ans, lorsqu'au moins un des parents a conclu l'AOS auprès de la caisse-maladie AMB Assurances SA et l'assurance-maladie complémentaire Global AMB. Ce bonus est supprimé lorsque ces conditions ne sont plus remplies,
- lorsque les conditions ci-dessus ne sont plus remplies (résiliation d'une couverture donnant droit au rabais), l'assuré ne peut plus bénéficier du rabais sur la branche GB,
- franchise de Fr. 230.– perçue sur les prestations du module «option médecines alternatives», dès le 1^{er} janvier suivant l'année durant laquelle l'assuré a atteint l'âge de 18 ans révolus.

□ GI Global classic

- **2 modules à choix:**
 - **module de base:** large prise en charge de nombreuses

prestations telles que séjours hospitaliers en division commune dans toute la Suisse, médicaments hors-liste, frais de transport, cures thermales ou de convalescence, lunettes et verres de contact, vaccins, assistance à l'étranger,

- **module Option «plus»:** médecines alternatives, promotion de la santé (fitness, école du dos, prestations pour désintoxication du tabac et de l'alcool), conseils diététiques, deuxième avis médical,
- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois dès l'entrée en vigueur du contrat,
- bonus familial en faveur des enfants, lorsqu'au moins un des parents a conclu certains produits d'assurance déterminés; ce bonus tombe dès que ces conditions ne sont plus remplies et lorsque l'assuré achève sa 18^e année,
- franchise de Fr. 300.– perçue sur les prestations de médecines alternatives, dès le 1^{er} janvier suivant l'année durant laquelle l'assuré a atteint l'âge de 18 ans révolus.

□ GL Global, niveaux 1 à 4

- **4 niveaux différents de prise en charge des prestations à choix:** GL 1, 2, 3 et 4,
- séjours hospitaliers en division commune dans toute la Suisse,
- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois dès l'entrée en vigueur du contrat,
- prise en charge de prestations de médecine douce selon liste, cures thermales ou de convalescence, médicaments hors-liste, lunettes et verres de contact, frais de transport, aide à domicile, vaccins, assistance à l'étranger; il y a des limitations maximales de prise en charge par niveau choisi,
- **2 franchises à choix:** Fr. 0.– ou Fr. 150.–.

□ GM Global mi-privée

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 55 ans révolus,
- séjours hospitaliers en division mi-privée dans toute la Suisse,
- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois dès l'entrée en vigueur du contrat,
- prise en charge de prestations de médecine douce selon liste, cures thermales ou de convalescence, médicaments hors-liste, lunettes et verres de contact, frais de transport, aide à domicile, vaccins, assistance à l'étranger,
- **3 franchises à choix** pour les prestations d'hospitalisation: Fr. 0.–, Fr. 1'000.– ou Fr. 3'000.–.

□ GP Global privée

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 55 ans révolus,
- séjours hospitaliers en division privée dans toute la Suisse (possibilité d'une option monde, avec limitation de durée et du montant de prestations, conformément aux conditions particulières),
- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois dès l'entrée en vigueur du contrat,
- prise en charge des prestations de médecine douce selon liste, cures thermales ou de convalescence, médicaments hors-liste, lunettes et verres de contact, frais de transport, aide à domicile, vaccins, assistance à l'étranger,
- **3 franchises à choix** pour les prestations d'hospitalisation: Fr. 0.–, Fr. 1'000.– ou Fr. 3'000.–.

□ GX Global flex

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 55 ans révolus,
- **2 modules à choix:**
 - **module de base Hospiflex:** choix de la division commune, mi-privée ou privée lors de chaque hospitalisation selon le genre d'intervention à subir et libre choix du médecin ou du spécialiste, participation de l'assuré selon la division choisie,
 - **module complémentaire Careflex:** couverture illimitée pour diverses prestations en matière de traitements ambulatoires (médecines douces, médicaments hors-liste, frais de transport, cures thermales ou de convalescence) et de prévention de la santé (fitness, check-up, contrôle dentaire annuel),
- **exclusion des prestations:** en cas de maternité.

□ GC Global confort, niveaux 1 à 4

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 55 ans révolus,
- **4 niveaux différents de prise en charge des prestations à choix:** GC 1, 2, 3 et 4,
- libre choix du confort hôtelier en chambre à un ou deux lits dans toute la Suisse (soins selon la division commune), selon la liste des établissements conventionnés,
- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois dès l'entrée en vigueur du contrat,
- prise en charge de prestations de médecine douce selon liste, cures thermales ou de convalescence, médicaments hors-liste, lunettes et verres de contact, frais de transport, aide à domicile, vaccins, assistance à l'étranger; il y a des limitations maximales de prise en charge par niveau choisi,
- **2 franchises à choix:** Fr. 0.– ou Fr. 150.–.

□ GF Global famille

- couverture destinée à toute la famille, comprenant notamment des prestations de médecine douce, cures thermales ou de convalescence, médicaments hors-liste, lunettes et verres de contact, frais de transport, assistance à l'étranger,
- prestations spécifiques pour les enfants (0-18 ans) telles que

frais d'accompagnement en milieu hospitalier (baby care), participation annuelle à la cotisation d'une activité sportive ou encore versement d'un capital en cas d'invalidité ou de décès de l'enfant à la suite d'un accident,

- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois dès l'entrée en vigueur du contrat,
- réduction de prime accordée dès le deuxième enfant.

□ GT Global temporis

- possibilité de conclure immédiatement, pour une couverture temporaire et limitée, une assurance «Global» avec prime réduite (valable pour les couvertures GL, GM, GP et GC),
- possibilité de bénéficier d'une admission ultérieure sans nouvel examen de santé.

□ GO Global smart, niveaux 1 à 3

- **3 niveaux de prise en charge des prestations à choix:** GO 1, 2, 3,
- séjours hospitaliers en division commune, mi-privée ou privée dans toute la Suisse selon le niveau de couverture choisi,
- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois dès l'entrée en vigueur du contrat,
- prise en charge pour les 3 niveaux de prestations des frais de médecine douce selon liste, médicaments hors-liste, lunettes et verres de contact, frais de transport, aide à domicile et prestations de prévention (fitness, check-up, vaccins); il y a des limitations maximales de prise en charge selon le niveau choisi,
- prise en charge des traitements dentaires ainsi que des frais de cures thermales et de convalescence en Suisse dans le cadre des niveaux 2 et 3; il y a des limitations maximales de prise en charge selon le niveau choisi,
- prise en charge des traitements d'urgence dans le monde entier pour les 3 niveaux (traitements ambulatoires et hospitalisations pour des traitements reconnus selon LAMal, frais de transport, rapatriement, recherche et sauvetage, visite d'un membre de la famille) jusqu'à concurrence de maximum Fr. 100'000.–/an,
- moyennant un supplément de prime, les assurés du niveau 3 peuvent conclure l'option «Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger» donnant droit à un remboursement supplémentaire des frais hospitaliers de Fr. 3'000.– par jour, durant 60 jours au plus par année civile,
- **2 franchises à choix:** Fr. 0.– ou Fr. 500.– (les assurés du niveau 3 peuvent en plus opter pour une franchise de Fr. 1'000.–),
- annulation possible par l'assuré au terme de 3 ans d'assurance pour la fin d'une année civile moyennant un préavis d'un mois.

Assurances de soins complémentaires

Les assurances des soins complémentaires et spéciaux vous donnent accès à de nombreuses prestations non prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

□ **SC** L'assurance des soins complémentaires, niveaux 1 à 4

- **4 niveaux différents de prise en charge des prestations à choix:** SC 1, 2, 3 et 4,
- accès à de nombreuses prestations telles que médicaments hors-liste, médecine douce selon liste, cures thermales ou de convalescence, lunettes et verres de contact, frais de transport, aide à domicile, vaccins; il y a des limitations maximales de prise en charge par niveau choisi,
- **2 franchises à choix:** Fr. 0.– ou Fr. 50.–.

□ **SB** L'assurance des soins complémentaires Bonus

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 60 ans révolus,
- assurance flexible avec des prestations illimitées et des rabais de primes avantageux grâce à un système de bonus calculé sur le volume des prestations durant une période de référence. L'échelon de prime maximal équivaut à 100% de la prime ordinaire,
- nombreuses prestations remboursées de manière illimitée telles que médecine douce, médicaments hors-liste, frais de transport, cures thermales, libre choix du médecin dans toute la Suisse,
- prestations préventives: école du dos, fitness, désintoxication du tabac et de l'alcool, contrôle dentaire annuel,
- en cas d'absence de prestations, possibilité de bénéficier de rabais de primes attractifs grâce au système de bonus,
- **franchise** de Fr. 150.– (non perçue sur les prestations préventives).

□ **SA** L'assurance de soins Alterna

- prise en charge de 80% des frais de traitements de médecine alternative prodigués par des médecins FMH,
- thérapies reconnues: acupuncture, auriculothérapie, biodynamique, biorésonance, électroacupuncture, étiopathie, homéopathie, hypnose médicale, magnétothérapie, médecine anthroposophique, médecine chinoise, mésothérapie, orthobionomie, ostéopathie, phytothérapie, rebirthing, sophrologie, thérapie EMDR (thérapie par les mouvements oculaires), thérapie neurale et training autogène,
- prise en charge des frais de médicaments de médecine douce, max. Fr. 2'000.–/an,
- rabais de combinaison pour les personnes ayant conclu certains produits d'assurance déterminés; ce rabais tombe dès que ces conditions ne sont plus remplies.

□ **SP** L'assurance Vitalis

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 60 ans révolus,
- la prime est uniforme pour tous les assurés,
- prise en charge de prestations telles que cures balnéaires et de convalescence, aide ménagère, frais de transport et de sauvetage, moyens auxiliaires, mesures de prévention (par exemple le bilan santé) et soins palliatifs,
- participation de 10% sur les frais relatifs aux moyens auxiliaires, cures et moyens de prévention.

Assurances en cas d'hospitalisation

En complément à l'assurance obligatoire des soins, les assurances en cas d'hospitalisation vous permettent d'accéder à un certain confort et à une couverture accrue, en Suisse, comme à l'étranger.

□ **HC** L'assurance complémentaire d'hospitalisation, niveaux 1 à 4

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 60 ans révolus,
- **4 niveaux différents de prise en charge:** HC 1, 2, 3 et 4:
 - division commune dans toute la Suisse (niveau 1),
 - division mi-privée dans toute la Suisse (niveau 2),
 - division privée dans toute la Suisse (niveau 3),
 - division privée dans le monde entier (niveau 4), avec limitation de durée et du montant de prestations, conformément aux conditions particulières,
- libre choix de l'établissement hospitalier,
- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois dès l'entrée en vigueur du contrat,
- **3 franchises à choix pour les niveaux 2, 3 et 4:** Fr. 0.–, Fr. 1'000.– ou Fr. 3'000.–.

□ HB L'assurance complémentaire d'hospitalisation H-Bonus

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 60 ans révolus,
- choix de la division commune, mi-privée ou privée par l'assuré au moment de l'hospitalisation,
- participations à charge de l'assuré selon la division choisie (Fr. 0.– en division commune, Fr. 100.– par jour, au maximum 30 jours par année civile en division mi-privée et Fr. 200.– par jour, au maximum 20 jours par année civile en division privée),
- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois,
- système de bonus: deux échelons de primes (80% et 100%) sont applicables. La prime à l'adhésion correspond à 80% de la prime ordinaire. Lorsque l'assuré est hospitalisé en division privée ou mi-privée, la prime de l'année civile suivant la période de référence correspond à 100% de la prime ordinaire et ce pour une durée de 3 ans.

□ HS Hôpital senior, classes 1 à 4

- assurance complémentaire en cas d'hospitalisation pour les personnes de plus de 55 ans, sans limite d'âge,
- la prime, identique pour les hommes et les femmes, est fixée selon un indice progressif variant en fonction de l'âge de l'assuré. L'indice est de 100 jusqu'à 55 ans inclus et augmente de 7 points par année d'âge; l'âge déterminant est l'âge révolu atteint au cours d'une année civile,
- **4 niveaux différents de prise en charge:** HS 1, 2, 3 et 4:
 - confort hôtelier en chambre à deux lits, soins selon la division commune, dans les établissements conventionnés (classe 1),
 - confort hôtelier en chambre à un lit, soins selon la division commune, dans les établissements conventionnés (classe 2),
 - chambre à deux lits, soins en division mi-privée (classe 3),
 - chambre à un lit, soins en division privée (classe 4),

- durant les 12 premiers mois d'assurance, l'assureur octroie uniquement les prestations d'hospitalisation en division commune dans toute la Suisse. Passé cette première année, le droit aux prestations entre en vigueur, conformément à la classe choisie,

- **3 franchises à choix pour les niveaux 3 et 4:** Fr. 0.–, Fr. 2'000.– ou Fr. 5'000.–.

□ KH L'assurance d'un capital en cas d'hospitalisation H-Capital

- **9 capitaux annuels à choix** pour permettre de prévenir les désagréments résultant d'une hospitalisation stationnaire de type aigu de plus de 24 heures, tels qu'aide ménagère ou garde d'enfant, selon un montant annuel défini au préalable, parmi les possibilités suivantes:

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| ➤ Fr. 300.– | ➤ Fr. 500.– | ➤ Fr. 600.– |
| ➤ Fr. 900.– | ➤ Fr. 1'000.– | ➤ Fr. 1'200.– |
| ➤ Fr. 1'500.– | ➤ Fr. 2'000.– | ➤ Fr. 2'500.– |

- **exclusion des prestations:** en cas de maternité, de traitements ambulatoires, d'hospitalisation découlant de traitements non reconnus par la LAMal, de semi-hospitalisations ou de séjours relevant exclusivement de la LAA, de la LAI ou de la LAM.

□ BH L'assurance d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 60 ans révolus,
- une sécurité pour faire face aux difficultés économiques liées à une hospitalisation,
- des prestations pouvant s'élever jusqu'à Fr. 200.–/jour,
- limitation des prestations en cas d'hospitalisation (90 jours/an),
- le droit aux prestations de l'assurance prend effet après un délai de stage de 6 mois. En cas de maternité, l'indemnité n'est servie qu'après 12 mois d'assurance,
- après le versement de 360 indemnités sur une période de 4 années civiles, le droit aux prestations s'éteint et la couverture d'assurance prend fin.

Assurance voyage et assistance à l'étranger

En cas d'urgences, vous disposez d'une couverture maladie et accident valable dans le monde entier.

□ MU L'assurance Mundo

- couverture maladie et accident valable dans le monde entier,
- prise en charge de frais, max. Fr. 100'000.–/an, tels que traitements ambulatoires et hospitalisations, transports requis par l'état de santé, rapatriement, recherche et sauvetage,
- **exclusion des prestations:** pour les traitements volontaires à l'étranger, les maladies déjà en traitement et non consoli-

dées avant le départ à l'étranger, les affections mises sous réserves, les affections psychiatriques et les frais personnels (boissons, téléphones, etc.),

- rabais de combinaison pour les personnes ayant conclu certains produits d'assurance déterminés; ce rabais tombe dès que ces conditions ne sont plus remplies.

Assurance dentaire

L'assurance de soins dentaires prend en charge les frais de traitements chez le dentiste et l'orthodontiste.

□ DP L'assurance des soins Dentaire plus

- **4 niveaux différents de prise en charge à choix:** DPO, 1, 2 et 3,
- adhésion possible de 0 à 18 ans pour le niveau 0, et jusqu'à l'âge de 60 ans révolus pour les niveaux 1 à 3,
- **Dentaire plus-Kids (DPO):** frais d'orthodontie uniquement, remboursés à 75%, max. Fr. 15'000.-/année (niveau 0).
- **niveaux DP1 à DP3:** frais de soins dentaires, y compris orthodontie, contribution de Fr. 75.- à un contrôle prophylactique annuel et frais de laboratoire:
 - DP1: 75% du montant facturé selon le tarif LAA, max. Fr. 1'000.-/année civile (niveau 1),
 - DP2: 75% du montant facturé selon le tarif LAA, max. Fr. 3'000.-/année civile (niveau 2),
 - DP3: 75% du montant facturé selon le tarif LAA, max. Fr. 15'000.-/année civile (niveau 3),
- pour tous les niveaux de prise en charge, les prestations ne sont versées qu'après un délai de carence de 3 mois, dès l'entrée en vigueur du contrat, pour tous les traitements dentaires et de 12 mois pour les interventions prothétiques. Les prestations en cas d'accident sont octroyées immédiatement,

- **exclusion des prestations:** pour les dents qui manqueraient ou auraient déjà été remplacées au moment de l'adhésion, les traitements qui ont pour cause un accident survenu avant l'affiliation, les traitements pour lesquels la LAA, la LAMF, la LAI ou un tiers sont tenus à prestations et les traitements déjà envisagés lors de la demande d'affiliation,
- au 1^{er} janvier de l'année qui suit celle au cours de laquelle l'assuré du niveau 0 a atteint l'âge de 18 ans, celui-ci est transféré automatiquement de la classe 0 à la classe 1, pour autant qu'il ne soit pas déjà couvert par une classe 1, 2 ou 3. Un éventuel bonus familial tombe. L'assuré peut refuser ce transfert par écrit, dans un délai de 30 jours dès réception de la nouvelle police.

Assurances complémentaires accident

En complément aux assurances obligatoires des soins, accident et invalidité, nous proposons des couvertures adaptées à chaque étape de votre vie.

□ AB L'assurance accident pour les 0-18 ans Acrobat

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 18 ans révolus,
- pour chacun des niveaux de couverture, la prime est uniforme pour tous les assurés de 0 à 18 ans,
- **3 niveaux de couverture à choix, valables dans le monde entier:**
 - **Acrobat^{eco}:** hospitalisation en division privée dans toute la Suisse, libre choix du spécialiste, frais de rattrapage scolaire, chirurgie esthétique, aide à domicile, frais de transport, de recherche et de sauvetage,
 - **Acrobat^{light}:** traitements ambulatoires et hospitalisation en division commune dans toute la Suisse, capitaux en cas d'invalidité (jusqu'à Fr. 700'000.-) ou de décès (Fr. 10'000.-), frais de rattrapage scolaire, chirurgie esthétique, aide à domicile, frais de transport, de recherche et de sauvetage,
 - **Acrobat^{standard}:** hospitalisation en division privée dans toute la Suisse, libre choix du spécialiste, capitaux en cas d'hospitalisation (Fr. 500.-), d'invalidité (jusqu'à Fr. 700'000.-) ou de décès (Fr. 10'000.-), Groupe Mutuel Assistance en cas d'urgence en Suisse et à l'étranger, frais de rattrapage scolaire, chirurgie esthétique, aide à domicile, frais de transport, de recherche et de sauvetage,
- L'assuré au bénéfice du niveau Acrobat^{light} et Acrobat^{standard} est transféré automatiquement, au 1^{er} janvier de l'année qui suit celle au cours de laquelle il a atteint l'âge de 18 ans, dans l'assurance ProVista (ID), pour la variante couvrant les mêmes sommes d'assurances.
- L'assuré au bénéfice du niveau Acrobat^{eco} est transféré automatiquement, au 1^{er} janvier de l'année qui suit celle au cours de laquelle il a atteint l'âge de 18 ans, dans l'assurance ActiVita (AJ).

□ AJ L'assurance accident dès 18 ans ActiVita

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 60 ans révolus,
- **en Suisse et à l'étranger:** traitements stationnaires en division privée, libre choix du spécialiste, frais de recherche, de sauvetage et de transport d'urgence, rapatriement, assistance juridique téléphonique 24h sur 24,

- **en Suisse:** traitement stationnaire de rééducation, frais de transport pour suivre un traitement médical (Fr. 1'500.–/cas), chirurgie esthétique (Fr. 60'000.–/cas), gardiennage du domicile (Fr. 1'500.–/cas), remboursement d'un abonnement de sport (Fr. 500.–/cas),
- **exclusion des prestations:** pour les activités sportives effectuées à titre professionnel et les entreprises téméraires selon les règles de la LAA.

Indemnités journalières

Suite à une maladie, un accident ou une hospitalisation, l'indemnité journalière vous prémunit contre les conséquences économiques liées à une perte de salaire parfois inattendue.

□ PI L'assurance individuelle d'une indemnité journalière

- adhésion possible dès l'âge de 15 ans révolus et jusqu'à l'âge de 55 ans révolus,
- l'échéance du contrat est fixée au 31 décembre d'une année civile et indiquée dans la police,
- le contrat prend fin par la résiliation envoyée sous pli recommandé pour la fin de l'année civile moyennant un préavis de 3 mois, ainsi que pour les autres motifs énumérés à l'article 6 des conditions générales d'assurance,
- couverture attractive du risque maladie et/ou accident, destinée plus particulièrement aux indépendants,
- indemnité journalière pouvant aller jusqu'à Fr. 600.–/jour,
- durée de prestations de 365, 730 ou 1'095 jours civils,
- choix multiples de délais d'attente,
- rabais de prime intéressants,
- en cas d'incapacité de gain totale ou partielle, l'annonce à l'assureur doit intervenir dans un délai de 15 jours à compter du début de l'interruption de travail, avec remise d'un certificat médical,
- **exclusion des prestations:** pour tous les cas cités à l'article 9, alinéa 3 des conditions générales d'assurance.

□ AM L'assurance d'une allocation journalière en cas d'incapacité de travail ménager Sekunda

- adhésion possible dès l'âge de 18 ans révolus et jusqu'à l'âge de 55 ans révolus,
- allocation journalière versée en cas d'incapacité de travail ménager (ITM) consécutive à un accident, les risques maladie et maternité sont exclus de cette assurance,
- allocation journalière pouvant aller jusqu'à Fr. 50.–/jour,
- allocation versée en fonction de l'ITM attestée médicalement, un taux d'ITM inférieur à 25% ne donne pas droit aux prestations,
- délai d'attente de 15 jours,
- durée de prestations de 365 jours pour une ou plusieurs ITM,
- outre la résiliation selon Conditions générales, le contrat prend fin à la fin du mois durant lequel l'assuré fête son 65^e anniversaire et/ou à l'épuisement de la durée de prestations.

Assurances de protection juridique

Assureur porteur du risque:
Groupe Mutuel Assurances GMA SA - Martigny

Entreprise gestionnaire des sinistres:
Dextra Protection juridique SA - Zurich

□ LJ L'assurance de protection juridique privée Legis^{priva}

- adhésion possible pour toute personne physique domiciliée en Suisse,
- validités territoriales différentes en fonction des risques assurés, du for juridique compétent et du droit applicable, à savoir Suisse, UE/EEE et Europe,
- le contrat prend fin au décès de l'assuré, en cas de transfert du domicile à l'étranger, lors de la résiliation par la personne assurée ou par GMA SA,
- après chaque sinistre, l'assuré ou GMA SA a le droit de se départir du contrat,
- **bonus familial** pour les enfants de moins de 25 ans et les personnes supplémentaires vivant en ménage commun avec une personne adulte ayant également conclu une assurance Legis^{priva},
- assistance juridique par Dextra Protection juridique SA et prise en charge, jusqu'à Fr. 250'000.– par cas juridique couvert, de frais selon liste exhaustive mentionnée dans les conditions générales d'assurance (art. 12), notamment: frais et honoraires d'avocat, frais d'expertise, frais de déplacement en cas de citation judiciaire si supérieurs à Fr. 100.–, etc.,
- délai de carence de 3 mois pour litiges découlant de contrats, droit de la propriété et du voisinage et pour consultation juridique en matière de droit des personnes, de la famille (sans droit du divorce), des successions. Le délai de carence ne s'applique pas en cas d'assurance antérieure auprès d'un autre assureur pour le même risque et sans interruption de couverture,
- limitation à l'intervention du service juridique de Dextra Protection juridique SA pour les cas d'une valeur litigieuse inférieure à Fr. 2'000.–. La prise en charge des prestations externes est toutefois garantie si l'assuré est poursuivi en justice et que la partie adverse est représentée par un avocat,
- **qualités assurées:** notamment personne privée, personne exerçant une activité professionnelle dépendante, locataire et partie à un contrat,
- **risques assurés:** droit de la responsabilité civile, droit des assurances, contrat de travail (en qualité d'employé, jusqu'à une valeur litigieuse de Fr. 100'000.–, au-delà prise en charge proportionnelle selon conditions générales d'assurance), contrat de bail (en qualité de locataire), contrat d'entreprise (portant sur l'immeuble assuré avec limitation à un coût total de construction de Fr. 100'000.– pour des travaux nécessitant une autorisation officielle), droit de la consommation et des contrats (selon énumération exhaustive des conditions générales d'assurance, notamment achat/vente, location,

leasing, crédit à la consommation, carte de crédit, voyage à forfait.), droit pénal et administratif (portant sur la défense de l'assuré pour des infractions commises par négligence), droit de la propriété et autres droits réels (portant sur des litiges en tant que propriétaire d'immeuble concernant les servitudes et charges foncières inscrites au registre foncier et les litiges liés aux limites de la propriété), droit de la propriété par étage (portant sur la répartition des frais communs entre copropriétaires), droit de voisinage (en qualité de propriétaire d'immeuble pour les litiges avec les voisins directs et selon énumération exhaustive des conditions générales d'assurance), droit des personnes, de la famille (sans le droit du divorce) et des successions (limitation des prestations à une consultation juridique de Fr. 500.– par litige au maximum),

- **risques et frais non assurés, limitations et exclusions:** selon description détaillée aux articles 13, 14 et 18 des conditions générales d'assurance. Les principales exclusions sont: les litiges de la personne assurée en qualité d'employeur, patient, acquéreur respectivement propriétaire, emprunteur, locataire ou détenteur ou conducteur de véhicules à moteur, bailleur, etc., les litiges en relation avec l'acquisition/aliénation d'immeubles ou terrains, un gage immobilier, l'hypothèque légale des artisans et entrepreneurs, les activités lucratives indépendantes, l'encaissement de créances, la défense contre des prétentions en responsabilité civile par des tiers contre l'assuré, les litiges résultant de la participation à des rixes, bagarres, délits intentionnels ou leur tentative, ainsi que les litiges en relation avec des faits de guerre, d'émeutes, de grèves, de tremblement de terre et autres catastrophes naturelles, ainsi que de modification de la structure de l'atome. La couverture d'assurance ne prend également pas en charge le dommage que l'assuré a subi ainsi que les frais incombant à un tiers ou une assurance de responsabilité civile, de même que les amendes auxquelles l'assuré a été condamné. Il existe des limitations de couverture, notamment concernant les litiges en matière de droit de voisinage.

□ LJ L'assurance de protection juridique mobilité Legis^{strada}

- adhésion possible pour toute personne physique domiciliée en Suisse,
- validités territoriales différentes en fonction des risques assurés, du for juridique compétent et du droit applicable, à savoir Suisse, UE/EEE et Europe,
- le contrat prend fin au décès de l'assuré, en cas de transfert du domicile à l'étranger, lors de la résiliation par la personne assurée ou par GMA SA,
- après chaque sinistre, l'assuré ou GMA SA a le droit de se départir du contrat,

- **bonus familial** pour les enfants de moins de 25 ans et les personnes supplémentaires vivant en ménage commun avec une personne adulte ayant également conclu une assurance Legis^{strada},
- assistance juridique par Dextra et prise en charge, jusqu'à Fr. 250'000.– par cas juridique couvert, de frais selon liste exhaustive mentionnée dans les conditions générales d'assurance (art. 12), notamment: frais et honoraires d'avocat, frais d'expertise, frais de déplacement en cas de citation judiciaire si supérieurs à Fr. 100.–, etc.,
- limitation à l'intervention du service juridique de Dextra Protection juridique SA pour les cas d'une valeur litigieuse inférieure à Fr. 2'000.–. La prise en charge des prestations externes est toutefois garantie si l'assuré est poursuivi en justice et que la partie adverse est représentée par un avocat,
- délai de carence de 3 mois sans prise en charge de prestations pour litiges découlant de contrats. Le délai de carence ne s'applique pas en cas d'assurance antérieure auprès d'un autre assureur pour le même risque et sans interruption de couverture,
- **qualités assurées:** notamment conducteur autorisé de n'importe quel véhicule engagé dans la circulation routière, propriétaire et détenteur de véhicules immatriculés à son nom, piéton, cycliste, y compris l'utilisation de patins à roulettes, skateboards, trottinettes sur la voie publique, passager de tout moyen de transport, détenteur d'un permis de conduire,
- **risques assurés:** droit pénal et administratif (notamment pour les infractions à la législation sur la circulation routière commises par négligence, procédures administratives au sujet du permis de conduire), droit de la responsabilité civile, droit des assurances, droit des contrats liés aux véhicules immatriculés au nom de la personne assurée (selon liste exhaustive suivante: achat/vente, leasing, réparation/entretien, emprunt/prêt),
- **risques et frais non assurés, limitations et exclusions:** selon description détaillée aux articles 13, 14 et 20 des conditions générales d'assurance. Les principales exclusions sont: les litiges en relation avec des contrats conclus à titre commercial, les litiges relatifs à des événements survenus alors que l'assuré, en tant que conducteur d'un véhicule, ne possédait pas le permis de conduire nécessaire, la défense contre des prétentions en responsabilité civile émises par des tiers contre l'assuré, les litiges en relation avec la participation active à des courses ou autres compétitions avec un véhicule à moteur, litiges résultant de participation à des rixes, bagarres, délits intentionnels ou leur tentative, ainsi que les litiges résultant de faits de guerre, d'émeutes, de grèves, de tremblement de terre et autres catastrophes naturelles, de modification de la structure de l'atome. La couverture d'assurance ne prend également pas en charge le dommage que l'assuré a subi ainsi que les frais incombant à un tiers ou une assurance de responsabilité civile, de même que les amendes auxquelles l'assuré a été condamné, les frais d'analyses de sang ou d'analyses analogues ainsi que d'examen médicaux décidés dans le cadre d'une instruction pénale ou par une autorité administrative, les frais de cours d'éducation routière décidés par une autorité administrative ou judiciaire.

□ LJ L'assurance de protection juridique combinée, privée et mobilité Legis^{duo}

- adhésion possible pour toute personne physique domiciliée en Suisse,
- Legis^{duo} combine les prestations des produits Legis^{priva} et Legis^{strada} aux conditions énoncées pour chacun de ces produits.

□ LG L'assurance de protection juridique du patient Legis^{sana}

- adhésion possible pour toute personne physique domiciliée en Suisse,
- le contrat prend fin au décès de l'assuré, en cas de transfert du domicile à l'étranger, lors de la résiliation par la personne assurée,
- la prime est uniforme pour les assurés de 0 à 18 ans et de 19 à 99 ans,
- assistance juridique de Dextra Protection juridique SA et prise en charge des frais pour les actions et démarches entreprises lors d'erreurs de diagnostic ou de traitement, notamment les honoraires d'avocats et autres mandataires, les frais d'expertises, les frais et émoluments de justice, etc., jusqu'à un montant maximum de Fr. 300'000.–/cas,
- **exclusion des prestations:** pour les traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques ainsi que la contestation d'honoraires ou de factures, les dommages et intérêts ainsi que les frais à charge d'un tiers responsable ou de son assureur et les frais à charge de l'assureur responsabilité civile de l'assuré.

Assurance de capitaux et rentes

Assureurs porteurs du risque: Groupe Mutuel Assurances GMA SA – Martigny,
pour les assurances ProVista (ID), ProVista^{light} (AD) et KidsProtect (KP)

Groupe Mutuel Vie GMV SA – Martigny, pour l'assurance d'un capital en cas d'invalidité
ou de décès suite à une maladie ou un accident (IC) et l'assurance SanaVista (IM)

Protection de la famille et prévention des conséquences financières d'une invalidité ou
d'un décès suite à un accident ou une maladie, par le versement d'un capital ou d'une rente.

ID ProVista AD ProVista^{light} Assurances d'un capital en cas d'invalidité et/ou de décès par suite d'accident

- 2 niveaux de couverture à choix:
 - ProVista: capital en cas d'invalidité ou de décès
 - ProVista^{light}: capital en cas de décès exclusivement
- adhésion possible jusqu'à l'âge de 65 ans révolus,
- les primes sont échelonnées en fonction des tranches d'âge et des capitaux assurés,
- libre choix entre différentes combinaisons de capitaux pouvant aller jusqu'à max. Fr. 200'000.– en cas de décès et Fr. 400'000.– (progressif jusqu'à 350% en fonction du taux d'invalidité) en cas d'invalidité, par suite d'accident,
- pour les enfants, le capital décès versé s'élève au maximum à:
 - Fr. 2'500.– avant l'âge de 2 ans et 6 mois,
 - Fr. 20'000.– entre l'âge de 2 ans et 6 mois et 12 ans,
- réduction des sommes d'assurance au 1^{er} janvier de l'année qui suit celle au cours de laquelle l'assuré a atteint l'âge de 70 ans (Fr. 10'000.– en cas de décès et Fr. 30'000.– en cas d'invalidité).

IC Assurance d'un capital en cas d'invalidité ou de décès suite à une maladie ou à un accident

- 2 options de couverture à choix:
 - risque maladie et accident ou
 - maladie uniquement
- adhésion possible dès l'âge de 15 ans révolus et jusqu'à l'âge de 55 ans révolus,
- annulation possible par l'assuré en tout temps pour la fin d'un mois,
- fin de l'assurance: au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré atteint l'âge de 65 ans (homme) ou 62 ans (femme),
- protection contre les conséquences financières de l'invalidité ou du décès, liées à une maladie ou un accident,
- versement d'un capital, de max. Fr. 200'000.–, destiné, par exemple, à l'acquisition d'installations et d'équipements coûteux, à la mise à disposition d'une assistance professionnelle, etc.,
- **exclusion des prestations:** si le sinistre a été causé intentionnellement par le preneur d'assurance ou l'ayant droit.

IM SanaVista, l'assurance d'un capital en cas d'invalidité ou de décès suite à une maladie

- divers capitaux à choix pour couvrir les conséquences de l'invalidité ou du décès à la suite d'une maladie,
- annulation possible par l'assuré au terme de 5 ans d'assurance pour la fin d'une année civile,
- fin de l'assurance: au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré atteint l'âge de 65 ans (homme) ou 62 ans (femme).

KidsProtect apporte un soutien financier aux familles d'enfants atteints d'un cancer.
Une rente mensuelle est versée aux parents, dès le début du traitement.

□ **KP KidsProtect, rente pour enfants malades**

- adhésion possible pour toute personne domiciliée en Suisse qui n'a pas atteint 17 ans révolus et ne souffrant pas d'un cancer ou n'ayant pas souffert d'un cancer par le passé,
- rente mensuelle de Fr. 4'000.–, (maximum 15 rentes dans une période de 60 mois), en cas de cancer de l'enfant assuré,
- rente versée à condition que l'enfant soit en traitement, selon la définition donnée dans les conditions particulières d'assurance (art. 2),
- utilisation totalement libre du montant de la rente, sans justification de son usage,
- une seule prime, quel que soit l'âge ou le sexe de l'enfant,
- pas de franchise,
- **délai de carence:** la couverture d'assurance débute 3 mois après la date d'entrée en vigueur confirmée dans la police d'assurance,
- **exclusions:** notamment pour les cancers survenus ou constatés médicalement avant la conclusion du contrat ou dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de l'assurance ainsi que pour les cancers diagnostiqués chez l'assuré séropositif au VIH.
- le contrat d'assurance ainsi que le droit aux prestations prennent notamment fin: à la fin de l'année civile durant laquelle l'assuré achève sa 17^e année, sous réserve du droit aux prestations pour un cas de sinistre en cours; 60 mois après le diagnostic de cancer ou à l'épuisement du droit aux prestations, la première limite atteinte étant déterminante.

Informations importantes

Les informations ci-après présentent les points essentiels. D'autres droits et obligations résultent des conditions générales et particulières d'assurance ainsi que de la LCA.

Proposition d'assurance

La signature de la proposition d'assurance ne constitue pas une demande d'offre, mais une déclaration formelle à l'assureur de vouloir contracter une ou des assurances complémentaires. Le proposant demeure lié envers l'assureur conformément aux dispositions de l'article 1 LCA.

L'assureur est libre d'accepter cette demande, d'émettre des réserves ou de la refuser.

Chaque produit d'assurance, défini par des conditions particulières idoines, fait l'objet d'un contrat individuel et distinct.

Durée minimale d'assurance

La durée minimale des assurances complémentaires est de 5 ans, à l'exception de l'assurance Global smart pour laquelle la période minimale du contrat est de 3 ans, des assurances Alterna, Mundo et Legis^{sana}, pour lesquelles la période minimale du contrat est d'1 an, des assurances Legis^{priva}, Legis^{strada} et Legis^{duo} dont la durée minimale du contrat est de 5 ans ou 8 ans selon choix, et de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière PI, dont l'échéance est indiquée dans la police.

Si le contrat n'est pas résilié pour la fin de la période minimale, il se renouvelle tacitement d'année en année.

Fin du contrat d'assurance

Le preneur d'assurance est en droit de résilier le contrat:

- pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de 6 mois, au plus tôt à la fin de la période minimale d'assurance (exception pour les assurances PI, IC et GO),
- après chaque sinistre pour lequel une prestation est due par

l'assureur, au plus tard 10 jours à partir du moment où il a eu connaissance du paiement de l'indemnité. La couverture d'assurance s'éteint 14 jours après la notification de la résiliation à l'assureur,

- en cas d'augmentation des primes, dans un délai de 30 jours dès réception de la police ou de la communication de l'augmentation,
- en cas de violation du devoir d'information par l'assureur, conformément à l'article 3a LCA.

L'assureur est en droit de résilier le contrat:

- si l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important (fausse déclaration/réticence).
- pour les produits Legis^{priva}, Legis^{strada} et Legis^{duo}, l'assureur peut se départir du contrat au plus tard au paiement du sinistre, Le contrat d'assurance ainsi que le droit aux prestations prennent notamment fin:
- au décès de l'assuré,
- en cas de transfert du domicile à l'étranger, à l'expiration de la période d'assurance pour laquelle la prime a été payée, et ce pour autant qu'aucun autre arrangement n'ait été prévu.

Conditions d'admission

L'octroi d'une couverture d'assurance peut être refusé ou soumis à condition (par ex.: maladie préexistante, visite médicale, âge au moment de la demande, etc.).

Primes

Les primes sont en principe échelonnées en fonction du sexe, des régions et des classes d'âge qui sont réparties comme suit:

0 à 18 ans, 19 à 25 ans, dès la 26^e année, échelonnement par tranches de 5 ans jusqu'à 70 ans. Une classe unique de 71 à 99 ans s'applique alors.

L'assuré qui, durant l'année, atteint le niveau maximal de sa classe d'âge, est automatiquement transféré dans la classe supérieure au début de l'année civile suivante.

A l'instar des assurances Mundo, Legis et Dentaire plus, certains produits prévoient une structure tarifaire différente.

Le montant des primes pour les produits choisis est précisé dans la proposition d'assurance, dans l'offre et dans la police. Si la prime peut encore être sujette à modification avant l'entrée en vigueur de l'assurance, il en sera fait mention dans la police.

Si des bonus familiaux sont accordés, ceux-ci tombent et la prime ordinaire est appliquée dès que les conditions d'octroi du bonus mentionnées en page 3 du présent document ne sont plus remplies.

Obligations de l'assuré

Obligation de réduire le dommage

En cas de maladie ou d'accident, l'assuré doit se soumettre aussi rapidement que possible à un traitement médical adéquat. Il est tenu de se conformer aux prescriptions du médecin et d'éviter tout ce qui pourrait contribuer à une aggravation de son état de santé.

Avant tout traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si la thérapie choisie, le fournisseur de soins ou l'établissement auprès desquels il va se faire soigner sont agréés par l'assureur. Tout changement volontaire de thérapie ou de praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur.

Obligation de déclarer – délais

- l'entrée de l'assuré dans un hôpital ou une clinique doit être annoncée à l'assureur dans les 5 jours au plus tard. L'annonce doit avoir lieu avant l'entrée si une garantie de prise en charge est réclamée,
- la demande d'autorisation pour une cure thermale ou de convalescence doit être soumise à l'assureur 20 jours au moins avant le début de la cure accompagnée de l'ordonnance médicale,
- l'assuré ou l'ayant droit doivent aviser l'assureur de tout accident dans les meilleurs délais, mais au plus tard dans les 10 jours,
- le décès d'une personne assurée doit être communiqué à l'assureur par l'ayant droit au plus tard dans les 30 jours.
- pour les produits Legis^{driva}, Legis^{strada}, Legis^{duo} ou Legis^{sana}, annonce du sinistre le plus rapidement possible à Dextra Protection juridique SA.

Obligation de collaborer

L'assuré doit fournir à l'assureur des renseignements complets et sincères sur tout ce qui concerne le cas d'assurance (maladie, accident, maternité, cas juridique) ainsi que sur les maladies et accidents antérieurs.

L'assureur est autorisé à entreprendre ses propres vérifications et peut aussi contacter des tiers à cet effet. En particulier, l'assuré autorise expressément les thérapeutes qui l'ont soigné à l'occasion de la maladie, de l'accident ou à d'autres occasions de donner au médecin conseil de l'assureur tous les renseignements dont il a besoin pour l'appréciation des conséquences du cas. Il

les délie à cette fin du secret professionnel.

Paiement des primes, franchises et quotes-parts

Sauf convention contraire et moyennant un supplément pour frais, l'assuré est tenu de s'acquitter du montant des primes annuellement par avance ainsi que du montant des franchises et quotes-parts dans les 30 jours dès la facturation. En cas de non paiement après l'envoi d'une sommation, l'assureur peut suspendre le droit aux prestations. Même si la prime est payée par la suite, aucune prestation n'est due pour des sinistres survenus durant la suspension.

Début du contrat et de la couverture d'assurance

Le contrat d'assurance est conclu dès que l'assureur a communiqué au proposant l'acceptation de sa proposition.

La couverture d'assurance débute à la date d'entrée en vigueur confirmée dans la police d'assurance.

Les délais d'attente et de carence prévus dans les conditions générales et particulières d'assurance sont réservés.

Délais d'attente et de carence (stage)

Certaines prestations ne sont versées qu'après un délai d'attente, qui commence à courir dès la survenance du cas d'assurance ouvrant un droit aux prestations d'assurance.

Certaines prestations ne sont versées qu'après un délai de carence ou de stage qui commence à courir dès l'entrée en vigueur du contrat.

Modification de couverture

La proposition d'augmenter le risque couvert (par ex. diminuer la franchise ou augmenter le capital assuré) au sein du même produit est considérée comme proposition de conclure un nouveau contrat au sens de l'article 1 LCA.

L'assureur se réserve le droit d'accepter ou de refuser la proposition aux conditions et dans les délais de l'article 1 LCA. En particulier, la durée minimale et les délais d'attente s'appliquent à nouveau et il n'y a pas de droits acquis repris de l'ancien contrat.

Etendue de la couverture d'assurance

Les montants, pourcentages, limitations dans le temps et conditions de prise en charge des prestations (par ex. sur prescription médicale) sont décrits dans les conditions particulières de chaque produit, en particulier dans les tableaux synoptiques des prestations.

Les prestations pour les assurances d'hospitalisation ne sont octroyées que pour les établissements de soins reconnus par l'assureur. Pour des hospitalisations dans des établissements non reconnus, les prestations peuvent être limitées, voire refusées. Les conditions y relatives sont décrites dans les conditions particulières de chaque produit. En tout état de cause, l'assuré a l'obligation de se renseigner avant toute hospitalisation si l'établissement est reconnu par l'assureur.

Des limitations de prestations s'appliquent notamment sur les branches GB, GI, GL, GM, GP, GX, GC, GF, HC, HB, HS et AJ soit pour les hospitalisations en établissements de soins psychiatriques, soit pour les séjours de réadaptation/rééducation, soit en cas d'urgence à l'étranger.

Pour les branches GM, GP, GC, HC et HS, il y a une limitation de la durée des prestations de 90 jours dans un hôpital en soins généraux. Cette limitation est portée à 180 jours pour les assurés en division mi-privée ou privée de la branche GO.

Pour les contrats Legis^{priva}, Legis^{strada}, Legis^{duo} et Legis^{sana} des limitations de sommes ou de frais sont prévues.

Des limitations territoriales ou de valeurs litigieuses sont également prévues pour les produits Legis^{priva}, Legis^{strada}, Legis^{duo} et Legis^{sana}.

Prestataires, établissements de cures et mesures de promotion de la santé reconnus par le Groupe Mutuel

Des liens et critères pratiques sont disponibles sur le site Internet de l'assureur ou remis sur la demande du preneur d'assurance ou d'une personne assurée.

Les liens et critères s'étendent aux domaines suivants :

- Médecines alternatives
- Psychothérapeutes non-médecins/psychologues indépendants
- Cures de convalescence
- Cures thermales
- Cures de désintoxication de l'alcool et tabagisme
- Fitness
- Ecole du dos.

La prise en charge de prestations dépend du produit souscrit et du niveau de couverture choisi.

Les liens et critères de reconnaissance peuvent être modifiés à tout moment par l'assureur.

Une telle modification n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.

Exclusion de prestations

Il n'y a pas de couverture d'assurance pour:

- les maladies, les accidents et leurs suites qui existaient déjà au moment de la conclusion du contrat ou qui surviennent après extinction du contrat d'assurance,
- les maladies, les accidents et leurs suites qui surviennent de la faute de l'assuré, comme par exemple: tentative de suicide, mutilation, alcoolisme, autres toxicomanies, abus de médicaments, changement de sexe, entreprises téméraires, participation à des rixes et bagarres, etc.,
- les suites d'événements de guerre à l'étranger, à moins que l'assuré n'ait été surpris de ce fait dans le pays où il séjourne et que la maladie ou l'accident surviennent dans les 15 jours dès le début de ces événements.
- d'autres exclusions liées à des produits spécifiques.

La liste exhaustive des exclusions est contenue dans les conditions générales et particulières d'assurance.

Si les sinistres sont la conséquence d'une faute grave de l'assuré, l'indemnité de l'assureur est réduite en proportion de la faute.

Agents du Groupe Mutuel

Les agents autorisés du Groupe Mutuel sont munis d'une carte d'accréditation qu'ils vous présentent lors de chaque contact.

Protection des données

Données personnelles et sensibles

Le Groupe Mutuel, ses sociétés affiliées ou administrées par lui (ci-après: le Groupe Mutuel) traitent les données personnelles et sensibles du preneur d'assurance, de la personne assurée, et le cas échéant de leurs ayants-droits ou des personnes liées (ci-après: les personnes concernées). Par données personnelles, on entend les informations relatives aux personnes concernées qui incluent notamment celles relatives à la gestion du contrat d'assurance. Par données sensibles on entend les informations relatives à l'état de santé des personnes assurées et aux sinistres. Sont principalement traitées les catégories de données personnelles et sensibles suivantes: les données déclaratives des personnes concernées, c'est-à-dire celles que le Groupe Mutuel peut être amené à recueillir auprès des personnes concernées lors de la manifestation d'intérêt et/ou de la souscription à des produits et services qu'il fournit ou distribue; les données relatives aux prestations fournies ou de fonctionnement des produits et services ou de leur utilisation, notamment lors de l'utilisation des services en ligne; les données provenant de tiers, d'autres services ou d'informations publiques quand cela est autorisé.

Base juridique

Le Groupe Mutuel traite les données personnelles et sensibles des personnes concernées et met en oeuvre les traitements sur la base des fondements juridiques suivants: le consentement des personnes concernées, respectivement le consentement exprès pour les données sensibles; les dispositions légales applicables aux activités du Groupe Mutuel (notamment la Loi fédérale sur la protection des données); le contrat conclu entre le Groupe Mutuel et les personnes concernées; l'intérêt public prépondérant ou l'intérêt privé prépondérant du Groupe Mutuel ou des personnes concernées.

Finalités

Les données personnelles servent notamment à évaluer les risques à assurer, traiter les cas de sinistres, assurer le suivi administratif, statistique et financier du contrat, permettre la gestion de ses activités (statistiques, audit interne et externe, etc.) et le respect de ses obligations légales, l'amélioration et le développement des services fournis, l'optimisation et l'économie des coûts d'assurance, la réalisation d'opérations de prospection et de marketing, la gestion des demandes au titre des droits des personnes, la gestion des impayés et des contentieux, la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et le détournement fiscal. A cet effet, ces données peuvent être communiquées, mutualisées et échangées entre le Groupe Mutuel et des tiers (voir ci-dessous). Ces échanges font l'objet de contrats précisant les obligations et les responsabilités de chacune des parties, ou se basent sur une disposition légale.

Sécurité

Lorsque des données personnelles sont traitées, et au regard des risques que présentent les traitements, le Groupe Mutuel, ses intermédiaires d'assurances et autres mandataires (par exemple un réassureur), s'engagent à prendre toutes les dispositions nécessaires afin de respecter la législation relative à la protection des données. Ces dispositions comprennent notamment les mesures techniques, physiques et organisationnelles nécessaires

pour préserver la sécurité des données personnelles et empêcher qu'elles ne soient modifiées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

Transfert des données

Les données sont traitées de manière confidentielle et peuvent être communiquées à des tiers (par exemple: intermédiaires d'assurance, réassureurs, médecins, ayants-droits, office AI, sécurité sociale du pays de résidence de la personne assurée), y compris à l'étranger. Cette communication intervient sur la base d'obligations légales, de décisions judiciaires, des conditions générales d'assurance ou du consentement des personnes concernées. Le consentement doit être exprès s'il s'agit de données sensibles. Si le traitement des données fait l'objet d'un contrat de sous-traitance, d'outsourcing ou de collaboration avec des tiers, ces derniers s'engagent dans le cadre de leur relation contractuelle avec le Groupe Mutuel à respecter la législation relative à la protection des données. Le Groupe Mutuel sélectionne des sous-traitants présentant les garanties nécessaires. Les données confiées aux intermédiaires d'assurances seront enregistrées et transmises au Groupe Mutuel pour le traitement des demandes d'assurance et pour le suivi administratif et financier entre l'intermédiaire d'assurance et le Groupe Mutuel. Ce dernier n'est pas responsable des traitements des données personnelles que la personne concernée a pu autoriser auprès de tiers ou ceux qui sont mis en oeuvre indépendamment du Groupe Mutuel. Il appartient aux personnes concernées de se référer aux politiques de protection des données de ces tiers pour vérifier les conditions des traitements réalisés, ou pour exercer leurs droits au titre de ces traitements.

Profilage

Au cours de sa relation avec le Groupe Mutuel, il est possible que la personne concernée fasse l'objet d'un profilage marketing, afin que l'assureur lui propose des services et produits qui correspondent à ses attentes, son profil et ses besoins. Les modalités de ce profilage sont précisées dans la politique de protection des données idoïne. D'autres types de profilages peuvent avoir lieu pour les finalités exposées plus haut.

Durée de conservation

Les données personnelles sont conservées aussi longtemps que la législation, la gestion du contrat d'assurance, des sinistres, des droits de recours, du recouvrement et/ou d'éventuels litiges entre le Groupe Mutuel, l'assuré, l'intermédiaire d'assurance ou des tiers l'exigent.

Droits d'accès et de rectification

Les personnes concernées ont le droit d'accéder à leurs données personnelles, de faire corriger ces données, de faire supprimer leurs données dans la limite des dispositions légales applicables, de faire limiter un traitement, de demander la portabilité des données, de retirer leur consentement à un traitement de données personnelles sous réserve des traitements nécessaires à l'exécution du contrat, d'en appeler à l'autorité de surveillance compétente.

Data Protection Officer

Le Groupe Mutuel a désigné un Data Protection Officer qui peut être contacté à l'adresse suivante:

dataprotection@groupemutuel.ch.

De plus amples informations relatives à la protection des données sont disponibles sur le site Internet du Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Des produits d'assurance à la hauteur de vos exigences

Le Groupe Mutuel réunit plusieurs sociétés indépendantes, actives dans les domaines de l'assurance-maladie et accidents, de l'assurance-vie, des assurances de patrimoine et des assurances entreprise (indemnité journalière, assurance-accidents, prévoyance professionnelle et assurance-maladie complémentaire). Renseignez-vous sur la large palette de couvertures que nous vous offrons.

Conseils personnalisés et sans engagement
du lundi au vendredi de 8h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h00



Groupe Mutuel

Santé[®] Vie[®] Patrimoine[®] Entreprise[®]

AMB Assurances SA

Route de Verbier 13 – CH-1934 Le Châble – Tél. 058 758 60 70 – www.amb-assurances.ch



Avenir Assurance Maladie SA – Easy Sana Assurance Maladie SA – Mutuel Assurance Maladie SA – Philos Assurance Maladie SA – SUPRA-1846 SA – AMB Assurances SA
Groupe Mutuel Assurances GMA SA – Mutuel Assurances SA – Groupe Mutuel Vie GMV SA
Fondations administrées par le Groupe Mutuel: Groupe Mutuel Prévoyance-GMP – Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie