groupemutuel

Conditions particulières de l'assurance Global GEM

GGGA01-F3 – édition 01.06.2021 (avec avenant au 01.01.2024)

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	**Art. 8**	Droit aux prestations
Art. 2	Risques couverts	**Art. 9**	Franchise
Art. 3	Conditions d'admission	**Art. 10**	Primes
Art. 4	Dispositions particulières	**Art. 11**	Sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif GEM et dissolution de la convention cadre
Art. 5	Maintien et fin de couverture en cas de transfert de domicile à l'étranger	**Art. 12**	Protection des données
Art. 6	Résiliation du contrat d'assurance		
Art. 7	Prestations assurées		

Les dispositions ci-dessous sont régies par les conditions générales pour les assurances-maladies et accidents complémentaires (CGC), dont la date d'édition est mentionnée sur la police d'assurance.

Art. 1 But de l'assurance

1. En relation avec la convention cadre passée entre le Groupement des Entreprises Multinationales (GEM) et l'assureur, le but de cette assurance est de fournir aux assurés, des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).
2. Pour les personnes qui étaient soumises à l'assurance obligatoire des soins (AOS) et qui ont opté pour le maintien de leur couverture d'assurance conformément à l'article 7a de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) par la souscription d'une assurance facultative des soins selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA), les prestations de l'assurance Global GEM sont versées en complément à ladite assurance.
3. L'assurance est composée de quatre niveaux de couverture:
   - Niveau 1 Light (Traitements ambulatoires, hospitalisation en division commune)
   - Niveau 1 (Traitements ambulatoires, hospitalisation en division commune, traitements dentaires)
   - Niveau 2 (Traitements ambulatoires, hospitalisation en division mi- privée, traitements dentaires)
   - Niveau 3 (Traitements ambulatoires, hospitalisation en division privée, traitements dentaires).

Art. 2 Risques couverts

Les prestations sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité. Le preneur d'assurance peut exclure la couverture du risque accident.

Art. 3 Conditions d'admission

La convention cadre conclue entre le GEM et l'assureur définit le cercle des personnes assurables et les conditions d'admission applicables pour les diverses catégories de proposants en fonction du niveau de couverture choisi par l'assuré.

Art. 4 Dispositions particulières

En dérogation aux articles 7 et 8 des présentes conditions particulières d'assurance (CP), des règles spécifiques concernant les délais de carence prévus pour les prestations de maternité et les soins dentaires peuvent s'appliquer à l'égard des collaborateurs de nationalité étrangère ou suisse qui sont transférés ou engagés par leur employeur pour venir en Suisse («impatriés») ainsi qu'à l'égard des collaborateurs de nationalité étrangère ou suisse qui sont transférés à l'étranger par leur employeur («expatriés») et aux membres de leur famille.

Art. 5 Maintien et fin de couverture en cas de transfert de domicile à l'étranger

1. En cas de transfert du domicile à l'étranger en cours de contrat, l'assurance Global GEM peut être conservée sans augmentation possible de couverture pour autant que l'assuré demeure soumis à l'assurance-maladie obligatoire des soins LAMal, en vertu de l'accord sur la libre-circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales, ou bénéficie d'une couverture selon l'art. 1 al. 2 des CP.
2. En dérogation à l'art. 14 let. d des CGC, aucun arrangement avec l'assureur n'est requis dans ce cas.

3. L'assuré domicilié à l'étranger doit informer l'assureur par écrit dans les 30 jours lorsqu'il ne remplit plus les critères mentionnés à l'art. 5, al. 1 des présentes conditions d'assurance. En cas de violation de cette obligation, l'assuré devra rembourser à l'assureur les éventuelles prestations versées à partir de la date à laquelle les critères précités ne sont plus remplis.

Art. 6 Résiliation du contrat d'assurance

En dérogation à l'art. 13 al. 2 des CGC, le contrat d'assurance peut être dénoncé par l'assuré au terme de 3 ans de couverture d'assurance et ensuite annuellement, pour la fin d'une année civile moyennant un préavis d'un mois, sous réserve des dispositions prévues à l'art. 11 al. 8 des CP.

Art. 7 Prestations assurées

1. En Suisse

	Prise en charge	**Description**
Hospitalisation (y compris accouchement)	division commune (Niveau 1 Light et Niveau 1) division mi-privée (Niveau 2) division privée (Niveau 3)	– Libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu. – Prise en charge des coûts des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur ou la réglementation tarifaire cantonale. – Les établissements doivent être reconnus au sens de la LAMal (hôpitaux répertoriés) ou avoir conclu une convention tarifaire avec Groupe Mutuel Assurances GMA SA pour les divisions correspondantes. – Après 180 jours d'hospitalisation au cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées. – L'assuré est tenu de se renseigner si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par l'assureur.
Médicaments limités et hors liste	90%	– Médicaments ordonnés par un médecin ou un prescripteur de soins reconnu LAMal, non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). – Exclusions: produits figurant sur la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).
Médecines alternatives	75%	– Prise en charge des thérapies selon liste ci-dessous (point 7.3 liste des thérapies) exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapeutique naturelle reconnu par l'assureur. – Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le thérapeute où il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus par l'assureur pour la thérapie envisagée.
Cures de convalescence et cures thermales	90%, max. Fr. 1'000.–/année civile	– Frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence et de cures thermales dans les établissements reconnus par l'assureur. – Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande d'autorisation ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Lunettes médicales, lentilles de contact	– Enfants jusqu'à 18 ans, Fr. 200.– chaque année – Adultes dès 19 ans Fr. 500.– chaque 5 ans	– Prise en charge des frais de montures, verres, lentilles de contact.
Correction chirurgicale de la vue	90%, max. Fr. 800.– chaque 3 ans	– La participation prévue pour la correction chirurgicale de la vue est allouée en plus des coûts des lunettes médicales ou lentilles de contact.
Moyens auxiliaires	90%, max. Fr. 1'000.–/année civile	– Prise en charge des frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) selon la liste établie par l'assureur.
Allocation d'accouchement	Fr. 300.–	– Allocation octroyée indépendamment que l'accouchement donne lieu à une seule ou plusieurs naissances.
Cours de préparation à l'accouchement	Fr. 150.–	– Cours d'accouchement sans douleur ou de préparation à la naissance qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
Vaccins	90%, max. Fr. 500.–/année civile	– Prise en charge des frais pour les vaccinations médicalement prescrites pour la Suisse, (non comprises dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS)), ainsi que celles qui sont recommandées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en cas de départ à l'étranger.

	Prise en charge	Description
Frais de transport, recherche et sauvetage	100%, illimité (transports) 90%, max. Fr. 75'000.–/année civile (recherche et sauvetage)	– Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que lesdits transports soient médicalement nécessaires. – Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de recherche et de sauvetage. Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également pris en charge.
Psychothérapie	90%, max. Fr. 1'200.–/année civile	– Prise en charge des frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants.
Groupe Mutuel Assistance	Selon détail des conditions générales d'assurance Groupe Mutuel Assistance	– Prise en charge des prestations prévues par les conditions générales de l'assurance Groupe Mutuel Assistance (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 kilomètres du domicile de l'assuré). – En dérogation de l'art. 21, let. c des conditions générales d'assurance Groupe Mutuel Assistance, il n'y a pas d'exclusion de couverture pour les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées, les rechutes de maladies antérieurement constituées et comportant un risque d'aggravation brutale.
Frais d'accompagnement hospitalier	90%, max. Fr. 700.–/année civile	– Prise en charge des frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement.
Aide à domicile et frais de placement	90%, max. Fr. 3'000.–/année civile	– Frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel et qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.). – Frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une institution officielle. – L'assuré est tenu de requérir l'accord préalable de l'assureur.
Stérilisation volontaire	90%, max. Fr. 500.–	– Prise en charge des frais d'intervention.
Logopédie	90%, max. Fr. 500.–/année civile	– Prise en charge des frais consécutifs à un traitement de logopédie qui n'est pas reconnu par la LAMal mais prescrit par un médecin et exécuté par un logopédiste reconnu.
Traitements dentaires	75%, max. Fr. 5'000.–/année civile (Aucune prestation pour le Niveau 1 Light)	1. Prise en charge des frais: – de traitements dentaires effectués par un médecin dentiste diplômé; – d'un contrôle dentaire prophylactique annuel; – de soins d'orthopédie dento-faciale; – de couronnes, ponts et prothèses; – de laboratoire. 2. Délais de carence: – de 3 mois pour les traitements dentaires dus à une maladie; – de 12 mois pour les interventions prothétiques (remplacement de dents, pose de couronnes, de dents-pivots, de bridges, de prothèses partielles ou intégrales, etc.) dues à une maladie. 3. Le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point) est déterminant pour le calcul des prestations prises en charge; la majoration éventuelle ne peut pas excéder 50%.

2. A l'étranger
   1. Les prestations ci-après sont valables dans le monde entier, à l'exclusion de la Suisse, pour des traitements qui ne sont pas couverts par les assurances sociales suisses ou étrangères ou par d'autres assurances privées.
   2. Les prestations assurées correspondent à celles couvertes en Suisse lors de problèmes de santé semblables.
   3. Les hospitalisations volontaires planifiées hors de l'UE/AELE/UK doivent faire l'objet d'une demande écrite de la part de l'assuré et sont prises en charge uniquement sur accord préalable de l'assureur. L'assureur peut exiger un devis détaillé.
   4. Les prestations ci-après sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies par des personnes ou des institutions qui disposent de la formation, de la reconnaissance et de l'autorisation nécessaire des organismes sociaux étrangers.
   5. Sous peine de déchéance du droit aux prestations, les cas d'hospitalisation et autres traitements coûteux faisant l'objet d'une demande de garantie financière de la part du fournisseur de soins doivent être annoncés préalablement à Groupe Mutuel Assistance au moyen du formulaire «annonce pour demande de garantie financière». Les cas d'urgence doivent être immédiatement annoncés à Groupe Mutuel Assistance.
   6. Paiement des prestations
      Si plusieurs membres de la famille tombent malades ou sont accidentés simultanément, une facture séparée doit être demandée, pour chaque assuré: au médecin, à l'hôpital, au pharmacien, etc. Pour obtenir le remboursement des frais, l'assuré est tenu de fournir toutes pièces justificatives nécessaires (factures originales ou numérisées, certificats médicaux, ordonnances, etc.). L'assureur se réserve le droit d'exiger la production des documents originaux et des preuves de paiement. Est reconnu comme cours de change pour les factures de l'étranger le cours des devises officiel du franc suisse, au dernier jour de traitement.
      L'assureur reconnaît les tarifs usuels valables dans le

pays ou la région de traitement. Il se réserve le droit de réduire les factures exagérément élevées.

7. Dispositions particulières concernant les personnes résidant à l'étranger et demeurant soumises à l'assurance-maladie obligatoire des soins LAMal ou les personnes ayant opté pour le maintien de la couverture d'assurance conformément à l'art. 7a de l'OAMal par la souscription d'une assurance facultative des soins selon la LCA. En dérogation à l'art. 7 ch. 2.3 des CP, les hospitalisations volontaires planifiées hors de l'UE/AELE/UK ne sont pas soumises à l'accord préalable de l'assureur.

	Prise en charge	**Description**
Hospitalisation (y compris accouchement)	chambre à plus de 2 lits (Niveau 1 Light et Niveau 1) chambre à 2 lits (Niveau 2) chambre à 1 lit (Niveau 3)	– Libre choix selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu. – Prise en charge des coûts des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins. – Les établissements doivent être reconnus par les autorités sanitaires compétentes du pays dans le lequel le traitement est prodigué. – Après 180 jours d'hospitalisation au cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées. – L'assuré est tenu de se renseigner auprès de l'assureur si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par les autorités sanitaires compétentes du pays dans lequel le traitement est prodigué.
Traitements ambulatoires	90%	– Consultations, analyses, radiographies et médicaments reconnus.
Participations légales	100%	– Prise en charge des participations légales étrangères dans le cadre d'un traitement ambulatoire ou hospitalier en application de l'accord sur la libre circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale.
Médecines alternatives	75%	– Prise en charge des thérapies selon liste ci-dessous (point 7.3 liste des thérapies) exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapeutique naturelle reconnu par l'assureur. – Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de requérir l'accord préalable de l'assureur. Pour fonder sa décision, l'assureur se base par analogie sur les critères applicables en Suisse.
Cures de convalescence et cures thermales	90%, max. Fr. 1'000.–/ année civile	– Frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence et de cures thermales dans les établissements reconnus par l'assureur par analogie aux critères applicables en Suisse. – Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande d'autorisation ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Lunettes médicales, lentilles de contact	– Enfants jusqu'à 18 ans, Fr. 200.– chaque année – Adultes dès 19 ans Fr. 500.– chaque 5 ans	– Prise en charge des frais de montures, verres, lentilles de contact.
Correction chirurgicale de la vue	90%, max. Fr. 800.– chaque 3 ans	– La participation prévue pour la correction chirurgicale de la vue est allouée en plus des coûts des lunettes médicales ou lentilles de contact.
Moyens auxiliaires	90%, max. Fr. 1'000.–/année civile	– Prise en charge des frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues). – L'assureur se fonde par analogie sur les critères applicables en Suisse pour la reconnaissance des prestataires.
Allocation d'accouchement **Cours de préparation à l'accouchement**	Fr. 300.– Fr. 150.–	– Allocation octroyée indépendamment que l'accouchement donne lieu à une seule ou plusieurs naissances. – Cours d'accouchement sans douleur ou de préparation à la naissance qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
Frais de transport, recherche et sauvetage	100%, illimité (transports) 90%, max. Fr. 75'000.–/année civile (recherche et sauvetage)	– Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que lesdits transports soient médicalement nécessaires. – Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de recherche et de sauvetage. Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également pris en charge.
Vaccins	90%, max. Fr. 500.–/année civile	– Prise en charge des frais pour les vaccinations médicalement prescrites pour la Suisse (non comprises dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS)), ainsi que celles qui sont recommandées par les autorités sanitaires compétentes.
Psychothérapie	90%, max. Fr. 1'200.–/année civile	– Prise en charge des frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants.

	Prise en charge	Description
Groupe Mutuel Assistance	Selon détail des conditions générales d'assurance Groupe Mutuel Assistance	– Prise en charge des prestations prévues par les conditions générales de l'assurance Groupe Mutuel Assistance. – En dérogation de l'art. 4, ch. 2 des conditions générales d'assurance Groupe Mutuel Assistance, il n'y a pas de limitation pour les voyages ou séjours dépassant 60 jours consécutifs à l'étranger. – En dérogation de l'art. 21, let. c des conditions générales d'assurance Groupe Mutuel Assistance, il n'y a pas d'exclusion de couverture pour les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées, les rechutes de maladies antérieurement constituées et comportant un risque d'aggravation brutale.
Frais d'accompagnement hospitalier	90%, max. Fr. 700.–/année civile	– Prise en charge des frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement.
Aide à domicile et frais de placement	90%, max. Fr. 3'000.–/année civile	– Frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel et qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.). – Frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une institution officielle. – L'assuré est tenu de requérir l'accord préalable de l'assureur.
Stérilisation volontaire	90%, max. Fr. 500.–	– Prise en charge des frais d'intervention.
Logopédie	90%, max. Fr. 500.–/année civile	– Prise en charge des frais consécutifs à un traitement de logopédie qui n'est pas reconnu par la LAMal mais prescrit par un médecin et exécuté par un logopédiste reconnu.
Traitements dentaires	75%, max. Fr. 5'000.–/année civile (Aucune prestation pour le Niveau 1 Light)	1. Prise en charge des frais: – de traitements dentaires effectués par un médecin dentiste diplômé; – d'un contrôle dentaire prophylactique annuel; – de soins d'orthopédie dento-faciale; – de couronnes, ponts et prothèses; – de laboratoire. 2. Délais de carence: – de 3 mois pour les traitements dentaires dus à une maladie; – de 12 mois pour les interventions prothétiques (remplacement de dents, pose de couronnes, de dents-pivots, de bridges, de prothèses partielles ou intégrales, etc.) dues à une maladie. 3. Le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point) est déterminant pour le calcul des prestations prises en charge; la majoration éventuelle ne peut pas excéder 50%.

3. Liste des thérapies «médecine alternative»

Naturopathie	Techniques du toucher	Autres
Acupuncture	Acupressure	Biodynamique
Aromathérapie	Drainage lymphatique	Eurythmie
Auriculothérapie	Etiopathie	Rebirthing
Biorésonance	Fasciathérapie	Sophrologie
Biothérapie	Intégration posturale	Tomatis (méthode)
Chromothérapie	Kinésiologie	
Conseil en nutrition	Massages	
Electroacupuncture	Médecine anthroposophique	
Géobiologie	Mésothérapie	
Herboristerie	Métamorphose	
Homéopathie	Orthobionomie	
Iridologie	Ostéopathie	
Irrigation colonique	Polarité	
Laserthérapie	Rééquilibration énergétique	
Magnétisme	Réflexologie	
Magnétothérapie	Reiki	
Morathérapie	Rolfing	
Naturopathie	Shiatsu	
Oxygénothérapie	Trager	
Phytothérapie	Training autogène	
Sympathicothérapie		
Ventouses		

Art. 8 Droit aux prestations

Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement.
Un cumul des prestations assurées en Suisse et à l'étranger n'est pas possible.
En dérogation à l'art. 17, ch. 4 des CGC, les assurés qui le demandent peuvent exceptionnellement indiquer à l'assureur une adresse de paiement à l'étranger.
Les frais postérieurs à l'épuisement des droits (prestations avec limite de durée ou de montant) ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
Si un traitement médical ou une thérapie alternative ne sont plus justifiés médicalement et n'apportent plus d'amélioration thérapeutique, l'assureur informe l'assuré de la réduction ou de la fin du versement des prestations. Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'AOS lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin dont le diplôme est reconnu par le droit suisse ou d'une personne dûment autorisée et reconnue par l'assureur. L'assurance régie par les présentes dispositions ne peut en aucun cas servir à couvrir les quotes-parts et les franchises légales de l'AOS et des autres assurances complémentaires.
La couverture d'assurance s'étend cependant à la prise en charge des participations légales étrangères dans le cadre d'un traitement fourni hors de la Suisse en application de l'accord sur la libre circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale et pour autant que la loi du pays en question ne l'interdise pas.

1. Etendue et durée des prestations en cas d'hospitalisation

a. Les prestations hospitalières sont limitées à la phase aiguë de la maladie. Dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, en particulier lors de traitements d'affections stabilisées ou chroniques, ou lorsque le séjour hospitalier ne sert pas à améliorer l'état de santé de l'assuré, le droit aux prestations s'éteint.
b. Lorsqu'un assuré au bénéfice de l'assurance Global GEM Niveau 2 ou 3 renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division mi-privée ou privée pour la division commune, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier mais au maximum Fr. 5'000.– par hospitalisation. En cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile, seule la règle de l'article 8, ch. 2, let. d est applicable.

2. Couverture des prestations en cas de maternité

a. Les prestations lors de traitements stationnaires en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après une période d'assurance de 12 mois, sous réserve des cas de libre passage.
b. En cas d'interruption de la grossesse au sens de la LAMal et pour toute autre prestation en relation avec la maternité, le délai de carence prévu au point a. est applicable.
c. Lors d'un accouchement impliquant un séjour hospitalier inférieur à 6 jours dans les divisions mi-privées ou privées, l'assureur accorde une allocation de Fr. 200.– par journée d'hospitalisation évitée aux assurées au bénéfice de l'assurance Global GEM Niveau 2 ou 3. Les séjours hospitaliers faisant l'objet d'une facturation forfaitaire globale ne donnent pas droit à cette allocation. Les dispositions de l'art. 8, ch. 2, let. a demeurent réservées.
d. En cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile, l'assurée au bénéfice de l'assurance Global GEM Niveau 2 reçoit une allocation unique de Fr. 800.– et celle au bénéfice du Niveau 3, une allocation unique de Fr. 1'200.–, sous réserve du délai de carence mentionné à la lettre a ci-dessus.
e. Lorsqu'une assurée séjourne dans la division d'un établissement hospitalier correspondant à sa couverture d'assurance, l'assureur prend en charge également les frais de séjour pour le nouveau-né durant l'hospitalisation de la mère, pour autant que l'enfant soit au bénéfice d'une assurance de soins auprès de l'assureur dans les 30 jours suivant sa naissance. Les frais personnels ne sont pas couverts. Le point a ci-dessus demeure réservé.

3. Transplantation d'organes

Dans le cadre de la présente assurance, il n'y a pas de couverture d'assurance en cas de transplantations d'organes.

Art. 9 Franchise

Une franchise de Fr. 300.– par année civile est prélevée sur les prestations, à l'exception des frais pour lunettes médicales, lentilles ou correction chirurgicale de la vue.

Art. 10 Primes

1. Les primes sont uniformes hommes/femmes.
2. L'assuré qui, durant l'année, atteint le niveau maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe d'âge supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont les suivantes:
   – de 0 à 18 ans;
   – de 19 à 25 ans;
   – dès la 26e année et jusqu'à la 71e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

Art. 11 Sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif GEM et dissolution de la convention cadre

1. En cas de sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif GEM, les personnes assurées passent automatiquement dans les produits similaires suivants de Groupe Mutuel Assurances GMA SA:
   – Global Solution, Niveau 2 (catégorie GO) avec option «Renfort» mais sans option «Dentaire plus» **pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global GEM, Niveau 1 Light;**
   – Global Solution, Niveau 2 (catégorie GO) avec option «Renfort» et option «Dentaire plus» classe 1 **pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global GEM, Niveau 1;**
   – Global Solution, Niveau 3 - division mi-privée (catégorie GO) avec option «Renfort» et option «Dentaire plus» classe 1 **pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global GEM, Niveau 2 (division**

mi-privée);
- Global Solution, Niveau 3 – division privée (catégorie GO) avec option «Renfort» et option «Dentaire plus» classe 1 **pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global GEM, Niveau 3 (division privée).**

Les tarifs correspondant à ces produits sont alors appliqués aux assurés concernés.

2. La même règle est appliquée à l'égard des membres de la famille du collaborateur décédé assurés dans le cadre du programme d'assurance collectif.
3. Les réserves déjà existantes avant la sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif GEM sont maintenues.
4. L'entrée en vigueur du contrat conclu avant la sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif GEM est prise en compte pour le calcul des délais de carence.
5. Les prestations perçues avant la sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif GEM sont prises en compte pour le calcul des maxima de prestations.
6. Ces mêmes dispositions s'appliquent en cas de dissolution de la convention cadre passée entre le GEM et l'assureur ou en cas de dissolution de la convention cadre passée entre l'entreprise membre du GEM et l'assureur.
7. L'assuré doit informer l'assureur par écrit de sa sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif dans les 30 jours.
8. L'assuré peut dénoncer le contrat dans les trente jours suivant la réception de la nouvelle police.
9. Les assurés domiciliés en Suisse ayant fait usage du droit de résiliation selon ch. 8 ci-dessus peuvent opter pour les produits similaires suivants de Groupe Mutuel Assurances GMA SA:
   - Assurance complémentaire d'hospitalisation, classe 1 - division commune (catégorie HC) et/ou Assurance des soins complémentaires, classe 4 (catégorie SC) et/ou Assurance Mundo (catégorie MU) **pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global GEM, Niveau 1 Light;**
   - Assurance complémentaire d'hospitalisation, classe 1 - division commune (catégorie HC) et/ou Assurance des soins complémentaires, classe 4 (catégorie SC) et/ou Assurance des soins Dentaire plus, classe 3 (catégorie DP) et/ou Assurance Mundo (catégorie MU) **pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global GEM, Niveau 1;**
   - Assurance complémentaire d'hospitalisation, classe 2 - division mi-privée (catégorie HC) et/ou Assurance des soins complémentaires, classe 4 (catégorie SC) et/ou Assurance des soins Dentaire plus, classe 3 (catégorie DP) et/ou Assurance Mundo (catégorie MU) **pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global GEM, Niveau 2;**
   - Assurance complémentaire d'hospitalisation, classes 3 ou 4 - division privée (catégorie HC) et/ou Assurance des soins complémentaires, classe 4 (catégorie SC) et/ou Assurance des soins Dentaire plus, classe 3 (catégorie DP) et/ou Assurance Mundo (catégorie MU) **pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global GEM, Niveau 3.**

   Les tarifs correspondant à ces produits sont alors appliqués aux assurés concernés. Les dispositions des ch. 2 à 5 ci-dessus s'appliquent par analogie.

Art. 12 Protection des données

Données personnelles et sensibles

Groupe Mutuel Services SA traite 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: personnes concernées) pour le compte de Groupe Mutuel Assurances GMA SA, votre assureur. Le traitement des données est délégué à Groupe Mutuel Services SA (ci-après: Groupe Mutuel), une société de Groupe Mutuel Holding SA. Ces deux sociétés sont soumises à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD).

Par données personnelles, on entend notamment les informations relatives aux personnes concernées qui incluent notamment celles relatives à la gestion du contrat d'assurance. Par données sensibles on entend notamment 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 LPD); le contrat conclu entre le Groupe Mutuel et les personnes concernées; l'intérêt public prépondérant ou l'intérêt privé prépondérant (au sens de la LPD) du Groupe Mutuel ou des personnes concernées.

Finalités

Les données personnelles et sensibles 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'économicité des coûts d'assurance, la réalisation d'opérations de prospection et de marketing, 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). S'agissant des données utilisées à des fins statistiques, celles-ci sont anonymisées.

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.

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.

Groupe Mutuel Assurances GMA SA (GMA SA)

Avenant aux conditions particulières - version au 01.01.2024
Global GEM - GGGA01

Les dispositions de l'avenant s'appliquent dès le 1er janvier 2024 pour les personnes au bénéfice de l'assurance Global GEM – GGGA01.

Prestations assurées
Remplace la partie « Hospitalisation (y compris accouchement) » de l'art. 7 al. 1, colonne « Description ».

- L'assuré a le libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu.
- L'assureur prend en charge les coûts des établissements ou médecins reconnus, c'est-à-dire ceux avec lesquels l'assureur a passé une convention tarifaire.
- Si un assuré bénéficie de prestations d'un établissement ou médecin non reconnu, il lui sera alloué pour l'intervention de ce(s) dernier(s), selon le type de soins (aigus, réadaptation ou psychiatrie) et la division (mi-privée ou privée), les prestations d'hospitalisation stationnaire effectivement facturées mais au maximum les montants suivant par nuit d'hospitalisation :

	Montants par nuit d'hospitalisation			
	Soins aigus		**Réadaptation et Psychiatrie**	
	Mi-Privée	**Privée**	**Mi-Privée**	**Privée**
Médecin non reconnu : Remboursement des frais médicaux	Fr. 500.–	Fr. 500.–	Fr. 0.–	Fr. 0.–
Hôpital non reconnu : Remboursement des frais hospitaliers	Fr. 300.–	Fr. 500.–	Fr. 100.–	Fr. 150.–
Hôpital et Médecin non reconnus : Remboursement total - Frais médicaux - Frais hospitaliers	Fr. 800.– - Fr. 500.– - Fr. 300.–	Fr. 1'000.– - Fr. 500.– - Fr. 500.–	Fr. 100.– - Fr. 0.– - Fr. 100.–	Fr. 150.– - Fr. 0.– - Fr. 150.–

- La liste des fournisseurs de prestations et des montants maximums est disponible sur le site internet de l'assureur ou remise sur demande. La liste valable au moment du traitement est déterminante.
- La liste des fournisseurs de prestations peut être modifiée en tout temps par l'assureur. Une telle modification de la liste n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.
- Après 180 jours d'hospitalisation au cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées.
- L'assuré est tenu de se renseigner si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par l'assureur.