Aperçu des assurances complémentaires selon la LCA

groupemutuel

Vue d'ensemble

Assurance complémentaire Global smart 3

GO Global smart, niveaux 1 à 3

Assurances de soins complémentaires 4

SD Assurance des soins complémentaires Premium

SO Assurance des soins complémentaires Optimum

ST Assurance des soins complémentaires Start

Assurances en cas d'hospitalisation 4-5

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 5

MU Mundo

Assurance dentaire 6

DP Assurance des soins Dentaire plus

Assurances complémentaires accident 6

AB Acrobat, l'assurance accident pour les 0-18 ans

AJ ActiVita, l'assurance accident dès 18 ans

Indemnités journalières 7

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 7-9

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

LS Legis^{sana+}, l'assurance de protection juridique du patient

Assurance de capitaux et rentes 9-10

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

KP KidsProtect, rente pour enfants malades

Informations importantes 10-14

Assurance complémentaire Global smart

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

L'assurance Global smart complète l'assurance obligatoire des soins de manière optimale en offrant une couverture tant des soins médicaux que des frais d'hospitalisation.

☐ GO Global smart, niveaux 1 à 3

- **3 niveaux de prise en charge des prestations à choix:** GO 1, 2, 3,
- adhésion possible sans limitation d'âge pour les Niveaux 1 et 2. Pour le Niveau 3 jusqu'à l'âge de 70 ans révolus,
- séjours hospitaliers dans les établissements en division commune, mi-privée ou privée dans toute la Suisse selon le niveau de couverture choisi,
- les établissements hospitaliers ainsi que les médecins intervenant dans le cadre de l'hospitalisation doivent être reconnus par l'assureur,
- 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 sous réserve d'une couverture précédente équivalente auprès de GMA SA ou d'un autre assureur,
- prise en charge pour les 3 niveaux de prestations des frais de médecine douce selon liste de l'assureur, des médicaments limités et hors-liste, des lunettes médicales et lentilles de contact, des frais de transport, recherche et sauvetage, des mammographies et échographies, des examens gynécologiques préventifs, des vaccins et des check-ups ainsi que des frais dans le cadre de la promotion de santé (école du dos, abonnements et cours de fitness et autres mesures de prévention); il y a des limitations maximales de prise en charge selon le niveau choisi,
- prise en charge des frais des traitements dentaires, des moyens auxiliaires, des cures de convalescence suite à une hospitalisation et des cures thermales, de la garde des enfants malades, de la stérilisation volontaire ainsi que des interventions chirurgicales ambulatoires 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 (prestations ambulatoires et frais de traitement et hôteliers selon le niveau choisi lors d'une hospitalisation, traitements dentaires, lunettes médicales et lentilles de contact, frais de transport, de rapatriement, de recherche et de sauvetage, des participations légales étrangères ainsi que des frais lors de la visite d'un membre de la famille pendant une hospitalisation de la personne assurée de plus de 7 jours) jusqu'à concurrence de maximum CHF 200'000/an,
- un rabais famille est accordé sur la prime de l'enfant jusqu'à 18 ans si au moins un de ses parents et lui-même sont affiliés à l'assurance Global smart et que le niveau de couverture est équivalent ou supérieur à celui de l'enfant.

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.

☐ SD L'assurance des soins complémentaires Premium version 2024

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 70 ans révolus,
- une couverture complète et généreuse pour les soins ambulatoires tels que médicaments hors-liste, médecine alternative et soins dentaires. Prise en charge de nombreuses dépenses courantes (lunettes, transport, moyens auxiliaires, contraception, cotisations pour activités sportives,...),
- prestations préventives, par exemple : vaccins, check-up, échographies et mammographies, examens gynécologiques préventifs et fitness,
- prise en charge étendue de frais de transport, aide à domicile, et d'orthodontie pour les enfants jusqu'à 18 ans,
- rabais sur la prime des enfants si au moins un des parents a souscrit à Premium.

☐ SO L'assurance des soins complémentaires Optimum

- une couverture optimale pour les soins ambulatoires à toutes les étapes de la vie tels que garde d'enfants malades à domicile, médicaments hors-liste, frais de transport et sauvetage, médecine alternative, soins dentaires ou encore aide à domicile,
- prise en charge de nombreuses dépenses courantes (lunettes, moyens auxiliaires, cotisations pour activités sportives) et de prestations innovantes telles que correction des cicatrices, correction des oreilles décollées ou encore participation aux frais en cas d'intervention chirurgicale ambulatoire (confort, hôtel, taxi, repas à domicile,…),
- prestations préventives : vaccins, check-up, examens gynécologiques préventifs, mammographies, écographies, fitness et autres mesures de prévention,
- rabais sur la prime des enfants si au moins un des parents a souscrit à Optimum,
- 2 franchises à choix: CHF 0 ou CHF 150.

☐ ST L'assurance des soins complémentaires Start

- adhésion possible sans limitation d'âge
- une couverture simple et efficace pour compléter l'assurance de base en participant à vos dépenses de santé telles que médicaments hors liste, livraison des médicaments à domicile, lunettes, moyens auxiliaires, frais de transport, psychothérapie ou encore un apport pour des traitements dentaires.
- prise en charge des prestations préventives comme le vaccin, l'examen préventif HIV, le check-up, les mammographies et échographies ou encore les examens gynécologiques préventifs.

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 (classe 1), indemnité en cas d'hospitalisation à l'étranger (maladie, accident) de CHF 500 par jour,
  - division mi-privée dans toute la Suisse (classe 2), indemnité en cas d'hospitalisation à l'étranger (maladie, accident) de CHF 1'000 par jour,
  - division privée dans toute la Suisse (classe 3), indemnité en cas d'hospitalisation à l'étranger (maladie, accident) de CHF 1'500 par jour,
  - division privée dans toute la Suisse (classe 4), indemnité en cas d'hospitalisation à l'étranger (maladie, accident) de CHF 3'000 par jour,
- avec limitation de durée et du montant de prestations, conformément aux conditions particulières,
- les établissements hospitaliers ainsi que les médecins intervenant dans le cadre de l'hospitalisation doivent être reconnus par l'assureur,
- 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:** CHF 0, CHF 1'000 ou CHF 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,
- ○ les établissements hospitaliers ainsi que les médecins intervenant dans le cadre de l'hospitalisation doivent être reconnus par l'assureur,
- ○ participations à charge de l'assuré selon la division choisie (CHF 0 en division commune, CHF 100 par jour, au maximum 30 jours par année civile en division mi-privée et CHF 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, (classe 1),
  - ○ confort hôtelier en chambre à un lit, soins selon la division commune, (classe 2),
  - ○ chambre à deux lits, soins en division mi-privée (classe 3),
  - ○ chambre à un lit, soins en division privée (classe 4),
- ○ les établissements hospitaliers ainsi que les médecins intervenant dans le cadre de l'hospitalisation doivent être reconnus par l'assureur,
- ○ exclusion des prestations: en cas de maternité,
- ○ **3 franchises à choix pour les niveaux 3 et 4:** CHF 0, CHF 2'000 ou CHF 5'000.

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

- ○ **11 capitaux annuels à choix** pour permettre de couvrir les frais découlant d'une hospitalisation stationnaire de type aigu d'une durée supérieure à 24 heures ou de moins de 24 heures au cours de laquelle un lit est occupé durant une nuit:
  - ○ CHF 300 ○ CHF 500 ○ CHF 600
  - ○ CHF 900 ○ CHF 1'000 ○ CHF 1'200
  - ○ CHF 1'500 ○ CHF 2'000 ○ CHF 2'500
  - ○ CHF 3'000 ○ CHF 3'500
- ○ **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 CHF 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 carence 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. CHF 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 encore stabilisées au moment du départ à l'étranger, et les frais personnels (boissons, téléphones, etc.),
- ○ rabais de combinaison pour les personnes ayant conclu au moins l'un des produits d'assurance suivants: GO, HB, HC 2, 3 et 4, HS, SD, SO, ce rabais est supprimé 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

- **3 niveaux différents de prise en charge à choix:** 1, 2 et 3,
- adhésion possible jusqu'à l'âge de 60 ans révolus,
- **niveaux DP1 à DP3:** frais de soins dentaires, y compris orthodontie, contribution de CHF 75 à un contrôle prophylactique annuel et frais de laboratoire:
  - DP1: 75% du montant facturé selon le tarif reconnu, max. CHF 1'000/année civile (niveau 1),
  - DP2: 75% du montant facturé selon le tarif reconnu, max. CHF 3'000/année civile (niveau 2),
  - DP3: 75% du montant facturé selon le tarif reconnu, max. CHF 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.

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, remboursement de l'abonnement de sport non utilisé, 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 CHF 700'000) ou de décès (CHF 10'000), frais de rattrapage scolaire, chirurgie esthétique, aide à domicile, remboursement de l'abonnement de sport non utilisé, 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 (CHF 500), d'invalidité (jusqu'à CHF 700'000) ou de décès (CHF 10'000), Groupe Mutuel Assistance en cas d'urgence en Suisse et à l'étranger, frais de rattrapage scolaire, chirurgie esthétique, aide à domicile, remboursement de l'abonnement de sport non utilisé, frais de transport, de recherche et de sauvetage,
- L'assuré au bénéfice du niveau Acrobat^{light} et Acrobat^{standard} est transféré automatiquement, au 1er 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 1er 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 (CHF 1'500/cas), chirurgie esthétique (CHF 60'000/cas), gardiennage du domicile (CHF 1'500/cas), remboursement d'un abonnement de sport (CHF 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,
- à l'échéance de la police et sauf avis de résiliation réceptionné au plus tard le 30 septembre de l'année civile, le contrat est reconduit tacitement d'année en année,
- les autres motifs de résiliation sont énumérés à l'article 7 des conditions générales d'assurance,
- couverture attractive du risque maladie et/ou accident,
- durée des prestations mentionnée dans la police (par exemple 730 jours civils),
- choix multiples de délais d'attente,
- en cas d'incapacité 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,
- limitation du droit aux prestations: pour tous les cas cités à l'article 14 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 CHF 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 65e 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 Legispriva

- 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 Legispriva,
- assistance juridique par Dextra Protection juridique SA et prise en charge, jusqu'à CHF 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 CHF 100, etc.,
- délai de carence de 3 mois sans prise en charge de prestations 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 CHF 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 CHF 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 CHF 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 CHF 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 Protection juridique SA et prise en charge, jusqu'à CHF 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 CHF 100, etc.,
- limitation à l'intervention du service juridique de Dextra Protection juridique SA pour les cas d'une valeur litigieuse inférieure à CHF 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'examens 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.

☐ LS 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 ou par GMA SA,
- après chaque sinistre, l'assuré ou GMA SA a le droit de se départir du contrat,
- la prime est uniforme pour les assurés de 0 à 18 ans et de 19 à 99 ans,
- délai de carence de 3 mois sans prise en charge de prestations pour les litiges découlant d'une intervention esthétique,
- assistance juridique de Dextra Protection juridique SA et prise en charge des frais pour les actions et démarches entreprises en lien avec des litiges en qualité de patient survenant à la suite :
  - de violation du droit de la protection des données de santé;
  - d'erreurs de diagnostic ou de traitement;
  - d'un dommage subi en raison de la défectuosité d'un moyen auxiliaire ou d'un médicament.

  Sont notamment pris en charge les honoraires d'avocats et autres mandataires, les frais d'expertises, les frais et émoluments de justice, etc., jusqu'à un montant maximum de CHF 500'000/cas (en Suisse), CHF 50'000/cas (hors Suisse),
- **risques non assurés:** selon description détaillée à l'art. 6 des conditions particulières d'assurance.

  Les principales exclusions concernent les traitements prodigués par des fournisseurs de prestations dont l'activité n'a pas été approuvée par les autorités sanitaires,
  - les traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques ;
  - les interventions de chirurgie bariatrique pratiquées hors de Suisse ;
  - la contestation d'honoraires ou de factures;
  - les litiges avec Dextra ou avec les avocats, experts, etc. mandatés dans un cas autorisé par Dextra ainsi pour les litiges avec des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA, la Fondation Groupe Mutuel et/ou des entreprises liées à Groupe Mutuel Services SA par un contrat de prestations.

Assurance de capitaux et rentes

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. CHF 200'000 en cas de décès et CHF 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:
  - CHF 2'500 avant l'âge de 2 ans et 6 mois,
  - CHF 20'000 entre l'âge de 2 ans et 6 mois et 12 ans,
  - indemnité allant jusqu'à CHF 20'000 si l'accident a provoqué une préjudice esthétique grave et permanent,
- limitation des sommes d'assurance lorsque l'assuré atteint l'âge de 70 ans révolus (en cas de décès à CHF 10'000, en cas d'invalidité à CHF 30'000).

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 CHF 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 17e 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 transmission d'une proposition d'assurance ne constitue pas une demande d'offre, mais une déclaration formelle du proposant à l'assureur de vouloir contracter un ou plusieurs contrats d'assurances. Le proposant demeure lié envers l'assureur conformément aux dispositions de l'article 1 LCA, à savoir pendant 14 jours, respectivement 4 semaines si des renseignements médicaux sont nécessaires. Le proposant peut révoquer sa proposition dans les 14 jours suivant sa demande de conclusion de contrat. Ce délai est respecté si l'avis de révocation est remis à la poste (ou par tout autre moyen permettant d'en apporter la preuve par un texte mis à disposition par l'assureur, exception faite des réseaux sociaux), au plus tard le dernier jour du délai.
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 3 ans, à l'exception de l'assurance Mundo et Legis^{sana+} dont la période minimale du contrat est d'1 an. L'échéance de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière PI 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 3 mois, au plus tôt à la fin de la période minimale d'assurance,
- le refus ou la mise sous réserve d'un ou de plusieurs produits de la proposition d'assurance ne justifie pas de se départir des autres produits acceptés par l'assureur,
- 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 (y compris pour cause de changement de classe d'âge), dans un délai de 30 jours dès réception de la police ou de la communication de l'augmentation,
- en cas de justes motifs au sens de l'art. 35b LCA,
- 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),
- en cas de justes motifs au sens de l'art. 35b LCA,
- 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 la date de départ du territoire suisse annoncée à l'autorité communale ou cantonale compétente.

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 (sauf disposition contraire dans les conditions particulières d'assurance):
0 à 18 ans, 19 à 25 ans, dès la 26e année, échelonnement par tranches de 5 ans jusqu'à 70 ans. Une classe d'âge 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.

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,
- tous changements (nom, prénom, sexe, état civil, domicile, compte bancaire ou postal, email, téléphone) ainsi que les décès doivent être annoncés à l'assureur sans délai,
- pour les produits Legis^{priva}, 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 fournisseurs de prestations 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 de carence

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.

Nature et étendue de la couverture d'assurance

Les produits AJ, DP, GO, HB, HC, HS, LJ, LS, SD, SO, ST et PI, relèvent de l'assurance de dommages et indemnisent donc le dommage subi jusqu'à concurrence des prestations assurées.
Les produits AD, AM, BH, ID, KH et KP relèvent de l'assurance de sommes et prévoient en cas de sinistre le versement de la somme fixée contractuellement dans la police indépendamment du dommage effectif subi.
Les prestations de l'assurance MU relèvent de l'assurance de dommages exception faite du capital en cas de décès.
Les prestations de l'assurance AB relèvent de l'assurance de dommages exception faite des capitaux en cas d'hospitalisation, d'invalidité ou de décès.

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 produits 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 produits 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 couverture d'assurance 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+}.

Etablissements et médecins reconnus en cas d'hospitalisation en division mi-privée ou privée

L'assureur prend en charge les coûts des établissements ou médecins reconnus. Si un assuré bénéficie de prestations d'un établissement non reconnu, les prestations d'hospitalisation sont limitées aux montants figurant dans l'annexe A aux conditions particulières d'assurance.

La liste des fournisseurs de prestations est disponible sur le site Internet de l'assureur. La liste valable au moment du traitement est déterminante. Celle-ci peut être modifiée en tout temps par l'assureur.

Thérapeutes, 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 accidents de circulation survenant alors que l'assuré présente un taux d'alcoolémie constituant une infraction grave au sens de la loi sur la circulation routière,
- 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

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 qu'elles soient identifiées ou identifiables 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 concernées et aux sinistres. Sont traitées les catégories de données personnelles et sensibles suivantes: les données d'identification et de contact des personnes concernées; les données liées à la facturation des prestations; 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. Ces données sont déclaratives, c'est-à-dire celles que le Groupe Mutuel peut être amené à les 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, et peuvent provenir 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 et sous réserve du consentement exprès de la personne concernée.

Finalités
Les données personnelles et sensibles des personnes concernées sont traitées par Groupe Mutuel pour les finalités suivantes: pour la négociation et conclusion des contrats d'assurance, et notamment pour évaluer les risques à assurer, pour l'exécution des contrats d'assurance et notamment pour traiter les cas de sinistres, assurer le suivi administratif, statistique et financier du contrat, pour permettre la gestion des activités d'assurance du Groupe Mutuel (audit interne et externe, etc.) et le respect de ses obligations légales, pour l'amélioration et le développement des services fournis, l'optimisation et l'économicité des coûts d'assurance, pour la réalisation d'opérations de prospection et de marketing, pour la gestion des impayés et des contentieux, pour la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et le détournement fiscal, et à des fins de recherche et statistique. 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) ainsi que ses sous-traitants, 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 et sous réserve du consentement exprès de la personne concernée, 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 des personnes concernées
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.

Protection des données concernant les conseils et orientations personnalisés
1. L'assureur peut récolter et utiliser, dès le début du contrat d'assurance, les informations démographiques, contractuelles et médicales de la personne assurée dans les buts suivants:
   - émettre des recommandations au sujet de la prévention et de la promotion de la santé;
   - conseiller sur toutes les questions ayant trait à la santé;

- recommander des prestataires de soins aptes à traiter le problème de santé de la personne assurée;
- faire des offres ciblées sur des produits ou services respectant les critères d'économicité.

2. Les données utilisées pour la fourniture des services décrits à l'alinéa 1 peuvent être issues de tous les dossiers concernant la personne assurée constitués au sein d'une des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA (assurance-maladie obligatoire des soins incluse).
3. Pour qu'une communication de données issues de dossiers de l'assurance-maladie obligatoire des soins soit effectuée dans l'un des buts susmentionnés, l'assureur requerra au cas par cas le consentement exprès complémentaire de l'assuré.
4. L'assuré peut en tout temps retirer son consentement conformément à l'art. 42 des conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires du Groupe Mutuel Assurances GMA SA.

Conseils personnalisés et sans engagement

0848 803 111
groupemutuel.ch

Édition 8.26 – 1003

Scannez et découvrez notre structure juridique
www.groupemutuel.ch/structure

groupemutuel

Groupe Mutuel Holding SA
Rue des Cèdres 5 - CH-1919 Martigny
0848 803 111 / groupemutuel.ch