

Aperçu des assurances complémentaires selon la LCA



Groupe Mutuel

Santé® Vie® Patrimoine® **Entreprise®**

Groupe Mutuel
Assurances
Versicherungen
Assicurazioni

Vue d'ensemble

Assurances complémentaires Global

4-5

- GL** Global, niveaux 1 à 3
- GM** Global mi-privée
- GP** Global privée
- GC** Global confort, niveaux 1 à 3
- GT** Global temporis
- GO** Global Solution, niveaux 1 à 3

Assurance des soins complémentaires

5

- SC** Assurance des soins complémentaires, niveaux 1 à 4

Assurances en cas d'hospitalisation

6

- HC** Assurance complémentaire d'hospitalisation, niveaux 1 à 4
- HB** Assurance complémentaire d'hospitalisation H-Bonus
- KH** Assurance d'un capital en cas d'hospitalisation

Assurance dentaire

7

- DP** Assurance des soins Dentaire plus

Informations importantes

8-10

Assurances complémentaires Global

Assureur porteur du risque: Mutuel Assurances SA – Martigny

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

□ GL Global, niveaux 1 à 3

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

□ GM Global mi-privée

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 55 ans révolus,
- séjours hospitaliers en division mi-privée dans toute la Suisse,
- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois dès l'entrée en vigueur du contrat,
- prise en charge de prestations de médecine douce selon liste, cures thermales ou de convalescence, médicaments hors-liste, lunettes et verres de contact, frais de transport, aide à domicile, vaccins, assistance à l'étranger,
- 5 franchises à choix pour les prestations d'hospitalisation: Fr. 0.–, Fr. 1'000.–, Fr. 2'000.–, Fr. 3'000.– ou Fr. 5'000.–.

□ GP Global privée

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 55 ans révolus,
- séjours hospitaliers en division privée dans toute la Suisse (possibilité d'une option monde, avec limitation de durée et du montant de prestations, conformément aux conditions particulières),
- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois dès l'entrée en vigueur du contrat,
- prise en charge des prestations de médecine douce selon liste, cures thermales ou de convalescence, médicaments hors-liste, lunettes et verres de contact, frais de transport, aide à domicile, vaccins, assistance à l'étranger,
- 5 franchises à choix pour les prestations d'hospitalisation: Fr. 0.–, Fr. 1'000.–, Fr. 2'000.–, Fr. 3'000.– ou Fr. 5'000.–.

□ GC Global confort, niveaux 1 à 3

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

□ GT Global temporis

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

□ GO Global Solution, niveau 1 à 3

- cette couverture d'assurance ne peut pas être souscrite individuellement mais uniquement dans le cadre d'un programme d'assurance collectif.
- **3 niveaux de prise en charge des prestations à choix (module de base):** GO 1, 2 et 3,
- séjours hospitaliers en division commune, mi-privée ou privée dans toute la Suisse selon le niveau de couverture choisi,
- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois dès l'entrée en vigueur du contrat,
- prise en charge pour les 3 niveaux de prestations des frais de médecine douce selon liste, médicaments hors-liste, lunettes et verres de contact, frais de transport, aide à domicile et prestations de prévention (fitness, check-up, vaccins); il y a des limitations maximales de prise en charge selon le niveau choisi,
- prise en charge des traitements dentaires ainsi que des frais de cures thermales et de convalescence en Suisse dans le cadre des niveaux 2 et 3; il y a des limitations maximales de prise en charge selon le niveau choisi,
- prise en charge des traitements d'urgence dans le monde entier pour les 3 niveaux (traitements ambulatoires et hospitalisations pour des traitements reconnus selon LAMal, frais de transport, rapatriement, recherche et sauvetage, visite d'un membre de la famille) jusqu'à concurrence de maximum Fr. 100'000.–/an.

➤ 3 modules optionnels:

- option «Dentaire plus» 1 ou 2, pour bénéficier de prestations encore plus généreuses pour les soins dentaires,
 - option «Renfort» pour bénéficier d'une durée de prestations étendue en cas d'hospitalisation pour les assurés du niveau 3 (division mi-privée ou privée), des prestations de moyens auxiliaires, lunettes, psychothérapie et des prestations de maternité pour les 3 niveaux,
 - option «Upgrade traitements en cas d'urgence à l'étranger» jusqu'à concurrence de Fr. 400'000.– par année civile.
- ### ➤ 2 franchises à choix pour les niveaux 2 et 3:
- Fr. 0.– ou Fr. 500.–. Les assurés du niveau 3 peuvent également choisir une franchise de Fr. 1'000.–,
- annulation possible par l'assuré au terme de 3 ans d'assurance pour la fin d'une année civile moyennant un préavis d'un mois.

Assurance des soins complémentaires

L'assurance des soins complémentaires vous donne accès à de nombreuses prestations non prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

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

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

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 à choix:** HC 1, 2, 3 et 4:
 - division commune dans toute la Suisse (niveau 1),
 - division mi-privée dans toute la Suisse (niveau 2),
 - division privée dans toute la Suisse (niveau 3),
 - division privée dans le monde entier (niveau 4), avec limitation de durée et du montant de prestations, conformément aux conditions particulières,
- libre choix de l'établissement hospitalier,
- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois dès l'entrée en vigueur du contrat,
- **5 franchises à choix pour les niveaux 2, 3 et 4:** Fr. 0. –, Fr. 1'000.–, Fr. 2'000.–, Fr. 3'000.– ou Fr. 5'000.–.

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

- adhésion possible jusqu'à l'âge de 60 ans révolus,
- choix de la division commune, mi-privée ou privée par l'assuré au moment de l'hospitalisation,
- participations à charge de l'assuré selon la division choisie (Fr. 0.– en division commune, Fr. 100.– par jour, au maximum 30 jours par année civile en division mi-privée et Fr. 200.– par jour, au maximum 20 jours par année civile en division privée),

- les prestations d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après un délai de carence de 12 mois,
- système de bonus: deux échelons de primes (80% et 100%) sont applicables. La prime à l'adhésion correspond à 80% de la prime ordinaire. Lorsque l'assuré est hospitalisé en division privée ou mi-privée, la prime de l'année civile suivant la période de référence correspond à 100% de la prime ordinaire et ce pour une durée de 3 ans.

□ KH L'assurance d'un capital en cas d'hospitalisation

- **9 capitaux annuels à choix** pour permettre de prévenir les désagréments résultant d'une hospitalisation stationnaire de type aigu de plus de 24 heures, tels qu'aide ménagère ou garde d'enfant, selon un montant annuel défini au préalable, parmi les possibilités suivantes:
 - Fr. 300.– ➤ Fr. 500.– ➤ Fr. 600.–
 - Fr. 900.– ➤ Fr. 1'000.– ➤ Fr. 1'200.–
 - Fr. 1'500.– ➤ Fr. 2'000.– ➤ Fr. 2'500.–
- **exclusion des prestations:** en cas de maternité, de traitements ambulatoires, d'hospitalisation découlant de traitements non reconnus par la LAMal, de semi hospitalisations ou de séjours relevant exclusivement de la LAA, de la LAI ou de la LAM.

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

- **5 niveaux différents de prise en charge à choix:** DP1, 2, 3, 4 et 5,
- adhésion possible jusqu'à l'âge de 60 ans révolus,
 - Classe 1: 75% du montant facturé selon le tarif mais au maximum Fr. 1'000.– durant une année civile,
 - Classe 2: 75% du montant facturé selon le tarif LAA, max. Fr. 2'000.–/année civile,
 - Classe 3: 75% du montant facturé selon le tarif LAA, max. Fr. 4'000.–/année civile,
 - Classe 4: 75% du montant facturé selon le tarif LAA, max. Fr. 6'000.– /année civile,
- Une classe 5 complémentaire aux classes 1 à 4 offre, moyennant un supplément de prime, la couverture d'assurance suivante: pour les frais de laboratoire dentaire, 75% du montant facturé selon le tarif LAA mais au maximum Fr. 1'000.– par année civile en cas de maladie et Fr. 10'000.– par année civile en cas d'accident,
- les prestations ne sont versées qu'après un délai de carence de 1 mois, dès l'entrée en vigueur du contrat, pour tous les traitements dentaires et de 6 mois pour les interventions prothétiques. Les prestations en cas d'accident sont octroyées immédiatement,
- **4 franchises à choix:** Fr. 0.–, Fr. 200.–, Fr. 350.– ou Fr. 500.–; aucune franchise n'est prélevée sur la contribution de Fr. 75.– par année civile pour un contrôle dentaire prophylactique,
- **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 LAM, la LAI ou un tiers sont tenus à prestations et les traitements déjà envisagés lors de la demande d'affiliation.

Informations importantes

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

Proposition d'assurance

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

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

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

Durée minimale d'assurance

La durée minimale des assurances complémentaires est de 5 ans, à l'exception de l'assurance Global Solution pour laquelle la période minimale d'assurance est de 3 ans.

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

Fin du contrat d'assurance

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

- pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de 6 mois, au plus tôt à la fin de la période minimale d'assurance,
- 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'adaptation des primes, dans un délai de 30 jours dès réception de la police ou de la communication de l'augmentation,
- en cas de violation du devoir d'information par l'assureur, conformément à l'article 3a LCA.

L'assureur est en droit de résilier le contrat:

- si l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important (fausse déclaration/réticence).

Le contrat d'assurance ainsi que le droit aux prestations prennent notamment fin:

- si l'assureur se départit du contrat suite au non paiement des primes,
- au décès de l'assuré,
- en cas de transfert du domicile à l'étranger, aux conditions de l'art.14 lettre d CGC.

Conditions d'admission

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

Primes

Les primes sont en principe échelonnées en fonction du sexe, des régions et des classes d'âge qui sont réparties comme suit: 0 à 18 ans, 19 à 25 ans, dès la 26^e année, échelonnement par tranches de 5 ans jusqu'à 70 ans. Une classe unique de 71 à 99 ans s'applique alors.

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

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 thermique ou de convalescence doit être soumise à l'assureur 20 jours au moins avant le début de la cure accompagnée de l'ordonnance médicale,
- l'assuré ou l'ayant droit doivent aviser l'assureur de tout accident dans les meilleurs délais, mais au plus tard dans les 10 jours,
- le décès d'une personne assurée doit être communiqué à l'assureur par l'ayant droit au plus tard dans les 30 jours.

Obligation de collaborer

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

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

Paiement des primes, franchises et quotes-parts

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

Début du contrat et de la couverture d'assurance

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

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

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

Délais d'attente et de carence (stage)

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

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

Modification de couverture

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

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

Etendue de la couverture d'assurance

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

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

Des limitations de prestations s'appliquent notamment sur les branches GL, GM, GC, GP, HB et HC soit pour les hospitalisations en établissements de soins psychiatriques, soit pour les séjours de réadaptation, soit en cas d'urgence à l'étranger. Pour les branches GM, GP, GC et HC, il y a une limitation de la durée des prestations de 90 jours dans un hôpital en soins généraux. Cette limitation est portée à 180 jours pour les assurés en division mi-privée ou privée de la branche GO.

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

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

Les liens et critères s'étendent aux domaines suivants :

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

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

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

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

Exclusion de prestations

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

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

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

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

Agents du Groupe Mutuel

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

Traitement des données personnelles par l'assureur et son intermédiaire

Les données personnelles (y compris les données de santé) et administratives saisies sont nécessaires à l'intermédiaire et à/aux assureurs choisis pour établir une offre, pour traiter la/les proposition(s) d'assurance(s) complémentaire(s) selon la LCA et le(s) contrat(s) qui s'en sui(vent)t. Elles serviront à/aux assureurs(s) pour l'évaluation des risques à assurer, le traitement des sinistres, ainsi que pour le suivi administratif, statistique et financier de(s) l'assurance(s) contractée(s), de même que pour le suivi administratif et financier entre l'intermédiaire et l'assureur et/ou le Groupe Mutuel, dans la mesure où celui-ci est délégataire de certaines activités d'administration de l'assurance pour les assureurs membres.

Les données personnelles et administratives peuvent aussi être utilisées pour définir vos besoins actuels et futurs en matière d'assurance dans le contexte d'actions de marketing.

A cet effet, les données établies au titre de l'assurance-maladie complémentaire peuvent être exploitées selon des méthodes mathématiques et statistiques afin de permettre à l'assureur, et/ou au Groupe Mutuel, ainsi qu'à ses sociétés membres, de même qu'à des intermédiaires agréés ou à d'autres mandataires ou partenaires, d'établir des offres de produits et de services qui peuvent vous intéresser. Ces partenaires sont soumis par convention à l'obligation de garder le secret et de respecter les dispositions légales relatives à la protection des données.

En cas de nécessité, l'assureur et/ou le Groupe Mutuel,

se réserve le droit de transmettre les données aux tiers impliqués dans l'exécution du contrat en Suisse et à l'étranger, en particulier à des sociétés affiliées au Groupe Mutuel ou administrées par lui, ainsi qu'à des co-assureurs et réassureurs. De même, pour l'examen des décomptes de prestations émanant de fournisseurs de prestations étrangers, l'assureur et/ou le Groupe Mutuel peuvent transmettre les données à leur(s) mandataire(s).

En signant la proposition d'assurance, le proposant accepte de recevoir de la part des assureurs affiliés au Groupe Mutuel ou administrés par lui. Des informations écrites (courrier, mailing, SMS, autres) et/ou d'être contacté par téléphone pour être conseillé sur toutes les offres et les produits d'assurance concernant les assurances privées (LCA, autres) et sociales (LAMal, LAA, LPP, autres) proposées par ces assureurs, et il autorise que ses données personnelles soient traitées et transmises à cet effet.

Les données personnelles et administratives sont généralement conservées sous la forme électronique et/ou papier et/ou scannée. Elles sont conservées aussi longtemps que la loi, la gestion du contrat d'assurance, des sinistres, des droits de recours, du recouvrement, de la rémunération de l'intermédiaire et/ou d'éventuels litiges entre l'assureur, l'assuré, l'intermédiaire ou des tiers l'exigent.

Des produits d'assurance à la hauteur de vos exigences

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

Conseils personnalisés et sans engagement
du lundi au jeudi de 8h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h30
(vendredi et veilles de fêtes 17h00)

Hotline 0848 803 777 | **Fax** 0848 803 112
Web www.groupemutuel.ch | www.corporatecare.ch



Groupe Mutuel

Santé® Vie® Patrimoine® **Entreprise®**

Groupe Mutuel

Rue des Cèdres 5 – Case postale – CH-1919 Martigny

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

