groupemutuel

Conditions particulières de l'assurance Global smart

GO

GOGA03-F1 – édition 01.12.2025

Table des matières

Art. 1 But de l'assurance
Art. 2 Risques assurés
Art. 3 Conditions d'admissions
Art. 4 Maintien et fin de couverture en cas de transfert de domicile à l'étranger
Art. 5 Prestations assurées
Art. 6 Listes de prestations et de fournisseurs de prestations
Art. 7 Droit aux prestations
Art. 8 Mesures d'économie
Art. 9 Primes
Art. 10 Rabais famille
Art. 11 Sortie du cercle des assurés d'une convention cadre et dissolution de la convention cadre

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

Art. 1 But de l'assurance

1. Le but de cette assurance est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément aux prestations des assurances sociales, notamment l'assurance obligatoire des soins (ci-après AOS) selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), pour des mesures diagnostiques et thérapeutiques, des médicaments et des moyens auxiliaires qui sont efficaces, appropriés et économiques.
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 smart sont versées en complément à ladite assurance.
3. L'assurance Global smart est composée de trois niveaux de couverture :
   - Niveau 1
   - Niveau 2
   - Niveau 3

Art. 2 Risques assurés

Les prestations du produit Global smart sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité.

Art. 3 Conditions d'admissions

1. Toute personne domiciliée en Suisse peut demander son adhésion à l'assurance Global smart, Niveau 1 et Niveau 2, sans limite d'âge. Pour le Niveau 3, l'adhésion à l'assurance Global smart peut être demandée pour une entrée en vigueur au plus tard le jour des 70 ans du proposant.
2. Dans le cas d'une convention cadre, le cercle des personnes assurables ainsi que les conditions d'admission applicables pour les diverses catégories de proposants sont définis par la convention cadre conclue entre l'entreprise co-contractante et l'assureur.

Art. 4 Maintien et fin de couverture en cas de transfert de domicile à l'étranger

1. En cas de transfert de domicile à l'étranger en cours de contrat, l'assurance Global smart peut être conservée sans augmentation possible de couverture pour autant que l'assuré demeure soumis à l'AOS 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 présentes conditions particulières d'assurance.
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. 4 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. 5 Prestations assurées

1. En Suisse

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Hospitalisation	division commune	division commune	division mi-privée ou privée La variante assurée est mentionnée sur la police d'assurance	Généralités – Libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins aigus, psychiatriques ou de réadaptation, pour les malades de type aigu. – Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 60 jours. – Prise en charge de la différence tarifaire en cas d'hospitalisation dans un hôpital répertorié au sens de la LAMal hors du canton de domicile de l'assuré qui n'est pas justifiée par des raisons médicales ou qui n'est pas un cas d'urgence lorsque le tarif de l'hôpital dépasse le tarif de référence du canton de domicile de l'assuré. Niveau 3 (division mi-privée et privée) – La couverture inclut également les frais hôteliers à l'hôpital, les honoraires des médecins et les prestations médicales supplémentaires, selon la convention passée avec l'assureur pour les divisions correspondantes. – Si un assuré bénéficie de prestations d'un établissement ou médecin non reconnu (c'est-à-dire avec lequel l'assureur n'a pas passé de convention tarifaire), 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 figurant dans l'annexe A, par nuit d'hospitalisation. – La liste des fournisseurs de prestations reconnus par l'assureur 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. – Avant chaque hospitalisation, 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. – Après 180 jours d'hospitalisation en division mi-privée ou privée en cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées. La durée des prestations dans un établissement en soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les 180 jours précités.

Interventions chirurgicales ambulatoires	Aucune prestation	CHF 300/année civile	CHF 600/année civile	– Lorsque l'assuré subit une intervention chirurgicale ambulatoire, l'assureur prend en charge prestations suivantes :
				  – surclassement facturé par l'établissement dans lequel a lieu l'intervention chirurgicale ambulatoire (par exemple, salle d'attente ou de repos individuelle, collations);
				  – hébergement de l'assuré et de ses accompagnants, dans un établissement hospitalier ou un hôtel, pour la nuit précédant et/ou suivant directement l'intervention;
				  – transport de l'assuré entre son domicile et le fournisseur de soins en question;
				  – frais de parking.

Médicaments limités et hors liste	90%, max. CHF 100'000/année civile	90%, max. CHF 125'000/année civile	90%, max. CHF 150'000/année civile	– Médicaments reconnus par Swissmedic aux prix courants du marché ordonnés par un médecin ou un prescripteur de soins reconnu LAMal, non pris en charge par l'AOS. – Exclusions : produits figurant sur la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).
Frais de transport, recherche et sauvetage	90% (transports) 90%, max. CHF 50'000/année civile (recherche et sauvetage)	90% (transports) 90%, max. CHF 75'000/année civile (recherche et sauvetage)	90% (transports) 90%, max. CHF 100'000/année civile (recherche et sauvetage)	– Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que ces transports soient médicalement nécessaires. – Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère ou pour une action de recherche et de sauvetage. – Les frais de transports (publics ou privés) nécessités par un traitement ambulatoire sont pris en charge jusqu'à concurrence des frais de transports publics lorsqu'ils sont justifiés par l'importance des effets secondaires du traitement ou permettent d'éviter une hospitalisation.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Médecines alternatives	30%, max. CHF 1'000/année civile dont max. CHF 200/année civile pour les massages	60%, max. CHF 2'500/année civile dont max CHF 300/année civile pour les massages	80%, max. CHF 3'000/année civile dont max CHF 500/année civile pour les massages	– Thérapies médicalement nécessaires figurant sur la liste de l'assureur et exécutées par un médecin diplômé ou un thérapeute en médecine alternative reconnu par l'assureur pour la thérapie en question. – L'assureur tient une liste des thérapies et des thérapeutes reconnus et se réserve le droit d'exclure certaines thérapies et/ou certains thérapeutes en tout temps. – 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. – Il n'existe pas de droit aux prestations pour des séances fournies entre membres de la famille.
Mammographies et échographies	90%	90%	90%	– Les mammographies et échographies qui ne sont pas prises en charge par l'AOS.
Examens gynécologiques préventifs	90%	90%	90%	– Les examens gynécologiques préventifs qui ne sont pas pris en charge par l'AOS
Test préventif HIV	90%	90%	90%	– Les frais de tests préventifs HIV lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par des dispensateurs reconnus au sens de la LAMal.
Moyens auxiliaires	Aucune prestation	90%, max. CHF 1'000/année civile	90%, max. CHF 2'000/année civile	– Frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement selon la liste établie par l'assureur.
Lunettes médicales et lentilles de contact	CHF 150 chaque 3 ans	CHF 200 chaque 3 ans	CHF 200 chaque 3 ans	– Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de lentilles de contact qui ne sont pas pris en charge par l'AOS.

Traitements dentaires	Aucune prestation	Jusqu'à 18 ans
		50%, max. CHF 2'000/année civile
		
		Dès 19 ans
		50%, max. CHF 500/année civile
			Jusqu'à 18 ans
			50%, max. CHF 2'000/année civile
			
			Dès 19 ans
			50%, max. CHF 1'000/année civile
				– Prise en charge uniquement des frais suivants prodigués par un dispensateur de soins reconnu au sens de la LAMal:
				  – traitements dentaires;
				  – soins d'orthopédie dento-faciale;
				  – frais de laboratoire.
				– Selon le niveau choisi, prise en charge des frais pour un contrôle dentaire prophylactique annuel (y compris détartrage) effectué par un médecin dentiste diplômé, un hygiéniste ou un assistant en prophylaxie.
				– Pour les traitements dentaires consécutifs à un accident survenu après l'entrée en vigueur de l'assurance, le droit aux prestations est immédiat.
				– Les prestations pour interventions prothétiques (remplacement de dents, pose de couronnes, de dents-pivots, de bridges, de prothèses partielles ou intégrales, etc.) sont, en cas d'accident, octroyées immédiatement après l'entrée en vigueur de l'assurance; pour les autres cas, elles sont accordées au plus tôt après 12 mois d'affiliation.
				– Pour les soins d'orthopédie dento-faciale (y compris les frais de laboratoire d'orthopédie dento-faciale) et les traitements dentaires, les prestations d'assurance sont accordées après délai de carence de 3 mois, sous réserve des cas d'accident.
				– Pour le calcul des prestations couvertes, le tarif applicable au domaine des assurances sociales (tarif dentaire AMal/AA/AM/AI) (nomenclature et valeur du point) est déterminant. Une majoration éventuelle du tarif AA peut être acceptée mais ne peut excéder 50%.
				– Aucune prestation n'est accordée pour les produits d'hygiène dentaire.

Cures de convalescence et cures thermales	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/ année civile	90%, max. 30 jours/ année civile	– Frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence en Suisse suite à une hospitalisation, dans les établissements reconnus par l'assureur. – Frais de traitement et de pension en cas de cure thermale dans les établissements de cures balnéaires reconnus selon l'OPAS (Ordonnance sur les prestations de l'AOS). – Les prestations sont octroyées si elles sont prescrites par un médecin reconnu au sens de la LAMal. – L'assureur tient une liste des établissements reconnus. – Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande d'autorisation ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au préalable.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Aide à domicile	50%, max. CHF 1'500/année civile	50%, max. CHF 1'500/année civile	90%, max. CHF 2'500/année civile	– Frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide à domicile exerçant cette activité à titre professionnel pour son propre compte ou celui d'une entreprise ou organisation 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.). – L'assuré est tenu de requérir l'accord préalable de l'assureur.
Garde d'enfants malades à domicile	Aucune prestation	90%, max. CHF 250/année civile	90%, max. CHF 300/année civile	– Pour les enfants jusqu'à l'âge de douze ans révolus, prise en charge des frais de garde par la Croix-Rouge ou une institution officielle poursuivant le même but lorsque les parents ont une activité professionnelle exercée hors du domicile.
Vaccins	90%	90%	90%	– Frais pour les vaccinations reconnues par l'AOS lorsque les conditions de prise en charge définies par l'art. 12a de l'OPAS ne sont pas remplies. – Frais pour les vaccinations recommandées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en cas de départ à l'étranger. – Les vaccins doivent être reconnus par Swissmedic. – L'assureur prend en charge les vaccinations effectuées par un médecin ou un pharmacien reconnu par l'AOS.
Stérilisation volontaire	Aucune prestation	90%, max. CHF 300	90%, max. CHF 500	– Prise en charge des frais d'intervention en cas de stérilisation.
Check-up	un check-up tous les 3 ans, 90%, max. CHF 1'000	un check-up tous les 3 ans, 90%, max. CHF 1'000	un check-up tous les 3 ans, 90%, max. CHF 1'500	– Seuls les check-up définis et dispensés par un médecin reconnu au sens de la LAMal sont pris en charge. – L'assureur tient une liste des check up assurés.
Seconde opinion	90%	90%	90%	– Le frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation pour autant que la mention «seconde opinion » figure sur la note d'honoraires.
Promotion Santé	50%, max. CHF 200/année civile	50%, max. CHF 200/année civile	50%, max. CHF 200/année civile	– Prise en charge des frais pour les mesures suivantes : – école du dos, – abonnement et cours de fitness, – autres mesures de prévention. – L'assureur tient une liste précisant les cours de fitness et les autres mesures de prévention reconnus. – Pour les abonnements de fitness, l'assureur tient une liste des labels reconnus. – Si plusieurs mesures destinées à promouvoir la santé sont effectuées au cours de la même année civile, la prestation maximale totale prise en charge est de CHF 200. – Pour les abonnements et cours de fitness dont la période de validité ne correspond pas à une année civile, la prestation de l'assureur pour chaque année civile est calculée au prorata de la période d'abonnement écoulée à la fin de l'année civile.

2. Hors de Suisse

1. Les prestations dans le tableau ci-après sont valables dans le monde entier, à l'exclusion de la Suisse en complément des assurances sociales suisses ou étrangères.
2. Les prestations assurées par l'assurance Global smart correspondent à celles couvertes en Suisse par analogie aux critères applicables en Suisse. Elles 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.
3. Pour les traitements d'urgence au sens de l'art. 36, al. 2 OAMal, la couverture complète les prestations de l'AOS pour les coûts dépassant les maxima de prise en charge de l'AOS. En application de l'OAMal, il y a urgence lorsque l'assuré a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié.
4. Pour les prestations qui ne ressortent pas du catalogue de l'AOS (par exemple frais de recherche, sauvetage et rapatriement) ou lorsqu'il n'y a pas d'obligation de prestations de l'AOS, les prestations mentionnées dans le tableau ci-après sont prises en charge exclusivement par la présente assurance. Il n'y a pas d'obligation de prestations de l'AOS dans les situations suivantes:
   - traitements volontaires à l'étranger,
   - poursuite d'un traitement à l'étranger à la suite d'un cas d'urgence alors qu'un retour en Suisse serait approprié.

   Les dispositions de l'art. 7, al. 5 des présentes conditions particulières demeurent toutefois réservées.
5. Les traitements volontaires à l'étranger sont pris en charge selon le ch. 4 à condition que le coût de ces traitements à l'étranger (y compris les traitements dentaires) soit inférieur au coût correspondant du canton de domicile de l'assuré. Pour éviter tout risque de non-remboursement, une demande préalable auprès de l'assureur est recommandée afin de vérifier si le traitement envisagé est approprié, économique et efficace. Cette prise en charge limitée aux traitements volontaires à l'étranger présentant un coût inférieur aux coûts correspondants en Suisse n'est pas applicable aux traitements volontaires à l'étranger des personnes:
   - résidant en à l'étranger et demeurant soumises à l'AOS ou
   - ayant opté pour le maintien de leur couverture

d'assurance conformément à l'art. 7a de l'OAMal par la souscription d'une assurance facultative des soins selon la LCA.

6. 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 la plateforme d'assistance « Groupe Mutuel Assistance » au moyen du formulaire « annonce pour demande de garantie financière ». A défaut, l'assureur peut réduire les prestations d'assurance du montant qui aurait été payé si l'annonce préalable avait été faite. L'assureur renonce à réduire ses prestations s'il résulte des circonstances que la violation de l'obligation d'annonce est non fautive.
7. Paiement des prestations
   - Si plusieurs assurés membres de la même 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 originales ou numérisées (factures détaillées, 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.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Traitements ambulatoires	La somme assurée s'élève au maximum à CHF 200'000 par année civile pour l'ensemble des prestations hors de Suisse			– Prise en charge des prestations pour les soins ambulatoires (par exemple consultation médicale, analyses, médicaments) correspondant aux prestations reconnues par l'AOS.
Hospitalisation				– Prise en charge des frais de traitement et des frais hôteliers selon le niveau choisi : – chambre à plusieurs lits pour les assurés au bénéfice des niveaux 1 ou 2 – chambre à deux lits pour les assurés au bénéfice du niveau 3, mi-privée – chambre à un lit pour les assurés au bénéfice du niveau 3, privée.
Traitements dentaires				– Les traitements à l'étranger sont pris en charge pour autant que le personnel médical étranger dispose d'une formation équivalente à la formation suisse. – Les prestations et critères de prise en charge applicables pour les prestations en Suisse définis à l'art. 5, al. 1 (Traitements dentaires) s'appliquent par analogie.
Lunettes médicales et lentilles de contact				– Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de lentilles de contact qui ne sont pas pris en charge par l'AOS. – Les maxima de prestations définis pour les lunettes médicales et lentilles de contact en Suisse selon le niveau choisi s'appliquent par analogie.
Frais de transport				– Transports nécessités par le traitement vers le centre hospitalier le plus proche
Rapatriement, recherche et sauvetage				– Prise en charge des frais de rapatriement, recherche et sauvetage conformément aux conditions générales d'assurance Groupe Mutuel Assistance applicables lors de la conclusion du contrat pour les frais dépassant les sommes assurées par la couverture Groupe Mutuel Assistance.
Visite d'un membre de la famille				– Visite d'un membre de la famille de l'assuré hospitalisé depuis plus de 7 jours, à savoir : – les frais attestés pour le voyage aller et retour en classe économique et les transports publics jusqu'au lieu d'hospitalisation de l'assuré; – les frais de pension et de logement attestés, au plus cependant CHF 250 par jour jusqu'à concurrence de CHF 2'000.
Participations légales				– 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 et AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale, sous réserve du droit étranger.

3. Groupe Mutuel Assistance

Les prestations prévues par les conditions générales de l'assurance Groupe Mutuel Assistance applicables lors de la conclusion du contrat (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 kilomètres du domicile de l'assuré, en Suisse et à l'étranger).

Art. 6 Listes de prestations et de fournisseurs de prestations

1. Les listes mentionnées dans les présentes conditions particulières d'assurance sont disponibles sur le site Internet de l'assureur ou remises sur demande de la personne assurée.
2. Les listes valables au moment du traitement ou de l'utilisation d'une prestation sont déterminantes.

3. Ces listes peuvent être modifiées en tout temps par l'assureur. Une telle modification de la liste n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.

Art. 7 Droit aux prestations

1. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits (prestations avec limite de durée ou de montant) ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
2. Un cumul des prestations assurées en Suisse et à l'étranger n'est pas possible.
3. 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.
4. 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.
5. En cas d'assurance multiple au sens de la LCA, l'assureur verse les prestations proportionnellement aux couvertures d'assurance souscrites.
6. Si la couverture d'assurance débute en cours d'année, l'assureur peut réduire proportionnellement le maxima de prise en charge par année civile.
7. Etendue et durée des prestations en cas d'hospitalisation
   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.
8. 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.
   b. Si au moment de l'adhésion, l'assurée prouve qu'elle était couverte, auprès de Groupe Mutuel Assurances GMA SA ou d'un autre assureur, au cours des 12 derniers mois précédant l'entrée en vigueur du contrat d'assurance avec la même couverture en cas d'hospitalisation (division commune, mi-privée ou privée) et avec le risque maternité inclus, le délai de carence de 12 mois pour les prestations en cas de maternité défini à l'art. 7, al. 8, let. a des présentes conditions particulières n'est pas appliqué.
   c. 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.
   d. 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. de ce point demeure réservé.
9. Transplantations d'organes
   Dans le cadre de la présente assurance, il n'y a pas de couverture d'assurance en cas de transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération Suisse pour Tâches Communes des assureurs maladie à Soleure (SVK) a conclu des forfaits par cas (ces frais étant couverts par l'AOS). Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu.

Art. 8 Mesures d'économie

Lorsqu'un assuré au bénéfice du niveau 3 opte de son plein gré ou sur proposition de l'assureur pour un séjour en division commune, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier mais au maximum CHF 5'000 par année civile.

Art. 9 Primes

1. Le tarif est établi selon la classe d'âge, le sexe et le canton de domicile de l'assuré.
2. 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. 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 85e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans ;
   - 86 ans et plus.
3. Un changement de classe d'âge entraîne en principe une adaptation automatique de la prime.

Art. 10 Rabais famille

1. Un rabais famille peut être accordé sur la prime des enfants 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 conclu par le parent est équivalent ou supérieur à celui conclu par l'enfant.
2. Le rabais famille est supprimé dès que les conditions d'octroi définies à l'al. 1 ne sont plus remplies.
3. En application de l'art. 26a, al. 2, let. d des CGC, l'assureur peut, en tout temps, modifier ou supprimer le rabais famille, avec effet au plus tôt à la fin de l'année civile en cours.

Art. 11 Sortie du cercle des assurés d'une convention cadre et dissolution de la convention cadre

1. En cas de sortie du cercle des assurés d'une convention cadre, les primes sont adaptées sur la base des tarifs individuels en vigueur.
2. La même règle est appliquée à l'égard des membres de la famille du collaborateur décédé assurés dans le cadre d'une convention cadre.

3. Les réserves déjà existantes avant la sortie du cercle des assurés d'une convention cadre sont maintenues.
4. L'entrée en vigueur du contrat conclu avant la sortie du cercle des assurés d'une convention cadre est prise en compte pour le calcul des délais de carence.
5. Les prestations perçues avant la sortie du cercle des assurés d'une convention cadre sont prises en compte pour le calcul des maxima de prestations.
6. Les mêmes dispositions s'appliquent en cas de dissolution de la convention cadre passée entre l'entreprise assurée et l'assureur.
7. L'assuré ou le preneur d'assurance doivent informer l'assureur par écrit de sa sortie du cercle des assurés d'une convention cadre dans les 30 jours.
8. En cas de violation de cette obligation d'avis, le preneur d'assurance devra rembourser à l'assureur l'éventuelle différence de primes résultant de l'adaptation prévue au chiffre 1.
9. En cas de dissolution d'une convention cadre prévoyant le paiement de tout ou une partie des primes par l'entreprise assurée, les primes dues pour les périodes d'assurance suivant la fin de la convention cadre sont facturées directement au preneur d'assurance, qui est débiteur de leur paiement.
10. Le preneur d'assurance peut dénoncer le contrat dans les trente jours suivant la réception de sa nouvelle police.

Annexe A

Montants maximums remboursés pour les prestations d'hospitalisation fournies par des établissements ou médecins non reconnus par l'assureur (art. 5, al. 1 des présentes conditions particulières d'assurance, rubrique Hospitalisation en Suisse).

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