groupemutuel

Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global Business

GK

GKGA01-F3 – édition 01.06.2021 (avec avenant au 01.01.2024)

Table des matières

Art. 1 But de l'assurance
Art. 2 Risques couverts
Art. 3 Conditions d'admission
Art. 4 Dispositions particulières
Art. 5 Résiliation du contrat d'assurance
Art. 6 Prestations assurées
Art. 7 Droit aux prestations
Art. 8 Primes
Art. 9 Sortie du cercle des assurés d'un programme d'assurance collectif 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, pour autant que les présentes conditions particulières n'y dérogent pas.

Art. 1 But de l'assurance

1. Le but de cette assurance est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).
2. Pour les personnes qui étaient soumises à l'assurance obligatoire des soins (AOS) et qui ont opté pour le maintien de leur couverture d'assurance conformément à l'art. 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 Business sont versées en complément à ladite assurance.
3. L'assurance Global Business est composée de trois niveaux de couverture (module de base):
   – Niveau 1
   – Niveau 2
   – Niveau 3
4. Ce module de base peut être complété par l'option «Dentaire plus».

Art. 2 Risques couverts

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

Art. 3 Conditions d'admission

1. L'admission dans l'assurance Global Business est réservée au cercle des personnes assurables défini dans la convention cadre passée entre une entreprise et l'assureur, laquelle définit également les conditions d'admission applicables pour les diverses catégories de proposants. Ces derniers doivent être domiciliés en Suisse lors de l'admission.
2. Aucune limite d'âge n'est fixée pour adhérer à l'assurance Global Business Niveau 1. Pour le Niveau 2 et le Niveau 3, la limite d'âge est fixée au jour des 65 ans. Demeurent réservées les conditions d'admission pour l'option «Dentaire plus» définies à l'art. 6 al. 5 des présentes conditions.

Art. 4 Dispositions particulières

1. En dérogation à l'art. 14 let. d des CGC, le contrat d'assurance est maintenu en cas de transfert du domicile à l'étranger sans qu'un arrangement ne soit requis.
2. En dérogation aux art. 6 al. 5 et 7 al. 7 des présentes conditions, aucun délai de carence n'est appliqué pour les soins dentaires et les prestations de maternité pour les collaborateurs de nationalité étrangère ou suisse qui sont transférés ou engagés par leur employeur pour venir en Suisse («impatriés») respectivement pour les collaborateurs de nationalité étrangère ou suisse qui sont transférés à l'étranger par leur employeur («expatriés») ainsi qu'aux membres de leur famille.
3. En cas de transfert du domicile à l'étranger en cours de contrat, l'assurance Global Business peut être conservée sans augmentation possible de la couverture d'assurance pour autant que l'assuré demeure soumis à l'assurance-maladie obligatoire des soins LAMal, en vertu de l'accord sur la libre-circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale, ou bénéficie d'une couverture selon l'art. 1 al. 2 des présentes conditions.
4. 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. 3 des présentes conditions. 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 Résiliation du contrat d'assurance

1. En dérogation à l'art. 13 al. 2 des CGC, le contrat d'assurance peut être dénoncé par l'assuré au terme de trois ans de couverture d'assurance et ensuite annuellement, pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de trois mois, sous réserve des dispositions prévues à l'art. 9 des présentes conditions.
2. Si les critères mentionnés à l'art. 4 al. 3 des présentes conditions ne sont plus remplis, l'assureur résiliera l'assurance Global Business avec effet rétroactif à la date à laquelle l'assuré domicilié à l'étranger ne remplit plus les critères en question.

Art. 6 Prestations assurées

1. En Suisse

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Hospitalisation	Division commune	Libre choix de la division moyennant les participations suivantes à charge de l'assuré: – commune Fr. 0.– – mi-privée Fr. 100.–/ jour max. 30 jours/ année civile – privée Fr. 200.–/ jour max. 20 jours/ année civile	Division privée	**Description** – Libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu, les accidents et la maternité. – Coûts des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur ou la réglementation tarifaire cantonale. **Remarques** – Les établissements doivent être reconnus au sens de la LAMal (hôpitaux répertoriés) ou avoir conclu une convention tarifaire avec Groupe Mutuel Assurances GMA SA pour les divisions correspondantes. – Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 60 jours au cours d'une année civile. – Après 180 jours d'hospitalisation en division mi-privée ou privée au cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées. – La durée des prestations d'hospitalisation dans un établissement en soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les prestations d'hospitalisation en division mi-privée ou privée (180 jours précités). **Obligation de l'assuré** – 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.
Interventions chirurgicales ambulatoires	Aucune prestation	Max Fr. 400.–/ année civile	Max Fr. 600.–/ année civile	– Lorsque l'assuré subit, dans une salle d'opération, une intervention chirurgicale ambulatoire remboursée par l'assurance obligatoire des soins (AOS) auprès d'un fournisseur de soins reconnu au sens de la LAMal, l'assureur prend en charge les frais suivants: • hébergement de l'assuré et de ses accompagnants, dans un établissement hospitalier ou un hôtel, pour la nuit précédant et/ou suivant directement le traitement; • transport de l'assuré entre son domicile et le fournisseur de soins en question (aller et/ou retour en transports publics ou en taxi).
Médicaments limités et hors liste	90%	90%	90%	**Description** – Médicaments non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et prescrits par un médecin ou un prescripteur de soins reconnu au sens de la LAMal. **Exclusion** – Produits figurant sur la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).
Frais de transport et de sauvetage	90%	90%	90%	**Description** – Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que lesdits transports soient médicalement nécessaires. **Remarque** – Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère. Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également pris en charge.
Médecines alternatives	30%, max. Fr. 2'000.-/ année civile	60%, max. Fr. 3'000.–/ année civile	90%, max. Fr. 4'000.–/ année civile	**Description** – Thérapies selon liste ci-dessous (art. 6 al. 3, liste des thérapies) exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapeutique naturelle reconnu par l'assureur. **Obligation de l'assuré** – 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.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Lunettes médicales et lentilles de contact	Fr. 150.– chaque 3 ans	Fr. 200.– chaque 3 ans	Fr. 200.– chaque 3 ans	– Coûts des montures, verres ou lentilles de contact.
Cures thermales	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/ année civile	90%, max. 30 jours/ année civile	**Description** – Frais de traitement et de pension en cas de cure thermale dans les établissements de cures balnéaires reconnus par l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), et ce pour autant que les prestations soient prescrites par un médecin reconnu au sens de la LAMal. **Obligation de l'assuré** – Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande d'autorisation ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Cures de convalescence	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/ année civile	90%, max. 30 jours/ année civile	**Description** – Frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence en Suisse dans les établissements reconnus par l'assureur, et ce pour autant que la cure soit ordonnée suite à une hospitalisation. **Obligation de l'assuré** – Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande d'autorisation ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Aide à domicile	50%, max. Fr. 1'500.–/ année civile	50%, max. Fr. 1'500.–/ année civile	90%, max. Fr. 2'500.–/ année civile	**Description** – Frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel et qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.). **Remarque** – Aucune prestation n'est allouée lorsque l'assuré est reconnu invalide par l'assurance invalidité (AI), bénéficie d'une rente d'allocation pour impotent ou séjourne dans un établissement hospitalier, de cure ou de convalescence. **Obligation de l'assuré** – L'assuré est tenu de requérir l'accord préalable de l'assureur.
Vaccins	90%	90%	90%	– Frais pour les vaccinations médicalement prescrites pour la Suisse (non comprises dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS)), ainsi que celles qui sont recommandées par l'Office fédéral de la santé publique en cas de départ à l'étranger.
Check-up	90%, max. Fr. 600.– tous les 3 ans	90%, max. Fr. 800.– tous les 3 ans	90%, max. Fr. 1'000.– tous les 3 ans	– Seuls les check-up effectués par un médecin reconnu au sens de la LAMal sont pris en charge.
Seconde opinion	90%	90%	90%	– 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. Fr. 200.–/ année civile	50%, max. Fr. 200.–/ année civile	50%, max. Fr. 200.–/ année civile	**Description** – Frais liés à des mesures destinées à promouvoir la santé dans les domaines suivants: • fitness; • école du dos; • cures pour désintoxication au tabac ou à l'alcool. **Remarque** – 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 Fr. 200.–.
Echographies en cas de grossesse	Fr. 150.– par grossesse	Fr. 150.– par grossesse	Fr. 150.– par grossesse	– Echographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.
Cours de préparation à l'accouchement	Fr. 150.– par grossesse	Fr. 150.– par grossesse	Fr. 150.– par grossesse	– Cours d'accouchement sans douleur ou de préparation à la naissance qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.– par enfant	Fr. 100.– par enfant	Fr. 100.– par enfant	– L'accouchée a droit à l'indemnité si elle allaite son enfant pendant 30 jours au moins et que cette durée d'allaitement est confirmée par le médecin ou la sage-femme. En cas de naissance multiple, l'indemnité est versée pour chaque enfant.

2. A l'étranger

a. Les prestations ci-après sont valables dans le monde entier, à l'exclusion de la Suisse, en supplément ou en complément à la couverture sociale suisse, respectivement en supplément ou en complément au catalogue de prestations dont l'assuré peut bénéficier en vertu d'une convention internationale de sécurité sociale avec la Suisse.

b. Sous réserve des cas relevant de l'entraide en prestations applicable au sein des Etats membres de l'UE et AELE, les prestations assurées correspondent à celles couvertes en Suisse lors de problèmes de santé semblables.

c. A l'exception des prestations «Lunettes médicales et lentilles de contact» et «option Dentaire plus», les traitements volontaires à l'étranger doivent faire l'objet d'une demande écrite de la part de l'assuré et sont pris en charge uniquement sur accord préalable de l'assureur.

d. Les prestations ci-après sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies par des personnes ou des institutions qui disposent de la formation, de la reconnaissance et de l'autorisation nécessaire des organismes sociaux étrangers.

e. Sous peine de déchéance du droit aux prestations, les cas d'hospitalisation et autres traitements coûteux faisant l'objet d'une demande de garantie financière de la part du fournisseur de soins doivent être annoncés préalablement à Groupe Mutuel Assistance au moyen du formulaire «annonce pour demande de garantie financière».
Les cas d'urgence doivent être immédiatement annoncés à Groupe Mutuel Assistance.

f. Paiement des prestations
- Si plusieurs membres de la famille tombent malades ou sont accidentés simultanément, une facture séparée doit être demandée, pour chaque assuré: au médecin, à l'hôpital, au pharmacien, etc.
- Pour obtenir le remboursement des frais, l'assuré est tenu de fournir toutes pièces justificatives nécessaires 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.

g. En dérogation à l'art. 5 al. 2 let. c des présentes conditions, les personnes résidant à l'étranger et demeurant soumises à l'assurance-maladie obligatoire des soins LAMal, ou les personnes ayant opté pour le maintien de leur couverture d'assurance conformément à l'art. 7a de l'OAMal par la souscription d'une assurance facultative des soins selon la LCA, ne doivent pas requérir l'accord préalable de l'assureur pour les traitements volontaires effectués dans leur pays de résidence.
La let. e ci-dessus demeure réservée.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Hospitalisation	Chambre à plus de 2 lits	Libre choix de la division moyennant les participations suivantes à charge de l'assuré: – chambre à plus de 2 lits Fr. 0.– – chambre à 2 lits Fr. 100.–/ jour max. 30 jours/ année civile – chambre à 1 lit Fr. 200.–/ jour max. 20 jours/ année civile	Chambre à 1 lit	**Description** – Libre choix selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu, les accidents et la maternité. – Coûts des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins. **Remarques** – Les établissements doivent être reconnus par les autorités sanitaires compétentes du pays dans lequel le traitement est prodigué. – Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 60 jours au cours d'une année civile. – Après 180 jours d'hospitalisation en chambre à 2 lits ou à 1 lit au cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées. – La durée des prestations d'hospitalisation dans un établissement en soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les prestations d'hospitalisation en chambre à 2 lits ou à 1 lit (180 jours précités). – Les prestations d'hospitalisation à l'étranger sont limitées au maximum à Fr. 3'000.–/ jour. **Obligation de l'assuré** – L'assuré est tenu de se renseigner auprès de l'assureur si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par les autorités sanitaires compétentes du pays dans lequel le traitement est prodigué.
Interventions chirurgicales ambulatoires	Aucune prestation	Max Fr. 400.–/ année civile	Max Fr. 600.–/ année civile	– Lorsque l'assuré subit, dans une salle d'opération, une intervention chirurgicale ambulatoire, couverte selon le catalogue des prestations prévues par la LAMal, effectuée par un fournisseur de soins reconnu par les autorités sanitaires compétentes du pays dans lequel le traitement est prodigué, l'assureur prend en charge les frais suivants: • hébergement de l'assuré et de ses accompagnants, dans un établissement hospitalier ou un hôtel, pour la nuit précédant et/ou suivant directement le traitement; • transport de l'assuré entre son domicile et le fournisseur de soins en question (aller et/ou retour en transports publics ou en taxi).

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Traitements ambulatoires	90%	90%	90%	– Consultations, analyses, radiographies et médicaments reconnus. – Participations légales étrangères selon l'art. 7 al. 5 des présentes conditions.
Frais de transport et de sauvetage	90%	90%	90%	**Description** – Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que lesdits transports soient médicalement nécessaires. **Remarque** – Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère. Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également pris en charge.
Médecines alternatives	30%, max. Fr. 2'000.–/ année civile	60%, max. Fr. 3'000.–/ année civile	90%, max. Fr. 4'000.–/ année civile	**Description** – Thérapies selon liste ci-dessous (art. 6 al. 3, liste des thérapies) exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapeutique naturelle reconnu par l'assureur. **Obligation de l'assuré** – Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de requérir l'accord préalable de l'assureur. Pour fonder sa décision, l'assureur se base par analogie sur les critères applicables en Suisse.
Lunettes médicales et lentilles de contact	Fr. 150.– chaque 3 ans	Fr. 200.– chaque 3 ans	Fr. 200.– chaque 3 ans	– Coûts des montures, verres ou lentilles de contact.
Cures thermales	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/ année civile	90%, max. 30 jours/ année civile	**Description** – Frais de traitement et de pension en cas de cure thermale dans les établissements de cures balnéaires reconnus par l'assureur par analogie aux critères applicables en Suisse, et ce pour autant que la cure soit prescrite par un médecin reconnu par les autorités sanitaires compétentes. **Obligation de l'assuré** – Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande d'autorisation ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Cures de convalescence	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/ année civile	90%, max. 30 jours/ année civile	**Description** – Frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence dans les établissements reconnus par l'assureur par analogie aux critères applicables en Suisse, et ce pour autant que la cure soit ordonnée suite à une hospitalisation. **Obligation de l'assuré** – Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande d'autorisation ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Aide à domicile	50%, max. Fr. 1'500.–/ année civile	50%, max. Fr. 1'500.–/ année civile	90%, max. Fr. 2'500.–/ année civile	**Description** – Frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel et qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.). **Remarque** – Aucune prestation n'est allouée lorsque l'assuré est reconnu invalide par l'assurance invalidité (AI), bénéficie d'une rente d'allocation pour impotent ou séjourne dans un établissement hospitalier, de cure ou de convalescence. **Obligation de l'assuré** – L'assuré est tenu de requérir l'accord préalable de l'assureur.
Vaccins	90%	90%	90%	– Frais pour les vaccinations médicalement prescrites pour la Suisse (non comprises dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS)), ainsi que celles qui sont recommandées par les autorités sanitaires compétentes.
Check-up	90%, max. Fr. 600.– tous les 3 ans	90%, max. Fr. 800.– tous les 3 ans	90%, max. Fr. 1'000.– tous les 3 ans	– Seuls les check-up effectués par un médecin reconnu par les autorités sanitaires compétentes sont pris en charge.
Seconde opinion	90%	90%	90%	– 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. Fr. 200.–/ année civile	50%, max. Fr. 200.–/ année civile	50%, max. Fr. 200.–/ année civile	**Description** – Frais liés à des mesures destinées à promouvoir la santé dans les domaines suivants : • fitness; • école du dos; • cures pour désintoxication au tabac ou à l'alcool. **Remarque** – 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 Fr. 200.–.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Echographies en cas de grossesse	Fr. 150.– par grossesse	Fr. 150.– par grossesse	Fr. 150.– par grossesse	– Echographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.
Cours de préparation à l'accouchement	Fr. 150.– par grossesse	Fr. 150.– par grossesse	Fr. 150.– par grossesse	– Cours d'accouchement sans douleur ou de préparation à la naissance qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.– par enfant	Fr. 100.– par enfant	Fr. 100.– par enfant	– L'accouchée a droit à l'indemnité si elle allaite son enfant pendant 30 jours au moins et que cette durée d'allaitement est confirmée par le médecin ou la sage-femme. En cas de naissance multiple, l'indemnité est versée pour chaque enfant.

3. Liste des thérapies «médecine alternative»

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

4. Groupe Mutuel Assistance

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

b. En dérogation à l'art. 4 al. 2 des conditions générales de l'assurance Groupe Mutuel Assistance, la couverture des personnes assurées domiciliées à l'étranger selon l'art. 4 al. 1 des présentes conditions n'est pas limitée à 60 jours consécutifs dans leur pays de résidence.

5. Option «Dentaire plus»

a. L'assuré peut, moyennant un supplément de prime, étendre sa couverture d'assurance pour les traitements dentaires listés ci-dessous. Avec cette option, le pourcentage et la limite de prise en charge des frais dentaires sont les suivants:
   – classe 1: 75%, max. Fr. 3'000.–/année civile
   – classe 2: 75%, max. Fr. 15'000.–/année civile
   L'option assurée et la classe d'assurance sont mentionnées sur la police d'assurance.

b. Toute personne peut adhérer à l'option «Dentaire plus» jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

c. L'admission se fait sur la base d'un formulaire délivré par l'assureur, signé par le proposant ou son représentant légal, accompagné d'un certificat établi par un médecin-dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme équivalent reconnu en Suisse.

d. L'assureur prend en charge, jusqu'à concurrence de Fr. 75.–, les honoraires du médecin-dentiste ayant établi le certificat.

e. L'option «Dentaire plus» prend en charge uniquement les frais:
   1. de traitements dentaires effectués par un médecin dentiste diplômé;
   2. de contrôle dentaire prophylactique annuel;
   3. de soins d'orthopédie dento-faciale;
   4. de laboratoire.

f. Pour les traitements dentaires consécutifs à un accident survenu après l'entrée en vigueur de l'assurance, le droit aux prestations est immédiat.

g. 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.
h. Pour tous les autres traitements dentaires, les prestations d'assurance sont accordées après un délai de carence de 3 mois.
i. Le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point) est déterminant pour le calcul des prestations prises en charge; la majoration éventuelle ne peut excéder 50%.
j. 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 et que les coûts ne dépassent pas ceux qui auraient été facturés en Suisse.

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. En dérogation à l'art. 17 al. 4 des CGC, les assurés qui le demandent peuvent exceptionnellement indiquer à l'assureur une adresse de paiement à l'étranger.
4. Si un traitement médical ou une thérapie alternative ne sont plus justifiés médicalement et n'apportent plus d'amélioration thérapeutique, l'assureur informe l'assuré de la réduction ou de la fin du versement des prestations.
5. Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'AOS lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin dont le diplôme est reconnu par le droit suisse ou d'une personne dûment autorisée et reconnue par l'assureur. L'assurance régie par les présentes dispositions ne peut en aucun cas servir à couvrir les quotes-parts et les franchises légales de l'AOS et des autres assurances complémentaires.
   La couverture d'assurance s'étend cependant à la prise en charge des participations légales étrangères dans le cadre d'un traitement fourni hors de la Suisse en application de l'accord sur la libre circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale et pour autant que la loi du pays en question ne l'interdise pas.
6. Etendue et durée des prestations en cas d'hospitalisation
   a. Les prestations hospitalières sont limitées à la phase aiguë du traitement. Dès que le patient n'est plus considéré de type aigu, en particulier lors de traitements d'affections stabilisées ou chroniques, ou lorsque le séjour hospitalier ne sert pas à améliorer l'état de santé de l'assuré, le droit aux prestations s'éteint.
   b. L'assuré au bénéfice de l'assurance Global Business Niveau 2 a le libre-choix de la division hospitalière moyennant les participations journalières et limites annuelles prévues à l'art. 6 des présentes conditions.
      Dans le calcul du nombre de jours d'hospitalisation soumis à participation de l'assuré, le jour d'entrée et le jour de sortie sont considérés comme des jours entiers, lorsqu'ils sont facturés par l'établissement hospitalier.
      Si durant une année civile, les divisions mi-privée et privée sont choisies lors d'hospitalisations par l'assuré, le montant maximal dû par ce dernier correspond à la limite applicable pour la division privée, soit Fr. 4'000.–.
   c. Lorsqu'un assuré au bénéfice de l'assurance Global Business Niveau 3 renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division privée pour la division commune, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier mais au maximum Fr. 5'000.– par hospitalisation. Cette prestation n'est pas allouée en cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile.
7. 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. 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 à la let. a ci-dessus est applicable.
   c. En cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile, l'assurée du Niveau 1 reçoit une allocation de Fr. 800.–, celle du Niveau 2 une allocation de Fr. 1'000.– et celle du Niveau 3 une allocation de Fr. 1'200.–, sous réserve du délai de carence mentionné à la let. a ci-dessus.
   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 de toute assurance auprès de l'assureur dans les 30 jours suivant sa naissance. Les frais personnels ne sont pas couverts. Le délai de carence mentionné à la let. a ci-dessus demeure réservé.
8. 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.

9. Option «Dentaire plus»
   Les prestations mentionnées à l'art. 6 al. 5 des présentes conditions sont couvertes à condition que la police d'assurance le mentionne expressément.

Art. 8 Primes

1. 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, à l'exception de l'option «Dentaire plus»:
   – de 0 à 18 ans;
   – de 19 à 25 ans;
   – dès la 26e année les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans.
2. Pour l'option «Dentaire plus», les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans (0-5 ans, 6-10 ans, etc.). Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées.

Art. 9 Sortie du cercle des assurés d'un programme d'assurance collectif et dissolution de la convention cadre

1. En cas de sortie du cercle des assurés d'un programme d'assurance collectif, les personnes assurées passent automatiquement dans les produits similaires suivants de Groupe Mutuel Assurances GMA SA:
   – Assurance complémentaire d'hospitalisation classe 1 - division commune (catégorie HC) et assurance des soins complémentaires classe 1 (catégorie SC) et assurance Mundo (catégorie MU), pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global Business Niveau 1;
   – Assurance en cas d'hospitalisation H-Bonus (catégorie HB) et assurance des soins complémentaires classe 3 (catégorie SC) et assurance Mundo (catégorie MU), pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global Business Niveau 2;
   – Assurance complémentaire d'hospitalisation classe 4 - division privée sans franchise (catégorie HC) et assurance des soins complémentaires classe 4 (catégorie SC) et assurance Mundo (catégorie MU), pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global Business Niveau 3;
   – Assurance des soins dentaires (Dentaire Plus) classe 3 y compris classe complémentaire 5 (catégorie DP), pour les assurés précédemment au bénéfice de l'option «Dentaire plus» classe 1 de l'assurance Global Business;
   – Assurance des soins dentaires (Dentaire Plus) classe 4 y compris classe complémentaire 5 (catégorie DP), pour les assurés précédemment au bénéfice de l'option «Dentaire plus» classe 2 de l'assurance Global Business.

   Les tarifs correspondants à ces produits sont alors appliqués aux assurés concernés.
2. La même règle est appliquée à l'égard des membres de la famille du collaborateur décédé assurés dans le cadre du programme d'assurance collectif.
3. Les réserves déjà existantes sont maintenues.
4. L'entrée en vigueur du contrat conclu avant la sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif est prise en compte pour le calcul des délais de carence.
5. Les prestations perçues avant la sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif 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 doit informer l'assureur par écrit de sa sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif dans les 30 jours.
8. 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 à l'assuré qui est débiteur de leur paiement.
9. L'assuré peut dénoncer le contrat ou certains produits ou opter sans examen de santé pour une éventuelle classe inférieure de ces produits, dans les 30 jours suivant la réception de sa nouvelle police.
10. Si l'assurance Global Business prend fin conformément à l'art. 5 al. 2 des présentes conditions, la couverture d'assurance s'arrête sans passage automatique vers des produits similaires au sens du présent art. 9 al 1-6.

Groupe Mutuel Assurances GMA SA (GMA SA)

Avenant aux conditions particulières - version au 01.01.2024 Global Business - GKGA01

Les dispositions de l'avenant s'appliquent dès le 1er janvier 2024 pour les personnes au bénéfice de l'assurance complémentaire Global Business - GKGA01.

Prestations assurées
Remplace la partie « Hospitalisation » de l'art. 6 al. 1, colonne « Détails ».

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

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

- La liste des fournisseurs de prestations et des montants maximums est disponible sur le site internet de l'assureur ou remise sur demande. La liste valable au moment du traitement est déterminante.
- La liste des fournisseurs de prestations peut être modifiée en tout temps par l'assureur. Une telle modification de la liste n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.

Remarques
- Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 60 jours au cours d'une année civile.
- Après 180 jours d'hospitalisation en division mi-privée ou privée au cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées.
- La durée des prestations d'hospitalisation dans un établissement en soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les prestations d'hospitalisation en division mi-privée ou privée (180 jours précités).

Obligation de l'assuré
- 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.