



Groupe Mutuel Assurances GMA SA

# Conditions d'assurances



# Table des matières

<b>Conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires du Groupe Mutuel Assurances GMA SA</b>	CGC	5
<b>Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global</b>	Catégorie GL	12
<b>Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global classic</b>	Catégorie GI	18
<b>Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global mi-privée</b>	Catégorie GM	22
<b>Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global privée</b>	Catégorie GP	27
<b>Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global smart</b>	Catégorie GO	32
<b>Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global confort</b>	Catégorie GC	39
<b>Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global flex</b>	Catégorie GX	44
<b>Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires</b>	Catégorie SC	47
<b>Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires avec Bonus</b>	Catégorie SB	52
<b>Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires Premium</b>	Catégorie SD	56
<b>Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires Optimum</b>	Catégorie SO	60
<b>Conditions particulières de l'assurance complémentaire Vitalis</b>	Catégorie SP	64
<b>Conditions particulières de l'assurance complémentaire de soins Alterna</b>	Catégorie SA	65
<b>Conditions particulières de l'assurance complémentaire d'hospitalisation</b>	Catégorie HC	66
<b>Conditions particulières de l'assurance complémentaire H-Bonus</b>	Catégorie HB	68
<b>Conditions particulières de l'assurance Hôpital senior</b>	Catégorie HS	70
<b>Conditions particulières de l'assurance H-Capital</b>	Catégorie KH	72
<b>Conditions particulières de l'assurance d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation</b>	Catégorie BH	73
<b>Conditions particulières de l'assurance Mundo</b>	Catégorie MU	74
<b>Conditions particulières de l'assurance des soins Dentaire plus</b>	Catégorie DP	76
<b>Conditions particulières de l'assurance accident Acrobat</b>	Catégorie AB	78
<b>Conditions particulières de l'assurance ActiVita</b>	Catégorie AJ	82
<b>Conditions particulières de l'assurance ProVista</b>	Catégorie ID	85
<b>Conditions particulières de l'assurance Legis<sup>sana</sup></b>	Catégorie LG	88
<b>Conditions particulières de l'assurance KidsProtect</b>	Catégorie KP	90
<b>Conditions générales de l'assurance Groupe Mutuel Assistance</b>	Catégorie AG	92



# Conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires du Groupe Mutuel Assurances GMA SA

CGC

La forme masculine utilisée dans le texte suivant s'applique par analogie aux personnes de sexe féminin.

CAGA04-F2 – édition 01.01.2022

L'assureur est le Groupe Mutuel Assurances GMA SA.

## Art. 1 Contrat d'assurance individuel par produit et bases du contrat d'assurance

1. Pour autant que les conditions du contrat ne prévoient pas de dérogation, le contrat d'assurance est régi par les prescriptions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908.
2. La proposition d'assurance, la police d'assurance, les présentes conditions générales (CGC), les conditions particulières ainsi que les éventuelles conventions particulières constituent les bases du contrat d'assurance.
3. Chaque produit d'assurance, défini par des conditions particulières idoines, fait l'objet d'un contrat individuel et distinct.

## Art. 2 But de l'assurance

1. L'assurance couvre en principes les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident.
2. Les conditions particulières de chaque produit d'assurance définissent les risques assurés.

## Art. 3 Définitions

1. Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.
2. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.  
Les lésions corporelles au sens de l'art. 6 al. 2 de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) sont assimilées aux accidents.
3. La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.

## Art. 3a Nature de l'assurance

1. Sauf disposition contraire dans les conditions particulières d'assurance, la couverture des produits régis par les présentes conditions générales relève de l'assurance de dommages.
2. Les couvertures d'assurance relevant de l'assurance de dommages indemnisent le dommage effectif subi jusqu'à concurrence des prestations assurées.
3. Les couvertures d'assurance relevant de l'assurance de sommes prévoient, en cas de sinistre, le versement de la somme fixée contractuellement dans la police indépendamment du dommage effectif subi.

## Art. 4 Validité territoriale

1. L'assurance est valable dans le monde entier.
2. Si une maladie se déclare ou un accident survient en Suisse, et si l'assuré se fait soigner dans d'autres pays, les frais découlant du traitement suivi ne seront remboursés que si le preneur d'assurance ou le médecin traitant a présenté préalablement une demande à l'assureur et que celui-ci l'a acceptée.

## Art. 4a Maintien de la couverture en cas de transfert du domicile à l'étranger

1. Sauf disposition contraire dans les conditions particulières d'assurance, les produits d'assurance peuvent être conservés en cas de transfert du domicile à l'étranger en cours de contrat, 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 qu'il bénéficie d'une couverture équivalente au sens de l'art. 7a de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).
2. L'assuré domicilié à l'étranger doit informer l'assureur dans les 30 jours lorsqu'il ne remplit plus les critères mentionnés à l'art. 4a, al. 1 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 Proposant, preneur d'assurance et personne assurée

1. Le proposant est la personne qui transmet une proposition de contrat d'assurance à l'assureur.
2. Le preneur d'assurance est la personne qui a conclu un contrat avec l'assureur.
3. La personne qui est mentionnée en qualité d'assuré sur la police d'assurance est considérée comme la personne assurée.

## Art. 6 Proposition d'assurance

1. La transmission d'une proposition d'assurance ne constitue pas une demande d'offre, mais une déclaration formelle du proposant à l'assureur de vouloir contracter un ou plusieurs contrats d'assurances. Le proposant demeure lié envers l'assureur conformément aux dispositions de l'article 1 LCA, à savoir pendant 14 jours, respectivement 4 semaines si des renseignements médicaux sont nécessaires.
2. Le proposant peut révoquer sa proposition au plus tard dans les 14 jours suivant sa demande de conclusion de contrat. Ce délai est respecté si le proposant remet la révocation à l'assureur conformément à l'art. 37 des CGC ou qu'il remet son avis de révocation à la poste au plus tard le dernier jour du délai.
3. Lorsque la proposition émane de l'assureur, le preneur d'assurance peut révoquer le contrat au plus tard dans les 14 jours suivant son acceptation par le preneur d'assurance.
4. La proposition d'assurance se fait à l'aide du formulaire mis à disposition par l'assureur. Le proposant doit répondre à toutes les questions figurant sur la proposition d'assurance ainsi que dans le questionnaire de santé de façon complète et conforme à la vérité. Il demeure responsable du fait que les réponses communiquées par une tierce personne ou par

un intermédiaire soient conformes à ses indications. Les assurés doivent autoriser les tiers à remettre à l'assureur tous les documents et renseignements dont il aurait besoin.

5. L'assureur se réserve le droit d'accepter ou de refuser la proposition d'assurance, d'émettre des réserves ou d'appliquer des surprimes si les conditions particulières du produit le prévoient. Il n'a pas d'obligation de motiver sa décision.
6. Le refus ou la mise sous réserve d'un ou de plusieurs produits de la proposition d'assurance ne justifie pas de se départir des autres produits acceptés par l'assureur.
7. Le refus ou la mise sous réserve de produits d'autres membres de la famille du proposant (époux, enfants) ne justifie pas de se départir de sa propre proposition ou de son/ses propre(s) contrat(s).
8. La proposition d'assurance d'une personne n'ayant pas l'exercice des droits civils doit avoir été ratifiée par son représentant légal.

### **Art. 7 Renseignements médicaux**

1. L'assureur peut, à ses frais, exiger l'établissement d'un rapport médical.
2. L'assureur peut aussi faire examiner l'état de santé du proposant par un médecin qu'il a désigné.

### **Art. 8 Réserves**

1. Pour les personnes qui, au moment où elles font leur proposition d'assurance, souffrent d'une maladie ou des suites d'un accident, l'assureur peut émettre des réserves sur celles-ci. Font aussi l'objet d'une réserve les maladies et les accidents dont l'assuré a souffert antérieurement si selon l'expérience, des rechutes sont possibles.
2. L'affection faisant l'objet de la réserve est communiquée à l'assuré par le biais d'une déclaration de consentement. L'assuré qui accepte de conclure le contrat avec la réserve est tenu de donner son accord. A défaut d'un accord de l'assuré dans le délai imparti par l'assureur, ce dernier peut considérer que l'assuré renonce à conclure la couverture faisant l'objet de la réserve.
3. Les réserves sont émises pour toute la durée du contrat. L'assuré est libre de faire attester à ses frais qu'une réserve n'est plus justifiée. Dans ce cas, l'assureur se réserve le droit de maintenir ladite réserve ou de la supprimer.

### **Art. 9 Modification de la couverture d'assurance**

1. La proposition d'augmenter la couverture d'assurance (par ex. diminuer la franchise, augmenter le niveau de couverture ou le capital assuré) au sein du même produit est considérée comme proposition de conclure un nouveau contrat au sens des articles 6 à 13 des présentes CGC.
2. L'assureur se réserve le droit d'accepter ou de refuser la proposition, ou d'émettre des réserves, aux conditions et dans les délais de l'article 1 LCA et de l'art. 6 des CGC. En particulier, les conditions du contrat telles que le délai de résiliation et un éventuel délai de carence (période initiale du contrat durant laquelle la couverture d'assurance n'est pas acquise pour toutes ou certaines prestations) s'appliquent à nouveau, et il n'y a pas de droits acquis repris de l'ancien contrat.
3. Une diminution de couverture au sein du même produit est possible seulement une fois la durée contractuelle minimale écoulée moyennant un préavis d'un mois pour la fin d'une année civile. Si la demande de diminution de couverture intervient suite à une augmentation de prime, seul le préavis d'un mois pour la fin d'une année civile est requis.

### **Art. 10 Début du contrat et de la couverture d'assurance**

1. Le contrat d'assurance est conclu dès que l'assureur a communiqué au proposant l'acceptation de sa proposition.
2. La couverture d'assurance débute à la date d'entrée en vigueur confirmée dans la police d'assurance.
3. Les délais de carence prévus dans les conditions particulières sont réservés.

### **Art. 11 Réticence**

1. Si le preneur d'assurance a, lorsqu'il a répondu aux questions, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur est en droit de résilier le contrat, dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.
2. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance.

### **Art. 12 Période d'assurance**

1. La période d'assurance correspond à une année civile et s'étend du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.
2. En cas de conclusion du contrat en cours d'année civile, la première période d'assurance s'étend de la date d'entrée en vigueur confirmée dans la police jusqu'à la fin de l'année civile.

### **Art. 13 Durée et résiliation du contrat d'assurance**

1. Le contrat est conclu sans limitation de durée, sous réserve de dispositions contraires prévues dans les conditions particulières.
2. Au terme de trois périodes d'assurance, le preneur d'assurance peut dénoncer le contrat individuellement pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de trois mois. Font exception certains produits, dont la durée au terme de laquelle le preneur d'assurance peut résilier le contrat selon les conditions particulières, est différente. Conformément à l'art. 35a, al. 4 LCA, seul le preneur d'assurance peut faire usage de ce droit de résiliation.
3. L'assureur peut résilier le contrat en cas de fraude ou de tentative de fraude.
4. Après chaque sinistre pour lequel une prestation est versée par l'assureur, le preneur d'assurance a le droit de se départir du produit d'assurance concerné au plus tard dans les 10 jours après qu'il ait eu connaissance du paiement de l'indemnité. Conformément à l'art. 35a, al. 4 LCA, seul le preneur d'assurance peut faire usage de ce droit de résiliation. Si le preneur se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets quatorze jours après la notification de la résiliation à l'assureur. Ce dernier conserve son droit à la prime pour la période d'assurance en cours si le preneur résilie le contrat durant l'année qui suit l'entrée en vigueur de la couverture d'assurance. Dans les autres cas, la prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat.
5. Le droit de résiliation pour violation du devoir d'information par l'assureur avant la conclusion du contrat s'éteint quatre semaines après que le preneur d'assurance a eu connaissance de la contravention et des informations mais au plus tard deux ans après la contravention. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient à l'assureur. La prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat lorsque celui-ci est résilié ou prend fin avant son échéance.
6. En cas de justes motifs au sens de l'art. 35b LCA, le contrat peut être résilié en tout temps par le preneur d'assurance ou l'assureur.

7. Le preneur d'assurance doit notifier sa résiliation conformément à l'art. 37 des présentes CGC.

## Art. 14 Fin du contrat d'assurance

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

- a. au décès de l'assuré;
- b. lors de la résiliation du contrat d'assurance;
- c. lorsque l'assureur s'est départi du contrat d'assurance suite au non paiement des primes conformément à l'art. 21 al. 1 LCA;
- d. en cas de transfert du domicile à l'étranger, à la date de départ du territoire suisse annoncée à l'autorité communale ou cantonale compétente, et ce pour autant qu'aucun autre arrangement n'ait été prévu au sens de l'art. 4a des présentes conditions d'assurance;
- e. lorsque l'assuré domicilié à l'étranger ne remplit plus les conditions de maintien de la couverture définies à l'article 4a des présentes conditions d'assurance.

## Art. 15 Etendue et durée des prestations

1. Les prestations allouées par l'assureur dans chaque produit d'assurance sont régies par les conditions particulières d'assurance correspondantes.
2. Sauf disposition contraire mentionnée dans les conditions particulières d'assurance, l'étendue des prestations en cas d'accident est la même que pour la maladie.

## Art. 16 Droit aux prestations

1. Le droit aux prestations ne peut être exercé que pour les maladies ou les accidents qui surviennent pendant la durée de la couverture d'assurance.
2. L'assuré doit fournir à l'assureur les factures détaillées.
3. Sur demande de l'assureur, l'assuré doit envoyer l'original de la facture ainsi que les autres pièces justificatives nécessaires (rapports médicaux, ordonnances, attestations de paiements, etc.).

## Art. 17 Paiement des prestations

1. Les assurés sont en principe débiteurs des honoraires à l'égard des fournisseurs de soins. Ils acceptent cependant les contrats passés entre l'assureur et les fournisseurs de soins qui, en dérogation, prévoient le paiement direct aux fournisseurs de soins.
2. Les prestations couvertes sont payables après réception par l'assureur de tous les renseignements et documents qui lui permettent de se convaincre du bien-fondé et de l'importance des prétentions.
3. L'assureur n'est en mesure d'établir son décompte que sur la base des factures détaillées mentionnant les dates des traitements, la nature du traitement, les prestations médicales fournies, le montant correspondant à chaque prestation ainsi que les noms, adresses et numéros de téléphone des fournisseurs de soins suisses et étrangers. En cas de besoin, l'assureur peut exiger à charge de l'assuré une traduction dans une des langues nationales des documents établis dans une autre langue.
4. Les assurés qui demeurent à l'étranger doivent indiquer à l'assureur une adresse de paiement en Suisse.

## Art. 18 Exclusions de prestations

1. Il n'y a pas de couverture d'assurance:
  - a. pour les maladies, les accidents et leurs suites qui

existaient déjà au moment de la conclusion du contrat ou qui font l'objet d'une réserve;

- b. pour les maladies, les accidents et leurs suites après extinction du contrat d'assurance, ceci également lorsque des prestations ont été servies au cours de la durée d'assurance. Une obligation de fournir des prestations périodiques au sens de l'art. 35c LCA demeure réservée;
  - c. pour les traitements dentaires, pour autant qu'une couverture ne soit pas expressément prévue dans les divers produits d'assurance;
  - d. pour les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique. Par inefficace, on entend un traitement dont l'efficacité n'a pas été démontrée selon des méthodes scientifiques. Par inadéquat, on entend un traitement qui est contre-indiqué ou non adapté, ou lorsque l'indication médicale n'est pas clairement établie. Par non économique, on entend un traitement qui aurait pu être remplacé par un autre traitement meilleur marché, ou s'il est inutile;
  - e. pour les traitements de l'infertilité;
  - f. – pour les interventions destinées à corriger ou à éliminer des défauts ou des imperfections physiques relevant de l'esthétique, à moins qu'elles ne soient nécessitées par un événement assuré;
  - pour les cures de rajeunissement ou les interventions destinées à améliorer les performances physiques;
  - g. pour les traitements qui découlent d'un cas de suicide, de mutilation volontaire et de tentatives de l'un ou de l'autre;
  - h. pour les dommages à la santé résultant de l'action des rayons ionisants et les dommages causés par l'énergie atomique;
  - i. pour les suites d'événements de guerre:
    - en Suisse;
    - 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 survienne dans les 15 jours dès le début de ces événements;
  - j. pour les suites de troubles de tous genres et les mesures prises pour les combattre, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas participé activement à ces troubles aux côtés des perturbateurs ou qu'il ne les a pas fomentés;
  - k. pour les maladies dues à l'addiction à l'alcool;
  - l. pour les maladies et les accidents dus à la surconsommation de médicaments ou d'alcool ou à la consommation de stupéfiants (drogues);
  - m. pour les changements de sexe, y compris pour les traitements et les séquelles;
  - n. pour les transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie à Soleure (SVK) a conclu des forfaits par cas. Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu;
2. Sont en outre exclus les maladies et les accidents que l'assuré subit:
    - a. lors du service militaire à l'étranger;
    - b. lors de tremblements de terre;
    - c. lors de crimes ou de délits commis ou tentés intentionnellement ainsi que lors de participation à des actes guerriers ou de terrorisme;
    - d. lors d'accidents de circulation survenant alors que l'assuré présente un taux d'alcoolémie constituant une infraction grave au sens de la loi sur la circulation routière;

- e. lors de participation à des rixes et bagarres, sauf si l'assuré a été blessé par les protagonistes alors qu'il n'était pas en cause ou en portant secours à une personne sans défense;
- f. lors de dangers auxquels l'assuré s'expose en provoquant gravement autrui;
- g. en participant à des entreprises téméraires, à savoir des entreprises à l'occasion desquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grand sans pouvoir prendre les mesures qui ramènent le risque à un niveau raisonnable.

### **Art. 19 Faute grave de l'assuré**

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.

### **Art. 20 Pluralité d'assureurs et prestations de tiers**

1. Toutes les prestations selon les présentes conditions générales d'assurance sont accordées en complément aux prestations des assureurs étrangers et suisses, sociaux et privés, en particulier de l'assurance-maladie obligatoire des soins.
2. En cas d'assurance multiple selon la LCA, chaque assureur répond du dommage dans la proportion qui existe entre la somme assurée par lui et le montant total des sommes assurées.
3. Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations fournies, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable. L'assureur n'est pas lié par les accords passés entre l'assuré et les tiers tenus à prestations.
4. A défaut de couverture de l'assurance-maladie obligatoire des soins au sens de la LAMal, les prestations du contrat d'assurance sont versées dans la même mesure que si une telle couverture existait.

### **Art. 21 Assurance multiple**

1. Lorsque le même intérêt est assuré contre le même risque, et pour le même temps, par plus d'un assureur, de telle manière que les sommes assurées réunies dépassent la valeur d'assurance (assurance multiple), le preneur d'assurance est tenu d'en donner connaissance à l'assureur, sans délai.
2. Si le preneur d'assurance n'a pas connaissance de l'assurance multiple lors de la conclusion d'un contrat ultérieur, il peut résilier ce contrat dans les quatre semaines suivant la découverte de l'assurance multiple.
3. Si le preneur d'assurance a omis cet avis intentionnellement, ou s'il a conclu une assurance multiple dans l'intention de se procurer par là un profit illicite, l'assureur n'est pas lié envers lui par le contrat. L'assureur aura droit à toute la prime convenue.

### **Art. 22 Surassurance**

1. Les prestations d'assurance fournies dans le cadre des produits régis par les présentes conditions générales ne doivent pas conduire à une surindemnisation du preneur d'assurance.
2. En cas de surindemnisation, les prestations sont réduites en conséquence.
3. Cette disposition n'est pas applicable aux produits relevant de l'assurance de sommes.

### **Art. 23 Fournisseurs de prestations reconnus par l'assureur**

1. Les soins dispensés par des fournisseurs de prestations reconnus à la fois par l'assurance-maladie obligatoire des soins LAMal et par l'assureur sont pris en charge par ce dernier.
2. D'autres fournisseurs de prestations non admis par l'assurance-maladie obligatoire de soins LAMal peuvent être reconnus par l'assureur.
3. Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le fournisseur de prestations auprès duquel il se fera soigner fait partie des fournisseurs de prestations reconnus par l'assureur.
4. L'assureur peut tenir une liste des fournisseurs de prestations reconnus ou exclus.
5. L'assureur peut modifier en tout temps le cercle des fournisseurs de prestations mentionnés aux alinéas 1 et 2 ci-dessus.
6. Une telle modification n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.

### **Art. 24 Tarif des fournisseurs de prestations**

1. L'assureur reconnaît les tarifs valables pour les assurances sociales suisses ainsi que les tarifs privés appliqués conventionnellement auxquels il a adhéré.
2. Il n'y a de prétention aux prestations que dans le cadre du tarif reconnu par l'assureur pour le fournisseur de prestations concerné.
3. Les accords sur les honoraires, passés entre fournisseurs de prestations et personnes assurées, ne lient pas l'assureur.
4. En cas de litige sur le tarif des prestations, l'assuré cède à l'assureur ses droits contre le fournisseur de prestations.

### **Art. 25 Cession et mise en gage des prestations**

Les assurés ne peuvent ni céder, ni mettre en gage leurs créances envers l'assureur sans le consentement de celui-ci.

### **Art. 26 Fixation des primes**

1. Les primes sont fixées dans un tarif par produit d'assurance.
2. Le tarif peut prévoir des primes différenciées selon le sexe, la région de domicile et la classe d'âge de l'assuré, ainsi que d'autres critères définis dans les conditions particulières.
3. Les classes d'âges déterminantes sont en principe définies dans les conditions particulières d'assurance.
4. Un changement de classe d'âge entraîne en principe une adaptation automatique de la prime des assurés concernés.
5. L'assureur peut modifier l'échelonnement de la dernière classe d'âge si des motifs démographiques ou actuariels le justifient.
6. L'assureur peut modifier les régions de primes si une évolution des coûts différente au sein d'une région de prime ou entre différentes régions de primes le justifie.
7. En cas d'augmentation de la prime, pour cause de changement de classe d'âge, d'une modification de l'échelonnement de la dernière classe d'âge ou des régions de primes, le preneur d'assurance bénéficie d'un droit de résiliation au sens de l'art. 29 al. 3 des présentes CGC.

## Art. 26a Rabais et bonus

1. L'assureur peut accorder des rabais ou bonus dont le type est mentionné sur la police d'assurance et/ou dans les conditions particulières d'assurances.
2. Les catégories de rabais sont les suivantes:
  - a. Les rabais liés à un contrat-cadre: ils sont définis dans l'art. 40 des présentes CGC.
  - b. Les rabais de combinaison: les conditions particulières ou contractuelles définissent les combinaisons de produits donnant droit au rabais. Ces rabais peuvent être modifiés conformément à l'art. 29 des présentes CGC.
  - c. Les rabais découlant d'une action limitée dans le temps: le droit au rabais est valable pendant la période définie contractuellement.
  - d. Les rabais familiaux, pour enfants et pour jeunes adultes: le droit au rabais est valable tant que l'assuré remplit les critères d'octroi du rabais. Les conditions particulières définissent les critères d'octroi du rabais. L'assureur peut, en tout temps, modifier ou supprimer ces rabais ou bonus, avec effet au plus tard à la fin de l'année civile en cours.
3. En cas de réduction/suppression des rabais ou bonus, le preneur d'assurance bénéficie d'un droit de résiliation au sens de l'art. 29 al. 3 des présentes CGC. Aucun droit de résiliation n'existe lorsque les conditions contractuelles d'octroi ne sont plus remplies par le preneur d'assurance ainsi que pour les rabais ou bonus octroyés dans le cadre d'actions promotionnelles limitées dans le temps.

## Art. 27 Paiement des primes

1. Les primes sont payables en Suisse annuellement par avance; elles peuvent aussi, après entente spéciale et moyennant un supplément pour frais, être payées par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles.
2. La période de facturation des primes est au minimum d'un mois, à l'exception du mois durant lequel l'affiliation débute ou prend fin.

## Art. 27a Somation, mise en demeure et poursuite

1. Si la prime n'est pas payée à l'échéance, le débiteur est sommé à ses frais d'en effectuer le paiement dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation, avec rappel des conséquences du retard. Si la sommation reste sans effet, l'obligation de prestations cesse une fois écoulé le délai de sommation.
2. L'assuré ne peut prétendre à aucune prestation de l'assureur pendant la durée de la suspension, même si la prime est payée par la suite.
3. Lorsque l'assureur entame une procédure de poursuite à l'encontre du preneur d'assurance, des frais administratifs peuvent lui être réclamés.

## Art. 28 Remboursement des franchises annuelles et des quotes-parts

1. Lorsque l'assureur rembourse directement les fournisseurs de prestations, le preneur d'assurance a l'obligation de restituer à l'assureur la franchise annuelle convenue et/ou la quote-part dans les 30 jours à compter de la date de la facturation par l'assureur.
2. Si le preneur d'assurance ne donne pas suite à son obligation de paiement, l'art. 27a s'applique par analogie.

## Art. 29 Modification du tarif des primes

1. L'assureur peut adapter chaque année le tarif et les rabais sur les primes (conformément à l'art. 26a) en raison notamment:
  - de l'évolution de la fréquence ou de la charge des sinistres;
  - de l'adaptation de l'étendue de la couverture conformément à l'art. 36 des présentes CGC.
2. L'assureur doit informer le preneur d'assurance des nouvelles dispositions du contrat au moins 30 jours avant l'expiration de la période d'assurance.
3. En cas d'augmentation des primes (cf. al.1 ci-dessus), le preneur d'assurance a le droit de résilier son contrat d'assurance concerné par l'augmentation, avec effet à la fin de la période d'assurance en cours, dans un délai de 30 jours dès réception de la police ou de la communication de l'augmentation. La résiliation doit être parvenue à l'assureur dans le délai de 30 jours. Si le preneur d'assurance ne résilie pas le contrat, les adaptations faites au niveau des primes seront considérées comme acceptées.
4. En cas de diminution du tarif des primes (cf. al.1 ci-dessus), il n'existe pas de droit de résiliation pour le preneur d'assurance.
5. Un changement tarifaire résultant d'un déménagement n'est pas considéré comme une adaptation de la prime dans le sens des dispositions ci-dessus. Le droit de résiliation n'est pas applicable dans ce cas.

## Art. 30 Compensation

1. L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances contre les assurés.
2. Les assurés n'ont aucun droit de compensation à l'encontre de l'assureur.

## Art. 31 Devoirs en cas de sinistre

1. Lorsque des prestations d'assurance sont réclamées, l'assuré doit remettre à l'assureur tous les certificats médicaux, rapports, justificatifs et factures des différents dispensaires de soins au maximum dans les délais prévus à l'art. 38 des présentes conditions générales.
2. L'assureur doit être informé dans les 5 jours au plus tard, de l'entrée de l'assuré dans un hôpital ou une clinique. L'annonce doit avoir lieu avant l'entrée si une garantie de prise en charge est réclamée.
3. L'assuré ou l'ayant droit doit aviser l'assureur de tout accident dans les meilleurs délais mais au plus tard dans les 10 jours dès sa survenance. Il doit donner tout renseignement concernant:
  - a. le moment, le lieu, les circonstances et les suites de l'accident;
  - b. le médecin ou l'hôpital;
  - c. les éventuels responsables et assurances intéressées.
4. Le décès d'une personne assurée doit être communiqué à l'assureur par l'ayant droit au plus tard dans les 30 jours, même si l'accident a déjà été annoncé.
5. En cas de violation des obligations en cas de sinistre, l'assureur peut réduire ou refuser les prestations. Ces sanctions ne sont pas encourues lorsque le manquement aux obligations ne résulte pas d'une faute de la personne assurée ou si la personne assurée peut prouver que le manquement n'a aucune influence sur la survenance de l'évènement redouté et sur l'étendue des prestations dues par l'assureur.

## Art. 32 Devoirs d'information

1. Tous changements (nom, prénom, sexe, état civil, domicile, compte bancaire ou postal, email, téléphone) ainsi que les décès doivent être annoncés à l'assureur sans délai. En cas de violation de ses obligations, l'assuré assumera les conséquences et les frais qui en résultent.
2. Lorsque l'assuré transfère son domicile ou sa résidence hors de Suisse il doit en aviser l'assureur et lui remettre une attestation de départ établie par sa commune ou son canton. Sur cette base, l'assureur résilie le contrat d'assurance à la date de départ indiquée sur l'attestation.
3. Si l'assuré omet de communiquer son départ, ou l'annonce dans un délai inapproprié, l'assureur pourra résilier son contrat avec effet rétroactif à la date effective du départ annoncé à la commune ou au canton. Dans ce cas, les éventuelles prestations indues seront réclamées à l'assuré.
4. Demeurent réservés les contrats maintenus pour cause de poursuite de l'assurance obligatoire des soins en Suisse, au sens de l'art. 4a.

## Art. 33 Renseignements et contrôles

1. L'assuré autorise expressément les fournisseurs de prestations qui l'ont soigné à l'occasion de la maladie, de l'accident ou à d'autres occasions de donner au médecin-conseil de l'assureur tous les renseignements dont il a besoin pour l'appréciation des conséquences du cas. Il les délègue à cette fin du secret professionnel.
2. Lorsque l'assurance a été conclue en complément à un autre assureur social ou privé, l'assuré doit fournir à l'assureur le décompte des prestations qui lui ont été versées par ces autres assureurs.
3. L'assureur a le droit de demander à sa charge des expertises effectuées par des médecins ou des spécialistes de son choix afin de définir l'état de santé de l'assuré ou sa capacité de travail. L'assuré doit se soumettre à ces expertises médicales qui servent à déterminer le diagnostic et à définir le droit aux prestations.
4. L'assuré doit se soumettre en tout temps à la surveillance des contrôleurs et des médecins-conseil de l'assureur. Il devra suivre les prescriptions de ces derniers destinées à accélérer la guérison. L'assuré qui refuse de se faire contrôler par l'expert médical désigné librement par l'assureur s'expose au refus des prestations.

## Art. 34 Devoirs de réduire le dommage

1. L'assuré doit, dès le début de la maladie ou de l'accident, consulter un fournisseur de prestations diplômé possédant une autorisation de pratiquer et suivre entièrement ses prescriptions. Il doit éviter tout ce qui pourrait nuire à sa guérison ou prolonger sa maladie et doit se conformer aux indications que le fournisseur de prestations lui a données quant aux heures de sortie autorisées.  
L'assureur ne répond pas d'une aggravation des conséquences d'une maladie ou d'un accident dues à la consultation tardive d'un fournisseur de prestations ou à l'inobservation de ses ordonnances.
2. L'assuré ne peut pas amener le fournisseur de prestations à effectuer des traitements et des contrôles inutiles ou non économiques (par exemple visites à domicile inutiles, traitements stationnaires à la place de traitements ambulatoires, tourisme médical).

## Art. 35 Fausses factures et fraude à l'assurance

1. Les prestations ne sont pas accordées en cas de fausses factures ou de factures falsifiées ainsi qu'en cas de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance.
2. Dans ces cas, l'assuré devra prendre en charge les frais engagés pour le contrôle effectué par l'assureur ainsi que pour le traitement du dossier.

## Art. 36 Adaptation des conditions d'assurance

1. L'assureur est en droit d'adapter les conditions générales et particulières des produits notamment lorsqu'il y a des modifications dans les domaines ci-après:
  - a. développement de la médecine moderne;
  - b. établissement de formes de thérapies nouvelles ou onéreuses, comme par exemple les techniques opératoires, médicaments et autres cas similaires;
  - c. élargissement du nombre ou établissement de nouveaux genres de fournisseurs de prestations;
  - d. modifications de prestations dans l'assurance obligatoire des soins.
2. Les nouvelles conditions s'appliquent au preneur d'assurance et à l'assureur si elles sont adaptées selon le premier alinéa durant la validité de l'assurance.
3. L'assureur communique ces adaptations aux preneurs d'assurance. Si le preneur d'assurance ne les accepte pas, il peut résilier le contrat concerné pour la date d'entrée en vigueur des adaptations. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours, il y a acceptation des nouvelles dispositions.

## Art. 37 Communications

1. Les communications du preneur d'assurance et de l'assureur peuvent être adressées valablement par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en apporter la preuve par un texte (courrier électronique ou moyens de communication mis à disposition par l'assureur), exception faite des réseaux sociaux.
2. Les communications du preneur d'assurance doivent être transmises aux adresses postales ou électroniques indiquées sur les documents officiels de l'assureur.
3. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse postale ou électronique indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou l'assuré.
4. L'assureur peut aussi faire des communications d'ordre général aux assurés par le biais du journal à l'intention de ses assurés. L'assuré qui ne souhaite plus recevoir ce journal peut en faire la demande à l'assureur, dans ce cas l'assureur est dégagé de toute responsabilité relative aux communications publiées.  
Ces communications peuvent aussi être faites sur le site Internet de l'assureur et dans un document joint à l'envoi annuel des polices d'assurances.

## Art. 38 Prescription

Les créances qui découlent du contrat d'assurance se prescrivent par 5 ans à compter du fait d'où naît l'obligation.

## Art. 39 Conditions particulières d'assurance

1. Pour tous les produits d'assurance, l'assureur édicte des conditions particulières qui complètent et précisent les présentes conditions générales.
2. D'éventuelles dispositions contraires dans les conditions particulières priment sur les présentes conditions générales.

## Art. 40 Contrat-cadre

1. Pour tous les produits d'assurance, l'assureur peut conclure des contrats-cadre avec des partenaires contractuels (co-contractant) pour l'affiliation de personnes ayant un certain lien juridique avec ce co-contractant.
2. L'assureur peut octroyer des rabais en relation avec un contrat-cadre.
3. Les conditions d'octroi et de suppression du rabais sont communiquées au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat.
4. En fonction de l'évolution de la fréquence ou de la charge des sinistres, les rabais peuvent être modifiés conformément à l'art. 29 des présentes CGC.
5. Une adaptation de la convention cadre peut également entraîner la modification ou la suppression du rabais, avec effet à la fin de la période d'assurance en cours.
6. Le droit au rabais s'éteint dans tous les cas si l'assuré sort du cercle des assurés ou en cas de dissolution de la convention cadre.
7. En cas de diminution ou de suppression du rabais, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat concerné, avec effet à la fin de la période d'assurance en cours, dans un délai de 30 jours dès réception de la police ou de la communication de l'adaptation.

## Art. 41 Lieu d'exécution et for

1. Sauf dispositions particulières contraires, les obligations résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire suisse et en francs suisses.
2. En cas de contestation, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse soit ceux du siège de l'assureur; les conventions internationales demeurent toutefois réservées.

## Art. 42 Protection des données

### Données personnelles et sensibles

Groupe Mutuel Services SA traite les données personnelles et sensibles du preneur d'assurance, de la personne assurée, et le cas échéant de leurs ayants-droits ou des personnes liées (ci-après: les personnes concernées) pour le compte de Groupe Mutuel Assurances GMA SA, votre assureur. Le traitement des données est délégué à Groupe Mutuel Services SA (ci-après: Groupe Mutuel), une société de Groupe Mutuel Holding SA. Ces deux sociétés sont soumises à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD).

Par données personnelles, on entend les informations relatives aux personnes concernées qui incluent notamment celles relatives à la gestion du contrat d'assurance. Par données sensibles on entend les informations relatives à l'état de santé des personnes assurées et aux sinistres. Sont principalement traitées les catégories de données personnelles et sensibles suivantes: les données déclaratives des personnes concernées, c'est-à-dire celles que le Groupe Mutuel peut être amené à recueillir auprès des personnes concernées lors de la manifestation d'intérêt et/ou de la souscription à des produits et services qu'il fournit ou distribue; les données relatives aux prestations fournies ou de fonctionnement des produits et services ou de leur utilisation, notamment lors de l'utilisation des services en ligne; les données provenant de tiers, d'autres services ou d'informations publiques quand cela est autorisé.

### Base juridique

Le Groupe Mutuel traite les données personnelles et sensibles des personnes concernées et met en œuvre les traitements sur la base des fondements juridiques suivants: le consentement des personnes concernées, respectivement le consen-

tement exprès pour les données sensibles; les dispositions légales applicables aux activités du Groupe Mutuel (notamment la Loi fédérale sur la protection des données); le contrat conclu entre le Groupe Mutuel et les personnes concernées; l'intérêt public prépondérant ou l'intérêt privé prépondérant du Groupe Mutuel ou des personnes concernées.

### Finalités

Les données personnelles servent notamment à évaluer les risques à assurer, traiter les cas de sinistres, assurer le suivi administratif, statistique et financier du contrat, permettre la gestion de ses activités (statistiques, audit interne et externe, etc.) et le respect de ses obligations légales, l'amélioration et le développement des services fournis, l'optimisation et l'économie des coûts d'assurance, la réalisation d'opérations de prospection et de marketing, la gestion des demandes au titre des droits des personnes, la gestion des impayés et des contentieux, la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et le détournement fiscal. A cet effet, ces données peuvent être communiquées, mutualisées et échangées entre le Groupe Mutuel et des tiers (voir ci-dessous). Ces échanges font l'objet de contrats précisant les obligations et les responsabilités de chacune des parties, ou se basent sur une disposition légale.

### Sécurité

Lorsque des données personnelles sont traitées, et au regard des risques que présentent les traitements, le Groupe Mutuel, ses intermédiaires d'assurances et autres mandataires (par exemple un réassureur), s'engagent à prendre toutes les dispositions nécessaires afin de respecter la législation relative à la protection des données. Ces dispositions comprennent notamment les mesures techniques, physiques et organisationnelles nécessaires pour préserver la sécurité des données personnelles et empêcher qu'elles ne soient modifiées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

### Transfert des données

Les données sont traitées de manière confidentielle et peuvent être communiquées à des tiers (par exemple: intermédiaires d'assurance, réassureurs, médecins, ayants-droits, office AI, sécurité sociale du pays de résidence de la personne assurée), y compris à l'étranger. Cette communication intervient sur la base d'obligations légales, de décisions judiciaires, des conditions générales d'assurance ou du consentement des personnes concernées. Le consentement doit être exprès s'il s'agit de données sensibles. Si le traitement des données fait l'objet d'un contrat de sous-traitance, d'outsourcing ou de collaboration avec des tiers, ces derniers s'engagent dans le cadre de leur relation contractuelle avec le Groupe Mutuel à respecter la législation relative à la protection des données. Le Groupe Mutuel sélectionne des sous-traitants présentant les garanties nécessaires. Les données confiées aux intermédiaires d'assurances seront enregistrées et transmises au Groupe Mutuel pour le traitement des demandes d'assurance et pour le suivi administratif et financier entre l'intermédiaire d'assurance et le Groupe Mutuel. Ce dernier n'est pas responsable des traitements des données personnelles que la personne concernée a pu autoriser auprès de tiers ou ceux qui sont mis en œuvre indépendamment du Groupe Mutuel. Il appartient aux personnes concernées de se référer aux politiques de protection des données de ces tiers pour vérifier les conditions des traitements réalisés, ou pour exercer leurs droits au titre de ces traitements.

### Profilage

Au cours de sa relation avec le Groupe Mutuel, il est possible que la personne concernée fasse l'objet d'un profilage mar-

keting, afin que l'assureur lui propose des services et produits qui correspondent à ses attentes, son profil et ses besoins. Les modalités de ce profilage sont précisées dans la politique de protection des données idoine. D'autres types de profilages peuvent avoir lieu pour les finalités exposées plus haut.

#### Durée de conservation

Les données personnelles sont conservées aussi longtemps que la législation, la gestion du contrat d'assurance, des sinistres, des droits de recours, du recouvrement et/ou d'éventuels litiges entre le Groupe Mutuel, l'assuré, l'intermédiaire d'assurance ou des tiers l'exigent.

#### Droits d'accès et de rectification

Les personnes concernées ont le droit d'accéder à leurs données personnelles, de faire corriger ces données, de faire supprimer leurs données dans la limite des dispositions légales applicables, de faire limiter un traitement, de demander la portabilité des données, de retirer leur consentement à un traitement de données personnelles sous réserve des traitements nécessaires à l'exécution du contrat, d'en appeler à l'autorité de surveillance compétente.

#### Data Protection Officer

Le Groupe Mutuel a désigné un Data Protection Officer qui peut être contacté à l'adresse suivante: [dataprotection@groupemutuel.ch](mailto:dataprotection@groupemutuel.ch).

De plus amples informations relatives à la protection des données sont disponibles sur le site Internet du Groupe Mutuel: [www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch).

## Art. 43 Protection des données concernant les conseils et orientations personnalisés

1. L'assureur peut récolter et utiliser, dès le début du contrat d'assurance, les informations démographiques, contractuelles et médicales de la personne assurée dans les buts suivants:
  - émettre des recommandations au sujet de la prévention et de la promotion de la santé;
  - conseiller sur toutes les questions ayant trait à la santé;
  - recommander des prestataires de soins aptes à traiter le problème de santé de la personne assurée;
  - faire des offres ciblées sur des produits ou services respectant les critères d'économicité.
2. Les données utilisées pour la fourniture des services décrits à l'alinéa 1 peuvent être issues de tous les dossiers concernant la personne assurée constitués au sein d'une des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA (assurance-maladie obligatoire des soins incluse).
3. Pour qu'une communication de données issues de dossiers de l'assurance-maladie obligatoire des soins soit effectuée dans l'un des buts susmentionnés, l'assureur requerra au cas par cas le consentement exprès complémentaire de l'assuré.
4. L'assuré peut en tout temps retirer son consentement conformément à l'art. 42 des présentes conditions d'assurance.

## Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global

GL

GLGA01-F7 – édition 01.07.2000

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 Conditions d'admission

1. Toute personne peut adhérer à l'assurance complémentaire Global, sans limite d'âge.
2. Les assurés de 0 à 18 ans, soit jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 18<sup>e</sup> anniversaire, bénéficient des prestations supplémentaires décrites à l'art. 2, ch. 2.2 sous la dénomination Global junior.
3. Dès le 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit son 55<sup>e</sup> anniversaire, l'assuré bénéficie des prestations supplémentaires décrites à l'art. 2, ch. 2.3, sous la dénomination Global senior.
4. Si une personne est déjà affiliée auprès d'un autre assureur pour une couverture comparable à celle de l'assurance Global et que, momentanément, elle ne peut résilier auprès de cet autre assureur, elle a la possibilité d'adhérer à l'assurance Global et de bénéficier ainsi exclusivement des prestations décrites à l'art. 2, ch. 2.4, sous la dénomination Global temporis.

### Art. 2 Prestations assurées

#### 1. Global

Les prestations suivantes sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins:

#### 1. Hospitalisation

##### 1. Classe d'assurance

Libre choix, en division commune, d'un établissement hospitalier suisse reconnu, en soins généraux ou psychiatriques, pour les malades de type aigu.

##### 2. Prestations

###### a. Généralités

En cas d'hospitalisation, l'assureur prend en charge les frais de traitement et les frais hôteliers.

###### b. Hospitalisation à l'étranger

Lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue, durant 60 jours au plus par année civile, une prestation maximale de Fr. 500.– par jour.

Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge.

##### 3. Etendue et durée des prestations

Les prestations de l'assurance d'hospitalisation sont prises en charge sous réserve des dispositions suivantes:

- a. L'assureur prend en charge les coûts des traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers à l'hôpital et les honoraires des médecins, selon la convention ou la réglementation tarifaire cantonale ou toute autre convention passée avec l'assureur.
- b. Si un assuré est hospitalisé dans un établissement avec lequel l'assureur n'a pas conclu d'accord tarifaire dans le domaine des frais hôteliers et des frais de traitement (honoraires médicaux y compris), il lui sera alloué, dans la limite de la division commune, un montant de Fr. 200.– par jour.
- c. 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. Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu.
- d. Dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, le droit aux prestations s'éteint.
- e. Après 60 jours d'hospitalisation, au cours d'une année civile, en établissement pour soins psychiatriques, les prestations de l'assurance d'hospitalisation ne sont plus versées.

#### 4. Devoir de l'assuré

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 font partie des établissements reconnus par l'assureur.

## 2. Soins complémentaires

L'assureur alloue les prestations suivantes, dans les limites de l'art. 3. (cf tableau):

#### 1. Médicaments limités

Le pourcentage prévu des frais de médicaments qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception toutefois des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

#### 2. Médicaments hors-liste

Le pourcentage prévu des frais de médicaments ne figurant sur aucune liste officielle (LS-LMT) qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exclusion toutefois des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

#### 3. Médecine douce

L'assureur prend en charge les thérapies ci-après dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin diplômé suisse ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur.

L'assureur se réserve le droit d'exclure certains praticiens en thérapie naturelle et tient à disposition des assurés une liste des praticiens dont les prestations sont remboursées.

Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le thérapeute où il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus.

### Liste des thérapies «médecine douce»

#### Naturopathie

acupuncture, aromathérapie, auriculothérapie, bio-résonance, biothérapie, chromothérapie, conseil en nutrition, électroacupuncture, géobiologie, herboristerie, homéopathie, iridologie, irrigation colonique, laserthérapie, magnétisme, magnétothérapie,

morothérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, sympathicothérapie, ventouses.

#### Techniques du toucher

acupressure, drainage lymphatique, étioopathie, eurythmie, fasciathérapie, intégration posturale, kinésiologie, massages, médecine anthroposophique, mésothérapie, métamorphose, orthobionomie, ostéopathie, polarité, rééquilibration énergétique, réflexologie, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogène.

#### Psychothérapie

biodynamique, rebirthing, sophrologie, tomatisme (méthode).

– Tout changement volontaire de thérapie ou de praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur.

– Les prestations relatives à la sophrologie sont remboursées lorsque les traitements sont effectués par un médecin, un médecin-sophrologue diplômé ASS ou par un sophrologue non médecin mais diplômé ASS.

#### 4. Cures thermales en Suisse

Une contribution aux frais de traitement en cas de cure de bains ainsi qu'une contribution aux frais de cure de convalescence est octroyée dans les établissements reconnus, mais au maximum durant 30 jours par année civile. Une demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

#### 5. Cures thermales à l'étranger

Contribution aux frais de traitement de cures thermales à l'étranger qui sont médicalement nécessaires et autorisées préalablement par l'assureur. La demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur 20 jours au moins avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

#### 6. Suppléments de tarifs

Lors de traitements ambulatoires en Suisse, la différence entre le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations.

7. Indemnité pour frais privés en cas d'hospitalisation  
Sur présentation d'une facture justificative, une indemnité unique est attribuée par hospitalisation de plus de huit jours.

#### 8. Frais d'accompagnement en milieu hospitalier

En cas d'hospitalisation de l'assuré, l'assureur prend en charge les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement.

#### 9. Aide à domicile et frais de placement

Sur demande préalable de l'assuré sont remboursés:

– le pourcentage des frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.);

– les frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une institution officielle.

#### 10. Lunettes et verres de contact

Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de verres de contact en Suisse ou à

l'étranger qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

11. Moyens auxiliaires

Les frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement sont pris en charge selon la liste établie par l'assureur.

12. Cours de préparation à l'accouchement

Le montant prévu des frais de cours d'accouchement sans douleur ou de préparation à la naissance qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

13. Indemnité unique d'allaitement

Une indemnité d'allaitement pour autant que l'accouchée allaite son enfant pendant 30 jours au moins et que cette durée d'allaitement soit confirmée par le médecin ou la sage-femme. En cas de naissance multiple, l'indemnité est versée pour chaque enfant.

14. Echographies et mammographies

Le montant prévu des échographies et mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

15. Vaccins

Les frais pour les vaccinations qui ne sont pas comprises dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins et qui sont nécessaires en Suisse ainsi que celles qui sont prescrites en cas de départ à l'étranger.

16. Test Elisa ou HIV

L'assureur alloue une contribution annuelle aux frais de tests préventifs lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par les dispensateurs de soins reconnus.

17. Stérilisation volontaire

Le pourcentage prévu des frais d'intervention.

18. Traitement dentaire en cas d'accident

Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste ou un technicien dentaire au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point).

19. Traitement dentaire en cas de maladie

Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste ou un technicien dentaire au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point).

20. Frais de transport

L'assureur alloue une contribution aux frais de transport consécutifs à une maladie ou à un accident couvert jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires et qu'ils ne soient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de recherche et de sauvetage.

Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.

21. Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants

L'assureur prend en charge les frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont

prodigués par des psychothérapeutes non médecins et des psychologues indépendants.

**3. Groupe Mutuel Assistance**

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 km du domicile de l'assuré).

**4. Indemnité au décès**

Une indemnité au décès de Fr. 2'000.– à la suite de maladie ou d'accident est versée aux ayants droit après le décès de l'assuré, si celui-ci est âgé au minimum de 3 ans révolus et au maximum de 55 ans révolus.

L'acte de décès ou tout autre document jugé nécessaire doit être présenté à l'assureur.

L'assureur a le droit de déduire de l'indemnité au décès allouée aux ayants droit les montants qui lui seraient éventuellement dus par le défunt (primes, participations, etc).

Le droit à l'indemnité au décès s'éteint, sans autre avis, après un délai de deux ans à compter du jour du décès, si l'acte de décès n'est pas présenté à l'assureur.

**2. Global junior**

**Les prestations supplémentaires**

a. Garde d'enfants malades à domicile

En dérogation à l'art. 1. ch. 2, cette prestation est octroyée jusqu'à l'âge de douze ans révolus. Prestations allouées si la garde est effectuée par une personne qui provient d'un organisme agréé par l'assureur, et que les parents ont une activité professionnelle exercée hors du domicile.

b. Cotisation activité sportive

Sur présentation d'une facture justificative, prise en charge d'une participation à la cotisation de membre actif d'un club sportif ou d'une association reconnus par l'assureur.

**3. Global senior**

**Les prestations supplémentaires**

a. Soins palliatifs

L'assureur alloue une contribution dans le cadre des soins palliatifs, à savoir l'ensemble des techniques médicales et infirmières destinées aux personnes en fin de vie et dispensées à domicile par du personnel dûment qualifié travaillant sous l'autorité d'une institution reconnue par l'assureur.

Une demande préalable doit être présentée à l'assureur qui déterminera pour chaque cas l'étendue de la contribution allouée. Cette dernière est déterminée en tenant compte de l'ensemble des coûts relatifs aux traitements permettant le maintien à domicile.

b. Séjour de mise en forme

L'assureur alloue une contribution annuelle pour un séjour de mise en forme auprès d'établissements reconnus par l'assureur offrant un programme précis dans ce domaine.

c. Conseils et cours de diététique

L'assureur alloue une contribution annuelle pour des conseils et cours de diététique reconnus par l'assureur.

**4. Global temporis**

a. Global temporis octroie, temporairement, des prestations Global aux personnes assurées pour une couverture comparable auprès d'un autre assureur.

b. Les prestations Global temporis concernent les soins complémentaires décrits sous les ch. 2.1.2, 2.1.3, 2.2, 2.3; elles ne concernent pas celles des ch. 2.1.1 (hospitalisation), et 2.1.4 (indemnité au décès).

c. Pour les soins complémentaires pris en charge, les prestations de Global temporis correspondent au 30% de celles offertes par Global.

- d. Le paiement des prestations de Global temporis intervient en complément des prestations offertes par l'autre assureur.
- e. Simultanément à l'adhésion à Global temporis, l'assureur accepte, pour la date fixée sur la déclaration d'adhésion, l'entrée future de l'assuré, sans nouvel examen de l'état de santé dans l'assurance Global. Celle-ci doit se faire dans un délai de 3 ans au maximum.
- f. La participation de l'assureur aux franchises et quotes-parts d'autres assureurs est exclue.
- g. Pour la durée de Global temporis, la prime est réduite par rapport à celle de Global.
- h. Lors du passage de la couverture Global temporis à celle de Global, et de l'adaptation de la prime qui en résulte, la disposition de l'art. 29 al. 1 des CGC pour les assurances maladie et accidents complémentaires donnant un droit de résiliation à l'assuré, n'est pas applicable.
- i. Les prestations payées dans le cadre de Global temporis et dont les limites sont liées à une période déterminée, comptent également pour le calcul du droit aux prestations après le passage à la couverture Global.

### **Art. 3 Etendue des prestations**

Les prestations mentionnées dans l'art. 2 sont servies dans les limites et à concurrence des montants figurant dans le «Tableau des prestations Global».

### **Art. 4 Droit aux prestations**

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
2. Pour les prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, le droit aux prestations prend effet après 12 mois d'assurance. La durée accomplie dans Global temporis n'est pas comptée comme durée d'assurance.
3. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement sur les montants assurés par année civile. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
4. Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin 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'assurance obligatoire des soins et des assurances complémentaires.

### **Art. 5 Franchises**

Les assurés ont les possibilités de choix suivants:

- sans franchise,
- une franchise de Fr. 150.– par année civile.

Pour la durée de Global temporis l'assurance est conclue uniquement sans franchise.

### **Art. 6 Avantages «LeClub»**

Par son adhésion à l'assurance Global, l'assuré bénéficie des avantages «LeClub», qui sont notamment:

1. Rabais dans les hôtels  
Des rabais sont accordés dans les hôtels figurant sur une liste tenue par l'assureur.
2. Rabais drogueries et pharmacies ou autres commerces  
Des rabais sont accordés dans les drogueries et pharmacies ou autres commerces figurant sur une liste tenue par l'assureur.

### **Art. 7 Prime**

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 26<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

# Tableau des prestations Global

Types de prestations	Global 1
Médicaments limités	70% max. Fr. 800.- /année civile
Médicaments hors-liste	70% max. Fr. 800.- /année civile
Médecines douces	Fr. 70.- max./séance, jusqu'à Fr. 2'000.-/année civile
Cures thermales Suisse	60% max. Fr. 300.-/année civile
Cures de convalescence	Fr. 20.-/jour, max. 30 jours/année civile
Cures de convalescence suite à une hospitalisation	Fr. 40.-/ jour, max. 30 jours/année civile
Cures thermales à l'étranger	pas de prestation
Suppléments de tarifs	pas de prestation
Indemnité frais privés en cas d'hospitalisation	Fr. 100.-/cas
Frais d'accompagnement hospitalier	Fr. 500.-/année civile
Aide à domicile et frais de placement	70% max. Fr. 1'500.-/année civile
Lunettes et verres de contact	Fr. 100.-/période de 3 ans
Moyens auxiliaires	70% max. Fr. 300.-/année civile
Cours de préparation à l'accouchement	Fr. 150.-/grossesse
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.-/enfant
Echographies et mammographies	90%, nombre d'examen illimité
Vaccins	70% max. Fr. 150.-/année civile
Test Elisa ou HIV	Fr. 50.-/année civile
Stérilisation volontaire	60% max. Fr. 300.-
Traitement dentaire en cas d'accident	60% max. Fr. 4'000.-/cas
Traitement dentaire en cas de maladie	60% max. Fr. 100.-/période de 3 ans
Frais de transports	60% max. Fr. 1'000.-/année civile
Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indép.	60% max. Fr. 600.-/année civile
Hospitalisation en Suisse	Division commune dans toute la Suisse
Hospitalisation à l'étranger	Fr. 500.-/jour
Indemnité au décès	Fr. 2'000.- décès/maladie ou accident
Groupe Mutuel Assistance	
<b>Global junior (0-18 ans)</b>	
Garde d'enfant malade à domicile	Fr. 200.-/année civile
Cotisations activité sportive	Fr. 30.- /année civile
<b>Global senior (dès 56 ans)</b>	
Soins palliatifs	90% max. Fr. 2'000.-/année civile
Séjours de mise en forme	Fr. 300.-/année civile
Conseils et cours de diététique	50% max. Fr. 150.-/année civile

Global 2	Global 3	Global 4
90% max. Fr. 800.-/année civile	90%, prescriptions illimitées	90%, prescriptions illimitées
90% max. Fr. 800.-/année civile	90%, prescriptions illimitées	90%, prescriptions illimitées
Fr. 70.- max./séance, jusqu'à Fr. 2'000.-/année civile	Fr. 70.- max./séance, jusqu'à Fr. 3'000.-/année civile	Fr. 70.- max./séance, jusqu'à Fr. 6'000.-/année civile
60% max. Fr. 300.-/année civile	80% max. Fr. 500.-/année civile	80% max. Fr. 750.-/année civile
Fr. 20.-/ jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 25.-/jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 25.-/jour, max. 30 jours/année civile
Fr. 40.-/ jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 50.-/jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 50.-/jour, max. 30 jours/année civile
pas de prestation	50% max. Fr. 500.-/année civile	80% max. Fr. 1'000.-/année civile
Fr. 600.-/ année civile	Fr. 800.-/année civile	Fr. 1'000.-/année civile
Fr. 100.-/cas	Fr. 200.-/cas	Fr. 200.-/cas
Fr. 500.-/année civile	Fr. 600.-/année civile	Fr. 700.-/année civile
90% max. Fr. 1'500.-/année civile	90% max. Fr. 2'500.-/année civile	90% max. Fr. 3'000.-/année civile
Fr. 100.-/période de 3 ans	Fr. 150.-/période de 3 ans	Fr. 200.-/période de 3 ans
90% max. Fr. 300.-/année civile	90% max. Fr. 1'000.-/année civile	90% max. Fr. 1'000.-/année civile
Fr. 150.-/grossesse	Fr. 150.-/grossesse	Fr. 150.-/grossesse
Fr. 100.-/enfant	Fr. 100.-/enfant	Fr. 100.-/enfant
90%, nombre d'examen illimité	90%, nombre d'examen illimité	90%, nombre d'examen illimité
90% max. Fr. 150.-/année civile	90% max. Fr. 200.-/année civile	90% max. Fr. 250.- par année civile
Fr. 50.-/année civile	Fr. 50.-/année civile	Fr. 50.- par année civile
80% max. Fr. 300.-	80% max. Fr. 400.-	80% max. Fr. 500.-
80% max. Fr. 4'000.-/cas	80% max. Fr. 6'000.-/cas	80% max. Fr. 8'000.- par cas
80% max. Fr. 100.-/période de 3 ans	80% max. Fr. 150.-/période de 3 ans	80% max. Fr. 200.-/période de 3 ans
80% max. Fr. 1'000.-/année civile	80% max. Fr. 2'500.-/année civile	80% max. Fr. 5'000.-/ année civile
70% max. Fr. 600.-/année civile	80% max. Fr. 700.-/année civile	80% max. Fr. 800.- /année civile
Division commune dans toute la Suisse	Division commune dans toute la Suisse	Division commune dans toute la Suisse
Fr. 500.-/jour	Fr. 500.-/jour	Fr. 500.-/jour
Fr. 2'000.- décès/maladie ou accident	Fr. 2'000.- décès/maladie ou accident	Fr. 2'000.- décès/ maladie ou accident
Assistance, encadrement et rapatriement en cas d'urgence médicale en voyage et à l'étranger		
Fr. 250.-/année civile	Fr. 300.-/année civile	Fr. 300.-/année civile
Fr. 30.-/année civile	Fr. 30.-/année civile	Fr. 30.- /année civile
90% max. Fr. 2'500.-/année civile	90% max. Fr. 3'000.-/année civile	90% max. Fr. 3'000.-/année civile
Fr. 300.-/année civile	Fr. 300.-/année civile	Fr. 300.-/année civile
50% max. Fr. 200.-/année civile	50% max. Fr. 250.-/année civile	50% max. Fr. 250.-/année civile

# Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global classic

GIGA02-F8 – édition 01.11.2008

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

Le but de cette assurance est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

## Art. 2 Conditions d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance, sans limite d'âge.

## Art. 3 Risques couverts

Les prestations de l'assurance Global classic sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité.

## Art. 4 Prestations assurées – module de base

### 1. Hospitalisation en Suisse

#### 1. Classe d'assurance

En cas d'hospitalisation stationnaire (séjour de plus de 24 heures), lors d'un séjour

- dans un établissement hospitalier;
- dans un établissement de soins psychiatriques ou
- dans un établissement de réadaptation;

l'assuré a le libre choix de l'établissement, en division commune, en Suisse.

#### 2. Etablissements hospitaliers

Pour bénéficier des prestations mentionnées au point 1.1, les établissements doivent être reconnus au sens de la loi sur l'assurance maladie LAMal (hôpitaux avec mandat de prestations cantonal) ou avoir conclu une convention tarifaire avec le Groupe Mutuel Assurances GMA SA.

#### 3. Etendue et durée des prestations en cas d'hospitalisation

Les prestations sont prises en charge sous réserve des dispositions suivantes:

- l'assureur prend en charge les coûts des traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers à l'hôpital et les honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur ou la réglementation tarifaire cantonale,
- 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.

#### 4. En cas de séjour pour soins psychiatriques

Le droit aux prestations est limité à 90 jours par année civile.

#### 5. Transplantations d'organe

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.

### 6. Droit et obligation de l'assuré en cas d'hospitalisation

L'assuré est tenu de se renseigner si l'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par l'assureur.

### 2. Prestations complémentaires

#### 1. Médicaments limités et hors liste

Prise en charge de 90% des frais pour des médicaments limités et hors liste (ne figurant sur aucune liste officielle) qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins AOS, à l'exception des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA – liste disponible à l'adresse Internet [www.lppa.ch](http://www.lppa.ch)).

#### 2. Cures thermales en Suisse

Prise en charge de Fr. 80.– par jour, maximum Fr. 800.– par an, des frais de traitement et de pension en cas de cure thermale dans les établissements reconnus par l'assureur, selon la liste des établissements de cures balnéaires reconnus selon l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance des soins (OPAS).

Les prestations sont octroyées si elles sont médicalement nécessaires et prescrites par un médecin. Une demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

#### 3. Cures de convalescence suite à une hospitalisation

Prise en charge de Fr. 50.– par jour des frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence dans les établissements reconnus par l'assureur et ce pour autant que la cure soit ordonnée suite à une hospitalisation.

Les prestations sont octroyées si elles sont médicalement nécessaires et prescrites par un médecin. Une demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

L'indemnité est limitée à 30 jours par année civile.

#### 4. Frais d'accompagnement en milieu hospitalier

En cas d'hospitalisation de l'assuré, l'assureur prend en charge les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement.

L'indemnité est limitée à Fr. 600.– par année civile. Cette garantie inclut également les frais de soins du nourrisson en bonne santé en cas de nouvelle hospitalisation de la mère dans un délai de 10 semaines après la naissance.

#### 5. Aide à domicile et frais de placement

Prise en charge de Fr. 80.– par jour des frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.)

Prise en charge de Fr. 80.– par jour des frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit,

pour des raisons médicales, être hospitalisé. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une institution officielle.

L'indemnité cumulée pour les deux prestations citées ci-dessus est limitée à Fr. 800.– par année civile.

#### **6. Lunettes et verres de contact**

Prise en charge des frais d'achat, en Suisse ou à l'étranger, de lunettes médicales ou de verres de contact non remboursés par l'AOS. L'indemnité est limitée à Fr. 150.–.

Le droit à l'indemnité existe une fois par année civile jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, puis tous les trois ans dès la 19<sup>e</sup> année.

#### **7. Moyens auxiliaires**

Prise en charge de 90% des frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement et nécessaire pour accomplir les actes ordinaires de la vie, selon la liste établie par l'assureur.

L'indemnité est limitée à Fr. 1'000.– par année civile.

#### **8. Stérilisation volontaire**

Prise en charge de 90% des frais d'intervention effectuée auprès de dispensateurs de soins reconnus.

#### **9. Correction des oreilles (chirurgie esthétique)**

Prise en charge de 90% des frais pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus pour la correction des oreilles décollées résultant d'une infirmité à la naissance. Cette prestation est remboursée à condition d'être médicalement recommandée pour éviter ou remédier à des troubles psychologiques de l'assuré.

#### **10. Psychothérapeutes non médecins et psychologues indépendants**

Prise en charge de Fr. 40.– par séance des frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants.

L'indemnité est limitée à Fr. 800.– par année civile.

#### **11. Frais de transport**

Les frais de transport consécutifs à une maladie ou à un accident couvert, jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires et qu'ils ne soient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou hélicoptère. Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.

L'indemnité est limitée à Fr. 5'000.– par année civile.

#### **12. Opérations de recherche et de sauvetage**

Une contribution aux frais de recherche et de sauvetage non planifiés servant à sauver la vie de l'assuré en situation de détresse prouvable ou à éviter que son état ne s'aggrave rapidement et de façon importante.

L'indemnité est limitée à Fr. 50'000.– par année civile.

#### **13. Vaccins**

Prise en charge de 90% des frais de vaccinations qui ne sont pas comprises dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) et qui sont nécessaires en Suisse, ainsi que celles qui sont recommandées par l'Office fédéral de la santé publique en cas de départ à l'étranger.

L'indemnité est limitée à Fr. 150.– par année civile.

#### **14. Tests préventifs (Elisa ou HIV)**

Prise en charge jusqu'à Fr. 50.– par année civile des tests prescrits et prodigués par des dispensateurs de soins reconnus.

#### **15. Check-up**

Prise en charge de 90% des frais de check-up dispensés par un médecin reconnu par l'assureur, mais au maximum un check-up tous les trois ans.

#### **16. Examens gynécologiques préventifs**

Prise en charge de 90% des frais d'examens gynécologiques préventifs non remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

#### **17. Echographies et mammographies**

Prise en charge de 90% des échographies et mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins ou par des programmes cantonaux de prévention.

#### **18. Indemnité unique d'allaitement**

Une indemnité d'allaitement de Fr. 100.– pour autant que l'accouchée allaite son enfant pendant 30 jours au moins et que cette durée d'allaitement soit confirmée par le médecin ou la sage-femme. En cas de naissance multiple, l'indemnité est versée pour chaque enfant.

#### **19. Groupe Mutuel Assistance**

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance, catégorie ASS (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. 5 Prestations assurées – option «plus»**

En plus des prestations mentionnées à l'article 4 des présentes conditions particulières, l'assuré peut demander la conclusion de l'option «plus» et bénéficier des prestations suivantes, moyennant un supplément de prime:

#### **1. Médecines alternatives**

Une contribution de 80% aux frais des thérapies ci-après est octroyée, dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin diplômé suisse ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur (y compris une participation aux coûts des médicaments de médecines douces prescrits par ces fournisseurs de soins et reconnus par Swissmedic en vertu de la Loi sur les produits thérapeutiques, LPT).

L'assureur se réserve le droit d'exclure certains praticiens en thérapie naturelle. 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.

#### **Liste des thérapies «médecines alternatives»:**

##### Naturopathie

acupuncture, aromathérapie, auriculothérapie, biorésonance, biothérapie, chromothérapie, électroacupuncture, géobiologie, herboristerie, homéopathie, iridologie, irrigation colonique, laserthérapie, magnétisme, magnétothérapie, morathérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, sympathicothérapie, ventouses.

##### Techniques du toucher

acupressure, drainage lymphatique, étiopathie, eurythmie, fasciathérapie, intégration posturale, kinésiologie, massages, médecine anthroposophique, mésothérapie, métamorphose, orthobionomie, ostéopathie, polarité, rééquilibration énergétique, réflexologie, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogène.

##### Psychothérapie

biodynamique, rebirthing, sophrologie, tomatisme (méthode). Tout changement volontaire de thérapie ou de praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur.

L'indemnité est limitée à Fr. 10'000.– par année civile.

Une franchise annuelle de Fr. 300.– est applicable pour les

prestations mentionnées ci-avant (pt. 5.1) dès le 1<sup>er</sup> janvier suivant l'année durant laquelle l'assuré a atteint l'âge de 18 ans révolus.

## 2. Promotion de la santé

Prise en charge de 50% des 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.

Ces mesures doivent être prodiguées par des fournisseurs de prestations reconnus par l'assureur.

La participation concernant les abonnements de fitness s'élève au max. à Fr. 200.–. 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. 500.–.

## 3. Conseils diététiques

Prise en charge de Fr. 50.– par séance pour des conseils de diététique prodigués par des dispensateurs reconnus par l'assureur, mais au maximum trois conseils sur une période de trois ans.

## 4. Consultation pour un 2<sup>e</sup> avis médical

Prise en charge de 90% des frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation, dispensé par un médecin reconnu par l'assureur. La mention «second opinion» ou «deuxième avis médical» doit figurer sur la note d'honoraires.

## Art. 6 Etendue des prestations

Les prestations mentionnées aux articles 4 et 5 sont servies dans les limites et à concurrence des montants figurant dans l'annexe au règlement qui fait partie intégrante des présentes conditions particulières.

## Art. 7 Droit aux prestations

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
2. Pour les prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, le droit aux prestations prend effet après 12 mois d'assurance.
3. Les prestations mentionnées à l'article 5 des présentes conditions particulières (prestations assurées option «plus») sont couvertes à condition que la police d'assurance le précise expressément.
4. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement sur les montants assurés par année civile. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits (prestations avec limite de durée ou de montants) ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
5. Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin 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'assurance obligatoire des soins et des assurances complémentaires.

## Art. 8 Primes

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 26<sup>e</sup> année et jusqu'à la 71<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

## Art. 9 Bonus familial – module de base

Un bonus familial est accordé sur la prime des enfants jusqu'à 18 ans (module de base) si au moins un de ses parents et lui-même sont affiliés pour:

- l'assurance complémentaire Global classic et
- l'assurance obligatoire des soins

auprès d'un assureur maladie affilié au Groupe Mutuel ou administré par lui. Le montant du bonus familial figure sur la police d'assurance.

## Art. 10 Devoirs de l'assuré

- L'assuré est tenu de se renseigner, avant chaque hospitalisation, si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par l'assureur.
- Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le thérapeute où il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus.

# Annexe

## Prestations assurées – module de base

Hospitalisation en Suisse	Division commune dans toute la Suisse
Médicaments limités et hors-liste	90%, prescriptions illimitées
Cures thermales en Suisse	Max. Fr. 80.– par jour, max. Fr. 800.– par année civile
Cures de convalescence suite à une hospitalisation	Max. Fr. 50.– par jour, max. 30 jours par année
Frais d'accompagnement en milieu hospitalier	Max. Fr. 600.– par année civile
Aide à domicile et frais de placement	Max. Fr. 80.– par jour, max. Fr. 800.– par an
Lunettes et verres de contact	Fr. 150.– par période de 3 ans (par année civile pour les enfants jusqu'à 18 ans)
Moyens auxiliaires	90%, max. Fr. 1'000.– par année civile
Stérilisation volontaire	90%, illimité
Correction des oreilles	90%, illimité
Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants	Fr. 40.– par séance, max. Fr. 800.– par an
Frais de transports	Max. Fr. 5'000.– par année civile
Opérations de recherche et de sauvetage	Max. Fr. 50'000.– par année civile
Vaccins	90%, max. Fr. 150.– par année civile
Tests préventifs	Fr. 50.– par année civile
Check-up	90%, tous les 3 ans
Examens gynécologiques préventifs	90%, nombre d'examens illimités
Echographies et mammographies	90%, nombre d'examens illimités
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.– par enfant
Assistance en cas d'urgence en Suisse et à l'étranger	Groupe Mutuel Assistance

## Prestations assurées – option «plus»

Médecines alternatives*	80%, max. Fr. 10'000.– par année civile
Promotion Santé: fitness, école du dos, prestations pour désintoxication du tabac et de l'alcool	50%, max. Fr. 500.– par année civile (fitness 50%, max. Fr. 200.– par année civile)
Conseils diététiques	Fr. 50.– max. par séance (max. 3 conseils par période de 3 ans)
Deuxième avis médical	90%, illimité

\* soumis à une franchise annuelle de Fr. 300.– dès 19 ans

# Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global mi-privée

GMGA01-F8 – édition 01.07.2000

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 Conditions d'admission

1. Toute personne peut adhérer à l'assurance complémentaire Global mi-privée, jusqu'à l'âge de 55 ans révolus.
2. Les assurés de 0 à 18 ans, soit jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 18<sup>e</sup> anniversaire, bénéficient des prestations supplémentaires décrites à l'art. 2, ch. 2.2 sous la dénomination Global junior.
3. Dès le 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit son 55<sup>e</sup> anniversaire, l'assuré bénéficie des prestations supplémentaires décrites à l'art. 2, ch. 2.3 sous la dénomination Global senior.
4. Si une personne est déjà affiliée auprès d'un autre assureur pour une couverture comparable à celle de l'assurance Global mi-privée et que, momentanément, elle ne peut résilier auprès de cet autre assureur, elle a la possibilité d'adhérer à l'assurance Global mi-privée et de bénéficier ainsi exclusivement des prestations décrites à l'art. 2, ch. 2.4, sous la dénomination Global temporis.

## Art. 2 Prestations assurées

### 1. Global mi-privée

Les prestations suivantes sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins:

#### 1. Hospitalisation

##### 1. Classe d'assurance

Division mi-privée d'un établissement hospitalier suisse reconnu (chambre à deux lits) en soins généraux ou psychiatriques pour les malades de type aigu.

##### 2. Franchise en cas d'hospitalisation

- a. sans franchise;
- b. Fr. 1'000.– par année civile;
- c. Fr. 3'000.– par année civile;

La franchise s'applique uniquement aux prestations liées à l'hospitalisation.

##### 3. Prestations

###### a. Généralités

En cas d'hospitalisation, l'assureur prend en charge les frais de traitement et les frais hôteliers.

###### b. Hospitalisation en division privée

Si un assuré est hospitalisé dans une division supérieure à sa classe d'assurance, les prestations maximales suivantes lui sont allouées: 80% des frais hôteliers et des frais de traitement.

###### c. Hospitalisation à l'étranger

Lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue, durant 60 jours au plus par année civile, une prestation maximale de Fr. 1'000.– par jour.

Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge.

##### 4. Maternité

- a. Les prestations de l'assurance d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après 12 mois d'assurance. La

durée accomplie dans Global temporis n'est pas comptée comme durée d'assurance.

- b. En cas d'interruption de la grossesse et pour toute autre prestation en relation avec la maternité, le stage prévu à la lettre a est applicable.
  - c. Lors d'un accouchement impliquant un séjour hospitalier inférieur à 5 jours en division mi-privée, l'assureur accorde une allocation de Fr. 250.– par journée d'hospitalisation évitée. Les séjours hospitaliers faisant l'objet d'une facturation forfaitaire globale ne donnent pas droit à cette allocation. La lettre a. demeure réservée.
  - d. En cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile, l'assurée touche une allocation de Fr. 800.–, sous réserve de la lettre a.
  - e. Lorsqu'une assurée séjourne dans la division d'un établissement hospitalier correspondant à sa couverture d'assurance, l'assureur prend en charge également les frais de séjour pour le nouveau-né durant l'hospitalisation de la mère pour autant que ce dernier soit également assuré auprès de l'assureur. Les frais personnels ne sont pas couverts. La lettre a. demeure réservée.
5. Etendue et durée des prestations

Les prestations de l'assurance d'hospitalisation sont prises en charge sous réserve des dispositions suivantes:

- a. L'assureur prend en charge les coûts des traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers à l'hôpital et les honoraires des médecins, selon la convention ou la réglementation tarifaire cantonale ou toute autre convention passée avec l'assureur.
- b. Si un assuré est hospitalisé dans un établissement avec lequel l'assureur n'a pas conclu d'accord tarifaire dans le domaine des frais hôteliers et des frais de traitement (honoraires médicaux y compris), il lui sera alloué, dans la limite de la division mi-privée: Fr. 400.– par jour. L'article 2.1.1 alinéa 3 lettre b n'est pas applicable.
- c. 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. Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu.
- d. Dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, le droit aux prestations s'éteint.
- e. Après 60 jours d'hospitalisation, au cours d'une année civile, en établissement pour soins psychiatriques, les prestations de l'assurance d'hospitalisation ne sont plus versées.
- f. Après 90 jours d'hospitalisation au cours d'une année civile, les prestations de l'assurance d'hospitalisation ne sont plus versées. La durée des prestations servies à l'étranger ou dans

un établissement pour soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les 90 jours précités.

#### 6. Devoir de l'assuré

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.

#### 7. Mesures d'économies

– Lorsqu'un assuré renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division mi-privée pour la division commune ou confort, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier, mais au maximum Fr. 1'500.– par hospitalisation.

– En cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile, seule la règle de l'article 2.1.1. ch. 4 lettre d est applicable.

## 2. Soins complémentaires

L'assureur alloue les prestations suivantes, dans les limites de l'art. 3. (cf tableau):

#### 1. Médicaments limités

Le pourcentage prévu des frais de médicaments qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception toutefois des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

#### 2. Médicaments hors-liste

Le pourcentage prévu des frais de médicaments ne figurant sur aucune liste officielle (LS-LMT) qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exclusion toutefois des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

#### 3. Médecine douce

L'assureur prend en charge les thérapies ci-après dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin diplômé suisse ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur.

L'assureur se réserve le droit d'exclure certains praticiens en thérapie naturelle et tient à disposition des assurés une liste des praticiens dont les prestations sont remboursées.

Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le thérapeute où il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus.

### Liste des thérapies «médecine douce»

#### Naturopathie

acupuncture, aromathérapie, auriculothérapie, bio-résonance, biothérapie, chromothérapie, conseil en nutrition, électroacupuncture, géobiologie, herboristerie, homéopathie, iridologie, irrigation colonique, laserthérapie, magnétisme, magnétothérapie, morathérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, sympathicothérapie, ventouses.

#### Techniques du toucher

acupressure, drainage lymphatique, étiothérapie, eurhythmie, fasciathérapie, intégration posturale, kinésiologie, massages, médecine anthroposophique, mésothérapie, métamorphose, orthobionomie, ostéopathie, polarité, rééquilibration énergétique, réflexologie, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogène.

#### Psychothérapie

biodynamique, rebirthing, sophrologie, tomatisme (méthode).

– Tout changement volontaire de thérapie ou de

praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur.

– Les prestations relatives à la sophrologie sont remboursées lorsque les traitements sont effectués par un médecin, un médecin-sophrologue diplômé ASS ou par un sophrologue non médecin mais diplômé ASS.

#### 4. Cures thermales en Suisse

Une contribution aux frais de traitement en cas de cure de bains ainsi qu'une contribution aux frais de cure de convalescence est octroyée dans les établissements reconnus, mais au maximum durant 30 jours par année civile. Une demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

#### 5. Cures thermales à l'étranger

Contribution aux frais de traitement de cures thermales à l'étranger qui sont médicalement nécessaires et autorisées préalablement par l'assureur. La demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur 20 jours au moins avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

#### 6. Suppléments de tarifs

Lors de traitements ambulatoires en Suisse, la différence entre le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations.

#### 7. Indemnité pour frais privés en cas d'hospitalisation

Sur présentation d'une facture justificative, une indemnité unique est attribuée par hospitalisation de plus de huit jours.

#### 8. Frais d'accompagnement en milieu hospitalier

En cas d'hospitalisation de l'assuré, l'assureur prend en charge les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement.

#### 9. Aide à domicile et frais de placement

Sur demande préalable de l'assuré sont remboursés:

– le pourcentage des frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.);

– les frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une institution officielle.

#### 10. Lunettes et verres de contact

Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de verres de contact en Suisse ou à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

#### 11. Moyens auxiliaires

Les frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement sont pris en charge selon la liste établie par l'assureur.

#### 12. Cours de préparation à l'accouchement

Le montant prévu des frais de cours d'accouchement sans douleur ou de préparation à la naissance qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

13. Indemnité unique d'allaitement  
Une indemnité d'allaitement pour autant que l'accouchée allaite son enfant pendant 30 jours au moins et que cette durée d'allaitement soit confirmée par le médecin ou la sage-femme. En cas de naissance multiple, l'indemnité est versée pour chaque enfant.
14. Echographies et mammographies  
Le montant prévu des échographies et mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.
15. Vaccins  
Les frais pour les vaccinations qui ne sont pas comprises dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins et qui sont nécessaires en Suisse ainsi que celles qui sont prescrites en cas de départ à l'étranger.
16. Test Elisa ou HIV  
L'assureur alloue une contribution annuelle aux frais de tests préventifs lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par les dispensateurs de soins reconnus.
17. Stérilisation volontaire  
Le pourcentage prévu des frais d'intervention.
18. Traitement dentaire en cas d'accident  
Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste ou un technicien dentaire au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point).
19. Traitement dentaire en cas de maladie  
Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste ou un technicien dentaire au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point).
20. Frais de transport  
L'assureur alloue une contribution aux frais de transport consécutifs à une maladie ou à un accident couvert jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires et qu'ils ne soient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.  
Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de recherche et de sauvetage.  
Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.
21. Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants  
L'assureur prend en charge les frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants.

### 3. Groupe Mutuel Assistance

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 km du domicile de l'assuré).

### 2. Global junior

#### Les prestations supplémentaires

- a. Garde d'enfants malades à domicile  
En dérogation à l'art. 1. ch. 2. cette prestation est oc-

troyée jusqu'à l'âge de douze ans révolus. Prestations allouées si la garde est effectuée par une personne qui provient d'un organisme agréé par l'assureur, et que les parents ont une activité professionnelle exercée hors du domicile.

- b. Cotisation activité sportive  
Sur présentation d'une facture justificative, prise en charge d'une participation à la cotisation de membre actif d'un club sportif ou d'une association reconnus par l'assureur.

### 3. Global senior

#### Les prestations supplémentaires

- a. Soins palliatifs  
L'assureur alloue une contribution dans le cadre des soins palliatifs, à savoir l'ensemble des techniques médicales et infirmières destinées aux personnes en fin de vie et dispensées à domicile par du personnel dûment qualifié travaillant sous l'autorité d'une institution reconnue par l'assureur.  
Une demande préalable doit être présentée à l'assureur qui déterminera pour chaque cas l'étendue de la contribution allouée. Cette dernière est déterminée en tenant compte de l'ensemble des coûts relatifs aux traitements permettant le maintien à domicile.
- b. Séjour de mise en forme  
L'assureur alloue une contribution annuelle pour un séjour de mise en forme auprès d'établissements reconnus par l'assureur offrant un programme précis dans ce domaine.
- c. Conseils et cours de diététique  
L'assureur alloue une contribution annuelle pour des conseils et cours de diététique reconnus par l'assureur.

### 4. Global temporis

- a. Global temporis octroie, temporairement, des prestations Global mi-privée aux personnes assurées pour une couverture comparable auprès d'un autre assureur.
- b. Les prestations Global temporis concernent les soins complémentaires décrits sous les ch. 2.1.2, 2.1.3, 2.2, 2.3; elles ne concernent pas les prestations énoncées sous ch. 2.1.1 (hospitalisation).
- c. Pour les soins complémentaires pris en charge, les prestations de Global temporis correspondent au 30% de celles offertes par Global mi-privée.
- d. Le paiement des prestations de Global temporis intervient en complément des prestations offertes par l'autre assureur.
- e. Simultanément à l'adhésion à Global temporis, l'assureur accepte, pour la date fixée sur la déclaration d'adhésion, l'entrée future de l'assuré, sans nouvel examen de l'état de santé, dans l'assurance Global mi-privée. Celle-ci doit se faire dans un délai de 2 ans au maximum.
- f. La participation de l'assureur aux franchises et quotes-parts d'autres assureurs est exclue.
- g. Pour la durée de Global temporis, la prime est réduite par rapport à celle de Global mi-privée.
- h. Lors du passage de la couverture Global temporis à celle de Global mi-privée, et de l'adaptation de la prime qui en résulte, la disposition de l'art. 29 al. 1 des CGC pour les assurances maladie et accidents complémentaires donnant un droit de résiliation à l'assuré, n'est pas applicable.
- i. Les prestations payées dans le cadre de Global temporis et dont les limites sont liées à une période déterminée, comptent également pour le calcul du droit aux prestations après le passage à la couverture Global mi-privée.

### **Art. 3 Etendue des prestations**

Les prestations mentionnées dans l'art. 2 sont servies dans les limites et à concurrence des montants figurant dans le «Tableau des prestations Global mi-privée».

### **Art. 4 Droit aux prestations**

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
2. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement sur les montants assurés par année civile. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
3. Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin 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'assurance obligatoire des soins et des assurances complémentaires.

### **Art. 5 Avantages «LeClub»**

Par son adhésion à l'assurance Global mi-privée, l'assuré bénéficie des avantages «LeClub», qui sont notamment:

1. Rabais dans les hôtels  
Des rabais sont accordés dans les hôtels figurant sur une liste tenue par l'assureur.
2. Rabais drogueries et pharmacies ou autres commerces  
Des rabais sont accordés dans les drogueries et pharmacies ou autres commerces figurant sur une liste tenue par l'assureur.

### **Art. 6 Prime**

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 26<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

## Tableau des prestations Global mi-privée

### Types de prestations

Types de prestations	Global mi-privée
Médicaments limités	90%, prescriptions illimitées
Médicaments hors-liste	90%, prescriptions illimitées
Médecines douces	Fr. 70.– max. par séance, jusqu'à Fr. 6'000.– par année civile
Cures thermales Suisse	80% max. Fr. 750.– par année civile
Cures de convalescence	Fr. 25.– par jour, max. 30 jours par année civile
Cures de convalescence suite à une hospitalisation	Fr. 50.– par jour, max. 30 jours par année civile
Cures thermales à l'étranger	80% max. Fr. 1'000.– par année civile
Suppléments de tarifs	Fr. 1'000.– par année civile
Indemnité frais privés en cas d'hospitalisation	Fr. 200.– par cas
Frais d'accompagnement hospitalier	Fr. 700.– par année civile
Aide à domicile et frais de placement	90% max. Fr. 3'000.– par année civile
Lunettes et verres de contact	Fr. 200.– par période de 3 ans
Moyens auxiliaires	90% max. Fr. 1'000.– par année civile
Cours de préparation à l'accouchement	Fr. 150.– par grossesse
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.– par enfant
Echographies et mammographies	90%, nombre d'examen illimité
Vaccins	90% max. Fr. 250.– par année civile
Test Elisa ou HIV	Fr. 50.– par année civile
Stérilisation volontaire	80% max. Fr. 500.–
Traitement dentaire en cas d'accident	80% max. Fr. 8'000.– par cas
Traitement dentaire en cas de maladie	80% max. Fr. 200.– par période de 3 ans
Frais de transports	80%, max. Fr. 5'000.– par année civile
Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indép.	80%, max. Fr. 800.– par année civile
Hospitalisation en Suisse	Division mi-privée dans toute la Suisse
Hospitalisation à l'étranger	Fr. 1'000.– par jour
Groupe Mutuel Assistance	Assistance, encadrement et rapatriement en cas d'urgence médicale en voyage et à l'étranger

### Global junior (0-18 ans)

Garde d'enfant malade à domicile	Fr. 300.– par année civile
Cotisations activité sportive	Fr. 30.– par année civile

### Global senior (dès 56 ans)

Soins palliatifs	90% max. Fr. 3'000.– par année civile
Séjours de mise en forme	Fr. 300.– par année civile
Conseils et cours de diététique	50% max. Fr. 250.– par année civile

# Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global privée

GP

GPGA01-F8 – édition 01.07.2000

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 Conditions d'admission

1. Toute personne peut adhérer à l'assurance complémentaire Global privée, jusqu'à l'âge de 55 ans révolus.
2. Les assurés de 0 à 18 ans, soit jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 18<sup>e</sup> anniversaire, bénéficient des prestations supplémentaires décrites à l'art. 2, ch. 2.2 sous la dénomination Global junior.
3. Dès le 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit son 55<sup>e</sup> anniversaire, l'assuré bénéficie des prestations supplémentaires décrites à l'art. 2, ch. 2.3, sous la dénomination Global senior.
4. Si une personne est déjà affiliée auprès d'un autre assureur pour une couverture comparable à celle de l'assurance Global privée et que, momentanément, elle ne peut résilier auprès de cet autre assureur, elle a la possibilité d'adhérer à l'assurance Global privée et de bénéficier ainsi exclusivement des prestations décrites à l'art. 2, ch. 2.4, sous la dénomination Global temporis.

## Art. 2 Prestations assurées

### 1. Global privée

Les prestations suivantes sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins:

#### 1. Hospitalisation

##### 1. Classe d'assurance

Division privée d'un établissement hospitalier suisse reconnu (chambre à un lit) en soins généraux ou psychiatriques pour les malades de type aigu.

##### 2. Franchise en cas d'hospitalisation

a. sans franchise;

b. Fr. 1'000.– par année civile;

c. Fr. 3'000.– par année civile;

La franchise s'applique uniquement aux prestations liées à l'hospitalisation.

##### 3. Prestations

###### a. Généralités

En cas d'hospitalisation, l'assureur prend en charge les frais de traitements et les frais hôteliers.

###### b. Hospitalisation à l'étranger

Lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue durant 60 jours au plus par année civile, une prestation maximale de Fr. 1'500.– par jour.

L'assuré au bénéfice de l'option privée monde est couvert à raison de Fr. 3'000.– par jour au maximum, pour une durée maximale de 60 jours par année civile.

Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge.

###### 4. Maternité

a. Les prestations de l'assurance d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après 12 mois d'assurance. La durée accomplie dans Global temporis n'est pas comptée comme durée d'assurance.

b. En cas d'interruption de la grossesse et pour

toute autre prestation en relation avec la maternité, le stage prévu à la lettre a. est applicable.

c. Lors d'un accouchement impliquant un séjour hospitalier inférieur à 5 jours en division privée, l'assureur accorde une allocation de Fr. 250.– par journée d'hospitalisation évitée. Les séjours hospitaliers faisant l'objet d'une facturation forfaitaire globale ne donnent pas droit à cette allocation. La lettre a. demeure réservée.

d. En cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile, l'assurée touche une allocation de Fr. 1'200.–, sous réserve de la lettre a.

e. Lorsqu'une assurée séjourne dans la division d'un établissement hospitalier correspondant à sa couverture d'assurance, l'assureur prend en charge également les frais de séjour pour le nouveau-né durant l'hospitalisation de la mère pour autant que ce dernier soit également assuré auprès de l'assureur. Les frais personnels ne sont pas couverts. La lettre a. demeure réservée.

##### 5. Etendue et durée des prestations

Les prestations de l'assurance d'hospitalisation sont prises en charge sous réserve des dispositions suivantes:

a. L'assureur prend en charge les coûts des traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers à l'hôpital et les honoraires des médecins, selon la convention ou la réglementation tarifaire cantonale ou toute autre convention passée avec l'assureur.

b. Si un assuré est hospitalisé dans un établissement avec lequel l'assureur n'a pas conclu d'accord tarifaire dans le domaine des frais hôteliers et des frais de traitement (honoraires médicaux y compris), il lui sera alloué, dans la limite de la division privée: Fr. 600.– par jour.

c. 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. Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu.

d. Dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, le droit aux prestations s'éteint.

e. Après 60 jours d'hospitalisation, au cours d'une année civile, en établissement pour soins psychiatriques, les prestations de l'assurance d'hospitalisation ne sont plus versées.

f. Après 90 jours d'hospitalisation au cours d'une année civile, les prestations de l'assurance d'hospitalisation ne sont plus versées. La durée des prestations servies à l'étranger ou dans un établissement pour soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les 90 jours précités.

##### 6. Devoir de l'assuré

Avant chaque hospitalisation, l'assuré est tenu de se renseigner si l'établissement, la division d'éta-

blissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus par l'assureur.

#### 7. Mesures d'économie

- Lorsqu'un assuré renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division privée pour la division commune ou confort, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier mais au maximum Fr. 1'500.– par hospitalisation.
- En cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile, seule la règle de l'article 2.1.1. ch. 4. lettre d. est applicable.

### 2. Soins complémentaires

L'assureur alloue les prestations suivantes, dans les limites de l'art. 3. (cf tableau):

#### 1. Médicaments limités

Le pourcentage prévu des frais de médicaments qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception toutefois des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

#### 2. Médicaments hors-liste

Le pourcentage prévu des frais de médicaments ne figurant sur aucune liste officielle (LS-LMT) qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exclusion toutefois des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

#### 3. Médecine douce

L'assureur prend en charge les thérapies ci-après dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin diplômé suisse ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur.

L'assureur se réserve le droit d'exclure certains praticiens en thérapie naturelle et tient à disposition des assurés une liste des praticiens dont les prestations sont remboursées.

Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le thérapeute où il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus.

#### **Liste des thérapies «médecine douce»**

##### Naturopathie

acupuncture, aromathérapie, auriculothérapie, bio-résonance, biothérapie, chromothérapie, conseil en nutrition, électroacupuncture, géobiologie, herboristerie, homéopathie, iridologie, irrigation colonique, laserthérapie, magnétisme, magnétothérapie, morothérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, sympathicothérapie, ventouses.

##### Techniques du toucher

acupressure, drainage lymphatique, étiopathie, eurythmie, fasciathérapie, intégration posturale, kinésiologie, massages, médecine anthroposophique, mésothérapie, métamorphose, orthobionomie, ostéopathie, polarité, rééquilibration énergétique, réflexologie, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogène.

##### Psychothérapie

biodynamique, rebirthing, sophrologie, tomatis (méthode).

- Tout changement volontaire de thérapie ou de praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur.
- Les prestations relatives à la sophrologie sont remboursées lorsque les traitements sont effectués par un médecin, un médecin-sophrologue

diplômé ASS ou par un sophrologue non médecin mais diplômé ASS.

#### 4. Cures thermales en Suisse

Une contribution aux frais de traitement en cas de cure de bains ainsi qu'une contribution aux frais de cure de convalescence est octroyée dans les établissements reconnus, mais au maximum durant 30 jours par année civile. Une demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

#### 5. Cures thermales à l'étranger

Contribution aux frais de traitement de cures thermales à l'étranger qui sont médicalement nécessaires et autorisées préalablement par l'assureur. La demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur 20 jours au moins avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

#### 6. Suppléments de tarifs

Lors de traitements ambulatoires en Suisse, la différence entre le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations.

#### 7. Indemnité pour frais privés en cas d'hospitalisation

Sur présentation d'une facture justificative, une indemnité unique est attribuée par hospitalisation de plus de huit jours.

#### 8. Frais d'accompagnement en milieu hospitalier

En cas d'hospitalisation de l'assuré, l'assureur prend en charge les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement.

#### 9. Aide à domicile et frais de placement

Sur demande préalable de l'assuré sont remboursés:

- le pourcentage des frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.);
- les frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une institution officielle.

#### 10. Lunettes et verres de contact

Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de verres de contact en Suisse ou à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

#### 11. Moyens auxiliaires

Les frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement sont pris en charge selon la liste établie par l'assureur.

#### 12. Cours de préparation à l'accouchement

Le montant prévu des frais de cours d'accouchement sans douleur ou de préparation à la naissance qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

#### 13. Indemnité unique d'allaitement

Une indemnité d'allaitement pour autant que l'accouchée allaite son enfant pendant 30 jours au moins et que cette durée d'allaitement soit confirmée par le médecin ou la sage-femme. En cas

de naissance multiple, l'indemnité est versée pour chaque enfant.

#### 14. Echographies et mammographies

Le montant prévu des échographies et mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

#### 15. Vaccins

Les frais pour les vaccinations qui ne sont pas comprises dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins et qui sont nécessaires en Suisse ainsi que celles qui sont prescrites en cas de départ à l'étranger.

#### 16. Test Elisa ou HIV

L'assureur alloue une contribution annuelle aux frais de tests préventifs lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par les dispensateurs de soins reconnus.

#### 17. Stérilisation volontaire

Le pourcentage prévu des frais d'intervention.

#### 18. Traitement dentaire en cas d'accident

Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste ou un technicien dentaire au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point).

#### 19. Traitement dentaire en cas de maladie

Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point).

#### 20. Frais de transport

L'assureur alloue une contribution aux frais de transport consécutifs à une maladie ou à un accident couvert jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires et qu'ils ne soient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de recherche et de sauvetage.

Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.

#### 21. Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants

L'assureur prend en charge les frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants.

### 3. Groupe Mutuel Assistance

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 km du domicile de l'assuré).

## 2. Global junior

### Les prestations supplémentaires

#### a. Garde d'enfants malades à domicile

En dérogation à l'art. 1. ch. 2. cette prestation est octroyée jusqu'à l'âge de douze ans révolus, elle est allouée si la garde est effectuée par une personne qui provient d'un organisme agréé par l'assureur, et que les parents ont une activité professionnelle exercée hors du domicile.

#### b. Cotisation activité sportive

Sur présentation d'une facture justificative, prise en

charge d'une participation à la cotisation de membre actif d'un club sportif ou d'une association reconnue par l'assureur.

## 3. Global senior

### Les prestations supplémentaires

#### a. Soins palliatifs

L'assureur alloue une contribution dans le cadre des soins palliatifs, à savoir l'ensemble des techniques médicales et infirmières destinées aux personnes en fin de vie et dispensées à domicile par du personnel dûment qualifié travaillant sous l'autorité d'une institution reconnue par l'assureur.

Une demande préalable doit être présentée à l'assureur qui déterminera pour chaque cas l'étendue de la contribution allouée. Cette dernière est déterminée en tenant compte de l'ensemble des coûts relatifs aux traitements permettant le maintien à domicile.

#### b. Séjour de mise en forme

L'assureur alloue une contribution annuelle pour un séjour de mise en forme auprès d'établissements reconnus par l'assureur offrant un programme précis dans ce domaine.

#### c. Conseils et cours de diététique

L'assureur alloue une contribution annuelle pour des conseils et cours de diététique reconnus par l'assureur.

## 4. Global temporis

a. Global temporis octroie, temporairement, des prestations Global privée aux personnes assurées pour une couverture comparable auprès d'un autre assureur.

b. Les prestations Global temporis concernent les soins complémentaires décrits sous les ch. 2.1.2, 2.1.3, 2.2, 2.3; elles ne concernent pas les prestations énoncées sous le ch. 2.1.1 (hospitalisation).

c. Pour les soins complémentaires pris en charge, les prestations de Global temporis correspondent au 30% de celles offertes par Global privée.

d. Le paiement des prestations de Global temporis intervient en complément des prestations offertes par l'autre assureur.

e. Simultanément à l'adhésion à Global temporis, l'assureur accepte, pour la date fixée sur la déclaration d'adhésion, l'entrée future de l'assuré, sans nouvel examen de l'état de santé, dans l'assurance Global privée. Celle-ci doit se faire dans un délai de 2 ans au maximum.

f. La participation de l'assureur aux franchises et quotes-parts d'autres assureurs est exclue.

g. Pour la durée de Global temporis, la prime est réduite par rapport à celle de Global privée.

h. Lors du passage de la couverture Global temporis à celle de Global privée, et de l'adaptation de la prime qui en résulte, la disposition de l'art. 29 al. 1 des CGC pour les assurances maladie et accidents complémentaires donnant un droit de résiliation à l'assuré, n'est pas applicable.

i. Les prestations payées dans le cadre de Global temporis et dont les limites sont liées à une période déterminée, comptent également pour le calcul du droit aux prestations après le passage à la couverture Global privée.

## Art. 3 Etendue des prestations

Les prestations mentionnées dans l'art. 2 sont servies dans les limites et à concurrence des montants figurant dans le «Tableau des prestations Global privée».

## **Art. 4 Droit aux prestations**

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
2. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement sur les montants assurés par année civile. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
3. Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin 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'assurance obligatoire des soins et des assurances complémentaires.

## **Art. 5 Avantages «LeClub»**

Par son adhésion à l'assurance Global privée, l'assuré bénéficie des avantages «LeClub», qui sont notamment:

1. Rabais dans les hôtels  
Des rabais sont accordés dans les hôtels figurant sur une liste tenue par l'assureur.
2. Rabais drogueries et pharmacies ou autres commerces  
Des rabais sont accordés dans les drogueries et pharmacies ou autres commerces figurant sur une liste tenue par l'assureur.

## **Art. 6 Prime**

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 26<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

## Tableau des prestations Global privée

Types de prestations	Global privée
Médicaments limités	90%, prescriptions illimitées
Médicaments hors-liste	90%, prescriptions illimitées
Médecines douces	Fr. 70.– max. par séance, jusqu'à Fr. 6'000.– par année civile
Cures thermales Suisse	80% max. Fr. 750.– par année civile
Cures de convalescence	Fr. 25.– par jour, max. 30 jours par année civile
Cures de convalescence suite à une hospitalisation	Fr. 50.– par jour, max. 30 jours par année civile
Cures thermales à l'étranger	80% max. Fr. 1'000.– par année civile
Suppléments de tarifs	Fr. 1'000.– par année civile
Indemnité frais privés en cas d'hospitalisation	Fr. 200.– par cas
Frais d'accompagnement hospitalier	Fr. 700.– par année civile
Aide à domicile et frais de placement	90% max. Fr. 3'000.– par année civile
Lunettes et verres de contact	Fr. 200.– par période de 3 ans
Moyens auxiliaires	90% max. Fr. 1'000.– par année civile
Cours de préparation à l'accouchement	Fr. 150.– par grossesse
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.– par enfant
Echographies et mammographies	90%, nombre d'examen illimité
Vaccins	90% max. Fr. 250.– par année civile
Test Elisa ou HIV	Fr. 50.– par année civile
Stérilisation volontaire	80% max. Fr. 500.–
Traitement dentaire en cas d'accident	80% max. Fr. 8'000.– par cas
Traitement dentaire en cas de maladie	80% max. Fr. 200.– par période de 3 ans
Frais de transports	80% max. Fr. 5'000.– par année civile
Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indép.	80% max. Fr. 800.– par année civile
Hospitalisation en Suisse	Division privée dans toute la Suisse
Hospitalisation à l'étranger	Fr. 1'500.– par jour Fr. 3'000.– par jour (option privée monde)
Groupe Mutuel Assistance	Assistance, encadrement et rapatriement en cas d'urgence médicale en voyage et à l'étranger

### Global junior (0-18 ans)

Garde d'enfants malades à domicile	Fr. 300.– par année civile
Cotisations activité sportive	Fr. 30.– par année civile

### Global senior (dès 56 ans)

Soins palliatifs	90% max. Fr. 3'000.– par année civile
Séjours de mise en forme	Fr. 300.– par année civile
Conseils et cours de diététique	50% max. Fr. 250.– par année civile

# Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global smart

GOGA02-F8 – édition 01.06.2023

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 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'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 (module de base) :
  - Niveau 1
  - Niveau 2
  - Niveau 3
4. Ce module de base peut être complété par l'option « Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger ».

## Art. 2 Risques couverts

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

## Art. 3 Conditions d'admission

1. Toute personne domiciliée en Suisse peut adhérer 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 per-

sonnes assurables ainsi que les conditions d'admission applicables pour les diverses catégories de proposants sont définies par la convention cadre conclue entre l'entreprise co-contractante et l'assureur.

## Art. 4 Maintien de la couverture en cas de transfert du domicile à l'étranger

1. En cas de transfert du domicile à l'étranger en cours de contrat, l'assurance Global smart peut être conservée 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.
2. 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. 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 prescrits ne sont plus remplis.

## Art. 5 Résiliation du contrat d'assurance

Au terme de trois périodes d'assurance (au sens de l'art. 12 des CGC), le preneur d'assurance peut dénoncer le contrat pour la fin d'une année civile moyennant un préavis d'un mois.

## Art. 6 Prestations assurées

### 1. En Suisse

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
<b>Hospitalisation</b>	division commune	division commune	division mi-privée ou privée  La variante assurée est mentionnée sur la police d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu.</li> <li>- Prise en charge des coûts des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur pour les divisions correspondantes.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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 figurant dans l'annexe A, par nuit d'hospitalisation.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 60 jours.</li> <li>- 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.</li> <li>- Lorsqu'un assuré renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division mi-privée ou privée pour la division commune, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier mais au maximum Fr. 5'000.- par hospitalisation.</li> </ul>
<b>Traitements ambulatoires</b>	100%	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libre choix du lieu de traitement en Suisse en cas de traitement ambulatoire reconnu au sens de la LAMal.</li> <li>- Prise en charge de la différence entre le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations.</li> </ul>
<b>Médicaments limités et hors liste</b>	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicaments ordonnés par un médecin ou un prescripteur de soins reconnu LAMal, non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS).</li> <li>- Exclusions : produits figurant sur la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).</li> </ul>
<b>Frais de transport</b>	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que les dits transports soient médicalement nécessaires.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Médecines alternatives</b>	30%	60%	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des thérapies selon liste ci-dessous (point 6.2 liste des thérapies) exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Lunettes médicales et verres de contact</b>	Fr. 150.- chaque 3 ans	Fr. 200.- chaque 3 ans	Fr. 200.- chaque 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coûts des montures, verres ou lentilles de contact.</li> </ul>

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
<b>Traitements dentaires</b>	Aucune prestation	Jusqu'à 18 ans 50%, max. Fr. 2'000.-/ année civile  Dès 19 ans 50%, max. Fr. 500.-/ année civile	Jusqu'à 18 ans 50%, max. Fr. 2'000.-/ année civile  Dès 19 ans 50%, max. Fr. 1'000.-/ année civile	<ol style="list-style-type: none"> <li>Selon le niveau choisi, prise en charge uniquement des frais : <ul style="list-style-type: none"> <li>de traitements dentaires effectués par un médecin dentiste diplômé;</li> <li>de contrôle dentaire prophylactique annuel;</li> <li>de soins d'orthopédie dento-faciale;</li> <li>de laboratoire.</li> </ul> </li> <li>Pour les traitements dentaires consécutifs à un accident survenu après l'entrée en vigueur de l'assurance, le droit aux prestations est immédiat.</li> <li>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.</li> <li>Pour tous les traitements dentaires, les prestations d'assurance sont accordées après un stage de 3 mois, sous réserve des points 2 et 3 précités.</li> <li>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%.</li> <li>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.</li> </ol>
<b>Cures thermales</b>	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/année civile	90%, max. 30 jours/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frais de traitement et de pension en cas de cure thermique dans les établissements de cures balnéaires reconnus par l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).</li> <li>Les prestations sont octroyées si elles sont prescrites par un médecin reconnu au sens de la LAMal. 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.</li> </ul>
<b>Cures de convalescence</b>	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/année civile	90%, max. 30 jours/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>
<b>Aide à domicile</b>	50%, max. Fr. 1'500.-/année civile	50%, max. Fr. 1'500.-/année civile	90%, max. Fr. 2'500.-/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.).</li> <li>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.</li> </ul>
<b>Cure de désintoxication de l'alcool</b>	Fr. 50.-/jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 100.-/jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 100.-/jour, max. 30 jours/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contribution aux frais de traitement et de pension en cas de cure résidentielle, dans un établissement spécialisé en matière de cures de désintoxication pour alcooliques.</li> <li>Seules les cures prodiguées par un établissement reconnu par la « Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue » sont prises en charge. La liste des établissements est disponible auprès de l'assureur.</li> </ul>
<b>Vaccins</b>	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge des frais pour les vaccinations médicalement prescrites pour la Suisse (non comprises dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS)), ainsi que celles qui sont recommandées par l'Office fédéral de la santé publique en cas de départ à l'étranger.</li> </ul>
<b>Check-up</b>	90%, max. 1 tous les 3 ans	90%, max. 1 tous les 3 ans	90%, max. 1 tous les 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seuls les check-up définis et dispensés par un médecin reconnu au sens de la LAMal sont pris en charge. Le check-up comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>pour les personnes jusqu'à 40 ans, une consultation (examen prolongé), les analyses de glucose et de cholestérol</li> <li>pour les personnes de plus de 40 ans, une consultation (examen prolongé), un électrocardiogramme au repos, les analyses hématologiques et chimiques, de glucose et de cholestérol.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Seconde opinion</b>	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge des frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation pour autant que la mention «seconde opinion » figure sur la note d'honoraires.</li> </ul>
<b>Promotion Santé</b>	50%, max. Fr. 200.-/année civile	50%, max. Fr. 200.-/année civile	50%, max. Fr. 200.-/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge des frais résultant d'une cure dans un établissement ou fournisseur agréé par l'assureur, et cela dans les domaines de l'école du dos, du fitness et des prestations pour désintoxication au tabac.</li> <li>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.-.</li> </ul>

## 2. Liste des thérapies «médecine alternative »

Naturopathie	Techniques du toucher	Autres
Acupuncture	Acupressure	Auto phoni psychologie
Aromathérapie	Alexander	Biodynamique
Auriculothérapie	Cardio forme	Eurythmie
Biorésonance	Drainage lymphatique	Gestalt
Biothérapie	Etiopathie	Rebirthing
Chromothérapie	Fasciathérapie	Relaxation
Conseil en nutrition	Inochi thérapie	Sophrologie
Electroacupuncture	Intégration posturale	Thérapie NST
Eutonie	Kinésiologie	Tomatis (méthode)
Géobiologie	Massages	
Herboristerie	Médecine anthroposophique	
Homéopathie	Mésothérapie	
Iridologie	Métamorphose	
Irrigation colonique	Orthobionomie	
Kneipp thérapie	Ostéopathie	
Laserthérapie	Pédicure (soins fonctionnels)	
Magnétisme	Polarité	
Magnétothérapie	Rééquilibration énergétique	
Morathérapie	Réflexologie	
Naturopathie	Reiki	
Oxygénothérapie	Rolfing	
Peinture thérapeutique	Shiatsu	
Phytothérapie	Touch for Health	
Respiration	Trager	
Sympathicothérapie	Training autogène	
Test laboratoire	Vitalpraktik	
Ventouses		

## 3. A l'étranger

1. Les prestations ci-après sont valables dans le monde entier, à l'exclusion de la Suisse et du Liechtenstein, pour des traitements d'urgence qui ne sont pas couverts par les assurances sociales suisses ou étrangères ou par d'autres assurances privées.
2. Les prestations assurées correspondent à celles couvertes en Suisse lors de problèmes de santé semblables.
3. Les 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.
4. Les prestations ci-après sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies par des personnes ou des institutions qui disposent de la formation, de la reconnaissance et de l'autorisation nécessaire des organismes sociaux étrangers.
5. 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 ». 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.
6. Paiement des prestations
  - Si plusieurs membres de la famille tombent malades ou sont accidentés simultanément, une facture séparée doit être demandée, pour chaque assuré : au médecin, à l'hôpital, au pharmacien, etc.
  - Pour obtenir le remboursement des frais, l'assuré est tenu de fournir toutes pièces justificatives nécessaires (facture originales et détaillées, certificats médicaux, ordonnances, attestations de paiement, etc.).
  - Est reconnu comme cours de change pour les factures de l'étranger le cours des devises officiel du franc suisse, au dernier jour de traitement.
  - L'assureur reconnaît les tarifs usuels valables dans le pays ou la région de traitement. Il se réserve le droit de réduire les factures exagérément élevées.
7. En dérogation à l'art. 6.3.3, les traitements volontaires à l'étranger des personnes :
  - résidant à l'étranger et demeurant soumises à l'assurance-maladie obligatoire des soins LAMal 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 ne sont pas soumis à l'accord préalable de l'assureur.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Traitements ambulatoires				Consultation, analyses, radiographies et médicaments reconnus.
Hospitalisation				Hospitalisation pour les traitements reconnus.
Frais de transport				Transports nécessités par le traitement vers le centre hospitalier le plus proche.
Rapatriement, recherche et sauvetage			La somme assurée s'élève au maximum à Fr. 100'000.- par année civile	Prise en charge uniquement des frais : <ul style="list-style-type: none"> <li>- de transports en cas de rapatriement, y compris ceux d'une personne décédée, sur accord préalable de l'assureur</li> <li>- de recherche et sauvetage de l'assuré malade ou dont l'intégrité physique est menacée</li> </ul>
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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les frais attestés pour le voyage aller et retour en classe économique et les transports publics jusqu'au lieu d'hospitalisation de l'assuré;</li> <li>- les frais de pension et de logement attestés, au plus cependant Fr. 250.- par jour jusqu'à concurrence de Fr. 2'000.-.</li> </ul>

#### 4. Groupe Mutuel Assistance

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).

#### 5. Option « Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger »

Cette option peut être conclue par les assurés au bénéfice de la couverture Global smart Niveau 3 moyennant un supplément de prime. Elle donne droit au remboursement des frais de traitements et frais hôteliers en cas d'hospitalisation à l'étranger, jusqu'à concurrence de Fr. 3'000.- par jour et durant 60 jours au plus par année civile. Ces prestations sont servies en complément des autres prestations mentionnées au point 6.3.

### Art. 7 Droit aux prestations

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.

Un cumul des prestations assurées en Suisse et à l'étranger n'est pas possible.

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.

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 et du Liechtenstein en application de l'accord sur la libre circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale.

#### 1. 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.

#### 2. Couverture des prestations en cas de maternité

- a. Les prestations lors de traitements stationnaires en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après une période d'assurance de 12 mois.
- 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. 2, 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.

### 3. 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.

### 4. Option « Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger »

Les prestations mentionnées à l'article 6.5 des présentes CP (option « Upgrade hospitalisation en cas d'urgence à l'étranger ») sont couvertes à condition que la police d'assurance le précise expressément.

## Art. 8 Primes

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 26<sup>e</sup> année et jusqu'à la 71<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans.

Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées.

## Art. 9 Franchises

1. Les assurés ont la possibilité de choisir les variantes suivantes :
  - sans franchise annuelle;
  - franchise annuelle de Fr. 500.–.
2. Les assurés ayant opté pour le Niveau 3 peuvent également choisir une franchise annuelle de Fr. 1'000.–.
3. Aucune franchise n'est prélevée sur les prestations du Groupe Mutuel Assistance.

## Art. 10 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.  
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.
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 au preneur d'assurance, qui est débiteur de leur paiement.
9. 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. 6, 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
<b>Médecin non reconnu :</b> Remboursement des frais médicaux	Fr. 500.–	Fr. 500.–	Fr. 0.–	Fr. 0.–
<b>Hôpital non reconnu :</b> Remboursement des frais hospitaliers	Fr. 300.–	Fr. 500.–	Fr. 100.–	Fr. 150.–
<b>Hôpital et Médecin non reconnu :</b> 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.–

# Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global confort

GCGA01-F7 – édition 01.07.2000

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 Conditions d'admission

1. Toute personne peut adhérer à l'assurance complémentaire Global confort, jusqu'à l'âge de 55 ans.
2. Les assurés de 0 à 18 ans, soit jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 18<sup>e</sup> anniversaire, bénéficient des prestations supplémentaires décrites à l'art 2, point 2.2 sous la dénomination Global junior.
3. Dès le 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit son 55<sup>e</sup> anniversaire, l'assuré bénéficie des prestations supplémentaires décrites à l'art. 2, ch. 2.3, sous la dénomination Global senior.
4. Si une personne est déjà affiliée auprès d'un autre assureur pour une couverture comparable à celle de l'assurance Global confort et que, momentanément, elle ne peut résilier auprès de cet autre assureur, elle a la possibilité d'adhérer à l'assurance Global confort et de bénéficier ainsi exclusivement des prestations décrites à l'art. 2, ch. 2.4, sous la dénomination Global temporis.

## Art. 2 Prestations assurées

### 1. Global confort

Les prestations suivantes sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins:

#### 1. Hospitalisation

##### 1. Classes d'assurance

###### a. Classe commune

Libre choix, en division commune, d'un établissement hospitalier suisse reconnu en soins généraux ou psychiatriques, pour les malades de type aigu.

###### b. Classe confort en division commune

Selon la variante choisie, le supplément hôtelier pour une chambre à 2 lits ou à 1 lit d'un établissement hospitalier suisse agréé par l'assureur. Soins médicaux de la division commune sans libre choix du médecin. Les disponibilités des établissements hospitaliers demeurent réservées.

##### 2. Prestations

###### a. Généralités

En cas d'hospitalisation, l'assureur prend en charge les frais de traitement et les frais hôteliers.

###### b. Hospitalisation à l'étranger

Lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue, durant 60 jours au plus par année civile, une prestation maximale de Fr. 500.– par jour.

Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge.

##### 3. Etendue et durée des prestations

Les prestations de l'assurance d'hospitalisation sont prises en charge sous réserve des dispositions suivantes:

- a. L'assureur prend en charge les coûts des traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers d'un établissement hospitalier et les hono-

raires des médecins, selon la convention ou la réglementation tarifaire cantonale ou toute autre convention passée avec l'assureur.

- b. Si un assuré est hospitalisé dans un établissement avec lequel l'assureur n'a pas conclu d'accord tarifaire dans le domaine des frais hôteliers et des frais de traitement (honoraires médicaux y compris), il lui sera alloué, dans la limite de la classe choisie, un montant de Fr. 200.– par jour.

- c. Le choix de l'établissement hospitalier en classe confort est limité aux établissements agréés par l'assureur.

- d. Dans le cadre de la présente assurance, il n'y a pas de couverture 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. Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu.

- e. Dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, le droit aux prestations s'éteint.

- f. Après 60 jours d'hospitalisation, au cours d'une année civile, en établissement pour soins psychiatriques, les prestations de l'assurance d'hospitalisation ne sont plus versées.

- g. Après 90 jours d'hospitalisation au cours d'une année civile, les prestations de l'assurance ne sont plus versées. La durée des prestations servies à l'étranger ou dans un établissement pour soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les 90 jours précités.

##### 4. Devoir de l'assuré

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 font partie des établissements reconnus par l'assureur.

### 2. Soins complémentaires

L'assureur alloue les prestations suivantes, dans les limites de l'art. 3. (cf tableau):

#### 1. Médicaments limités

Le pourcentage prévu des frais de médicaments qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception, toutefois, des produits pharmaceutiques à charge des assurés (LPPA).

#### 2. Médicaments hors-liste

Le pourcentage prévu des frais de médicaments ne figurant sur aucune liste officielle (LS-LMT) qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exclusion, toutefois, des produits pharmaceutiques à charge des assurés (LPPA).

#### 3. Médecine douce

L'assureur prend en charge les thérapies ci-après dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin diplômé suisse ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur.

L'assureur se réserve le droit d'exclure certains pra-

ticiens en thérapie naturelle et tient à disposition des assurés une liste des praticiens dont les prestations sont remboursées.

Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le thérapeute où il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus.

### Liste des thérapies «médecine douce»

#### Naturopathie

acupuncture, aromathérapie, auriculothérapie, bio-résonance, biothérapie, chromothérapie, conseil en nutrition, électroacupuncture, géobiologie, herboristerie, homéopathie, iridologie, irrigation colonique, laserthérapie, magnétisme, magnétothérapie, morothérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, sympathicothérapie, ventouses.

#### Techniques du toucher

acupressure, drainage lymphatique, étiopathie, eurhythmie, fasciathérapie, intégration posturale, kinésiologie, massages, médecine anthroposophique, mésothérapie, métamorphose, orthobionomie, ostéopathie, polarité, rééquilibration énergétique, réflexologie, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogène.

#### Psychothérapie

biodynamique, rebirthing, sophrologie, tomatisme (méthode).

– Tout changement volontaire de thérapie ou de praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur.

– Les prestations relatives à la sophrologie sont remboursées lorsque les traitements sont effectués par un médecin, un médecin-sophrologue diplômé ASS ou par un sophrologue non médecin mais diplômé ASS.

#### 4. Cures thermales en Suisse

Une contribution aux frais de traitement en cas de cure de bains ainsi qu'une contribution aux frais de cure de convalescence est octroyée dans les établissements reconnus, mais au maximum durant 30 jours par année civile. Une demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

#### 5. Cures thermales à l'étranger

Contribution aux frais de traitement de cures thermales à l'étranger qui sont médicalement nécessaires et autorisées préalablement par l'assureur. La demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur 20 jours au moins avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

#### 6. Suppléments de tarifs

Lors de traitements ambulatoires en Suisse, la différence entre le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations.

#### 7. Indemnité pour frais privés en cas d'hospitalisation

Sur présentation d'une facture justificative, une indemnité unique est attribuée par hospitalisation de plus de huit jours.

#### 8. Frais d'accompagnement en milieu hospitalier

En cas d'hospitalisation de l'assuré, l'assureur prend en charge les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement.

#### 9. Aide à domicile et frais de placement

Sur demande préalable de l'assuré sont remboursés:

– le pourcentage des frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.);

– les frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une institution officielle.

#### 10. Lunettes et verres de contact

Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de verres de contact en Suisse ou à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

#### 11. Moyens auxiliaires

Les frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement sont pris en charge selon la liste établie par l'assureur.

#### 12. Cours de préparation à l'accouchement

Le montant prévu des frais de cours d'accouchement sans douleur ou de préparation à la naissance qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

#### 13. Indemnité unique d'allaitement

Une indemnité d'allaitement pour autant que l'accouchée allaite son enfant pendant 30 jours au moins et que cette durée d'allaitement soit confirmée par le médecin ou la sage-femme. En cas de naissance multiple, l'indemnité est versée pour chaque enfant.

#### 14. Echographies et mammographies

Le montant prévu des échographies et mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

#### 15. Vaccins

Les frais pour les vaccinations qui ne sont pas comprises dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins et qui sont nécessaires en Suisse ainsi que celles qui sont prescrites en cas de départ à l'étranger.

#### 16. Test Elisa ou HIV

L'assureur alloue une contribution annuelle aux frais de tests préventifs lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par les dispensateurs de soins reconnus.

#### 17. Stérilisation volontaire

Le pourcentage prévu des frais d'intervention.

#### 18. Traitement dentaire en cas d'accident

Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste ou un technicien dentaire au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point).

#### 19. Traitement dentaire en cas de maladie

Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point).

#### 20. Frais de transport

L'assureur alloue une contribution aux frais de transport consécutifs à une maladie ou à un accident couvert jusqu'à l'établissement hospitalier ou

chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires et qu'ils ne soient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de recherche et de sauvetage.

Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.

#### 21. Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants

L'assureur prend en charge les frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants.

### 3. **Groupe Mutuel Assistance**

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 km du domicile de l'assuré).

### 4. **Indemnité au décès**

Une indemnité au décès de Fr. 2'000.– à la suite de maladie ou d'accident est versée aux ayants droit après le décès de l'assuré, si celui-ci est âgé au minimum de 3 ans révolus et au maximum de 55 ans révolus.

L'acte de décès ou tout autre document jugé nécessaire doit être présenté à l'assureur.

L'assureur a le droit de déduire de l'indemnité au décès allouée aux ayants droit les montants qui lui seraient éventuellement dus par le défunt (primes, participations, etc).

Le droit à l'indemnité au décès s'éteint, sans autre avis, après un délai de deux ans à compter du jour du décès, si l'acte de décès n'est pas présenté à l'assureur.

## 2. **Global junior**

### **Les prestations supplémentaires**

#### a. Garde d'enfants malades à domicile

En dérogation à l'art. 1. ch. 2, cette prestation est octroyée jusqu'à l'âge de douze ans révolus. Prestations allouées si la garde est effectuée par une personne qui provient d'un organisme agréé par l'assureur, et que les parents ont une activité professionnelle exercée hors du domicile.

#### b. Cotisation activité sportive

Sur présentation d'une facture justificative, prise en charge d'une participation à la cotisation de membre actif d'un club sportif ou d'une association reconnus par l'assureur.

## 3. **Global senior**

### **Les prestations supplémentaires**

#### a. Soins palliatifs

L'assureur alloue une contribution dans le cadre des soins palliatifs, à savoir l'ensemble des techniques médicales et infirmières destinées aux personnes en fin de vie et dispensées à domicile par du personnel dûment qualifié travaillant sous l'autorité d'une institution reconnue par l'assureur.

Une demande préalable doit être présentée à l'assureur qui déterminera pour chaque cas l'étendue de la contribution allouée. Cette dernière est déterminée en tenant compte de l'ensemble des coûts relatifs aux traitements permettant le maintien à domicile.

#### b. Séjour de mise en forme

L'assureur alloue une contribution annuelle pour des séjours de mise en forme auprès d'établissements reconnus par l'assureur offrant un programme précis

dans ce domaine.

#### c. Conseils et cours de diététique

L'assureur alloue une contribution annuelle pour des conseils et cours de diététique reconnus par l'assureur.

## 4. **Global temporis**

a. Global temporis octroie, temporairement, des prestations Global confort aux personnes assurées pour une couverture comparable auprès d'un autre assureur.

b. Les prestations Global temporis concernent les soins complémentaires décrits sous les ch. 2.1.2, 2.1.3, 2.2, 2.3; elles ne concernent pas celles des ch. 2.1.1 (hospitalisation), et 2.1.4 (indemnité au décès).

c. Pour les soins complémentaires pris en charge, les prestations de Global temporis correspondent au 30% de celles offertes par Global confort.

d. Le paiement des prestations de Global temporis intervient en complément des prestations offertes par l'autre assureur.

e. Simultanément à l'adhésion à Global temporis, l'assureur accepte, pour la date fixée sur la déclaration d'adhésion, l'entrée future de l'assuré, sans nouvel examen de l'état de santé dans l'assurance Global confort. Celle-ci doit se faire dans un délai de 3 ans au maximum.

f. La participation de l'assureur aux franchises et quotes-parts d'autres assureurs est exclue.

g. Pour la durée de Global temporis, la prime est réduite par rapport à celle de Global confort.

h. Lors du passage de la couverture Global temporis à celle de Global confort, et de l'adaptation de la prime qui en résulte, la disposition de l'art. 29 al. 1 des CGC pour les assurances maladie et accidents complémentaires donnant un droit de résiliation à l'assuré, n'est pas applicable.

i. Les prestations payées dans le cadre de Global temporis et dont les limites sont liées à une période déterminée, comptent également pour le calcul du droit aux prestations après le passage à la couverture Global confort.

## **Art. 3 Etendue des prestations**

Les prestations mentionnées dans l'art. 2 sont servies dans les limites et à concurrence des montants figurant dans le «Tableau des prestations Global confort».

## **Art. 4 Droit aux prestations**

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.

2. Pour les prestations liées à la grossesse et à l'accouchement, le droit aux prestations prend effet après 12 mois d'assurance. La durée accomplie dans Global temporis n'est pas comptée comme durée d'assurance.

3. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement sur les montants assurés par année civile. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits ne peuvent être reportés sur l'année suivante.

4. Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin 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'assurance obligatoire des soins et des assurances complémentaires.

## Art. 5 Franchises

Les assurés ont les possibilités de choix suivants:

- sans franchise,
- une franchise de Fr. 150.– par année civile.

Pour la durée de Global temporis l'assurance est conclue uniquement sans franchise.

## Art. 6 Avantages «LeClub»

Par son adhésion à l'assurance Global confort, l'assuré bénéficie des avantages «LeClub», qui sont notamment:

### 1. Rabais dans les hôtels

Des rabais sont accordés dans les hôtels figurant sur une liste tenue par l'assureur.

### 2. Rabais drogueries et pharmacies ou autres commerces

Des rabais sont accordés dans les drogueries et pharmacies ou autres commerces figurant sur une liste tenue par l'assureur.

## Art. 7 Prime

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 26<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

# Tableau des prestations Global confort

## Types de prestations

	Global 1
Médicaments limités	70% max. Fr. 800.–/année civile
Médicaments hors-liste	70% max. Fr. 800.–/année civile
Médecines douces	Fr. 70.– max./séance, jusqu'à Fr. 2'000.–/année civile
Cures thermales Suisse	60% max. Fr. 300.–/année civile
Cures de convalescence	Fr. 20.–/jour, max. 30 jours/année civile
Cures de convalescence suite à une hospitalisation	Fr. 40.–/jour, max. 30 jours/année civile
Cures thermales à l'étranger	pas de prestation
Suppléments de tarifs	pas de prestation
Indemnité frais privés en cas d'hospitalisation	Fr. 100.–/cas
Frais d'accompagnement hospitalier	Fr. 500.–/année civile
Aide à domicile et frais de placement	70% max. Fr. 1'500.–/année civile
Lunettes et verres de contact	Fr. 100.–/période de 3 ans
Moyens auxiliaires	70% max. Fr. 300.–/année civile
Cours de préparation à l'accouchement	Fr. 150.–/grossesse
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.–/enfant
Echographies et mammographies	90%, nombre d'examen illimité
Vaccins	70% max. Fr. 150.–/année civile
Test Elisa ou HIV	Fr. 50.–/année civile
Stérilisation volontaire	60% max. Fr. 300.–
Traitement dentaire en cas d'accident	60% max. Fr. 4'000.–/cas
Traitement dentaire en cas de maladie	60% max. Fr. 100.–/période de 3 ans
Frais de transports	60% max. Fr. 1'000.–/année civile
Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indép	60% max. Fr. 600.–/année civile
Hospitalisation en Suisse	Division commune dans toute la Suisse
Hospitalisation à l'étranger	Fr. 500.–/jour
Indemnité au décès	Fr. 2'000.– décès/maladie ou accident
Groupe Mutuel Assistance	
<b>Global junior (0-18 ans)</b>	
Garde d'enfants malades à domicile	Fr. 200.–/année civile
Cotisations activité sportive	Fr. 30.–/année civile
<b>Global senior (dès 56 ans)</b>	
Soins palliatifs	90% max. Fr. 2'000.–/année civile
Séjours de mise en forme	Fr. 300.–/année civile
Conseils et cours de diététique	50% max. Fr. 150.–/année civile

<b>Global 2</b>	<b>Global 3</b>	<b>Global 4</b>
90% max. Fr. 800.-/année civile	90%, prescriptions illimitées	90%, prescriptions illimitées
90% max. Fr. 800.-/année civile	90%, prescriptions illimitées	90%, prescriptions illimitées
Fr. 70.- max./séance, jusqu'à Fr. 2'000.-/année civile	Fr. 70.- max./séance, jusqu'à Fr. 3'000.-/année civile	Fr. 70.- max./séance, jusqu'à Fr. 6'000.-/année civile
60% max. Fr. 300.-/année civile	80% max. Fr. 500.-/année civile	80% max. Fr. 750.-/année civile
Fr. 20.-/ jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 25.-/jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 25.-/jour, max. 30 jours/année civile
Fr. 40.-/jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 50.-/jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 50.-/jour, max. 30 jours/année civile
pas de prestation	50% max. Fr. 500.-/année civile	80% max. Fr. 1'000.- /année civile
Fr. 600.-/année civile	Fr. 800.-/année civile	Fr. 1'000.-/année civile
Fr. 100.-/cas	Fr. 200.-/cas	Fr. 200.- /cas
Fr. 500.-/année civile	Fr. 600.-/année civile	Fr. 700.-/année civile
90% max. Fr. 1'500.-/année civile	90% max. Fr. 2'500.-/année civile	90% max. Fr. 3'000.-/année civile
Fr. 100.-/période de 3 ans	Fr. 150.-/période de 3 ans	Fr. 200.-/période de 3 ans
90% max. Fr. 300.- /année civile	90% max. Fr. 1'000.-/année civile	90% max. Fr. 1'000.-/année civile
Fr. 150.-/grossesse	Fr. 150.-/grossesse	Fr. 150.-/grossesse
Fr. 100.-/enfant	Fr. 100.-/enfant	Fr. 100.-/enfant
90%, nombre d'examen illimité	90%, nombre d'examen illimité	90%, nombre d'examen illimité
90% max. Fr. 150.-/année civile	90% max. Fr. 200.-/année civile	90% max. Fr. 250.-/année civile
Fr. 50.-/année civile	Fr. 50.-/année civile	Fr. 50.-/année civile
80% max. Fr. 300.-	80% max. Fr. 400.-	80% max. Fr. 500.-
80% max. Fr. 4'000.-/cas	80% max. Fr. 6'000.-/cas	80% max. Fr. 8'000.-/cas
80% max. Fr. 100.-/période de 3 ans	80% max. Fr. 150.-/période de 3 ans	80% max. Fr. 200.-/période de 3 ans
80% max. Fr. 1'000.-/année civile	80% max. Fr. 2'500.-/année civile	80% max. Fr. 5'000.-/année civile
70% max. Fr. 600.-/année civile	80% max Fr. 700.-/année civile	80% max. Fr. 800.-/année civile
Division commune dans toute la Suisse	Division commune dans toute la Suisse	Division commune dans toute la Suisse
Fr. 500.-/jour	Fr. 500.-/jour	Fr. 500.-/jour
Fr. 2'000.- décès/maladie ou accident	Fr. 2'000.- décès/maladie ou accident	Fr. 2'000.- décès/maladie ou accident
Assistance, encadrement et rapatriement en cas d'urgence médicale en voyage et à l'étranger		
Fr. 250.-/année civile	Fr. 300.-/année civile	Fr. 300.-/année civile
Fr. 30.-/année civile	Fr. 30.-/année civile	Fr. 30.-/année civile
90% max. Fr. 2'500.- /année civile	90% max. Fr. 3'000.-/année civile	90% max. Fr. 3'000.-/année civile
Fr. 300.-/année civile	Fr. 300.-/année civile	Fr. 300.-/année civile
50% max. Fr. 200.-/année civile	50% max. Fr. 250.-/année civile	50% max. Fr. 250.-/année civile

# Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global flex

GXGA01-F7 – édition 01.04.2005

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

L'assurance Global flex combine le module de base «Hospiflex» qui donne à l'assuré le libre choix de la division commune, mi-privée, ou privée lors de l'admission à l'hôpital avec un module optionnel de soins complémentaires «Careflex». Toutes les prestations sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (ci-après AOS).

## Art. 2 Condition d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance complémentaire Global flex, jusqu'au jour de ses 55 ans.

## Art. 3 Risques couverts

Les prestations du produit Global flex sont octroyées en cas de maladie et d'accident (maternité exclue).

## Art. 4 Module de base «Hospiflex»

### 1. Choix de la division et participation

En cas d'hospitalisation stationnaire (séjour de plus de 24 heures), lors d'un séjour

- dans un établissement hospitalier;
- dans un établissement de soins psychiatriques ou
- dans un établissement de réadaptation;

l'assuré a le libre choix de la division hospitalière moyennant les participations suivantes:

### Division choisie Participation de l'assuré

Division commune	Fr. 0.–
Division mi-privée	Fr. 400.– par jour, au maximum Fr. 4'000.– par année civile
Division privée	Fr. 600.– par jour, au maximum Fr. 5'000.– par année civile

Dans le calcul du nombre de jours d'hospitalisation soumis à participation, 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-privées et privées sont choisies lors d'hospitalisations par l'assuré, la limite maximale annuelle de la division privée est prise en compte.

### 2. Etablissements hospitaliers

Pour bénéficier des prestations de Global flex, les établissements doivent être reconnus au sens de la loi sur l'assurance maladie LAMal (hôpitaux avec mandat de prestations cantonal) ou avoir conclu une convention tarifaire avec le Groupe Mutuel Assurances GMA SA pour les divisions correspondantes.

### 3. Etendue et durée des prestations en cas d'hospitalisation

Les prestations sont prises en charge sous réserve des dispositions suivantes:

- L'assureur prend en charge les coûts des traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers à l'hôpital et

les honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur ou la réglementation tarifaire cantonale.

- 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.

### 4. En cas de séjour pour soins psychiatriques

Le droit aux prestations est limité à 90 jours par année civile.

### 5. En cas de séjour de réadaptation

Le droit aux prestations est limité à 90 jours par année civile.

### 6. Hospitalisation à l'étranger

#### a. En cas d'urgence ou de nécessité médicale:

Lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue durant 60 jours au plus par année civile, une prestation maximale de Fr. 500.– par jour. Les participations de l'assuré définies à l'article 4.1 ne sont pas applicables.

#### b. Traitements volontaires à l'étranger:

Prise en charge uniquement sur accord préalable de l'assureur.

### 7. 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.

### 8. Droit et obligation de l'assuré en cas d'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.
- Le choix de la division (commune, demi-privée ou privée) doit être annoncé avant l'admission.
- En cas d'urgence, lorsque l'assuré n'est pas en mesure de choisir la division lors de son admission, l'assureur garantit les prestations en division commune.

## Art. 5 Module optionnel «Careflex»

En plus du module de base «Hospiflex» mentionné à l'article 4 des présentes conditions particulières, l'assuré peut, moyennant un supplément de prime, étendre sa couverture d'assurance en incluant les prestations suivantes:

## 1. Prestations soumises à la franchise annuelle de Fr. 150.–

	Prise en charge	Description
Médecine douce	90% illimité	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prise en charge des thérapies selon liste ci-dessous*</li> <li>– L'assureur se réserve le <b>droit d'exclure</b> certains praticiens en thérapeutique naturelle</li> <li>– L'assuré est tenu <b>de se renseigner</b> si le thérapeute fait partie des praticiens reconnus par l'assureur</li> </ul>
Médicaments limités et hors liste	90% illimité	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Médicaments <b>non pris en charge</b> par l'AOS</li> <li>– <b>Exclusions:</b> préparations pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA) – <a href="http://www.lppa.ch">www.lppa.ch</a></li> </ul>
Frais de placement	90% illimité	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Sur demande préalable</b> à l'assureur, les frais de placement temporaire et d'accompagnement des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit être hospitalisé</li> <li>– Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué <b>auprès d'une institution officielle</b></li> <li>– En cas d'hospitalisation de l'assuré, les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit <b>justifiée médicalement</b></li> </ul>
Moyens auxiliaires	90% illimité	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Location et achat</b> d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement et nécessaires pour accomplir les actes ordinaires de la vie, selon la liste des moyens auxiliaires établie par l'assureur</li> </ul>
Frais de transport	90% illimité	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Jusqu'à l'établissement hospitalier</b> ou chez le médecin le plus proche pour autant qu'ils soient <b>médicalement nécessaires</b></li> <li>– <b>Type de transport</b> pris en charge: ambulance, hélicoptère ou action de sauvetage</li> <li>– <b>Les frais de transports publics</b> (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également pris en charge</li> </ul>
Libre choix du médecin en Suisse	90% illimité	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Libre choix</b> du lieu de traitement en Suisse en cas de traitement ambulatoire reconnu au sens de la LAMal</li> <li>– Prise en charge de la <b>différence entre le tarif</b> applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations</li> </ul>
Cures thermales en Suisse	90% illimité (max. 30 jours par an)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Frais de traitement et de pension en cas de cure thermale dans les établissements de cures balnéaires <b>reconnus</b> par l'Ordonnance sur les Prestations de l'Assurance des Soins (OPAS)</li> <li>– Les prestations sont octroyées si elles sont <b>prescrites par un médecin</b>. 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</li> </ul>
Cures de convalescence en Suisse	90% illimité (max. 30 jours par an)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence en Suisse dans les établissements <b>reconnus</b> par l'assureur, et ce pour autant que la cure soit ordonnée suite à une hospitalisation</li> <li>– Une demande d'autorisation ainsi que l'ordonnance médicale <b>doivent être soumises</b> à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure</li> </ul>
Aide à domicile	90% (max. Fr. 2'500.– par an)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 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.)</li> <li>– Les prestations sont accordées <b>suite à une hospitalisation et sur demande</b> préalable à l'assureur</li> <li>– <b>Aucune prestation</b> 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</li> </ul>
Lunettes médicales et verres de contact	Fr. 150.– par période de 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Frais d'achat</b> en Suisse ou à l'étranger</li> </ul>
Repas à domicile	Fr. 20.– par jour (30 jours par an)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Frais pour les repas à domicile fournis par une institution reconnue par l'assureur et sur prescription médicale <b>à la suite d'une hospitalisation</b></li> </ul>
Livraison des médicaments à domicile	Frais d'expédition	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Médicaments prescrits sur ordonnance, par l'intermédiaire d'un partenaire <b>reconnu</b> par l'assureur</li> </ul>

## 2. Prestations non soumises à la franchise

	Prise en charge	Description
Seconde opinion	90% illimité	- Frais résultant d'un deuxième avis médical <b>avant une hospitalisation</b> . La mention «seconde opinion» doit figurer sur la note d'honoraires
Mammographies	90% illimité	
Vaccins	90% illimité	- Vaccins nécessaires en Suisse et recommandés par l'Office Fédéral de la Santé Publique en cas de séjour à l'étranger
Tests préventifs (HIV, Elisa)	90% illimité	- Prodigués par des <b>dispensateurs de soins reconnus</b>
Check-up	90% illimité max. 1 tous les 3 ans	- Dispensé par un médecin reconnu par l'assureur, mais au maximum <b>un check-up tous les trois ans</b>
Psychothérapie	2 séances par an, max. Fr. 140.–	- Traitements médicalement <b>prescrits et prodigués</b> par des psychothérapeutes non médecins et des psychologues indépendants
Contrôle dentaire	max. Fr. 75.–par an	- Contrôle <b>préventif annuel</b> pratiqué par un dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral
Conseils diététiques	Fr. 50.–par séance, max. 3 conseils sur 3 ans	- Prodigués par des <b>dispensateurs reconnus</b> par l'assureur, mais au maximum trois conseils sur une période de trois ans
Promotion Santé	50%, max. Fr. 200.– par an	- Dans les domaines de l'école du dos, du fitness et des prestations pour désintoxication au tabac ou à l'alcool sous forme de cure dans un <b>établissement ou fournisseur agréé par l'assureur</b> - Si plusieurs mesures destinées à promouvoir la santé sont effectuées au cours de la même année civile, la <b>prestation maximale</b> totale prise en charge est de Fr. 200.–
Groupe Mutuel Assistance	En cas d'urgence en Suisse et à l'étranger	- Les prestations prévues par les conditions particulières du 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)

### \*Liste des thérapies «médecine douce»

#### Naturopathie

Acupuncture, aromathérapie, auriculothérapie, biorésonance, biothérapie, chromothérapie, électroacupuncture, géobiologie, herboristerie, homéopathie, iridologie, irrigation colonique, laserthérapie, magnétisme, magnétothérapie, morothérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, symptomathicothérapie, ventouses.

#### Techniques du toucher

Acupressure, drainage lymphatique, étiopathie, eurythmie, fasciathérapie, intégration posturale, kinésiologie, massages, médecine anthroposophique, mésothérapie, métamorphose, orthobionomie, ostéopathie, polarité, rééquilibration énergétique, réflexologie, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogène.

#### Autres

Biodynamique, rebirthing, sophrologie, tomatiss (méthode).

## Art. 6 Droit aux prestations

1. Les prestations mentionnées à l'article 5 des présentes conditions particulières (module «Careflex») sont couvertes à condition que la police d'assurance le précise expressément.
2. 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.
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 et des autres assurances complémentaires.

## Art. 7 Primes

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 26<sup>e</sup> année et jusqu'à la 71<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans.

Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées.

# Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires

SC

SCGA01-F7 – édition 01.07.2000

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 Condition d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance des soins complémentaires sans limite d'âge.

## Art. 2 Montants annuels assurables

L'assureur garantit les prestations prévues par les présentes conditions d'assurance jusqu'à concurrence des montants annuels suivants:

- Couverture par année civile: Fr. 8'000.– SC1
- Couverture par année civile: Fr. 10'000.– SC2
- Couverture par année civile: Fr. 15'000.– SC3
- Couverture par année civile: Fr. 20'000.– SC4

## Art. 3 Droit aux prestations

- L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
- Les prestations octroyées par cette assurance sont servies en complément de celles de l'assurance obligatoire des soins.
- Les prestations sont imputées sur le montant assuré par année civile. Les droits de l'assuré, qui a épuisé son capital, se renouvellent au premier janvier de l'année suivante. Les frais postérieurs à l'épuisement du droit ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
- Lorsque les prestations offertes par l'assurance Vitalis (SP), par l'assurance des soins dentaires (DP) et par l'assurance des frais dentaires (TD) sont en concurrence avec les prestations de l'assurance des soins complémentaires SC et SB, les prestations allouées par cette assurance seront versées après celles des assurances complémentaires SP, DP et TD.

## Art. 4 Honoraires et factures exagérés

L'assureur se réserve le droit de contester les notes d'honoraires et autres factures qu'il estime manifestement excessives et de limiter ses prestations. Sont considérées comme excessives, les prestations résultant d'un traitement inefficace, inadéquat et non économique.

## Art. 5 Prestations pour soins

- Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin 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'assurance obligatoire des soins et des assurances complémentaires.
- L'assureur alloue les prestations suivantes, dans les limites de l'article 6 (cf. tableau):
  - Médicaments limités (SC1, SC2, SC3 et SC4)

Le pourcentage prévu des frais de médicaments qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception toutefois, des produits

- pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).
- Médicaments hors-liste (SC1, SC2, SC3 et SC4)

Le pourcentage prévu des frais de médicaments ne figurant sur aucune liste officielle (LS-LMT) qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exclusion, toutefois, des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

- Médecine douce (SC2, SC3 et SC4)

L'assureur prend en charge les thérapies ci-après dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin diplômé suisse ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur.

L'assureur se réserve le droit d'exclure certains praticiens en thérapie naturelle et tient à disposition des assurés une liste des praticiens dont les prestations sont remboursées.

Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le thérapeute où il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus.

### Liste des thérapies «médecine douce»

#### Naturopathie

acupuncture, aromathérapie, auriculothérapie, biorésonance, biothérapie, chromothérapie, conseil en nutrition, électroacupuncture, géobiologie, herboristerie, homéopathie, iridologie, irrigation colonique, laserthérapie, magnétisme, magnétothérapie, morothérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, sympathicothérapie, ventouses.

#### Techniques du toucher

acupressure, drainage lymphatique, étiopathie, eurythmie, fasciathérapie, intégration posturale, kinésiologie, massages, médecine anthroposophique, mésothérapie, métamorphose, orthobionomie, ostéopathie, polarité, rééquilibration énergétique, réflexologie, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogène.

#### Psychothérapie

biodynamique, rebirthing, sophrologie, tomatism (méthode).

- Tout changement volontaire de thérapie ou de praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur.
- Les prestations relatives à la sophrologie sont remboursées lorsque les traitements sont effectués par un médecin, un médecin-sophrologue diplômé ASS ou par un sophrologue non médecin mais diplômé ASS.

- Ostéopathie (SC1, SC2, SC3 et SC4)

Le pourcentage prévu des frais de traitement dispensé par un thérapeute reconnu par l'assureur.
- Acupuncture, homéopathie, électroacupuncture, sophrologie (SC1, SC2, SC3 et SC4)

Le pourcentage prévu des frais de traitement dispensé par un thérapeute reconnu par l'assureur qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins.
- Cures thermales en Suisse (SC1, SC2, SC3 et SC4)

Contribution aux frais de traitement en cas de cure de bains ainsi qu'une contribution aux frais de cure de convalescence dans des établissements reconnus, mais au maximum durant 30 jours par année civile. Une

demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure accompagnée de l'ordonnance médicale.

7. Cures thermales à l'étranger (SC3 et SC4)  
Contribution aux frais de cures balnéaires à l'étranger qui sont médicalement nécessaires et autorisées préalablement par l'assureur. La demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur 20 jours au moins avant le début de la cure accompagnée de l'ordonnance médicale.
8. Suppléments de tarifs (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
Lors de traitements ambulatoires en Suisse, la différence entre le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations.
9. Indemnité pour frais privés en cas d'hospitalisation (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
Sur présentation d'une facture justificative, une indemnité unique est attribuée par hospitalisation de plus de huit jours.
10. Frais d'accompagnement en milieu hospitalier (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
En cas d'hospitalisation de l'assuré, l'assureur prend en charge les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement.
11. Aide à domicile et frais de placement (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
Sur demande préalable à l'assureur sont remboursés:
  - les frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.);
  - les frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une institution officielle.
12. Lunettes et verres de contact (SC2, SC3 et SC4)  
Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de verres de contact en Suisse ou à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
13. Moyens auxiliaires (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
Les frais de location et d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement sont pris en charge selon la liste établie par l'assureur.
14. Cours de préparation à l'accouchement (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
Le montant prévu des frais de cours d'accouchement sans douleur ou de préparation à la naissance qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
15. Indemnité unique d'allaitement (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
Une indemnité d'allaitement pour autant que l'accouchée allaite son enfant pendant 30 jours au moins et que cette durée d'allaitement soit confirmée par le médecin ou la sage-femme. En cas de naissance multiple, l'indemnité est versée pour chaque enfant.
16. Echographies et mammographies (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
Le montant prévu des échographies et mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance

obligatoire des soins.

17. Vaccins (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
Les frais pour les vaccinations qui ne sont pas comprises dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins et qui sont nécessaires en Suisse ainsi que celles qui sont prescrites en cas de départ à l'étranger.
18. Test Elisa ou HIV (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
L'assureur alloue une contribution annuelle aux frais de tests préventifs lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par les dispensateurs de soins reconnus.
19. Stérilisation volontaire (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
Le pourcentage prévu des frais d'intervention.
20. Traitement dentaire par suite d'accident (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point).
21. Traitement dentaire en cas de maladie (SC2, SC3 et SC4)  
Le montant prévu des soins dentaires pratiqués par un dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais dentaires sont remboursés selon le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point).
22. Frais de transport (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
L'assureur alloue une contribution aux frais de transport consécutif à une maladie ou à un accident couvert jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires et qu'ils ne soient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de recherche et de sauvetage. Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.
23. Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants (SC1, SC2, SC3, et SC4)  
L'assureur prend en charge les frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants. Ces prestations seront caduques dès qu'elles seront prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.
24. Groupe Mutuel Assistance (SC1, SC2, SC3 et SC4)  
Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 km du domicile de l'assuré).

## Art. 6 Etendue des prestations

Les prestations mentionnées à l'article 5 sont servies dans les limites et à concurrence des montants figurant dans le tableau annexé.

## Art. 7 Prime

1. L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe d'âge supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont les suivantes:
  - enfants: 0-18 ans;
  - adultes: 19-25 ans;
  - dès la 26<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

2. Le tarif des primes tient aussi compte de l'âge d'entrée dans l'assurance.

### **Art. 8 Franchise**

1. Les assurés ont la possibilité de choisir les variantes suivantes:
  - sans franchise annuelle;
  - franchise annuelle de Fr. 50.–.
2. Aucune franchise n'est prélevée sur les prestations du Groupe Mutuel Assistance.

# Etendu des prestations

Types de prestations	1
Médicaments limités	90%, max. Fr. 600.-/année civile
Médicaments hors-liste	90%, max. Fr. 600.-/année civile
Médecines douces	pas de prestation
Ostéopathie, sophrologie, acupuncture, homéopathie, électroacupuncture	Fr. 70.- max./séance, jusqu'à Fr. 500.-/année civile
Cures thermales Suisse	50%, max. Fr. 250.-/année civile
Cures de convalescence	Fr. 15.-/jour, max. 30 jours/année civile
Cures de convalescence suite à une hospitalisation	Fr. 30.-/jour, max. 30 jours/année civile
Cures thermales à l'étranger	pas de prestation
Suppléments de tarifs	Fr. 500.-/année civile
Indemnité frais privés en cas d'hospitalisation	Fr. 100.-/cas
Frais d'accompagnement hospitalier	Fr. 400.-/année civile
Aide à domicile et frais de placement	Fr. 1'000.-/année civile
Lunettes et verres de contact	pas de prestation
Moyens auxiliaires	90% max. Fr. 200.-/année civile
Cours de préparation à l'accouchement	Fr. 150.-/grossesse
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.-/enfant
Echographies et mammographies	90% des frais
Vaccins	90% max. Fr. 100.-/année civile
Test Elisa ou HIV	Fr. 50.-/année civile
Stérilisation volontaire	80% max. Fr. 200.-/année civile
Traitement dentaire en cas d'accident	80% max. Fr. 3'000.-/cas
Traitement dentaire en cas de maladie	pas de prestation
Frais de transports	50% max. Fr. 500.-/année civile
Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indép.	Fr. 500.-/année civile
<b>Capitaux par année civile</b>	<b>Fr. 8'000.-</b>
Groupe Mutuel Assistance	Assistance, encadrement et rapatriement en cas d'urgence médicale en voyage et à l'étranger

<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
90%, max. Fr. 800.-/année civile	90% des frais	90% des frais
90%, max. Fr. 800.-/année civile	90% des frais	90% des frais
Fr. 70.- max./séance, jusqu'à Fr. 2'000.-/année civile	Fr. 70.- max./séance, jusqu'à Fr. 3'000.-/année civile	Fr. 70.- max./séance, jusqu'à Fr. 4'000.-/année civile
60%, max. Fr. 300.-/année civile	80% max. Fr. 500.-/année civile	80%, max. Fr. 750.-/année civile
Fr. 20.-/jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 25.-/jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 25.-/jour, max. 30 jours/année civile
Fr. 40.-/jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 50.-/jour, max. 30 jours/année civile	Fr. 50.-/jour, max. 30 jours/année civile
pas de prestation	50% max. Fr. 500.-/année civile	80% max. Fr. 1'000.-/année civile
Fr. 600.-/année civile	Fr. 800.-/année civile	Fr. 1'000.-/année civile
Fr. 100.-/cas	Fr. 200.-/cas	Fr. 200.-/cas
Fr. 500.-/année civile	Fr. 600.-/année civile	Fr. 700.-/année civile
Fr. 1'500.-/année civile	Fr. 2'500.-/année civile	Fr. 3'000.-/année civile
Fr. 100.-/période de 3 ans	Fr. 150.-/période de 3 ans	Fr. 200.-/période de 3 ans
90% max. Fr. 300.-/année civile	90% max. Fr. 1'000.-/année civile	90% max. Fr. 1'500.-/année civile
Fr. 150.-/grossesse	Fr. 150.-/grossesse	Fr. 150.-/grossesse
Fr. 100.-/enfant	Fr. 100.-/enfant	Fr. 100.-/enfant
90% des frais	90% des frais	90% des frais
90% max. Fr. 150.-/année civile	90% max. Fr. 200.-/année civile	90% max. Fr. 250.-/année civile
Fr. 50.-/année civile	Fr. 50.-/année civile	Fr. 50.-/année civile
80% max. Fr. 300.-/année civile	80% max. Fr. 400.-/année civile	80% max. Fr. 500.-/année civile
80% max. Fr. 4'000.-/cas	80% max. Fr. 6'000.-/cas	80% max. Fr. 8'000.-/cas
80% max. Fr. 100.-/période de 3 ans	80% max. Fr. 150.-/période de 3 ans	80% max. Fr. 200.-/période de 3 ans
80% max. Fr. 1'000.-/année civile	80% max. Fr. 2'500.-/année civile	80% max. Fr. 5'000.-/année civile
Fr. 600.-/année civile	Fr. 700.-/année civile	Fr. 800.-/année civile
<b>Fr. 10'000.-</b>	<b>Fr. 15'000.-</b>	<b>Fr. 20'000.-</b>
Assistance, encadrement et rapatriement en cas d'urgence médicale en voyage et à l'étranger	Assistance, encadrement et rapatriement en cas d'urgence médicale en voyage et à l'étranger	Assistance, encadrement et rapatriement en cas d'urgence médicale en voyage et à l'étranger

# Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires avec Bonus

SBGA01-F10 – édition 01.04.2003

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

Le but de cette assurance complémentaire est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins.

Par l'octroi d'un bonus lié à la non-consommation, elle responsabilise l'assuré et lui permet de réduire le montant de sa prime (art. 8).

## Art. 2 Condition d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance de soins complémentaires avec bonus jusqu'au jour de ses 60 ans.

## Art. 3 Prestations assurées

L'assureur alloue les prestations suivantes, en complément à l'assurance obligatoire des soins:

(cf. annexe A faisant partie intégrante des présentes conditions particulières)

### 1. Prestations soumises au calcul du bonus et de la franchise

#### 1. Médecine douce

L'assureur prend en charge les thérapies ci-après dans la mesure où elles sont exécutées par un médecin dont le diplôme est reconnu par le droit suisse ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur. L'assureur se réserve le droit d'exclure certains praticiens en thérapie naturelle.

Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le thérapeute auprès duquel il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus par l'assureur.

#### Liste des thérapies «médecine douce»

##### Naturopathie

acupuncture, aromathérapie, auriculothérapie, bio-résonance, biothérapie, chromothérapie, électro-acupuncture, géobiologie, herboristerie, homéopathie, iridologie, irrigation colonique, laserthérapie, magnétisme, magnétothérapie, morothérapie, oxygénothérapie, phytothérapie, sympathicothérapie, ventouses.

##### Techniques du toucher

acupressure, drainage lymphatique, étiopathie, eurythmie, fasciathérapie, intégration posturale, kinésiologie, massages, médecine anthroposophique, mésothérapie, métamorphose, orthobionomie, ostéopathie, polarité, rééquilibration énergétique, réflexologie, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogène.

##### Autres

biodynamique, rebirthing, sophrologie, tomatisme (méthode).

Tout changement volontaire de thérapie ou de praticien en cours de traitement devra être approuvé préalablement par l'assureur.

#### 2. Médicaments limités

Le pourcentage prévu des frais de médicaments qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception toutefois des préparations pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

#### 3. Médicaments hors-liste

Le pourcentage prévu des frais de médicaments ne fi-

gurant sur aucune liste officielle (LS-LMT) qui ne sont pas pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, à l'exclusion toutefois des préparations pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).

#### 4. Frais de placement et d'accompagnement

Sur demande préalable à l'assureur, le pourcentage des frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré lorsque ce dernier doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une institution officielle.

En cas d'hospitalisation de l'assuré, l'assureur prend en charge les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement.

#### 5. Moyens auxiliaires

Le pourcentage prévu des 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.

#### 6. Frais de transport

Le pourcentage prévu des frais de transports consécutifs à une maladie ou à un accident couverts jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires et qu'ils ne soient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de sauvetage.

Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.

#### 7. Traitement ambulatoire

Libre choix du lieu de traitement en Suisse en cas de traitement ambulatoire reconnu au sens de la LAMal, pour autant que le fournisseur de soins soit reconnu par l'assureur.

Le pourcentage prévu de la différence entre le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations.

#### 8. Cures thermales en Suisse

Le pourcentage prévu des frais de traitement et de pension en cas de cure thermale dans les établissements reconnus par l'assureur, selon la liste des établissements de cures balnéaires reconnus selon l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Les prestations sont octroyées si elles sont médicalement nécessaires et prescrites par un médecin. Une demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

#### 9. Cures de convalescence en Suisse

Le pourcentage prévu des 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. Une demande d'autorisation doit être sou-

mise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

#### 10. Aide à domicile

Suite à une hospitalisation liée à une maladie ou à un accident (maternité exclue) et sur demande préalable à l'assureur, un montant pour des 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.).

Aucune prestation n'est allouée lorsque l'assuré est reconnu invalide par l'assurance invalidité (AI), l'assuré bénéficie d'une rente d'allocation pour impotent ou séjourne dans un établissement hospitalier, de cure ou de convalescence.

#### 11. Lunettes et verres de contact

Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de verres de contact en Suisse ou à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

#### 12. Repas à domicile

Suite à une hospitalisation, le montant prévu des frais pour les repas à domicile fournis par une institution reconnue par l'assureur et sur prescription médicale.

#### 13. Livraison des médicaments à domicile

La prise en charge des frais d'expédition des médicaments prescrits sur ordonnance, par l'intermédiaire d'un partenaire reconnu par l'assureur.

### 2. Prestations non soumises au calcul du bonus et à la franchise

#### 1. Groupe Mutuel Assistance

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance (catégorie ASS) (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).

#### 2. Prévention

##### 1. Seconde opinion

Le pourcentage prévu des frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation, dispensé par un médecin reconnu par l'assureur. La mention «seconde opinion» doit figurer sur la note d'honoraires.

##### 2. Mammographies

Le pourcentage prévu des mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

##### 3. Vaccins

Les frais pour les vaccinations qui ne sont pas comprises dans l'OPAS et qui sont nécessaires en Suisse, ainsi que celles qui sont recommandées par l'Office fédéral de la santé publique en cas de départ à l'étranger.

##### 4. Tests préventifs (Elisa ou HIV)

Le pourcentage prévu des frais de tests préventifs lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par des dispensateurs de soins reconnus.

##### 5. Check-up

Le pourcentage prévu des frais de check-up dispensé par un médecin reconnu par l'assureur, mais au maximum un check-up tous les trois ans.

##### 6. Psychothérapie

Le montant prévu des frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants, mais au maximum deux séances annuelles. Ces prestations sont ser-

vies en complément à l'assurance obligatoire de soins.

#### 7. Contrôle dentaire annuel

Le montant prévu des frais pour un contrôle préventif annuel pratiqué par un dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral et qui n'est pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

#### 8. Conseils diététiques

Le montant prévu des frais pour des conseils de diététique prodigués par des dispensateurs reconnus par l'assureur, mais au maximum trois conseils sur une période de trois ans.

#### 9. Promotion Santé

Pour les mesures destinées à promouvoir la santé dans les domaines de l'école du dos, du fitness et des prestations pour désintoxication au tabac ou à l'alcool sous forme de cure dans un établissement agréé, l'assurance prend en charge le pourcentage des frais facturés par des fournisseurs reconnus par l'assureur, mais au maximum le montant mentionné dans l'annexe A. 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.–.

### Art. 4 Droit aux prestations

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
2. 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.
3. Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin 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'assurance obligatoire des soins et des autres assurances complémentaires.

### Art. 5 Franchise

1. Les prestations de l'article 3, alinéa 1 sont soumises à la franchise annuelle de Fr. 150.–.
2. Aucune franchise n'est prélevée pour les prestations de l'article 3, alinéa 2.

### Art. 6 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:
  - de 0 à 18 ans;
  - de 19 à 25 ans;
  - dès la 26<sup>e</sup> année et jusqu'à la 71<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans.
2. Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées ainsi que des échelons de primes. Une modification de l'échelon de primes (selon l'art. 8) n'est pas considérée comme une adaptation de la prime au sens de l'article 29 des conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC). Le droit à la résiliation en cas d'adaptation des primes n'est donc pas applicable dans ce cas.

## Art. 7 Echelon de primes

1. Pour l'année d'admission ainsi que pour l'année suivante, l'échelon de primes 3 est applicable.
2. Les échelons de primes suivants sont possibles:

% de la prime	Echelon de primes
100	5
90	4
80	3
70	2
60	1
50	0

## Art. 8 Variation de l'échelon de primes

1. Si, au cours d'une période de référence, l'assuré ne bénéficie d'aucune prestation (montants couverts par l'assureur et inférieurs à la franchise) citée à l'article 3, chiffre 1, la prime de l'année civile suivante est calculée d'après l'échelon de primes immédiatement inférieur, à moins qu'il n'ait déjà atteint l'échelon de primes le plus bas.
2. La période du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin est réputée période de référence permettant d'établir si l'assuré a bénéficié de prestations de l'assurance de soins complémentaires avec bonus. La date de paiement de la prestation par l'assureur est déterminante pour l'attribution à la période de référence.
3. Si, au cours d'une période de référence, l'assuré bénéficie de prestations (montants couverts par l'assureur) citées à l'article 3, chiffre 1, pour un montant supérieur à celui de la franchise prévue à l'article 5, la prime de l'année civile suivante est augmentée d'un échelon.  
L'augmentation a lieu au maximum jusqu'à l'échelon de primes 5 qui équivaut à 100% de la prime ordinaire.

## Art. 9 Droit et obligation de l'assuré

1. Si la facture parvient à l'assureur plus de six mois après sa date d'émission, et que de ce fait l'assuré bénéficie indûment d'une réduction de primes, l'assureur est autorisé à réduire ses prestations dans la mesure de la prime indûment épargnée.
2. Lorsque le système du tiers payant est pratiqué pour les remboursements des prestations, l'assuré a la possibilité, dans un délai de 30 jours, dès réception du décompte, de rembourser à l'assureur les prestations versées par lui, permettant ainsi à l'assuré de conserver son droit au bonus.

# Annexe A

Type de prestations	Prise en charge
<b>Prestations soumises au calcul du bonus et de la franchise de Fr. 150.-</b>	
Médecine douce	90% illimité
Médicaments limités	90% illimité
Médicaments hors liste	90% illimité
Frais de placement et d'accompagnement	90% illimité
Moyens auxiliaires	90% illimité
Frais de transport et de sauvetage	90% illimité
Libre choix du médecin pour les soins ambulatoires en Suisse	90% illimité
Cures thermales en Suisse	90% illimité (max. 30 jours par an)
Cures de convalescence en Suisse	90% illimité (max. 30 jours par an)
Aide à domicile	90% (max. Fr. 2'500.- par an)
Lunettes et verres de contact	Fr. 150.- par période de 3 ans
Repas à domicile suite à une hospitalisation	Fr. 20.- par jour (max. 30 jours par an)
Livraison des médicaments à domicile	Prise en charge des frais d'expédition
<b>Prestations non soumises au calcul du bonus et de la franchise de Fr. 150.-</b>	
Groupe Mutuel Assistance	En cas d'urgence en Suisse et à l'étranger
<b>Prévention</b>	
Seconde opinion	90% illimité
Mammographies	90% illimité
Vaccins	90% illimité
Tests préventifs (HIV, Elisa)	90%, illimité
Check-up (tous les 3 ans)	90% illimité
Psychothérapie	2 séances par an, max. Fr. 140.-
Contrôle dentaire annuel	max. Fr. 75.- par an
Conseils diététiques (max. 3 conseils sur 3 ans)	Fr. 50.- par séance
Promotion Santé: école du dos, fitness, prestations pour désintoxication du tabac et de l'alcool	50%, max. Fr. 200.- par an

# Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires Premium

SDGA01-F1 – édition 01.08.2022

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

Le but de l'assurance Premium est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins (ci-après AOS) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

## Art. 2 Risques couverts

Les prestations sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité.

## Art. 3 Conditions d'admission

Toute personne domiciliée en Suisse peut demander son adhésion à l'assurance Premium pour une entrée en vigueur de la couverture au plus tard le jour de ses 70 ans.

## Art. 4 Droit aux prestations et limitations

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. 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.
3. Dans la mesure prévue par les présentes conditions particulières 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.
4. Pour les prestations «cures de convalescence et cures thermales» et «aide à domicile et frais de placement», la personne assurée doit requérir une demande préalable de prise en charge de l'assureur.
5. L'assurance régie par les présentes dispositions ne peut en aucun cas servir à couvrir les franchises et les quotes-parts de l'AOS.
6. 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 et AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale et pour autant que la loi du pays en question ne l'interdise pas.

## Art. 5 Prestations assurées

	Prise en charge	Description
<b>Médicaments limités et hors liste</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicaments non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et prescrits par un médecin, un prescripteur de soins reconnu au sens de la LAMal ou un thérapeute de médecine douce reconnu par l'assureur.</li> <li>L'assureur tient une liste des thérapeutes de médecine douce reconnus.</li> <li>Exclusions : Produits figurant sur la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).</li> </ul>
<b>Frais de conseil pour les médicaments de la liste des spécialités délivrés par le pharmacien sans ordonnance</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frais de conseils fournis par les pharmaciens reconnus par l'assureur, dans le cadre des médicaments des listes B+ ou B- (classification Swissmedic) remis sans ordonnance selon l'article 45 de l'OMéd (Ordonnance sur les médicaments).</li> <li>L'assureur tient une liste des pharmacies reconnues.</li> </ul>
<b>Médecines alternatives</b>	90%, max. CHF 5000.– par année civile dont max. CHF 1000.– pour les massages	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thérapies reconnues par l'assureur exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur.</li> <li>L'assureur tient une liste des thérapies et des thérapeutes reconnus.</li> </ul>
<b>Cures de convalescence et cures thermales</b>	90%, max. 30 jours/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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'assurance des soins).</li> <li>Les prestations sont octroyées si elles sont prescrites par un médecin reconnu au sens de la LAMal.</li> <li>L'assureur tient une liste des établissements reconnus.</li> <li>Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande de prise en charge ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au préalable.</li> </ul>
<b>Lunettes médicales, lentilles de contact ou correction chirurgicale de la vue</b>	<p><b>Lunettes et lentilles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>enfants jusqu'à 18 ans, CHF 150.– chaque année</li> <li>adultes dès 19 ans, CHF 500.– par 3 ans</li> </ul> <p><b>Correction chirurgicale de la vue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>participation de 90%, max. CHF 800.–, pour toute la durée du contrat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de lentilles de contact qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.</li> <li>La participation prévue pour la correction chirurgicale de la vue est allouée en plus des coûts des lunettes médicales ou lentilles de contact.</li> </ul>
<b>Moyens auxiliaires</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
<b>Mammographies</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les mammographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.</li> </ul>
<b>Vaccins</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frais pour les vaccins non couverts par l'AOS ainsi que ceux qui sont recommandés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en cas de départ à l'étranger, reconnus par Swissmedic.</li> </ul>
<b>Test préventif HIV</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les frais de tests préventifs HIV lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par des dispensateurs reconnus au sens de la LAMal.</li> </ul>
<b>Check-up</b>	90%, max. CHF 1800.–/3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les frais de check-up dispensés par un médecin.</li> <li>Le check-up comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>une consultation avec examen prolongé (taille, poids, tension, conseils et promotion de la santé),</li> <li>un électrocardiogramme au repos et à l'effort,</li> <li>un cliché radiologique du thorax,</li> <li>un statut urinaire,</li> <li>les analyses hématologiques et chimiques, de glucose et de cholestérol,</li> <li>un examen de la peau.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Frais de transport, recherche et sauvetage</b>	90% (transports) 90%, max. CHF 100 000.–/année civile (recherche et sauvetage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que ces transports soient médicalement nécessaires.</li> <li>Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère ou pour une action de recherche et de sauvetage.</li> <li>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.</li> </ul>
<b>Psychothérapie</b>	90%, max. CHF 1000.–/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frais consécutifs à des traitements non pris en charge par l'AOS qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants reconnus par l'assureur.</li> <li>L'assureur tient une liste des associations reconnues.</li> </ul>
<b>Garde d'enfants malades à domicile</b>	90%, max. CHF 300.–/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>



## **Art. 6 Listes des fournisseurs de prestations**

1. Les listes des fournisseurs de prestations reconnus 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. Conformément à l'art. 23 des CGC, ces listes peuvent être modifiées en tout temps par l'assureur.

## **Art. 7 Franchise**

Les assurés ont la possibilité de choisir les variantes suivantes :

- a. Sans franchise annuelle;
- b. Franchise annuelle de CHF 200.–.

## **Art. 8 Primes**

1. Les primes sont uniformes hommes/femmes.
2. L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe d'âge supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont les suivantes :
  - de 0 à 15 ans;
  - de 16 à 18 ans;
  - de 19 à 25 ans;
  - dès la 26<sup>e</sup> année et jusqu'à la 85<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.
3. Un changement de classe d'âge entraîne en principe une adaptation automatique de la prime.

## **Art. 9 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 Premium.
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 tard à la fin de l'année civile en cours.

# Conditions particulières de l'assurance des soins complémentaires Optimum

SOGA01-F1 – édition 01.09.2023

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

Le but de l'assurance Optimum est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins (ci-après AOS) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

## Art. 2 Risques couverts

Les prestations sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité.

## Art. 3 Conditions d'admission

Toute personne domiciliée en Suisse peut demander son admission à l'assurance Optimum sans limite d'âge.

## Art. 4 Droit aux prestations et limitations

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. Si un traitement médical ou une thérapie alternative ne sont plus justifiés médicalement ou n'apportent plus d'amélioration thérapeutique, l'assureur informe l'assuré de la réduction ou de la fin du versement des prestations.
3. Dans la mesure prévue par les présentes conditions particulières 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.

4. Pour les prestations «cures de convalescence et cures thermales», «aide à domicile» et «frais de placement», la personne assurée doit requérir une demande préalable de prise en charge de l'assureur.
5. L'assurance régie par les présentes dispositions ne peut en aucun cas servir à couvrir les franchises et les quotes-parts de l'AOS.
6. 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 et AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale et pour autant que la loi du pays en question ne l'interdise pas.

## Art. 5 Prestations assurées

	Prise en charge	Description
<b>Médicaments limités et hors liste</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicaments non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et prescrits par un médecin, un prescripteur de soins reconnu au sens de la LAMal ou un thérapeute de médecine alternative reconnu par l'assureur.</li> <li>Exclusions: Produits figurant sur la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).</li> <li>L'assureur tient une liste des thérapeutes de médecine alternative reconnus.</li> </ul>
<b>Livraison des médicaments à domicile</b>	Prise en charge des frais d'expédition	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge des frais d'expédition des médicaments prescrits sur ordonnance.</li> </ul>
<b>Médecines alternatives</b>	75%, max. CHF 3000.-/année civile dont max. CHF 500.-/année civile pour les massages	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thérapies reconnues par l'assureur exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur.</li> <li>L'assureur tient une liste des thérapies et des thérapeutes reconnus et se réserve le droit d'exclure certains thérapeutes en tout temps.</li> </ul>
<b>Cures de convalescence et cures thermales</b>	90%, max. 30 jours/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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'assurance des soins).</li> <li>Les prestations sont octroyées si elles sont prescrites par un médecin reconnu au sens de la LAMal.</li> <li>Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande de prise en charge ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises au préalable à l'assureur 20 jours au moins avant le début de la cure.</li> <li>L'assureur tient une liste des établissements reconnus.</li> </ul>
<b>Lunettes médicales ou lentilles de contact</b>	<b>Lunettes et lentilles</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>enfants jusqu'à 18 ans, CHF 100.-/année civile</li> <li>adultes dès 19 ans, CHF 250.-/3 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le montant prévu des frais d'achat de lunettes médicales ou de lentilles de contact qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.</li> </ul>
<b>Moyens auxiliaires</b>	90%, max. CHF 2000.-/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
<b>Mammographies et échographies</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les mammographies et échographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.</li> </ul>
<b>Examens gynécologiques préventifs</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les examens gynécologiques préventifs qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.</li> </ul>
<b>Vaccins</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frais pour les vaccins non couverts par l'AOS.</li> <li>Frais pour les vaccins recommandés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en cas de départ à l'étranger, reconnus par Swissmedic.</li> </ul>
<b>Test préventif HIV</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les frais de tests préventifs HIV lorsqu'ils sont prescrits et prodigués par des dispensateurs reconnus au sens de la LAMal.</li> </ul>
<b>Check-up</b>	90%, max. CHF 1200.-/3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les frais de check-up dispensés par un médecin.</li> <li>Le check-up comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>une consultation avec examen prolongé (taille, poids, tension, conseils et promotion de la santé),</li> <li>un électrocardiogramme au repos et à l'effort,</li> <li>un cliché radiologique du thorax,</li> <li>un statut urinaire,</li> <li>les analyses hématologiques et chimiques, de glucose et de cholestérol,</li> <li>un examen de la peau.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Frais de transport, recherche et sauvetage</b>	90% (transports) 90%, max. CHF 75000.-/année civile (recherche et sauvetage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que ces transports soient médicalement nécessaires.</li> <li>Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère ou pour une action de recherche et de sauvetage.</li> <li>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.</li> </ul>
<b>Psychothérapie</b>	90%, max. CHF 500.-/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frais consécutifs à des traitements non pris en charge par l'AOS qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants reconnus par l'assureur.</li> <li>L'assureur tient une liste des associations reconnues.</li> </ul>
<b>Correction des cicatrices et des oreilles décollées</b>	80%, max. CHF 3000.-/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge des frais pour la correction des cicatrices.</li> <li>Pour les enfants jusqu'à l'âge de dix-huit ans révolus, prise en charge des frais pour la correction des oreilles décollées.</li> <li>Cette couverture s'étend également aux suites de maladies et accidents qui existaient déjà au moment de la conclusion du contrat.</li> </ul>

	<b>Prise en charge</b>	<b>Description</b>
<b>Aide à domicile, frais de placement, frais d'accompagnement et garde d'enfants malades à domicile</b>	90%, max. CHF 2500.-/année civile dont max. 250.-/année civile pour la garde d'enfants malades à domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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, à la suite d'une hospitalisation consécutive à une maladie ou un accident (maternité exclue). Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.).</li> <li>- Frais de placement temporaire des membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré et dépendant de celui-ci pour des raisons d'âge ou de santé, durant la période où ce dernier doit, pour des raisons médicales, être hospitalisé ou doit subir une intervention chirurgicale ambulatoire. Le placement temporaire des membres de la famille devra être effectué auprès d'une structure d'accueil officielle (unité d'accueil temporaire, crèche, garderie ou foyer de jour et/ou de nuit).</li> <li>- En cas d'hospitalisation de l'assuré, l'assureur prend en charge les frais d'occupation d'un lit d'hôpital par un membre de la famille pour autant que cette mesure soit justifiée médicalement.</li> <li>- 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 l'enfant assuré est malade et que les parents ont une activité professionnelle exercée hors du domicile.</li> </ul> <p>L'assuré est tenu de requérir l'accord préalable de l'assureur.</p>
<b>Seconde opinion</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation, dispensé par un médecin. La mention «seconde opinion» doit figurer sur la note d'honoraires.</li> </ul>
<b>Repas à domicile suite à une hospitalisation ou une intervention chirurgicale ambulatoire</b>	CHF 20.-/jour, max. 30 jours/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des frais de repas à domicile fournis à titre professionnel par un établissement, entreprise ou institution et sur prescription médicale.</li> </ul>
<b>Surclassement de confort, frais d'hébergement hôtelier, de transport ou de parking en cas d'intervention chirurgicale ambulatoire</b>	CHF 150.-/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lorsque l'assuré subit une intervention chirurgicale ambulatoire, l'assureur prend en charge les frais suivants: <ul style="list-style-type: none"> <li>- surclassement facturé par l'établissement dans lequel a lieu l'intervention chirurgicale ambulatoire;</li> <li>- 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;</li> <li>- transport de l'assuré entre son domicile et le fournisseur de soins en question (aller et/ou retour en transports publics ou en taxi);</li> <li>- frais de parking.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Traitements dentaires</b>	75%, max. CHF 150.-/année civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des frais: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de traitements dentaires effectués par un médecin dentiste diplômé;</li> <li>- d'un contrôle dentaire prophylactique annuel;</li> <li>- de couronnes, ponts et prothèses;</li> <li>- de laboratoire.</li> </ul> </li> <li>- Les soins d'orthopédie dento-faciale ne sont pas couverts.</li> <li>- 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%.</li> </ul>
<b>Prévention et activités sportives</b>	50%, max. CHF 200.-/année civile	<p>Mesures d'entraînement physique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des frais pour les mesures suivantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fitness,</li> <li>- Ecole du dos,</li> <li>- Séances d'entraînement dans un but de réadaptation placées sous la direction d'un maître de sport spécifiquement formé.</li> </ul> </li> <li>- L'assureur tient une liste des établissements/fournisseurs de prestations reconnus.</li> </ul> <p>Activités sportives</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des frais pour des cotisations de membre actif d'un club sportif.</li> <li>- L'assureur tient une liste des disciplines sportives reconnues.</li> </ul> <p>Autres mesures de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'assureur tient une liste des autres mesures de prévention reconnues.</li> </ul>
<b>Groupe Mutuel Assistance</b>	Selon détail des conditions générales d'assurance Groupe Mutuel Assistance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des prestations prévues par les conditions générales de l'assurance Groupe Mutuel Assistance (rapatriement et transport lorsque le sinistre intervient au-delà d'un rayon de 20 kilomètres du domicile de l'assuré).</li> </ul>

## **Art. 6 Listes des fournisseurs de prestations, thérapies et activités**

1. Les listes des fournisseurs de prestations, des thérapies, des activités sportives et des autres mesures de prévention reconnus 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. Conformément à l'art. 23 des CGC, 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 Franchise**

Les assurés ont la possibilité de choisir les variantes suivantes:

- a. Sans franchise annuelle;
- b. Franchise annuelle de CHF 150.–.

## **Art. 8 Primes**

1. L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe d'âge supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont les suivantes:
  - de 0 à 15 ans;
  - de 16 à 18 ans;
  - de 19 à 25 ans;
  - dès la 26<sup>e</sup> année et jusqu'à la 85<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.
2. Un changement de classe d'âge entraîne en principe une adaptation automatique de la prime.

## **Art. 9 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 Optimum.
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 tard à la fin de l'année civile en cours.

# Conditions particulières de l'assurance complémentaire Vitalis

SPGA01-F8 – édition 01.07.2000

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 Condition d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance Vitalis jusqu'au jour de ses 60 ans.

## Art. 2 Droit aux prestations

Les prestations octroyées par cette assurance sont servies en complément de celles de l'assurance obligatoire des soins. L'assurance Vitalis accorde les prestations suivantes sous réserve des montants définis dans les présentes conditions particulières:

- les cures balnéaires ou de convalescence;
- les aides ménagères;
- les frais de transport et de sauvetage;
- les moyens auxiliaires;
- les moyens de prévention;
- les soins palliatifs.

## Art. 3 Cures balnéaires et de convalescence

- Les cures balnéaires et les cures destinées à la guérison complète d'une maladie ou à la convalescence résultant de maladies graves sont remboursées aux assurés à raison de Fr. 50.– par jour jusqu'à concurrence de Fr. 1'500.– par année civile à condition qu'elles soient médicalement nécessaires.
- Les cures balnéaires et de convalescence doivent être effectuées en Suisse dans des établissements balnéaires ainsi que dans des établissements de cure ou homes pour convalescents à direction médicale et reconnus par l'assureur et par santésuisse.
- Une demande d'autorisation doit être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure, accompagnée de l'ordonnance médicale.

## Art. 4 Aide ménagère

- Si, à cause d'une maladie ou d'un accident assuré, l'assistance ou l'engagement d'une aide ménagère est médicalement nécessaire, 50% des frais attestés qui en résultent sont pris en charge jusqu'à un maximum de Fr. 500.– par année civile.
- Au sens des présentes conditions d'assurance est considérée comme aide ménagère toute personne qui travaille pour une organisation officielle (centres médico-sociaux par exemple) et se charge du ménage à la place de l'assuré.

## Art. 5 Frais de transport et de sauvetage

- 80% des frais provenant de transports d'urgence médicalement nécessaires jusqu'au médecin ou jusqu'à l'hôpital le plus proche sont pris en charge jusqu'à concurrence de Fr. 2'500.– par année civile.
- 80% des frais de sauvetage sont pris en charge jusqu'à concurrence de Fr. 2'500.– par année civile.
- 80% des frais de transport médicalement nécessaire, pour permettre de bénéficier de soins auprès d'un établissement

hospitalier, sont pris en charge jusqu'à concurrence de Fr. 2'500.– par année civile.

- Les transports précités devront être effectués par des organisations autorisées à pratiquer sur le plan cantonal et reconnues par l'assureur.

## Art. 6 Moyens auxiliaires

- Les moyens auxiliaires médicalement nécessaires sont pris en charge jusqu'à concurrence de Fr. 300.– par année civile.
- La liste des moyens auxiliaires établie par l'assureur est déterminante pour leur remboursement.

## Art. 7 Moyens de prévention

L'assureur prend en charge:

- les frais effectifs de vaccination nécessaires en vue d'un séjour à l'étranger;
- les traitements préventifs (Check-up) dispensés par un médecin reconnu à raison d'une fois par année civile;
- les cours d'école du dos dispensés par des centres ou des associations reconnus par les cantons ou par l'assureur jusqu'à concurrence de Fr. 200.– par année civile.

## Art. 8 Soins palliatifs

- L'assureur alloue une contribution dans le cadre des soins palliatifs, à savoir l'ensemble des techniques médicales et infirmières destinées aux personnes en fin de vie et dispensées à domicile par du personnel dûment qualifié travaillant sous l'autorité d'une institution reconnue par l'assureur.
- Dans tous les cas, une demande préalable doit être présentée à l'assureur qui déterminera pour chaque cas l'étendue de la contribution allouée. Cette dernière est déterminée en tenant compte de l'ensemble des coûts relatifs aux traitements permettant le maintien à domicile. Elle peut s'élever jusqu'à 90% des frais hospitaliers correspondant à la division chronique ou aiguë de la chambre commune de l'hôpital de référence du canton de domicile de l'assuré.

## Art. 9 Participation aux coûts

Une quote-part de 10% des coûts est perçue pour les moyens auxiliaires, pour les cures balnéaires et de convalescence ainsi que pour les moyens de prévention.

Pour toutes les autres prestations, aucune quote-part ne sera perçue.

## Art. 10 Caractère économique du traitement

Sont contraires au caractère économique du traitement, les actes médicaux et autres qui dépassent la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et par le but du traitement. L'assureur se réserve le droit de réduire les prestations dans les cas où il l'estime justifié.

## Art. 11 Prime

La prime est uniforme pour tous les assurés.

## Art. 12 Concurrence d'assurances

Lorsque les prestations prévues dans l'assurance des soins complémentaires (SC), tels que les cures balnéaires et de convalescence, les aides familiales, les frais de transport et

de sauvetage, les moyens auxiliaires et les moyens de prévention (vaccins et test Elisa ou VIH) sont en concurrence avec les prestations de l'assurance Vitalis (SP), cette dernière intervient prioritairement.

# Conditions particulières de l'assurance complémentaire de soins Alterna

SA

SAGA01-F8 – édition 01.02.2022

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

Le but de cette assurance est de fournir aux assurés des prestations spécifiques en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMa).

## Art. 2 Conditions d'admission

Toute personne domiciliée en Suisse peut adhérer à l'assurance Alterna sans limite d'âge.

L'assurance est conclue au minimum pour une période d'assurance selon l'art. 12 des conditions générales d'assurance. Elle se renouvelle ensuite tacitement d'année en année civile.

## Art. 3 Résiliation

Au terme d'une période d'assurance, le contrat peut être dénoncé par le preneur d'assurance pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de trois mois.

## Art. 4 Risques couverts

Les prestations sont octroyées en cas de maladie, d'accident et de maternité.

## Art. 5 Prestations assurées

L'assureur prend en charge les thérapies ci-après dans la mesure où elles sont pratiquées par des médecins reconnus au sens de la LAMa.

Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le médecin auprès duquel il se fera soigner fait partie des praticiens reconnus par l'assureur.

### 1. Liste des thérapies admises

#### Naturopathie:

acupuncture, auriculothérapie, biorésonance, électroacupuncture, homéopathie, magnétothérapie, médecine chinoise, phytothérapie, thérapie neurale.

#### Techniques du toucher:

étiopathie, médecine anthroposophique, mésothérapie, orthobionomie, ostéopathie, training autogène.

#### Psychothérapie:

biodynamique, hypnose médicale, rebirthing, sophrologie, thérapie EMDR (thérapie par les mouvements oculaires).

L'assureur rembourse le 80% des frais de traitements prodigués selon les méthodes énumérées ci-dessus.

### 2. Médicaments limités et hors-liste

Les médicaments limités et hors-liste prescrits dans le

cadre de la pratique des vingt thérapies susmentionnées sont pris en charge à raison de 80% jusqu'à un montant annuel maximum de Fr. 2'000.-.

Sont dits limités ou hors-liste, les médicaments reconnus par Swissmedic qui ne figurent ni dans la LPPA (Liste des préparations pharmaceutiques pour application spéciale) ni dans la LS (Liste des spécialités) ou qui figurent dans la LS mais sont prescrits dans une indication autre que celle prévue par une limitation.

Les médicaments figurant dans la LPPA sont exclus.

## Art. 6 Droit aux prestations

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.
2. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits (prestation avec limite de montant) ne peuvent être reportés sur l'année suivante.

## Art. 7 Primes

L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge 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 26<sup>e</sup> année et jusqu'à la 71<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans.

## Art. 8 Rabais de combinaison

1. Si certaines prestations sont également couvertes par d'autre(s) produit(s) d'assurance complémentaire conclu(s) auprès de l'assureur, un rabais de combinaison sur la prime de l'assurance Alterna peut être accordé.
2. Les produits d'assurances complémentaires ouvrant un droit à un rabais de combinaison sont mentionnés sur les documents d'information précontractuels remis au proposant conformément à l'article 3 LCA.
3. Le rabais de combinaison est supprimé dès que les conditions d'octroi définies à l'al. 1 ne sont plus remplies.
4. L'assureur peut modifier ou supprimer ces rabais conformément à l'art. 29 des CGC.

# Conditions particulières de l'assurance complémentaire d'hospitalisation

HC

HCGA01-F9 – édition 01.01.2014

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

Cette assurance couvre les conséquences économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité.

## Art. 2 Classes d'assurance

L'assurance complémentaire d'hospitalisation comprend quatre classes d'assurance:

### Classe 1

Division commune d'un établissement hospitalier suisse en soins généraux ou psychiatriques, pour les malades de type aigu.

### Classe 2

Division semi-privée d'un établissement hospitalier suisse (chambre à deux lits) en soins généraux ou psychiatriques pour les malades de type aigu.

### Classe 3

Division privée d'un établissement hospitalier suisse (chambre à un lit) en soins généraux ou psychiatriques pour les malades de type aigu.

### Classe 4

Division privée d'un établissement hospitalier dans le monde entier (chambre à un lit) en soins généraux ou psychiatriques pour les malades de type aigu.

## Art. 3 Franchises

Les assurés des classes d'assurance 2, 3 et 4 peuvent opter pour les franchises suivantes:

- Fr. 1'000.– par année civile.
- Fr. 3'000.– par année civile.

## Art. 4 Condition d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance complémentaire d'hospitalisation jusqu'au jour où elle atteint l'âge de 60 ans.

## Art. 5 Début du droit aux prestations

- Le droit aux prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation prend effet dès l'entrée en vigueur confirmée dans la police d'assurance.
- Pour les prestations de maternité, un délai de carence est prévu conformément à l'article 7 des présentes conditions d'assurance.

## Art. 6 Prestations assurées

### 1. Généralités

En cas d'hospitalisation, l'assureur prend en charge les frais de traitement et les frais hôteliers conformément à la classe d'assurance choisie.

Les prestations octroyées par cette assurance sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins.

### 2. Hospitalisation dans une autre division

Si un assuré de la classe 1 ou 2 est hospitalisé dans une division supérieure à sa classe d'assurance, les prestations maximales suivantes lui sont allouées:

Classe 1: Fr. 100.– par jour à titre de frais hôteliers et Fr. 5'000.– par année civile à titre de frais de traitement;

Classe 2: 80% des frais hôteliers et des frais de traitement.

### 3. Hospitalisation à l'étranger

Lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue durant 60 jours par année civile au maximum, dans les limites du groupe de prestations choisi, les prestations suivantes:

- Classe 1: Fr. 500.– par jour au maximum.
- Classe 2: Fr. 1'000.– par jour au maximum.
- Classe 3: Fr. 1'500.– par jour au maximum.
- Classe 4: Fr. 3'000.– par jour au maximum.

Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge.

## Art. 7 Couverture des prestations en cas de maternité

- Les prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après une durée de couverture de 12 mois.
- En cas d'interruption de la grossesse au sens de la loi et pour toute autre prestation en relation avec la maternité, le délai de carence prévu à l'alinéa 1 est applicable.
- Lors d'un accouchement impliquant un séjour hospitalier inférieur à 6 jours dans les divisions semi-privées ou privées, l'assureur accorde une allocation de Fr. 200.– par journée d'hospitalisation évitée aux assurées des classes 2, 3 et 4. Les séjours hospitaliers faisant l'objet d'une facturation forfaitaire globale ne donnent pas droit à cette allocation. L'alinéa 1 demeure réservé.
- En cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile, l'assurée de la classe 2 reçoit une allocation de Fr. 800.– et celle de la classe 3 et 4, une allocation de Fr. 1'200.–, sous réserve de l'alinéa 1.
- 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 ce dernier soit également assuré auprès de l'assureur. Les frais personnels ne sont pas couverts. L'alinéa 1 demeure réservé.

## Art. 8 Etendue et durée des prestations

Les prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation sont prises en charge sous réserve des dispositions suivantes:

- L'assureur prend en charge les coûts des traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers à l'hôpital et les honoraires des médecins, selon la convention ou la réglementation tarifaire cantonale ou toute autre convention passée par l'assureur.
- Si un assuré est hospitalisé dans un établissement avec lequel l'assureur n'a pas conclu d'accord tarifaire dans le domaine des frais hôteliers et des frais de traitement (honoraires médicaux y compris), il lui sera alloué, dans les limites du groupe de prestations choisi, les prestations maximales suivantes:

- Classe 1: Fr. 200.– par jour
- Classe 2: Fr. 400.– par jour
- Classe 3 ou 4: Fr. 600.– par jour

L'article 6 alinéa 2 n'est pas applicable.

- c. L'assureur peut limiter ou exclure le versement des prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation dans certains établissements, divisions d'établissements ou cliniques qui ne respectent pas les normes prévues à la lettre a du présent article. Une liste est tenue à disposition des assurés.
- d. 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. Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu.
- e. Dans les quatre classes, dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, le droit aux prestations s'éteint.
- f. Après 60 jours d'hospitalisation, au cours d'une année civile, en établissement pour soins psychiatriques, les prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation ne sont plus versées.
- g. Dans les classes 2, 3 et 4 après 90 jours d'hospitalisation au cours d'une année civile, les prestations de l'assurance complémentaire ne sont plus versées. La durée des prestations servies à l'étranger ou dans un établissement pour soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les 90 jours précités.

- économisés et estimés par ce dernier mais au maximum Fr. 5'000.– par hospitalisation.
- 2. En cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile, seule la règle de l'article 7 alinéa 4 est applicable.

## Art 9 Versement des prestations

- 1. Le versement des prestations de l'assurance complémentaire d'hospitalisation est obtenu sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier et de la note d'honoraires du médecin. L'assuré autorise le médecin-conseil de l'assureur à demander au médecin le diagnostic ou tout renseignement utile pour déterminer le droit aux prestations.
- 2. Le paiement se fait à l'assuré, pour autant que l'assureur, dans le cadre d'une convention, ne verse pas les prestations directement à l'établissement hospitalier.

## Art. 10 Devoir de l'assuré

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.

## Art. 11 Prime

- 1. L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe d'âge supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont les suivantes:
  - enfants: 0-18 ans;
  - adultes: 19-25 ans;
  - dès la 26<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.
- 2. Le tarif des primes tient aussi compte de l'âge d'entrée dans l'assurance.

## Art. 12 Mesures d'économie

- 1. Lorsqu'un assuré renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division semi-privée ou privée pour la division commune ou confort, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais

# Conditions particulières de l'assurance complémentaire en cas d'hospitalisation H-Bonus

HB

HBGA01-F4 – édition 01.01.2014

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. L'assurance H-Bonus prend en charge le coût des traitements, les frais hôteliers et les honoraires des médecins lors d'une hospitalisation stationnaire en division commune, mi-privée ou privée.
2. La personne assurée choisit au plus tard lors de l'admission à l'hôpital la division hospitalière dans laquelle elle souhaite être soignée.
3. Les prestations sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (ci-après AOS).
4. Le système de bonus permet à l'assuré de réduire le montant de sa prime lorsque celui-ci n'a pas bénéficié de prestations d'assurance pour un séjour en division mi-privée ou privée.

## Art. 2 Conditions d'admission

Toute personne peut adhérer à l'assurance complémentaire H-Bonus, jusqu'au jour de ses 60 ans.

## Art. 3 Risques couverts

Les prestations du produit H-Bonus sont octroyées en cas de maladie, d'accident ou de maternité.

## Art. 4 Prestations assurées

1. Choix de la division et participation de l'assuré  
En cas d'hospitalisation stationnaire (séjour de plus de 24 heures), lors d'un séjour uniquement:
  - dans un établissement hospitalier de soins aigus;
  - dans un établissement de soins psychiatriques ou
  - dans un établissement de réadaptation;l'assuré a le libre-choix de la division hospitalière moyennant les participations suivantes à sa charge:

Division choisie	Participation de l'assuré
Division commune	Fr. 0.–
Division mi-privée	Fr. 100.– par jour, au maximum 30 jours par année civile
Division privée	Fr. 200.– par jour, au maximum 20 jours par année civile

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-privées et privées 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.–.

2. Couverture des prestations en cas de maternité
  - a. Les prestations de l'assurance H-Bonus en cas de grossesse et d'accouchement ne sont versées qu'après une durée de couverture 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 lettre a est applicable.

- c. Dans le cadre d'un accouchement couvert, l'assureur prend en charge également les frais de séjour pour le nouveau-né en bonne santé durant l'hospitalisation de la mère pour autant que ce dernier soit également assuré auprès de l'assureur.

## Art. 5 Étendue des prestations

1. Pour bénéficier des prestations H-Bonus, les établissements doivent être reconnus au sens de la loi sur l'assurance-maladie LAMal (hôpitaux répertoriés) ou avoir conclu une convention tarifaire avec le Groupe Mutuel Assurances GMA SA pour les divisions correspondantes.
2. L'assureur prend en charge uniquement les coûts des traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers à l'hôpital ainsi que les honoraires des médecins, selon la convention passée avec l'assureur ou la réglementation tarifaire cantonale.
3. 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.
4. En cas d'urgence et aussi longtemps que l'assuré n'est pas en mesure de choisir la division, l'assureur garantit uniquement les prestations en division commune.

## Art. 6 Durée des prestations

1. 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.
2. En cas de séjour pour soins psychiatriques, le droit aux prestations est limité à 90 jours par année civile.
3. En cas de séjour de réadaptation, le droit aux prestations est limité à 90 jours par année civile.

## Art. 7 Hospitalisation à l'étranger

1. En cas d'urgence, lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue durant 60 jours au plus par année civile, une prestation maximale de Fr. 500.– par jour. Les participations de l'assuré définies à l'article 4, chiffre 1 ne sont pas applicables.
2. Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge.

## Art. 8 Obligation de l'assuré en cas d'hospitalisation

Sous peine d'être déchu de son droit aux prestations, 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.

## Art. 9 Droit aux prestations

1. L'assuré a droit aux prestations dès l'entrée en vigueur du contrat d'assurance. Demeure réservé l'article 4, chiffre 2, lettres a et b.
2. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement sur les montants et durées maximaux de prestations par année civile. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
3. L'assurance régie par les présentes dispositions ne peut en aucun cas servir à couvrir les quotes-parts et les franchises légales de l'assurance obligatoire des soins et des assurances complémentaires.

## Art. 10 Versement des prestations

1. Le versement des prestations de l'assurance H-Bonus est obtenu sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier et de la note d'honoraires du médecin. L'assuré autorise le médecin-conseil de l'assureur à demander au médecin le diagnostic ou tout renseignement utile pour déterminer le droit aux prestations.
2. Le paiement se fait à l'assuré, pour autant que l'assureur, dans le cadre d'une convention, ne verse pas les prestations directement à l'établissement hospitalier.

## Art. 11 Échelon de primes (système de bonus)

1. Pour l'année civile d'admission, l'échelon de primes 0 est applicable.
2. Les échelons de primes suivants sont possibles:

% de la prime	Échelon de primes
100	1
80	0

## Art. 12 Variation de l'échelon de primes

1. Si, au cours d'une période de référence, l'assuré bénéficie de prestations liées à une hospitalisation en division mi-privée ou privée citées à l'article 4, chiffre 1, la prime est fixée dès l'année civile suivant la période de référence et pour trois ans sur la base de l'échelon 1 (100% de la prime). En cas de réception tardive de la facture de l'établissement hospitalier par l'assureur, il sera procédé à une correction ultérieure de l'échelon de primes.
2. A l'issue de cette période de trois ans et pour autant qu'aucun autre cas d'hospitalisation en division mi-privée ou privée n'ait fait l'objet de prestations d'assurance, la prime de l'année civile suivante est fixée sur la base de l'échelon 0 (80% de la prime).
3. Chaque nouveau cas d'hospitalisation en division mi-privée ou privée ouvrant un droit aux prestations d'assurance fait repartir le délai de trois ans au début de l'année civile suivant la période de référence.
4. La période de référence initiale prise en compte pour la détermination de la variation de l'échelon de primes débute à la date d'entrée en vigueur confirmée dans la police d'assurance et prend fin au 30 juin suivant.
5. Les périodes de référence subséquentes comptent 12 mois et s'échelonnent du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin.
6. Le premier jour d'hospitalisation est déterminant pour l'attribution à la période de référence.
7. En cas de factures multiples pour un même cas d'hospitalisation, seule la date du premier jour d'hospitalisation est prise en considération.

## Art. 13 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:
  - de 0 à 18 ans;
  - de 19 à 25 ans;
  - dès la 26<sup>e</sup> année et jusqu'à la 80<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans.
2. Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées ainsi que des échelons de primes.
3. Une modification de l'échelon de primes (selon l'art. 12) n'est pas considérée comme une adaptation de la prime ouvrant un droit de résiliation au sens de l'article 29 des conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC).

# Conditions particulières de l'assurance Hôpital senior

HSGA01-F7 – édition 01.11.2022

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. Cette assurance couvre les conséquences économiques de la maladie et de l'accident (maternité exclue).
2. L'assurance prend en charge les prestations en cas d'hospitalisation stationnaire pour des séjours dans un établissement de soins aigus, psychiatriques ou de réadaptation.

## Art. 2 Classes d'assurance

L'assurance Hôpital senior comprend quatre classes d'assurance.

### Classe 1

Division commune avec supplément hôtelier pour une chambre à deux lits dans un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur pour cette prestation; les dispositions des établissements hospitaliers demeurent réservées.

Soins médicaux de la division commune sans libre choix du médecin.

### Classe 2

Division commune avec supplément hôtelier pour une chambre à un lit dans un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur pour cette prestation; les dispositions des établissements hospitaliers demeurent réservées.

Soins médicaux de la division commune sans libre choix du médecin.

### Classe 3

Division mi-privée d'un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur (chambre à deux lits).

### Classe 4

Division privée d'un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur (chambre à un lit).

## Art. 3 Franchises

Les assurés des classes d'assurance 3 et 4 ont la possibilité de choisir les franchises suivantes:

- a. sans franchise;
- b. CHF 2000.– par année civile, pour une réduction de 10% de la prime;
- c. CHF 5000.– par année civile, pour une réduction de 25% de la prime.

## Art. 4 Conditions d'admission

Toute personne domiciliée en Suisse peut demander son adhésion à l'assurance Hôpital senior, sans limite d'âge.

## Art. 5 Prestations assurées

### 1. Hospitalisation

#### 1. Généralités

En cas d'hospitalisation, Hôpital senior prend en charge les frais de traitement (y compris les honoraires médicaux) et les frais hôteliers (chambre et pension) conformément à la classe d'assurance choisie.

Les prestations octroyées par Hôpital senior sont servies en complément à l'assurance obligatoire des soins.

#### 2. Hospitalisation à l'étranger

Lorsqu'un assuré tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger et qu'il est hospitalisé, l'assureur lui alloue durant 60 jours par année civile au maximum, selon la classe choisie, les prestations suivantes:

- a. Classe 1: CHF 500.– par jour au maximum.
- b. Classe 2: CHF 500.– par jour au maximum.
- c. Classe 3: CHF 1000.– par jour au maximum.
- d. Classe 4: CHF 1500.– par jour au maximum.

Sauf accord préalable de l'assureur, les traitements volontaires à l'étranger ne sont pas pris en charge.

#### 3. Hospitalisation dans une autre division

Si un assuré de la classe 3 est hospitalisé en division couverte par la classe 4, la prestation maximale suivante lui est allouée: 80% des frais hôteliers et des frais de traitement.

### 2. Groupe Mutuel Assistance

L'assureur prend en charge 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).

## Art. 6 Etendue, durée et droit aux prestations

Les prestations d'Hôpital senior sont prises en charge sous réserve des dispositions suivantes:

- a. L'assureur prend en charge les coûts des traitements reconnus par la LAMal, les frais hôteliers à l'hôpital et les honoraires des médecins, selon la réglementation tarifaire cantonale pour la division commune ou la convention passée avec l'assureur.
- b. La liste des établissements reconnus est disponible sur le site internet de l'assureur ou remise sur demande de la personne assurée. La liste valable au moment du traitement est déterminante. Cette liste peut être modifiée en tout temps par l'assureur.
- c. Si un assuré est hospitalisé dans un établissement avec lequel l'assureur n'a pas conclu d'accord tarifaire dans le domaine des frais hôteliers et des frais de traitement, il lui sera alloué, dans les limites du groupe de prestations choisi, les prestations d'hospitalisation stationnaire effectivement facturées au sens de l'art. 5, al. 1, ch.1 des présentes conditions particulières, mais au maximum les montants suivants:
 

Classe 1 et 2:	CHF 200.– par nuit d'hospitalisation;
Classe 3:	CHF 800.– par nuit d'hospitalisation;
Classe 4:	CHF 1000.– par nuit d'hospitalisation;

 L'article 5 alinéa 1 chiffre 3 n'est pas applicable.

- d. 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. Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu.

- e. Dès que le malade n'est plus considéré de type aigu, le droit aux prestations s'éteint.
- f. Après 60 jours d'hospitalisation, au cours d'une année civile, en établissement pour soins psychiatriques, les prestations de l'assurance Hôpital senior ne sont plus versées.
- g. Après 90 jours d'hospitalisation au cours d'une année civile, les prestations d'Hôpital senior ne sont plus versées. La durée des prestations servies à l'étranger ou dans un établissement pour soins psychiatriques (60 jours) est imputée sur les 90 jours précités.
- h. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement par année civile. Les frais postérieurs à l'épuisement des droits ne peuvent être reportés sur l'année suivante.

## **Art. 7 Versement des prestations**

1. Le versement des prestations de l'assurance est obtenu sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier et de la note d'honoraires du médecin. L'assuré autorise le médecin-conseil de l'assureur à demander au médecin le diagnostic ou tout renseignement utile pour déterminer le droit aux prestations.
2. Le paiement se fait à l'assuré, pour autant que l'assureur, dans le cadre d'une convention, ne verse pas les prestations directement à l'établissement hospitalier.

## **Art. 8 Devoir de l'assuré**

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.

## **Art. 9 Prime**

1. La prime est fixée selon un indice progressif variant en fonction de l'âge de l'assuré. L'indice est de 100 jusqu'à 55 ans inclus et augmente de 7 points par année d'âge; l'âge déterminant est l'âge révolu atteint au cours d'une année civile.
2. La prime est identique pour les hommes et les femmes.

## **Art. 10 Mesures d'économie**

Lorsqu'un assuré des classes 3 ou 4 renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division mi-privée ou privée pour la division commune ou confort, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier, mais au maximum CHF 5000.– par hospitalisation.

# Conditions particulières de l'assurance H-Capital

KH

KHGA02-F6 – édition 01.02.2022

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

Cette assurance couvre les conséquences économiques de la maladie et de l'accident, à l'exclusion de la maternité.

## Art. 2 Conditions d'admission

1. Toute personne peut adhérer à l'assurance «H-Capital», sans limite d'âge.
2. L'assurance entre en vigueur au début d'un mois, mais au plus tôt 3 mois après la naissance de l'assuré.

## Art. 3 Droit aux prestations

1. Le capital en cas d'hospitalisation est octroyé dans le cas d'une hospitalisation stationnaire de type aigu d'une durée supérieure à 24 heures ou de moins de 24 heures au cours de laquelle un lit est occupé durant une nuit.
2. Le capital est versé dans le cas:
  - d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier suisse reconnu, en soins généraux ou psychiatriques, pour les malades de type aigu;
  - d'une hospitalisation à l'étranger;
  - d'une hospitalisation dans un établissement balnéaire ou de réadaptation reconnu par l'assureur au sens de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal).
3. Le capital assuré n'est alloué qu'une seule fois par année civile et par hospitalisation.
4. Lorsque le séjour hospitalier s'étend sur deux années civiles, la prestation est versée une seule fois et est imputée sur l'année de la date d'admission à l'hôpital sauf si une prestation d'assurance a déjà été payée durant cette période. Dans ce cas, le capital est imputé sur l'année de la date de fin du séjour hospitalier.
5. Les prestations ne sont pas versées dans les cas suivants:
  - la maternité;
  - les traitements ambulatoires;
  - l'hospitalisation découlant de traitements non reconnus par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal);
  - la semi-hospitalisation;
  - les séjours relevant exclusivement de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) ou de la loi sur l'assurance militaire fédérale (LAM).

## Art. 4 Capital annuel assuré

Les capitaux annuels suivants peuvent être assurés:

Fr. 300.-; Fr. 500.-; Fr. 600.-; Fr. 900.-; Fr. 1'000.-;  
Fr. 1'200.-; Fr. 1'500.-; Fr. 2'000.-; Fr. 2'500.-;  
Fr. 3'000; Fr. 3'500.

## Art. 5 Prestations assurées

1. En cas d'hospitalisation stationnaire de type aigu conformément à l'article 3, l'assurance «H-Capital» octroie le capital assuré (art. 4); l'article 3, alinéa 3, demeure réservé.
2. Les prestations de l'assurance « H-Capital », relèvent de l'assurance de sommes.

## Art. 6 Versement des prestations

1. Le versement des prestations de l'assurance est effectué sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier. L'assuré autorise le médecin-conseil de l'assureur à demander au médecin traitant le diagnostic ou tout renseignement utile pour déterminer le droit aux prestations.
2. Le capital est versé à l'assuré.  
En cas de décès, le capital échoit aux bénéficiaires dans l'ordre suivant: le conjoint, à défaut, les enfants, à défaut, les père et mère, à défaut, les autres personnes ayant droit à la succession.  
L'assuré a la possibilité de modifier l'ordre des bénéficiaires par demande à son assureur maladie.

## Art. 7 Prime

1. Les primes sont échelonnées en fonction du sexe et des classes d'âge.
2. L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe d'âge supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont:
  - 0 à 18 ans;
  - 19 à 25 ans;
  - dès la 26<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

# Conditions particulières de l'assurance d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation

BH

BHGA01-F8 – édition 01.02.2022

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 Condition d'admission

Toute personne peut, jusqu'à l'âge de 60 ans révolus, s'assurer pour une indemnité journalière versée pendant la durée d'un séjour dans un établissement hospitalier.

## Art. 2 Prestations assurées

1. L'assurance d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation comprend des prestations pouvant s'élever jusqu'à Fr. 200.– par jour.
2. Les prestations relèvent de l'assurance de sommes.
3. L'indemnité journalière en cas d'hospitalisation est versée au maximum 90 jours par année civile.
4. Lorsque l'assureur a versé 360 indemnités sur une période de 4 années civiles, le droit aux prestations s'éteint. Lorsque le droit aux prestations est épuisé, la couverture d'assurance prend fin.

## Art. 3 Droit aux prestations et délai de carence

1. Le droit aux prestations de l'assurance prend effet après un délai de carence de 6 mois.
2. En cas de maternité, l'indemnité n'est servie qu'après 12 mois d'assurance.
3. Les prestations d'assurance cessent avec la prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance. Le droit aux prestations pour un sinistre en cours demeure réservé

## Art. 4 Prime

1. L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge 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 26<sup>e</sup> année et jusqu'à la 71<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans.Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées
2. Le tarif des primes tient aussi compte de l'âge d'entrée de l'assuré dans l'assurance.

# Conditions particulières de l'assurance Mundo

MU

MUGA01-F7 – édition 01.02.2022

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 Conclusion de l'assurance

1. L'assurance peut être conclue par toute personne domiciliée en Suisse, sans limitation d'âge.
2. L'assurance est conclue au minimum pour une période d'assurance selon l'art. 12 des conditions générales d'assurance. Elle se renouvelle ensuite tacitement d'année en année civile.

## Art. 2 Validité territoriale

1. La couverture d'assurance Mundo est valable dans le monde entier à l'exclusion de la Suisse.
2. En dérogation à l'alinéa 1, l'assurance Mundo est valable en Suisse pour la prestation volontaire de vaccination.
3. Dès le retour de l'assuré à son domicile, les suites d'un traitement commencé en vacances ou en voyage ne sont plus couvertes dans le cadre de cette assurance.

## Art. 3 Début de la couverture d'assurance

Le contrat d'assurance entre en vigueur à la date indiquée sur la police d'assurance.

## Art. 4 Résiliation du contrat d'assurance

Au terme d'une période d'assurance, le contrat peut être dénoncé par le preneur d'assurance pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de trois mois.

## Art. 5 Somme assurée

La somme assurée s'élève au maximum à Fr. 100'000.– par année civile.

## Art. 6 Prestations assurées

En cas de maladie ou d'accident, la somme assurée est destinée au remboursement des frais désignés ci-après:

1. Traitements ambulatoires reconnus au sens de la loi sur l'assurance maladie (LAMal);
2. Hospitalisations pour les traitements reconnus au sens de la LAMal;
3. Participations légales étrangères mises à charge de l'assuré en application de l'accord sur la libre circulation de personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale.
4. Frais pour les vaccins nécessaires selon les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique en cas de départ à l'étranger non compris dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins;
5. Transports nécessités par le traitement vers le centre hospitalier le plus proche;
6. Transports en cas de rapatriement, y compris ceux d'une personne décédée, sur accord préalable de l'assureur;
7. Recherche et sauvetage de l'assuré malade ou dont l'intégrité physique est menacée;

8. 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 Fr. 250.– par jour jusqu'à concurrence de Fr. 2'000.–;
9. Un capital de Fr. 5'000.– est alloué en cas de décès à l'étranger à la suite d'une maladie ou d'un accident. Les ayants droits sont les suivants:
  - a. le conjoint ou le partenaire enregistré de l'assuré, à défaut;
  - b. les enfants de l'assuré, à parts égales, à défaut;
  - c. les parents de l'assuré (ascendants directs) à parts égales, à défaut;
  - d. les grands-parents de l'assuré à parts égales, à défaut;
  - e. les frères et sœurs de l'assuré à parts égales, à défaut;
  - f. les héritiers légaux de l'assuré, à l'exclusion de la communauté publique.
10. Le preneur d'assurance peut en tout temps, désigner ou exclure des bénéficiaires par le biais d'une communication adressée à l'assureur conformément à l'article 37 des conditions générales d'assurance. Dans le cas où le(s) bénéficiaire(s) mentionné(s) est (sont) prédécédé(s), les dispositions prévues à l'alinéa 9 s'appliquent.
11. Les frais désignés aux alinéas 1 à 8 ci-dessus relèvent de l'assurance de dommage. Le capital en cas de décès relève de l'assurance de somme.

## Art. 7 Prestations exclues

La somme assurée ne peut être mise à contribution dans les cas suivants:

1. Si l'assuré décide de se faire traiter volontairement à l'étranger;
2. Pour les maladies déjà en traitement et non encore stabilisées au moment du départ;
3. Pour les frais personnels tels que boissons, téléphones, location d'un poste de télévision, etc.

## Art. 8 Justification du droit à l'indemnité en cas de décès à l'étranger

L'acte de décès ou tout autre document jugé nécessaire doit être présenté à l'assureur.

L'assureur a le droit de déduire de l'indemnité au décès allouée aux ayants droit les montants qui lui seraient éventuellement dus par le défunt.

Le droit à l'indemnité au décès s'éteint, sans autre avis, après un délai de deux ans à compter du jour du décès, si l'acte de décès n'est pas présenté à l'assureur.

## Art. 9 Annonce de la maladie ou de l'accident

L'assuré ou ses proches doivent annoncer chaque maladie ou accident dans le plus bref délai en indiquant s'il s'agit d'un cas d'assurance Mundo.

## **Art. 10 Paiement des prestations**

1. 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.
2. Pour obtenir le remboursement des frais, l'assuré est tenu de fournir toutes pièces justificatives nécessaires (factures originales et détaillées, certificats médicaux, ordonnances, attestations de paiement, etc.).
3. Est reconnu comme cours de change pour les factures de l'étranger le cours des devises officiel du franc suisse, au dernier jour du traitement.
4. 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.

## **Art. 11 Prime**

L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge 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 26<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans.

## **Art. 12 Rabais de combinaison**

1. Si certaines prestations sont également couvertes par d'autre(s) produit(s) d'assurance complémentaire conclu(s) auprès de l'assureur, un rabais de combinaison sur la prime de l'assurance Mundo peut être accordé.
2. Les produits d'assurances complémentaires ouvrant un droit à un rabais de combinaison sont mentionnés sur les documents d'information précontractuels remis au proposant conformément à l'article 3 LCA.
3. Le rabais de combinaison est supprimé dès que les conditions d'octroi définies à l'al. 1 ne sont plus remplies.
4. L'assureur peut modifier ou supprimer ces rabais conformément à l'art. 29 des CGC.

## **Art. 13 For et lieu d'exécution**

1. Les obligations résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire et en francs suisses.
2. En cas de contestations, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur.

# Conditions particulières de l'assurance des soins Dentaire plus

DP

DPGA02-F7 – édition 01.08.2006

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. La catégorie DP (assurance des soins Dentaire plus) accorde contre primes correspondantes des prestations pour les soins dentaires conformément aux dispositions mentionnées dans les présentes conditions particulières.
2. Les prestations octroyées par cette assurance sont servies en complément de celles de l'assurance obligatoire des soins.

## Art. 2 Conditions d'admission

1. Toute personne peut adhérer à l'assurance DP jusqu'à l'âge de 60 ans révolus, en classe 1, 2 et 3. Seules les personnes âgées de 0 à 18 ans peuvent adhérer à la classe 0.
2. L'admission se fait sur la base d'une formule délivrée par l'assureur, signée par le proposant ou son représentant légal, accompagnée d'un certificat établi par un médecin-dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme équivalent, reconnu en Suisse.
3. L'assureur prend en charge, jusqu'à concurrence de Fr. 75.–, les honoraires du médecin-dentiste ayant établi le certificat.

## Art. 3 Prestations

1. L'assurance DP couvre:
  - a. les soins d'orthopédie dento-faciale,
  - b. les traitements dentaires effectués par un médecin-dentiste diplômé,
  - c. les frais de laboratoire,jusqu'à concurrence des montants annuels suivants:

Classe 0: 75% du montant facturé selon le tarif, mais au maximum Fr. 15'000.– par année civile pour les prestations décrites sous point a ci-dessus et jusqu'à l'âge de 18 ans révolus.

Classe 1: 75% du montant facturé selon le tarif, mais au maximum Fr. 1'000.– par année civile pour les prestations décrites sous points a, b et c ci-dessus.

Classe 2: 75% du montant facturé selon le tarif, mais au maximum Fr. 3'000.– par année civile pour les prestations décrites sous points a, b et c ci-dessus.

Classe 3: 75% du montant facturé selon le tarif, mais au maximum Fr. 15'000.– par année civile pour les prestations décrites sous points a, b et c ci-dessus.
2. Seuls les traitements prodigués par un dispensateur de soins reconnu au sens de la LAMal sont pris en charge.
3. Les prestations sont accordées lors de dommages dentaires dus à une maladie ou à un accident jusqu'à concurrence du montant assuré.

## Art. 4 Droit aux prestations

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

accordées par l'assureur après un stage de 3 mois, sous réserve de l'article 4 alinéa 1 et 3.

3. Pour les classes 1 à 3, 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 à l'assurance DP.
4. En sortant de l'assurance DP l'assuré perd tous ses droits vis-à-vis de cette assurance, y compris pour tous les traitements subséquents.
5. Lorsque les prestations dentaires prévues dans les assurances des soins complémentaires SC, SB, GL, GM et GP sont en concurrence avec les prestations de l'assurance des soins Dentaire plus (DP), cette dernière intervient prioritairement.

## Art. 5 Prophylaxie

Une fois par année civile, une contribution de Fr. 75.– est accordée dans les classes 1 à 3 pour un contrôle dentaire prophylactique.

## Art. 6 Prestations à l'étranger

Sur accord préalable de l'assureur, 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 Prestations exclues

1. Pour les dents qui, au moment de l'admission dans l'assurance DP, manqueraient ou auraient déjà été remplacées, il n'existe aucun droit à des prestations pour un remplacement ultérieur ou pour une modification de dents remplacées, sauf en cas d'accident survenant après l'entrée en vigueur de l'assurance.
2. Les soins dentaires qui ont pour cause un accident survenu avant l'affiliation sont exclus de l'assurance DP.
3. L'assureur se réserve le droit d'exclure les traitements déjà envisagés lors de l'établissement de la proposition d'assurance.
4. Dans le cas de traitements pour lesquels la loi sur l'assurance accidents obligatoire AI/AMF ou un tiers sont tenus à prestations, l'assureur n'accordera, pour sa part, aucune prestation de l'assurance DP même si, du fait de ces traitements, l'assuré doit assumer une part des dépenses.

## Art. 8 Tarif de référence

Pour le calcul des prestations couvertes par les présentes conditions particulières, le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point) est déterminant.

## **Art. 9 Déroulement des cas**

1. Vis-à-vis du médecin-dentiste, l'assuré reste débiteur des honoraires facturés.
2. Les prestations de l'assureur ne sont accordées que sur la base d'une facture détaillée tenant compte des positions couvertes par l'assurance (note d'honoraires destinée au remboursement des frais médico-dentaires de la Société suisse d'odontostomatologie). Si l'assureur en fait la demande, notamment dans des cas compliqués, l'assuré doit, le cas échéant, fournir les précisions nécessaires à la fixation des prestations. Si ces indications ne sont pas données, l'assureur établit la taxation de base selon sa propre estimation. Lorsque le travail exécuté ne ressort pas de la note d'honoraires, l'assureur n'est pas tenu à prestations.
3. Les accidents doivent obligatoirement être annoncés par écrit à l'assureur dans les 6 jours. En cas de retard dans l'annonce d'un accident, l'assureur peut, d'une manière unilatérale, décider de ne verser aucune prestation pour le cas.

## **Art. 10 Prime**

Les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans. L'assuré qui, durant l'année, atteint l'âge maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe d'âge supérieure au début de l'année civile suivante.

## **Art. 11 Réserves**

L'assuré peut demander la levée des réserves en présentant un certificat, établi à ses frais, attestant que les dents malades sont remises en état, remplacées ou extraites.

## **Art. 12 Transfert de classe**

1. Pour la classe 0, la couverture d'assurance prend fin à la fin de l'année civile durant laquelle l'assuré achève sa 18<sup>e</sup> année. Dans ce cas, l'assuré est automatiquement transféré dans la classe 1 au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la fin de la couverture en classe 0, pour autant qu'il ne soit pas déjà couvert par une classe 1, 2 ou 3, et cela sans application du délai de stage prévu à l'art. 4, al. 2 et 3 des présentes conditions particulières.
2. L'assuré peut, dans un délai de 30 jours à réception de la nouvelle police d'assurance, refuser ce transfert en l'annonçant par écrit à l'assureur.

# Conditions particulières de l'assurance accident Acrobat

AB

ABGA02-F8 – édition 01.10.2021

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

Acrobat couvre les conséquences économiques subies par l'assuré suite à un accident.

## Art. 2 Événements assurés

1. Sont assurés, les accidents de la vie privée et dans le cadre de l'école, à l'inclusion des accidents de jeu et de sport, ainsi que ceux qui surviennent lors de l'utilisation de véhicules à moteur avec les autorisations nécessaires.
2. Sont également assurés les accidents et les maladies professionnelles qui sont couverts par l'assurance accident obligatoire (LAA).

## Art. 3 Lésions assimilées à un accident

1. En complément des dispositions prévues par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), sont également considérées comme des accidents, les lésions du ménisque qui apparaissent et sont traitées pour la première fois au plus tôt deux ans après le début de l'assurance, de même que les séquelles de gelures, de coup de chaleur, l'insolation et les atteintes à la santé dues aux rayons ultraviolets, à l'exception des coups de soleil; la noyade compte comme accident.
2. Les prestations sont également versées pour les lésions corporelles subies par l'assuré dans le cadre de mesures thérapeutiques et d'examen rendus indispensables par un accident assuré.

## Art. 4 Condition d'admission

L'assurance Acrobat peut être conclue pour toute personne domiciliée en Suisse et qui n'a pas encore atteint l'âge de 18 ans révolus.

## Art. 5 Fin du contrat d'assurance (âge terme de l'assuré)

En complément des dispositions prévues par les conditions générales pour les assurances maladie et accident complémentaires (CGC), le contrat d'assurance ainsi que le droit aux prestations prennent fin à la fin de l'année civile durant laquelle l'assuré achève sa 18<sup>e</sup> année.

## Art. 6 Adaptation automatique de l'assurance (dès 19 ans)

1. Lorsque le contrat d'assurance prend fin pour les raisons invoquées à l'article 5 ci-avant, l'assuré au bénéfice du niveau 1 ou 2 (cf. art. 7 ci-après) est automatiquement transféré dans l'assurance ProVista (ID), pour la variante couvrant les mêmes sommes d'assurances. L'assuré au bénéfice du niveau 1P (cf. art. 7 ci-après) est automatiquement transféré dans l'assurance ActiVita (AJ). Ces assurances prennent effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la fin de l'assurance Acrobat.
2. L'assuré peut, dans un délai de 30 jours à réception de la nouvelle police d'assurance, refuser le transfert dans

l'assurance ProVista (ID), respectivement ActiVita (AJ) en l'annonçant à l'assureur.

## Art. 7 Niveaux de prestations

1. Le contrat d'assurance est conclu selon un des niveaux suivants:
  - Niveau 1 – Acrobat<sup>light</sup>
  - Niveau 1P – Acrobat<sup>eco</sup>
  - Niveau 2 – Acrobat<sup>standard</sup>.
2. La mention du niveau sur la police d'assurance est déterminante pour le droit aux prestations.

## Art. 8 Genres de prestations

1. Acrobat alloue les prestations suivantes, en fonction du niveau de couverture choisi (cf. art. 7.1):
  - a. des frais de guérison et frais divers (art. 10);
  - b. un capital en cas d'hospitalisation (art. 10);
  - c. un capital en cas d'invalidité (art. 11);
  - d. un capital en cas de décès (art. 12).
2. Les prestations assurées dans le cadre de chaque niveau sont résumées dans l'annexe B.
3. Les frais de guérison et frais divers relèvent de l'assurance de dommage. Les capitaux en cas d'hospitalisation, en cas d'invalidité ou en cas de décès, relèvent de l'assurance de somme.

## Art. 9 Droit aux prestations

1. Les prestations contractuelles sont versées pour les accidents survenus après l'entrée en vigueur de l'assurance.
2. L'octroi des prestations est subordonné à la présentation d'un certificat médical, d'un certificat de décès ou d'un certificat d'hérédité. Seuls les documents originaux sont acceptés.

## Art. 10 Frais de guérison et frais divers

1. Les frais de guérison sont assurés en complément aux prestations selon les assurances sociales suisses ou étrangères, en particulier la LAMal, la LAA et la LAI.
2. L'assureur ne prend en charge que la différence entre les prestations dues selon les assurances sociales mentionnées au point précédent et celles prévues aux chiffres 3.1 à 3.12 ci-après. Sauf dispositions contraires, la tarification des soins reste identique à la LAA.
3. Les prestations suivantes sont allouées (cf. annexe B faisant partie intégrante des présentes conditions particulières):
  1. **Frais médicaux en Suisse (division commune)**

Les frais pour les traitements nécessaires, y compris les analyses et médicaments (à l'exclusion toutefois des produits pharmaceutiques pour application spéciale LPPA), appliqués ou ordonnés par du personnel médical (médecin, dentiste, chiropraticien), de même que les frais pour le traitement, le séjour et la pension en division commune d'un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur.

## 2. Frais médicaux en cas d'urgences à l'étranger

Les frais pour le traitement médicalement nécessaire, ambulatoire et hospitalier, y compris les médicaments et analyses, lorsque l'accident survient à l'étranger.

## 3. Aide et soins à domicile

Suite à une hospitalisation et sur demande préalable à l'assureur, le montant prévu pour les frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel. Sur la base de ce même tarif, une contribution peut être allouée à l'un des parents qui suspend son activité professionnelle pour s'occuper de l'assuré.

## 4. Moyens auxiliaires et mobilier de malade

Les frais de première acquisition de prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens auxiliaires orthopédiques, ainsi que les frais de réparation ou de remplacement (valeur à neuf) de ceux-ci lorsqu'ils sont endommagés ou détruits lors d'un accident assuré entraînant une lésion corporelle et nécessitant un traitement médical. Les frais de location de mobilier de malade sont également couverts.

## 5. Frais de transport, de recherche et de sauvetage

Les frais de transports nécessités par l'accident jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires.

Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de sauvetage.

Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.

Les frais de recherche et de sauvetage non planifiés servant à sauver la vie de l'assuré en situation de détresse prouvable ou à éviter que son état ne s'aggrave rapidement et de façon importante.

## 6. Chirurgie esthétique

Les frais pour les opérations de chirurgie esthétique rendues nécessaires suite à un accident assuré.

## 7. Prestations supplémentaires lorsque

### l'accident survient à l'étranger

– Lorsque l'assuré est hospitalisé à l'étranger et que pour des raisons médicales, il ne peut être transféré en Suisse, les frais de transport de proches parents jusqu'au lieu d'hospitalisation lorsque l'hospitalisation dure plus de trois jours.

– En cas de décès de l'assuré à l'étranger, les frais de transport de la dépouille mortelle à bord d'un avion de ligne régulière ou véhicule prévu à cet effet, jusqu'au lieu de domicile en Suisse.

## 8. Frais de rattrapage scolaire

Les frais certifiés de leçons de rattrapage données par une personne qualifiée et spécialement formée, si l'assuré n'est plus en mesure de suivre l'école pendant plus de deux mois.

## 9. Abonnement de sport

Si, à la suite d'un accident, l'assuré est empêché de pratiquer une activité sportive, l'assureur rembourse, au prorata temporis et sur présentation des justificatifs originaux et médicaux, les forfaits ou abonnements de sport souscrits avant l'accident et ne pouvant être utilisés.

L'indemnité pour ces frais est limitée au maximum à Fr. 500.– par cas d'accident.

**En plus des prestations mentionnées aux points 3.1 à 3.9 ci-dessus, Acrobat niveau 1P alloue la prestation supplémentaire prévue au chiffre 3.10 ci-après.**

## 10. Frais médicaux en Suisse (division privée)

L'ensemble des frais mentionnés au point 3.1, également en division privée d'un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur.

**En plus des prestations mentionnées aux points 3.1 à 3.10 ci-dessus, Acrobat niveau 2 alloue les prestations supplémentaires suivantes:**

### 11. Assistance à l'étranger et rapatriement

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes conditions d'assurance.

### 12. Capital en cas d'hospitalisation

Un capital de Fr. 500.– par année civile est versé dans le cas d'une hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement hospitalier suisse reconnu ou à l'étranger.

Le versement du capital est effectué sur demande du preneur d'assurance et sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier.

Le médecin-conseil de l'assureur est autorisé à demander au médecin traitant le diagnostic ou tout renseignement utile pour déterminer le droit aux prestations d'assurance.

## Art. 11 Capital en cas d'invalidité

**Ces prestations sont allouées pour les assurés au bénéfice de l'assurance Acrobat niveau 1 ou 2.**

### a. Capital

Le capital assuré en cas d'invalidité est de Fr. 200'000.–.

### b. Droit

Si l'accident entraîne une invalidité permanente probable, le capital d'invalidité est versé. Celui-ci est déterminé par le degré d'invalidité et l'échelle fixée à la lettre c ci-après.

### c. Degré d'invalidité

1. Le degré d'invalidité est fixé selon les règles suivantes:

– perte d'une phalange du pouce ou d'au moins deux phalanges d'un autre doigt	5%
– perte d'un pouce	20%
– perte d'une main	40%
– perte d'un bras au niveau du coude ou en dessus	50%
– perte d'un gros orteil	5%
– perte d'un pied	30%
– perte d'une jambe au niveau du genou	40%
– perte d'une jambe au-dessus du genou	50%
– perte du lobe d'une oreille	10%
– perte du nez	30%
– scalp	30%
– très grave défiguration	50%
– perte d'un rein	20%
– perte de la rate	10%
– perte des organes génitaux ou de la capacité de reproduction	40%
– perte de l'odorat ou du goût	15%
– perte de l'ouïe d'un côté	15%
– perte de la vue d'un côté	30%
– surdité totale	85%
– cécité totale	100%
– luxation récidivante de l'épaule	10%
– grave atteinte à la capacité de mastiquer	25%
– atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale	50%
– paraplégie	90%
– tétraplégie	100%
– atteinte très grave à la fonction pulmonaire	80%
– atteinte très grave à la fonction	

- rénale 80%
  - atteinte à des fonctions psychiques partielles, comme la mémoire et la capacité de concentration 20%
  - épilepsie post-traumatique avec crises ou sous médication permanente sans crise 30%
  - très grave trouble logo-organique, très grave syndrome moteur ou psycho-organique 80%
2. L'incapacité fonctionnelle absolue d'un membre ou d'un organe équivaut à sa perte complète.
  3. En cas de perte ou d'incapacité fonctionnelle partielle, le pourcentage est réduit proportionnellement.
  4. Dans les cas non mentionnés ci-dessus, le degré d'invalidité est fixé selon le barème des indemnités pour atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) et des tables SUVA y relatives. Si le degré d'invalidité ne peut être fixé en application des règles qui précèdent, il est alors établi en procédant, sur la base des constatations médicales, par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte.
  5. Si plusieurs parties du corps ou plusieurs organes sont touchés suite au même accident, les divers pourcentages sont additionnés. Le degré d'invalidité ne peut toutefois pas excéder 100%.
  6. Les troubles psychiques ou nerveux ne donnent droit à une indemnité que s'il est prouvé qu'ils sont la conséquence d'une atteinte organique du système nerveux causée par l'accident.
  7. Le degré d'invalidité est fixé au moment où l'état de l'assuré est présumé définitif mais au plus tard cinq ans après l'accident.
- d. Progression**
1. Si le degré d'invalidité ne dépasse pas 25%, la somme d'assurance est versée selon le pourcentage correspondant au degré d'invalidité.
  2. Si le degré d'invalidité est supérieur à 25%, les prestations (en pourcent de la somme d'assurance convenue) sont augmentées selon la table donnée dans l'annexe A.

## Art. 12 Capital en cas de décès

Ces prestations sont allouées pour les assurés au bénéfice de l'assurance Acrobat niveau 1 ou 2.

1. Si l'accident entraîne la mort de l'assuré, un capital de Fr. 10'000.- est versé, exception faite pour les enfants dont l'âge se situe en dessous de 2 ans et 6 mois au moment du décès, dans ce cas le capital est limité à Fr. 2'500.-.

2. Les ayants droit sont les suivants:
  - les père et mère, à parts égales, à défaut:
  - les frères et sœurs, à parts égales, à défaut:
  - les grands-parents, à parts égales.
3. En l'absence de survivants tels qu'énumérés ci-dessus, l'assureur ne paie que la part des frais d'ensevelissement non couverte par un autre assureur, ceci jusqu'à concurrence du montant du capital mentionné au point 1 ci-dessus.
4. D'éventuelles prestations en cas d'invalidité, déjà payées pour les suites du même accident, sont déduites des prestations en cas de décès.
5. Le survivant qui a causé intentionnellement le décès de l'assuré est déchu de son droit à des prestations.

## Art. 13 Libération du paiement des primes

1. L'assureur prend en charge le paiement intégral des primes périodiques d'Acrobat jusqu'au terme du contrat (cf. art. 5) si, suite à un accident survenu pendant la durée de l'assurance, l'un des parents décède ou devient invalide à un taux d'invalidité supérieur à 50%.
2. La prise en charge de la prime intervient le lendemain du jour de la survenance de l'invalidité ou du décès, et doit être demandée à l'assureur en annexant les documents officiels correspondants (décision de l'office AI, acte de décès et livret de famille).

## Art. 14 Prestations de tiers

Les franchises, la participation aux coûts et les taxes éventuelles portées en compte selon les assurances sociales (LAMal, LAA ou LAI) ne sont pas remboursées.

## Art. 15 Faute personnelle

L'assureur renonce à réduire ses prestations pour les accidents dus à une imprudence ou à une négligence grave de l'assuré.

## Art. 16 Effet conjoint de causes indépendantes de l'accident

Si les atteintes à la santé ne sont dues que partiellement à un accident assuré, les prestations sont fixées de manière proportionnelle sur la base d'une expertise médicale.

## Art. 17 Prime

La prime est indiquée sur la police d'assurance.

## Annexe A

Degré d'invalidité	Indemnité en %	Degré d'invalidité	Indemnité en %	Degré d'invalidité	Indemnité en %
26	28	51	105	76	230
27	31	52	110	77	235
28	34	53	115	78	240
29	37	54	120	79	245
<b>30</b>	<b>40</b>	<b>55</b>	<b>125</b>	<b>80</b>	<b>250</b>
31	43	56	130	81	255
32	46	57	135	82	260
33	49	58	140	83	265
34	52	59	145	84	270
<b>35</b>	<b>55</b>	<b>60</b>	<b>150</b>	<b>85</b>	<b>275</b>
36	58	61	155	86	280
37	61	62	160	87	285
38	64	63	165	88	290
39	67	64	170	89	295
<b>40</b>	<b>70</b>	<b>65</b>	<b>175</b>	<b>90</b>	<b>300</b>
41	73	66	180	91	305
42	76	67	185	92	310
43	79	68	190	93	315
44	82	69	195	94	320
<b>45</b>	<b>85</b>	<b>70</b>	<b>200</b>	<b>95</b>	<b>325</b>
46	88	71	205	96	330
47	91	72	210	97	335
48	94	73	215	98	340
49	97	74	220	99	345
<b>50</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>225</b>	<b>100</b>	<b>350</b>

## Annexe B

Prestations	Acrobat <sup>standard</sup> (niveau 2)	Acrobat <sup>light</sup> (niveau 1)	Acrobat <sup>eco</sup> (niveau 1P)
<b>Traitements ambulatoires Hospitalisation en Suisse et à l'étranger Médicaments limités et hors-listes</b>	Les frais de traitements ambulatoires appliqués ou ordonnés par un médecin, un chiropraticien ou un dentiste et hospitaliers en <b>division privée</b> sont assurés en complément aux prestations des assurances sociales, en particulier la LAMal, la LAA et la LAI	Les frais de traitements ambulatoires appliqués ou ordonnés par un médecin, un chiropraticien ou un dentiste et hospitaliers en <b>division commune</b> sont assurés en complément aux prestations des assurances sociales, en particulier la LAMal, la LAA et la LAI	Les frais de traitements ambulatoires appliqués ou ordonnés par un médecin, un chiropraticien ou un dentiste et hospitaliers en <b>division privée</b> sont assurés en complément aux prestations des assurances sociales, en particulier la LAMal, la LAA et la LAI
<b>Aide et soins à domicile</b>	Au maximum Fr. 200.– par jour si prodigués par un service officiel d'assistance médicale ou par un parent qui suspend son activité professionnelle	Au maximum Fr. 200.– par jour si prodigués par un service officiel d'assistance médicale ou par un parent qui suspend son activité professionnelle	Au maximum Fr. 200.– par jour si prodigués par un service officiel d'assistance médicale ou par un parent qui suspend son activité professionnelle
<b>Moyens auxiliaires et mobilier de malade</b>	Frais de location et première acquisition de meubles pour malades Frais de location ou remplacement (valeur à neuf)	Frais de location et première acquisition de meubles pour malades Frais de location ou remplacement (valeur à neuf)	Frais de location et première acquisition de meubles pour malades Frais de location ou remplacement (valeur à neuf)
<b>Frais de transport, de recherche et de sauvetage</b>	Maximum Fr. 50'000.– par cas	Maximum Fr. 50'000.– par cas	Maximum Fr. 50'000.– par cas
<b>Accident à l'étranger: prestations supplémentaires</b>	Rapatriement de la dépouille mortelle maximum Fr. 10'000.– Frais de transport de proches parents en cas d'hospitalisation de plus de trois jours (au plus Fr. 250.– par jour et Fr. 2'000.– par événement)	Rapatriement de la dépouille mortelle maximum Fr. 10'000.– Frais de transport de proches parents en cas d'hospitalisation de plus de trois jours (au plus Fr. 250.– par jour et Fr. 2'000.– par événement)	Rapatriement de la dépouille mortelle maximum Fr. 10'000.– Frais de transport de proches parents en cas d'hospitalisation de plus de trois jours (au plus Fr. 250.– par jour et Fr. 2'000.– par événement)
<b>Assistance et rapatriement sanitaire</b>	Groupe Mutuel Assistance	Aucune prestation versée	Aucune prestation versée
<b>Chirurgie esthétique</b>	Maximum Fr. 20'000.–	Maximum Fr. 20'000.–	Maximum Fr. 20'000.–
<b>Frais de rattrapage scolaire par une personne qualifiée</b>	Maximum Fr. 3'000.–, si l'assuré n'est plus en mesure de suivre l'école pendant plus de 2 mois	Maximum Fr. 3'000.–, si l'assuré n'est plus en mesure de suivre l'école pendant plus de 2 mois	Maximum Fr. 3'000.–, si l'assuré n'est plus en mesure de suivre l'école pendant plus de 2 mois
<b>Abonnement de sport</b>	Maximum Fr. 500.– par cas	Maximum Fr. 500.– par cas	Maximum Fr. 500.– par cas
<b>Capital en cas de décès</b>	Fr. 10'000.–	Fr. 10'000.–	Aucune prestation versée
<b>Capital en cas d'invalidité</b>	Fr. 200'000.– (progression à 350%)	Fr. 200'000.– (progression à 350%)	Aucune prestation versée
<b>Capital en cas d'hospitalisation</b>	Fr. 500.– par année	Aucune prestation versée	Aucune prestation versée
<b>Libération du paiement des primes</b>	Prise en charge en cas d'invalidité ou de décès de l'un des parents, jusqu'à la fin du contrat ou lorsque l'assuré atteint 18 ans	Prise en charge en cas d'invalidité ou de décès de l'un des parents, jusqu'à la fin du contrat ou lorsque l'assuré atteint 18 ans	Prise en charge en cas d'invalidité ou de décès de l'un des parents, jusqu'à la fin du contrat ou lorsque l'assuré atteint 18 ans
<b>Validité territoriale</b>	Monde entier	Monde entier	Monde entier

AJGA01-F5 – édition 01.06.2006

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. L'assurance ActiVita couvre les conséquences économiques de l'accident.
2. Elle octroie des prestations en complément des assurances obligatoires selon la LAMal, la LAA et la LAM.
3. Les maladies (y compris les maladies professionnelles au sens de la LAA) sont exclues de la garantie d'assurance.

## Art. 2 Etendue de la couverture

1. Si les atteintes à la santé ne sont dues que partiellement à un accident assuré, les prestations sont fixées de manière proportionnelle sur la base d'une expertise médicale.
2. Les rechutes et séquelles d'accidents survenus avant la conclusion du contrat ne sont pas assurées.
3. Les cas de rechutes sont pris en considération dans une période de cinq ans après la survenance de l'accident assuré dans le cadre du contrat et pour autant que la police soit en vigueur au moment de la rechute.
4. Il n'y a pas de couverture d'assurance pour les accidents et leurs suites après extinction du contrat d'assurance.

## Art. 3 Condition d'admission

Toute personne domiciliée en Suisse peut adhérer à l'assurance ActiVita jusqu'au jour de ses 60 ans.

## Art. 4 Prestations assurées

L'assureur alloue les prestations suivantes:

### 1. Traitements stationnaires

#### 1. Généralités

En cas d'hospitalisation, l'assureur prend en charge les frais de traitement et les frais hôteliers en division privée dans un établissement hospitalier suisse reconnu, aussi longtemps que l'accidenté est considéré de type aigu.

#### 2. Traitements stationnaires de rééducation

Pour les traitements stationnaires de rééducation, l'assureur prend en charge durant 120 jours (au maximum) par cas d'accident les frais de traitement et les frais hôteliers en division privée dans un établissement hospitalier suisse reconnu.

#### 3. Hospitalisation à l'étranger

Lorsqu'un assuré est victime d'un accident à l'étranger qui nécessite un traitement hospitalier de type aigu, l'assureur prend en charge durant 90 jours par cas d'accident au maximum les frais de traitement et les frais hôteliers mais au plus Fr. 3'000.– par jour.

### 2. Recherche, sauvetage et transports d'urgence

L'assureur prend en charge les frais de sauvetage d'un assuré victime d'un accident ainsi que le transport d'urgence chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche.

Sont en outre remboursés les frais engagés pour la recherche d'un disparu s'il y a tout lieu de croire qu'il a disparu sans intention aucune et que, très vraisemblablement, sa vie est gravement menacée suite à un accident. Pour l'ensemble de ces frais, l'indemnité totale est limitée à Fr. 60'000.– par cas d'accident.

### 3. Rapatriement sanitaire

En cas de nécessité:

N° téléphone 0848 808 111 (+41 848)

Sur accord préalable de l'assureur, sont couverts les transports en cas de rapatriement.

Les frais de rapatriement de la dépouille mortelle de l'assuré sont également remboursés, jusqu'à concurrence de Fr. 10'000.–.

### 4. Frais de transport pour suivre un traitement médical

L'assureur rembourse les frais de transport, en Suisse, nécessaires pour suivre un traitement médical ambulatoire faisant suite à une hospitalisation, lorsque les conséquences de l'accident en question empêchent l'assuré de se déplacer par ses propres moyens de locomotion.

L'indemnité maximale pour ces frais s'élève à Fr. 1'500.– par cas d'accident.

### 5. Chirurgie esthétique

Sur accord préalable de l'assureur, la garantie de l'assurance s'étend aux traitements de chirurgie esthétique en Suisse, nécessaires à la suite d'un accident assuré.

L'indemnité est limitée au maximum à Fr. 60'000.– par cas d'accident.

### 6. Abonnement de sport

Si, à la suite d'un accident, l'assuré est empêché de pratiquer une activité sportive, l'assureur rembourse, au prorata temporis et sur présentation des justificatifs originaux et médicaux, les forfaits ou abonnements de sport souscrits avant l'accident et ne pouvant être utilisés.

L'indemnité pour ces frais est limitée au maximum à Fr. 500.– par cas d'accident.

### 7. Assistance téléphonique d'urgence

En cas de nécessité:

N° téléphone 0848 808 111 (+41 848)

En cas d'accident impliquant l'assuré et nécessitant un traitement ou un examen médical de l'assuré ou d'un tiers, l'assuré bénéficie d'une prestation de conseil juridique téléphonique offrant une réponse aux questions urgentes de l'assuré.

### 8. Gardiennage du domicile

En cas de nécessité:

N° téléphone 0848 808 111 (+41 848)

En cas d'accident nécessitant une hospitalisation de plus de 24 heures, l'assureur couvre les prestations de service suivantes fournies par le partenaire désigné par lui, jusqu'à un montant de Fr. 1'500.– par cas d'accident et aussi longtemps qu'une hospitalisation est médicalement justifiée:

- contrôler les réfrigérateurs et congélateurs
- vérifier les installations électriques
- vider la boîte aux lettres et transmettre le courrier à l'assuré ou à la personne désignée par celui-ci
- prendre soin des animaux domestiques et les nourrir
- arroser les plantes
- aérer les chambres

Aucune prestation n'est due si les clés du domicile de l'assuré ne sont pas disponibles en Suisse.

L'annexe B précise les conditions d'intervention du partenaire désigné par l'assureur.

## Art. 5 Couverture en cas d'activités sportives

La garantie d'assurance s'étend aux activités sportives effectuées à titre non professionnel, pour autant qu'elles ne puissent être qualifiées d'entreprises téméraires au sens de l'article 6 ci-dessous.

## Art. 6 Entreprises téméraires

1. Les entreprises téméraires sont celles par lesquelles l'assuré s'expose sciemment à un danger particulièrement grave sans vouloir ou sans être en mesure de ramener le risque à des proportions raisonnables. En cas de doute, les règles de la LAA s'appliquent par analogie.

Sont notamment considérées comme entreprises téméraires:

- les courses avec des véhicules automobiles (y compris les entraînements)
- les combats de boxe, full-contact, etc.
- le karaté extrême
- les courses de canots en moteur (y compris les entraînements)
- le kilomètre lancé (chasse au record de vitesse en ski)
- le base-jump
- la plongée sous-marine à plus de 40 mètres de profondeur

En cas d'entreprises téméraires, aucune prestation n'est versée par l'assureur.

2. Ne constituent pas des entreprises téméraires, pour autant qu'elles soient pratiquées dans des conditions normales:
  - le saut à l'élastique
  - la plongée sous-marine (jusqu'à 40 mètres de profondeur)
  - l'hydrospeed
  - le canyoning
  - le river rafting
  - le parachutisme et parapente

## Art. 7 Devoirs de l'assuré

1. Avant chaque hospitalisation pour un traitement de rééducation, 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.
2. Lorsque l'assuré entend bénéficier de prestations mentionnées aux articles 4.3, 4.7 et 4.8, celui-ci devra annoncer sans délai le cas d'accident au numéro de téléphone 0848 808 111 (+41 848 808 111, depuis l'étranger).

## Art. 8 Primes

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 26<sup>e</sup> année et jusqu'à la 71<sup>e</sup> année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans.

## Art. 9 Prolongation de la couverture Acrobat (AB)

1. La personne assurée est admise sans examen de santé dans l'assurance ActiVita si cette dernière remplace une assurance Acrobat du Groupe Mutuel Assurances GMA

SA immédiatement après son expiration pour cause d'âge terme de l'assuré. Les réserves existantes dans l'assurance Acrobat sont reprises dans le nouveau contrat.

2. Dans ce cas et en dérogation à l'article 2.2 des présentes conditions particulières, les rechutes et séquelles d'accidents couverts dans le cadre de l'assurance Acrobat sont assurées.

## Annexe A – Résumé synoptique des prestations d'assurance

	Prestations	Prise en charge
<b>Monde entier</b>	Traitements stationnaires en division privée	– illimitée en Suisse – max. Fr. 3'000.–/jour à l'étranger
	Frais de recherche, sauvetage et transports d'urgence	max. Fr. 60'000.– par cas
	Rapatriement sanitaire	illimitée
	Assistance téléphonique d'urgence	24h sur 24, 7j sur 7
<b>En Suisse</b>	Traitements stationnaires de rééducation	max. 120 jours par cas
	Frais de transport pour suivre un traitement médical	max. Fr. 1'500.– par cas
	Chirurgie esthétique (ambulatoire et stationnaire)	max. Fr. 60'000.– par cas
	Gardiennage du domicile	max. Fr. 1'500.– par cas
	Remboursement d'abonnement de sport	max. Fr. 500.– par cas

## Annexe B – Fourniture de la prestation gardiennage du domicile

### Nature des prestations/tâches fournies par le partenaire désigné par l'assureur

Les prestations fournies sont déterminées en accord entre l'assuré (ou un tiers agissant pour son compte) et le fournisseur de prestations désigné par l'assureur.

Le listing des tâches mentionné à l'article 4.8 des présentes conditions d'assurance est déterminant.

L'assuré (ou un tiers agissant pour son compte) doit annoncer sans délai et par écrit au fournisseur de prestations désigné par l'assureur les réclamations concernant l'exécution des prestations.

### Responsabilité civile du partenaire désigné par l'assureur

L'assuré est couvert pour les dommages résultant d'une exécution imparfaite du mandat confié conformément à la police d'assurance conclue par le fournisseur de prestations désigné par l'assureur. Les dommages corporels et les dégâts matériels sont couverts, ensemble, jusqu'à concurrence de Fr. 10'000'000.–, et les dommages patrimoniaux, jusqu'à concurrence de Fr. 1'000'000.– par cas. L'assuré renonce à toute autre revendication à l'égard du fournisseur de prestations désigné par l'assureur.

Le fournisseur de prestations désigné par l'assureur décline particulièrement toute responsabilité pour des dommages dus à des défauts techniques sur installations et appareils, ainsi que dus au vol/cambriolage ou à une agression.

Le fournisseur de prestations désigné par l'assureur n'as-

sume aucune responsabilité pour les prestations non fournies ou effectuées avec retard qui sont dues à des accidents, à des prestations de mauvaise qualité de la part de tiers (par exemple réseau de télécommunication et alimentation en courant électrique) ou à des entraves à la circulation.

### Enregistrement téléphonique

L'assuré prend acte du fait que le fournisseur de prestations désigné par l'assureur enregistre, si besoin est, les conversations téléphoniques menées avec elle.

### Droit applicable/for

Le droit suisse est applicable pour les rapports juridiques entre l'assuré et le fournisseur de prestations désigné par l'assureur; le for se trouve au siège social du fournisseur de prestations désigné par l'assureur.

IDGA02-F9 – édition 01.10.2021

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

ProVista couvre les conséquences économiques de l'invalidité ou du décès par suite d'accident. Les maladies professionnelles au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) ne sont pas couvertes.

## Art. 2 Lésions assimilées à un accident

1. En complément des dispositions prévues par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), sont également considérées comme des accidents les lésions du ménisque qui apparaissent et sont traitées pour la première fois au plus tôt deux ans après le début de l'assurance de même que les séquelles de gelures, de coup de chaleur, l'insolation et les atteintes à la santé dues aux rayons ultraviolets, à l'exception des coups de soleil; la noyade compte comme accident.
2. Les prestations sont également versées pour les lésions corporelles subies par l'assuré dans le cadre de mesures thérapeutiques et d'exams rendus indispensables par un accident assuré.

## Art. 3 Conditions d'admission

Toute personne domiciliée en Suisse peut s'affilier à cette assurance jusqu'à l'âge de 65 ans.

## Art. 4 Genres de prestations

1. L'assureur alloue les prestations suivantes:
  - a. un capital en cas d'invalidité (art. 6)
  - b. un capital en cas de décès (art. 7)
2. Les prestations de l'assurance ProVista relèvent de l'assurance de somme.

## Art. 5 Droit aux prestations

1. Les prestations assurées sont indiquées sur la police d'assurance.
2. Les prestations contractuelles sont versées pour les accidents survenus après l'entrée en vigueur de l'assurance.
3. L'octroi des prestations est subordonné à la présentation d'un certificat médical, d'un certificat de décès ou d'un certificat d'hérédité. Seuls les documents originaux sont acceptés.

## Art. 6 Prestations en cas d'invalidité (catégorie I)

### a. Droit

Si l'accident entraîne une invalidité permanente probable, le capital d'invalidité est versé. Celui-ci est déterminé par le degré d'invalidité, la somme d'assurance convenue et l'échelle fixée à l'annexe A.

### b. Degré d'invalidité

Le degré d'invalidité est fixé selon les règles suivantes:

1. Degrés fixes  
En cas de perte totale ou de privation totale de l'usage
  - des deux bras ou des deux mains,

des deux jambes et des deux pieds,	
d'un bras ou d'une main et, simultanément	
d'une jambe ou d'un pied	100%
– de tout le bras	70%
– d'un avant-bras ou d'une main	60%
– d'un pouce	22%
– d'un index	15%
– d'un autre doigt	8%
– d'une jambe au-dessus du genou	60%
– d'une jambe au genou et au-dessous	50%
– d'un pied	40%
– de la vision des deux yeux	100%
– de la vision d'un œil	30%
de la vision d'un œil, si celle de l'autre	
était déjà complètement perdue avant	
l'accident	70%
– de l'audition des deux oreilles	60%
– de l'audition d'une oreille	15%
– de l'audition d'une oreille, si celle de l'autre	
était déjà complètement perdue	
avant l'accident	45%
– d'un rein	20%
– de la rate	5%
– de l'odorat	3%
– du goût	3%
– en cas d'empêchement de tout travail	
à la suite de troubles mentaux	100%

2. En cas de perte ou de privation partielle de l'usage de ces membres ou organes, le degré d'invalidité est réduit en proportion.
3. Lorsque plusieurs membres ou organes sont atteints simultanément, le degré d'invalidité s'obtient par l'addition de leurs pourcentages sans que le total puisse excéder 100% par accident.
4. Dans les cas non mentionnés ci-dessus, le degré d'invalidité est fixé selon le barème des indemnités pour atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) et des tabelles SUVA y relatives. Si le degré d'invalidité ne peut être fixé en application des règles qui précèdent, il est alors établi en procédant, sur la base des constatations médicales, par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte.
5. Si l'invalidité permanente résultant d'un accident est aggravée par des défauts corporels préexistants, l'indemnité ne pourra pas être supérieure à celle qui aurait été allouée si la personne avait été saine de corps. Si le membre ou l'organe atteint par l'accident était déjà partiellement ou totalement mutilé ou privé de son usage, le degré d'invalidité préexistant, calculé selon les principes énoncés ci-dessus, est déduit lors de la fixation de l'indemnité. Les dispositions du chiffre 1 ci-avant concernant la perte de la vision et de l'audition demeurent réservées.
6. Les troubles psychiques ou nerveux ne donnent droit à une indemnité que s'il est prouvé qu'ils sont la conséquence d'une atteinte organique du système nerveux causée par l'accident.
7. Si l'accident a provoqué un préjudice esthétique grave

et permanent qui ne donne pas droit à un capital invalidité selon la lettre a ci-dessus mais constitue néanmoins un préjudice psychique susceptible de porter une atteinte à l'avenir économique ou à la situation sociale de l'assuré, l'assureur paie une indemnité égale à:

- 10% de la somme d'assurance convenue dans la police lorsque cette mutilation affecte le visage;
- 5% de la somme d'assurance convenue dans la police lorsque cette mutilation affecte d'autres parties du corps.

L'indemnité due pour de tels dommages est limitée à Fr. 20'000.- par cas.

8. Le degré d'invalidité est fixé au moment où l'état de l'assuré est présumé définitif mais au plus tard 5 ans après l'accident

#### **c. Progression**

Si le degré d'invalidité ne dépasse pas 25%, la somme d'assurance est versée selon le pourcentage correspondant au degré d'invalidité.

Si le degré d'invalidité est supérieur à 25%, les prestations sont augmentées selon la table donnée dans l'annexe A.

### **Art. 7 Prestations en cas de décès (catégorie D)**

1. Si l'accident entraîne la mort de l'assuré, le capital décès convenu est versé. Les ayants droit sont les suivants:
  - a. le conjoint survivant, à défaut;
  - b. les enfants, à parts égales, à défaut;
  - c. les héritiers ayants droit, à l'exclusion de la communauté publique.
2. En dérogation à l'article 7, al.1, le preneur d'assurance peut en tout temps, désigner ou exclure des bénéficiaires par le biais d'une communication adressée à l'assureur conformément à l'article 37 des conditions générales d'assurance. Dans le cas où le(s) bénéficiaire(s) mentionné(s) est (sont) prédécédé(s), les dispositions prévues à l'article 7, al. 1, s'appliquent
3. Dans l'hypothèse où le mariage, respectivement le partenariat enregistré a été contracté après l'accident, l'existence du droit est subordonnée à la condition que la promesse de mariage ou de partenariat ait été publiée avant l'accident ou que le mariage ou le partenariat ait duré au moins deux ans lors du décès de l'assuré.
4. Si les ayants droit font défaut, les frais d'enterrement sont pris en charge, toutefois au maximum jusqu'à 10% de la somme assurée en cas de décès.
5. Pour les enfants, le capital versé correspond à celui indiqué sur la police d'assurance, mais au maximum:
  - a. Fr. 2'500.- avant l'âge de 2 ans et 6 mois;
  - b. Fr. 20'000.- entre l'âge de 2 ans et 6 mois et 12 ans.
6. Le survivant qui a causé intentionnellement le décès de l'assuré est déchu de son droit à des prestations.

### **Art. 8 Libération des primes en cas d'invalidité ou de décès du chef de famille**

1. Pour les enfants assurés, l'assureur prend en charge jusqu'à l'âge de 15 ans révolus le paiement intégral des primes périodiques si le chef de famille est devenu invalide, à un taux d'invalidité supérieur à 50%, ou est décédé.
2. La prise en charge de la prime intervient le lendemain du jour de la survenance de l'invalidité ou du décès, et doit être demandée en annexant les documents officiels correspondants (décision de l'office AI, acte de décès et livret de famille).

### **Art. 9 Effet conjoint de causes indépendantes de l'accident**

Si les atteintes à la santé ne sont dues que partiellement à un accident assuré, les prestations sont fixées de manière proportionnelle sur la base d'une expertise médicale.

### **Art. 10 Faute personnelle**

L'assureur renonce à réduire ses prestations pour les accidents dus à une imprudence ou à une négligence grave de l'assuré.

### **Art. 11 Réduction des sommes d'assurance**

1. Lorsque l'assuré atteint l'âge de 70 ans révolus, les sommes assurées sont limitées comme suit:
  - en cas de décès à Fr. 10'000.-;
  - en cas d'invalidité à Fr. 30'000.-.
2. Les sommes d'assurance sont automatiquement réduites au 1<sup>er</sup> janvier lorsque les limites d'âge citées précédemment ont été atteintes.

### **Art. 12 Fixation des primes**

1. Les primes sont indiquées sur la police d'assurance.
2. Les primes sont échelonnées en fonction du sexe, des tranches d'âge et des capitaux assurés.

## Annexe A

Degré d'invalidité	Indemnité en %						
26	28	<b>45</b>	<b>85</b>	64	170	<b>83</b>	<b>265</b>
27	31	46	88	<b>65</b>	<b>175</b>	84	270
28	34	47	91	66	180	<b>85</b>	<b>275</b>
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
<b>35</b>	<b>55</b>	54	120	73	215	92	310
36	58	<b>55</b>	<b>125</b>	74	220	93	315
37	61	56	130	<b>75</b>	<b>225</b>	94	320
38	64	57	135	76	230	<b>95</b>	<b>325</b>
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

LGGA02-F3 – édition 01.10.2021

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 Assureur porteur du risque

L'assureur porteur du risque de l'assurance de protection juridique du patient Legis<sup>sana</sup> est le Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après «GMA SA»).

## Art. 2 Entreprise gestionnaire des sinistres

GMA SA a confié la gestion des sinistres à Dextra Protection juridique SA, Hohlstrasse 556, 8048 Zurich (ci-après «Dextra»).

## Art. 3 Conditions d'admission

Toute personne physique domiciliée en Suisse peut demander son adhésion à l'assurance de protection juridique Legis<sup>sana</sup>.

## Art. 4 Risques couverts

1. Dextra se charge de la réclamation des dommages et intérêts en cas de litige avec le corps médical (médecins, dentistes, chirurgiens, physiothérapeutes, etc.), des hôpitaux, cliniques ou toute autre institution médicale, suite à une erreur de diagnostic ou de traitement médical. Le litige doit être en relation avec un diagnostic ou un traitement médical suite à une maladie, une maternité ou un accident donnant droit pour l'assuré à des prestations reconnues et couvertes par une assurance complémentaire couvrant des frais de traitement ou de soins conclue auprès d'un assureur de Groupe Mutuel Holding SA, ou administré par une de ses sociétés, ou reconnues et couvertes par l'assurance obligatoire des soins.
2. Ne sont pas assurés les litiges relatifs à des traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques ainsi que la contestation d'honoraires ou de factures.

## Art. 5 Validité territoriale

Sont couverts les litiges dont le for juridique se situe en Suisse, pour autant que le droit suisse soit applicable.

## Art. 6 Validité dans le temps

L'assurance Legis<sup>sana</sup> couvre les litiges engendrés par une erreur de diagnostic ou de traitement médical survenue après l'entrée en vigueur du contrat, et avant son expiration, pour autant que les conséquences juridiques se manifestent pendant la durée de la validité du contrat.

## Art. 7 Primes, police d'assurance, admission et résiliation

1. Les primes sont indiquées sur la police d'assurance. Elles sont perçues conjointement avec celles des autres catégories d'assurance et sont dues à GMA SA.
2. L'admission a lieu sur la base d'une proposition d'assurance aux conditions d'admission de GMA SA.
3. L'assurance Legis<sup>sana</sup> est conclue au minimum pour une année. Elle se renouvelle d'année en année civile (période d'assurance).

4. En dérogation à l'article 13 CGC, l'assuré peut, au terme d'une année d'assurance, résilier son contrat d'assurance pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de trois mois. Demeure réservé le droit pour GMA SA de résilier le contrat en cas de comportement de l'assuré violant le contrat. La résiliation est valable si elle parvient à GMA SA le dernier jour du mois de septembre au plus tard.
5. Dès le moment où l'assuré ne remplit plus les conditions prévues à l'article 3, le contrat prend fin.

## Art. 8 Prestations assurées

1. En plus de l'assistance juridique fournie par Dextra, la couverture d'assurance s'étend, pour les sinistres couverts et jusqu'à concurrence d'un montant maximum de Fr. 300'000.– par cas, à la prise en charge des frais suivants (liste exhaustive):
  - a. honoraires d'avocats et d'autres mandataires juridiques;
  - b. frais d'expertises;
  - c. frais et émoluments de justice;
  - d. dépens alloués à une partie adverse;
  - e. frais de déplacement de l'assuré pour se rendre aux audiences du tribunal et pour assister aux visions locales, lorsque sa présence est indispensable;
  - f. perte effective de revenu découlant des déplacements prévus à l'alinéa e précité;
  - g. frais de poursuite, jusqu'à la notification d'un acte de défaut de biens ou d'une commination de faillite.
2. Les participations aux frais obtenues par voie judiciaire ou transactionnelle sont acquises à Dextra, jusqu'à concurrence de ses prestations.

## Art. 9 Exclusions

Le paiement des frais suivants n'est pas assuré:

- a. les dommages et intérêts;
- b. les frais à charge d'un responsable ou de son assureur;
- c. les frais à charge de l'assureur responsabilité civile de l'assuré.

## Art. 10 Annonce d'un sinistre

L'assuré doit annoncer à Dextra, le plus rapidement possible après la survenance ou sa constatation, tout sinistre dont les suites prévisibles peuvent concerner l'assurance. Possibilités d'annonce:

- Par courrier: Dextra Protection juridique SA  
Hohlstrasse 556  
8048 Zurich
- Par téléphone: 044 296 64 61
- Par Internet: [www.dextra.ch/legis](http://www.dextra.ch/legis)

## Art. 11 Déroulement d'un cas de protection juridique

1. Dextra renseigne l'assuré sur ses droits, défend ses intérêts et tente d'obtenir le meilleur résultat possible. A cet effet, l'assuré donne tous pouvoirs à Dextra.

2. Toutes les pièces concernant le sinistre (correspondance, convocations, décisions et jugements avec leurs enveloppes, etc.) doivent être transmises à Dextra sans retard.
3. L'assuré s'abstient de toute intervention dans les négociations menées par Dextra. Sans l'accord préalable de Dextra, il ne conduit aucune transaction, ne confie aucun mandat et n'engage aucune procédure.
4. L'assuré peut choisir librement un avocat ayant les qualifications requises:
  - a. lorsqu'il faut faire appel à un mandataire externe en raison d'une procédure judiciaire ou administrative;
  - b. en cas de conflits d'intérêts.
5. L'assuré délie tout mandataire du secret professionnel à l'égard de Dextra.

### **Art. 12 Procédure en cas de divergence d'opinion**

1. Si une divergence d'opinion sur les mesures à prendre survient entre Dextra et l'assuré au cours du règlement d'un cas couvert ou si Dextra refuse ses prestations pour une mesure qu'il estime inefficace, il communique à l'assuré, par écrit et de manière motivée, son refus d'intervenir. Dextra informe l'assuré de la procédure arbitrale prévue par les présentes conditions particulières.
2. Dès réception de cet avis, l'assuré doit prendre lui-même les mesures nécessaires à la sauvegarde de ses intérêts. Dextra décline toute responsabilité, notamment pour les conséquences d'un délai non respecté. L'assuré bénéficie d'un délai de 30 jours pour communiquer à Dextra son intention de recourir à un arbitre.
3. En cas de recours à la procédure arbitrale, l'assuré et Dextra désignent d'un commun accord un arbitre unique. L'arbitre tranche le litige dans une procédure simplifiée, non-formaliste, comportant un seul échange d'écritures, et impute les frais de la procédure aux parties en fonction du résultat. Pour le surplus, la procédure arbitrale est régie par les dispositions du Concordat intercantonal sur l'arbitrage.
4. Si l'assuré, malgré le refus des prestations, engage à ses frais un procès et obtient un résultat plus favorable que la solution proposée par Dextra ou, le cas échéant, que la décision rendue suite à la procédure arbitrale, Dextra prend à sa charge, dans le cadre de la couverture accordée par le contrat, les frais qui découlent de l'initiative de l'assuré.

### **Art. 13 Violation des obligations contractuelles**

La garantie d'assurance peut être refusée si l'assuré viole de manière fautive ses obligations contractuelles.

### **Art. 14 Communications**

1. Les déclarations et communications qui incombent à l'assuré en rapport avec la gestion des contrats doivent être adressées conformément à l'article 37 des conditions générales d'assurance.
2. Les déclarations et communications qui incombent à l'assuré dans le cadre d'un sinistre doivent être adressées au siège administratif de Dextra Protection juridique SA ou à l'une de ses agences officielles.
3. Les communications de Dextra ou de GMA SA sont envoyées, de manière juridiquement valable, à la dernière adresse en Suisse indiquée par l'assuré.

### **Art. 15 Traitement des données personnelles de l'assuré**

1. Les données personnelles et administratives saisies sont nécessaires à l'intermédiaire, à GMA SA et à Dextra pour établir une offre, pour traiter la/les proposition(s) d'assurance(s) selon la LCA et le(s) contrat(s) qui s'en sui(vent)t et gérer les sinistres. Elles serviront pour l'évaluation des risques à assurer, le traitement des sinistres, ainsi que pour le suivi administratif, statistique et financier de(s) l'(s)assurance(s) contractée(s), de même que pour le suivi administratif et financier entre l'intermédiaire, GMA SA et Dextra et/ou Groupe Mutuel Services SA, dans la mesure où celui-ci est délégataire de certaines activités d'administration de l'assurance pour GMA SA.
2. En cas de nécessité, GMA SA, Dextra et/ou Groupe Mutuel Services SA, se réservent 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 de Groupe Mutuel Holding SA.
3. 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 GMA SA, Dextra, l'assuré, l'intermédiaire ou des tiers l'exigent.

### **Art. 16 Lieu d'exécution et for**

Le for d'une éventuelle action en justice contre GMA SA est celui du domicile suisse de l'assuré ou celui du siège de GMA SA.

### **Art. 17 Droit applicable**

Pour la présente assurance sont applicables au surplus les prescriptions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 et celles de la Loi sur la surveillance des assurances du 17 décembre 2004 ainsi que son Ordonnance du 9 novembre 2005 sur la surveillance des entreprises d'assurance privées.

# Conditions particulières de l'assurance KidsProtect

KP

KPGA01-F4 – édition 01.02.2022

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

L'assurance KidsProtect prévoit le versement d'une rente mensuelle lorsqu'un cancer au sens de l'article 2 des présentes conditions particulières est diagnostiqué chez l'assuré.

## Art. 2 Définitions

1. Par cancer, est entendu une maladie manifestée par la présence d'une ou plusieurs tumeurs malignes par leur histologie et caractérisée par le développement et la propagation anarchiques de cellules malignes, ainsi que l'invasion des tissus.  
Sont inclus dans cette définition la leucémie et les lymphomes.
2. Les cancers qui se déclarent par une tumeur bénigne et pour lesquels une intervention chirurgicale, une radiothérapie, une chimiothérapie ou une immunothérapie sont finalement entreprises sont également inclus dans la définition donnée au point 1 ci-dessus.
3. Par diagnostic, est entendue la première constatation du cancer par un médecin habilité à cette fin et reconnu au sens de la LAMal.
4. Par traitement, sont entendues les interventions chirurgicales ainsi que la radiothérapie, la chimiothérapie ou l'immunothérapie.
5. Les contrôles subséquents ayant pour but de déceler une récurrence ne sont pas considérés comme traitement.

## Art. 3 Condition d'admission

L'assurance KidsProtect peut être conclue pour toute personne domiciliée en Suisse ne souffrant pas d'un cancer ou n'ayant pas souffert d'un cancer dans le passé et qui n'a pas encore atteint l'âge de 17 ans révolus.

## Art. 4 Risque couvert

Les prestations du produit KidsProtect sont octroyées lorsqu'un cancer répondant aux conditions définies par les présentes conditions particulières d'assurance est diagnostiqué chez la personne assurée pendant la période de couverture.

## Art. 5 Délai de carence

1. La couverture d'assurance débute 3 mois après la date d'entrée en vigueur confirmée dans la police d'assurance.  
Il n'existe donc pas de couverture d'assurance pour les cancers survenus ou constatés médicalement (y compris dans le cadre d'un auto-test de dépistage) avant la conclusion du contrat et jusqu'à 3 mois après la date d'entrée en vigueur susmentionnée.
2. Un cancer survenu ou constaté médicalement avant la conclusion du contrat et jusqu'à la fin du délai de carence entraîne la nullité du contrat. Si des primes ont été payées, elles seront restituées au preneur d'assurance.

## Art. 6 Etendue des prestations

1. La prestation assurée correspond au versement d'une rente mensuelle temporaire.
2. Au maximum, 15 rentes mensuelles sont versées.
3. Le montant de la rente mensuelle assurée est indiqué sur la police d'assurance.
4. Les prestations relèvent de l'assurance de sommes.

## Art. 7 Droit aux prestations

1. Après le délai de carence, un droit à la rente existe pour autant que la couverture d'assurance soit en vigueur.
2. La rente est due dès qu'un cancer est diagnostiqué par un médecin habilité, pendant la période de couverture et tant qu'un traitement au sens de l'art. 2.4 des présentes conditions particulières d'assurance est en cours ou qu'un traitement palliatif est nécessaire en raison de la gravité de la maladie selon les constatations du médecin-conseil de l'assureur.
3. L'octroi des prestations est subordonné à la réception mensuelle, par le médecin-conseil de l'assureur, d'une attestation médicale dûment complétée.  
L'assureur met à disposition du preneur d'assurance ledit formulaire pour qu'il soit complété par le médecin habilité.
4. Si le début et/ou la fin du droit aux prestations a lieu en cours de mois, la prestation est due pour le mois entier.

## Art. 8 Bénéficiaire de la prestation d'assurance

La rente est versée:

- a. au père et à la mère, à parts égales, exerçant l'autorité parentale sur l'enfant assuré, ou;
- b. au père ou à la mère exerçant seul l'autorité parentale sur l'enfant assuré;
- c. à défaut, la prestation est versée au preneur d'assurance.

## Art. 9 Exclusions

En complément des dispositions prévues par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), il n'y a pas de couverture d'assurance pour:

- a. les cancers survenus ou constatés médicalement avant la conclusion du contrat ainsi que dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de l'assurance (délai de carence);
- b. les cancers dont la durée prévisible de traitement défini à l'article 2.4 n'excédera pas 3 mois selon les constatations du médecin-conseil ou de l'expert médical désigné par l'assureur; les cas de décès de l'assuré durant cette période de 3 mois demeurent réservés.  
Les contrôles subséquents ayant pour but de déceler une récurrence ne sont pas considérés comme traitement;
- c. les cancers diagnostiqués chez l'assuré séropositif au VIH;
- d. les rétinoblastomes; demeurent exceptés les cas où l'ayant droit amène la preuve de l'absence de l'influence héréditaire dans ce cas de cancer;
- e. les aggravations de maladie résultant directement ou indirectement du fait que l'assuré ou son représentant légal a refusé de suivre ou de faire suivre le traitement médical prescrit.

## **Art. 10 Fin du contrat d'assurance**

En complément des dispositions prévues par les conditions générales pour les assurances maladie et accident complémentaires (CGC), le contrat d'assurance ainsi que le droit aux prestations prennent fin:

- a. à la fin de l'année civile durant laquelle l'assuré achève sa 17<sup>e</sup> année, sous réserve du droit aux prestations pour un cas de sinistre en cours;
- b. 60 mois après la date du diagnostic de cancer ou à l'épuisement du droit aux prestations. La première limite atteinte est déterminante;
- c. sur demande du preneur d'assurance dans le cas où l'assuré est séropositif au VIH, et cela dès la communication effectuée par le preneur d'assurance à l'assureur;
- d. avec la prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance. Le droit aux prestations pour un sinistre en cours demeure réservé.

## **Art. 11 Devoirs en cas de sinistre**

En complément des dispositions prévues par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC), la constatation de tout cas de cancer (y compris les tumeurs pré-malignes ou cancers in situ) doit être communiquée dans les 30 jours à l'assureur.

AGGA02-F3 – édition 01.11.2014

## Art. 1 Généralités

Dans le cadre du contrat collectif conclu entre le Groupe Mutuel et Groupe Mutuel Assurances GMA SA (dénommé ci-après GMA SA), l'assuré assujéti à la loi fédérale sur l'assurance maladie, ou au bénéfice d'une assurance complémentaire offrant explicitement la garantie «Groupe Mutuel Assistance», bénéficie d'une couverture d'assurance dont les prestations sont définies ci-après. Les prestations «Groupe Mutuel Assistance» sont assurées par GMA SA.

## Art. 2 But de l'assurance

Le but est de fournir aux assurés en voyage ou en séjour hors de Suisse (cf. art.5) une assistance médicale, juridique, financière et personnelle telle que définie dans les présentes conditions générales d'assurance en cas d'urgence médicale et d'incidents de voyages.

## Art. 3 Définitions

- a. Assureur: la mention «Assureur» ci-après fait référence à l'assureur par lequel l'assuré est au bénéfice de la garantie «Groupe Mutuel Assistance».
- b. Centrale d'appel d'urgence: GMA SA met à disposition des assurés une centrale d'appel d'urgence, en service 24h sur 24 et 365 jours par an.
- c. Maladie: toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Maladie chronique: se dit des maladies qui évoluent lentement et se prolongent. Maladie grave: maladie mettant en jeu le pronostic vital.
- d. Accident: tout événement provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure extraordinaire. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.
- e. Médecins de la centrale d'appel d'urgence: les médecins de la centrale d'appel d'urgence régularisent les demandes d'assistance, décident de la mise en oeuvre des moyens appropriés et de leur prise en charge selon les termes des présentes conditions générales d'assurance.
- f. Transport médicalisé: transport nécessitant un accompagnement médical; il est décidé et organisé par les médecins de la centrale d'appel d'urgence.

## Art. 4 Validité

1. La validité de la couverture d'assurance est liée à la validité du contrat d'assurance auprès de l'assureur. Elle se termine soit à la date à laquelle l'assuré a cessé d'être assuré, soit à la date d'échéance du contrat passé entre le Groupe Mutuel et GMA SA, l'assureur ayant l'obligation d'en informer ses assurés en temps utile.
2. La validité de la garantie «Groupe Mutuel Assistance» est limitée aux voyages ne dépassant pas 60 jours consécutifs hors de Suisse.

## Art. 5 Territorialité

L'assuré bénéficie de la garantie «Groupe Mutuel Assistance» dans le monde entier, y compris dans son pays de domicile, au-delà d'un rayon de 20 km de sa résidence principale.

## Art. 6 Service d'information voyages

L'assuré peut appeler la centrale d'appel d'urgence pour obtenir des informations importantes d'ordre administratif ou médical avant son départ, telles que passeports, visas, vaccinations, taxes, douanes, monnaies, services divers.

## Art. 7 Service de médecins correspondants hors de Suisse

L'assuré peut appeler la centrale d'appel d'urgence pour obtenir les coordonnées d'un médecin correspondant dans la région où il se trouve. La plupart des médecins sélectionnés parlent anglais et une seconde langue, en plus de leur langue maternelle.

## Art. 8 Service d'avis médical à distance

Si l'assuré, pendant son voyage, nécessite un avis médical qui lui est impossible d'obtenir localement, il peut appeler la centrale d'appel d'urgence; un médecin pourra alors le conseiller ou consulter un confrère. Un entretien téléphonique ne permet pas d'établir un diagnostic et doit être considéré uniquement comme conseil.

## Art. 9 Évacuation et/ou rapatriement sanitaire

Si l'équipe médicale fournie par la centrale d'appel d'urgences décide que l'état de l'assuré nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, la centrale d'appel d'urgence organise et prend en charge:

- soit le transport vers un centre régional hospitalier ou dans un pays susceptible d'assurer les soins jusqu'à ce que son état lui permette, si nécessaire, d'être rapatrié sanitaire par les services de la centrale d'appel d'urgence en avion de ligne régulière dans un hôpital proche de son lieu de résidence en Suisse;
- soit le rapatriement en Suisse s'il n'existe pas de centre médical adapté à proximité.

Les prestations d'évacuation sanitaire et de rapatriement sont fournies gratuitement sans aucune limitation de montant.

## Art. 10 Envoi d'un médecin spécialiste sur place

Dans certains cas, si le rapatriement sanitaire de l'assuré s'avère impossible du fait de l'état de la victime, la centrale d'appel d'urgence organise et prend à sa charge l'envoi d'un médecin spécialiste désigné par elle pour évaluer l'état du patient, collaborer avec le médecin traitant et organiser son rapatriement sanitaire éventuel.

## Art. 11 Patient traité

## sur place – supervision

Si les médecins de la centrale d'appel d'urgence décident que l'assuré peut être traité sur place, ils resteront cependant à disposition du médecin traitant et de l'assuré, si nécessaire. Les transports en place assise, non médicalisés, ne sont généralement pas pris en charge sauf avis contraire des médecins de la centrale d'appel d'urgence.

Si l'assuré, pour des raisons personnelles, décide de poursuivre son traitement dans un autre pays, la centrale d'appel d'urgence mettra à sa disposition toutes les informations nécessaires pour faciliter ses consultations spécialisées. Les frais de transport et de traitement restent à l'entière responsabilité de l'assuré.

## Art. 12 Avance de fonds pour admission et frais hospitaliers

Dans le cas où l'assuré hospitalisé ne dispose pas sur lui de moyens de paiement suffisants (cash, chèque, carte de crédit) et que, ni un membre de sa famille, ni son employeur, ni son assureur ou tout autre garant ne soient pas immédiatement atteignables, la centrale d'appel d'urgence garantira ou effectuera à l'hôpital un virement jusqu'à concurrence de Fr. 5'000.– suisses, en tant que dépôt pour admission.

## Art. 13 Envoi de médicaments

En cas d'urgence, la centrale d'appel d'urgence peut envoyer tout médicament essentiel ne pouvant être obtenu localement. La centrale d'appel d'urgence assumera les frais de port par ligne régulière ou courrier service; le prix des médicaments restant à la charge de l'assuré.

## Art. 14 Frais de transport pour tiers

Lorsque l'assuré voyageant seul hors de Suisse est hospitalisé depuis plus de 7 jours, la centrale d'appel d'urgence mettra à disposition de la personne désignée par le patient, et ayant le même pays de résidence que lui, un bon de transport aller-retour par avion, classe économique, pour le visiter. Les frais d'hébergement demeurent à la charge de ladite personne.

## Art. 15 Retour des enfants

Si, à la suite d'un événement donnant droit à une prestation d'assistance, personne n'est en mesure de s'occuper des enfants de moins de 18 ans de l'assuré restés sur place, la centrale d'appel d'urgences organise et prend en charge leur retour avec accompagnement si nécessaire jusqu'au domicile de l'assuré ou celui d'un membre de sa famille.

## Art. 16 Rapatriement de la dépouille mortelle

En cas de décès de l'assuré hors de Suisse, la centrale d'appel d'urgence prendra en charge le montant des frais de transport de la dépouille mortelle de l'assuré à bord d'un avion de ligne régulière ou fourgon prévu à cet effet jusqu'à concurrence de Fr. 10'000.– suisses.

La centrale d'appel d'urgence veillera à ce que le consulat et les pompes funèbres effectuent les démarches nécessaires; le coût de ces dernières et les divers restent à charge de la famille ou de l'employeur (y compris l'achat du cercueil).

## Art. 17 Frais de recherche et sauvetage

Les frais de recherche et de sauvetage sont remboursés jusqu'à concurrence de Fr. 10'000.– suisses lorsque l'assuré s'est trouvé dans une situation de détresse prouvable et justifiant les frais survenus.

## Art. 18 Assistance juridique, technique et personnelle

Si l'assuré, au cours d'un voyage hors de Suisse, nécessite impérativement les services d'un avocat, interprète, technicien, etc., il pourra avoir accès à l'un des correspondants de la centrale d'appel d'urgence non médicaux dans la région où il voyage et cela dans le monde entier. Il lui suffira, pour cela, d'en faire la demande à la centrale d'appel d'urgence, par téléphone ou fax, en précisant le type d'intervention à effectuer. Les services rendus par les correspondants de la centrale d'appel d'urgence restent à l'entière responsabilité financière de l'assuré qui s'acquittera du coût desdits services.

La centrale d'appel d'urgence peut également aider l'assuré pour de nombreux autres services tels que: recherche d'un service pour rapatriement de véhicule, informer les services concernés en cas de perte ou vol de bagages ou de carte de crédit, la recherche d'une pièce détachée, d'un objet, etc. Dans ces cas également, les services sont à la charge de l'assuré à des conditions à définir au coup par coup.

## Art. 19 Messages urgents

La centrale d'appel d'urgence tient informés la famille et l'employeur de l'assuré, si nécessaire, de la demande d'assistance et de l'organisation des secours (aucune majoration n'est prévue pour ce service). Un message non urgent peut être conservé par la centrale d'appel d'urgence pendant 10 jours, soit pour l'assuré ou pour un correspondant de l'assuré.

## Art. 20 Décision, choix des moyens et prise en charge

En cas d'assistance médicale, les médecins de la centrale d'appel d'urgence, une fois prévenus, se mettent en contact avec le médecin traitant de l'assuré pour établir un bilan sur la gravité du cas et son degré d'urgence.

La décision des moyens à mettre en oeuvre sera prise en tenant compte également des possibilités réelles de traitement sur place, des distances à parcourir, des temps d'intervention, etc; les médecins de famille ou de l'employeur seront consultés, si nécessaire et si disponibles.

Seuls les médecins de la centrale d'appel d'urgence décident des services qui peuvent être fournis et de leur prise en charge et, en particulier, des moyens de transport à utiliser et de la nécessité d'un accompagnement médical ou paramédical.

Dans tous les cas, les prestations garanties qui n'ont pas été demandées en cours de voyage ou qui n'ont pas été organisées par la centrale d'appel d'urgence ou en accord avec elle, ne donnent pas droit a posteriori à un remboursement ou à une indemnité compensatoire.

## Art. 21 Exclusions

Les cas ne permettant pas d'obtenir la prise en charge des prestations définies dans les présentes conditions générales d'assurance sont:

- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'assuré de poursuivre son voyage.
- Lorsque l'état de l'assuré lui permet de voyager normalement en place assise et sans escorte médicale, sauf si les

médecins de la centrale d'appel d'urgence en acceptent la prise en charge.

- c. Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées, les rechutes de maladies antérieurement constituées et comportant un risque d'aggravation brutale ainsi que les cas où le voyage a pour but d'obtenir un traitement médical.
- d. Les états de grossesse sauf complications nettes et imprévisibles. Les enfants à naître sont couverts; ils doivent être déclarés sous 10 jours maximum après la naissance.
- e. Les cas consécutifs à un suicide ou à une tentative de suicide.
- f. Les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement.
- g. Les cas où l'assuré participe ou s'expose volontairement aux activités guerrières étrangères ou civiles, émeutes, insurrections et repréailles.
- h. Les cas d'utilisation de drogues sauf celles prescrites par un médecin, incluant toute pathologie liée à l'éthylisme.
- i. Les cas dus aux effets directs ou indirects des réactions de l'atome.
- j. Les cas de participation de l'assuré à des compétitions sportives et les cas où l'assuré exerce une activité professionnelle reconnue comme dangereuse.

## **Art. 22 Devoirs de l'assuré en cas de sinistre**

1. L'assuré doit aviser immédiatement la centrale d'appel d'urgence dès la survenance de l'événement ou de l'affection qui le touche au numéro de téléphone 0848 808 111 (depuis l'étranger: +41 848 808 111); ce numéro figure sur la carte d'assuré.  
En cas de non respect de cette disposition, l'assuré sera déchu de son droit aux prestations. Le cas échéant, l'assuré devra prendre à sa charge les frais supplémentaires engagés par la centrale d'appel d'urgence lorsque ceux-ci n'auraient pas été encourus si la demande avait été déclarée sans délai.
2. L'assuré s'engage à faire tout ce qui est en son pouvoir pour limiter l'importance du sinistre et pour contribuer à l'élucidation de son origine.
3. L'assuré est tenu d'accomplir intégralement ses obligations de notification et d'information légales ou contractuelles ainsi que les règles de bonne conduite (entre autres, déclaration immédiate de l'événement assuré à l'adresse de contact indiquée).
4. En cas de maladie ou d'accident, l'assuré doit veiller à libérer les médecins traitants du secret médical à l'égard du centre d'appel d'urgence et de GMA SA et autoriser les médecins et délégués du centre d'appel d'urgence et de GMA SA d'avoir libre accès auprès de l'assuré afin de constater son état.
5. Si l'assuré peut faire valoir des droits à des prestations fournies par le centre d'appel d'urgence ou GMA SA à l'égard de tiers, il doit sauvegarder ces droits et les céder à GMA SA.
6. Dans tous les cas, les décisions concernant l'opportunité et le choix des dates, des moyens de transport, ainsi que l'établissement d'accueil se feront par l'équipe médicale du centre d'appel d'urgence.
7. Lorsqu'un transport est pris en charge conformément à l'article 9 des présentes conditions générales d'assurance, l'assuré est tenu de restituer à GMA SA le billet de

retour inutilisé initialement prévu ou son remboursement.

## **Art. 23 Restrictions**

Toutes les demandes présentées en vertu des présentes conditions générales d'assurance par l'une des parties contractantes seront considérées comme nulles et non avenues si GMA SA n'est pas avisé de la clause sur laquelle se fonde la demande dans les 30 jours qui s'écouleront à partir de la date à laquelle sera survenu l'événement en question.

## **Art. 24 Subrogation**

GMA SA est subrogé jusqu'à concurrence du coût des prestations fournies par lui dans les droits et actions de l'assuré, contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

Lorsque les prestations fournies en exécution des présentes conditions générales d'assurance sont couvertes en tout ou en partie par une police d'assurance, tant par des assurances obligatoires ou privées, GMA SA sera subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre lesdites assurances.

## **Art. 25 Limitations**

GMA SA décline toute responsabilité pour le cas où il lui serait impossible, par suite de grèves ou de circonstances indépendantes de sa volonté, y compris tout cas de force majeure (guerre, invasion, agression ennemie, hostilités déclarées ou non, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, émeute ou agitation civile, interdictions de vol ou celles imposées par la législation locale) d'assurer ses services ou de les fournir en temps voulu.

## **Art. 26 Notification**

Toute notification de GMA SA à l'assuré doit être faite par écrit à la dernière adresse connue. Il en est de même pour toute notification de l'assuré qui devra être adressée au:

Groupe Mutuel Assurances GMA SA  
Rue des Cèdres 5  
Case postale - CH-1919 Martigny

## **Art. 27 Prescription**

Toute action découlant de la garantie «Groupe Mutuel Assistance» est prescrite dans un délai de deux ans à compter de la date de l'événement qui lui donne naissance.

## **Art. 28 Juridiction**

En cas de divergence ou de litige résultant de l'application des présentes conditions générales, l'assuré peut choisir soit les tribunaux de son domicile en Suisse, soit les tribunaux ordinaires du siège de GMA SA. Si l'assuré est domicilié hors de Suisse, le for exclusif sera celui du canton du Valais.

## **Art. 29 Droit applicable**

Les dispositions de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance sont applicables.









## Conseils personnalisés et sans engagement

0848 803 111  
[groupemutuel.ch](https://www.groupemutuel.ch)

groupemutuel

Groupe Mutuel Holding SA Rue des Cèdres 5 CH-1919 Martigny 0848 803 111 / [groupemutuel.ch](https://www.groupemutuel.ch)

**Sociétés d'assurance de Groupe Mutuel Holding SA:** 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 / Groupe Mutuel Vie GMV SA  
**Fondations administrées par Groupe Mutuel Services SA:** Groupe Mutuel Prévoyance-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie  
Fondation Opcion Libre Passage / Fondation Collective Opcion

