

Conditions particulières de l'assurance maladie complémentaire d'hospitalisation pour frais de traitement

HG

HGAMAV-F3 – édition 01.09.2010

Table des matières

Art. 1	Objet	Art. 4	Surassurance
Art. 2	Garantie d'assurance	Art. 5	Délimitation de la couverture
Art. 3	Prestations		

Les dispositions ci-dessous sont régies par les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires (CGC AV), édition au 1^{er} juillet 2010 de Mutuel Assurances SA selon la LCA.

Art. 1 Objet

En cas de séjour hospitalier, l'assureur couvre en complément de l'assurance obligatoire des soins, les frais de traitement consécutifs à une maladie ou, lorsque ce risque est assuré, à un accident.

Art. 2 Garantie d'assurance

L'assurance pour frais de traitement hospitalier comprend des variantes de capitaux selon échelle de Fr. 1'000.- à Fr. 500'000.- ou une garantie intégrale.

Art. 3 Prestations

1. La garantie assurée est versée une fois par période de 365 jours;
2. Si, dans le courant de 730 jours consécutifs, pour un ou plusieurs cas d'hospitalisation, la garantie assurée a été versée deux fois au complet, le droit aux prestations s'éteint;
3. En cas de séjour dans un établissement hospitalier pour maladies ou accidents, l'assureur couvre les frais hospitaliers selon la garantie choisie.

Art. 4 Surassurance

En aucun cas la garantie assurée ne doit, ajoutée aux prestations de l'assurance obligatoire des soins ou aux prestations accordées par des tiers, dépasser la totalité des frais de traitement.

Art. 5 Délimitation de la couverture

En sus des risques non couverts cités aux chiffres 4.1 à 4.12 des conditions générales de l'assurance maladie sont exclus de l'assurance:

1. Les traitements non indemnisés préalablement par un assureur au titre de l'assurance obligatoire des soins;
2. Les frais supplémentaires découlant d'un séjour hospitalier hors canton, justifié par des raisons médicales, selon l'art. 41, al. 3 LAMal, dont la prise en charge relève du canton de domicile de l'assuré;
3. Les transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération Suisse pour Tâches communes des Caisses maladie à Soleure (SVK) a conclu des forfaits par cas. Cette règle vaut également pour les cliniques pour lesquelles aucun forfait n'a été convenu;
4. La maternité.