groupemutuel

Conditions particulières de l'assurance complémentaire Global Solution

GO

GOAM04-F3 – édition 01.06.2021 (avec avenant au 01.01.2024)

Table des matières

Art. 1	But de l'assurance	**Art. 7**	Primes
Art. 2	Risques couverts	**Art. 8**	Franchises
Art. 3	Conditions d'admission	**Art. 9**	Sortie du cercle des assurés d'un programme d'assurance collectif et dissolution de la convention cadre
Art. 4	Résiliation du contrat d'assurance		
Art. 5	Prestations assurées		
Art. 6	Droit aux prestations		

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 Solution sont versées en complément à ladite assurance.
3. L'assurance Global Solution 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 les options «Dentaire plus», «Renfort» et «Upgrade traitements en cas d'urgence à l'étranger».

Art. 2 Risques couverts

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

Art. 3 Conditions d'admission

1. Toute personne peut adhérer à l'assurance Global Solution, Niveau 1 et Niveau 2, sans limite d'âge. Pour le Niveau 3, la limite d'âge est fixée au jour de ses 65 ans.
2. L'assurance Global Solution est également proposée aux personnes résidant à l'étranger (notamment les frontaliers et détachés ainsi que les membres de leur famille) demeurant 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.
3. Dans le cas d'un programme d'assurance collectif, le cercle des personnes assurables est défini par la convention cadre conclue entre l'entreprise assurée et l'assureur.
4. Dispositions particulières concernant les collaborateurs de nationalité étrangère ou suisse qui sont transférés ou engagés par leur employeur pour venir en Suisse (ci-après «impatriés») respectivement les collaborateurs de nationalité étrangère ou suisse qui sont transférés à l'étranger par leur employeur (ci-après «expatriés») ainsi que les membres de leur famille.
   a. En dérogation partielle aux art. 6 et 9 des CGC, l'assureur peut appliquer une procédure d'admission ou d'augmentation du risque couvert facilitée à l'égard des proposants ou assurés impatriés ou expatriés ainsi qu'aux membres de leur famille.
   b. En dérogation à l'art. 6.2 des conditions particulières d'assurance (CP), des règles spécifiques peuvent s'appliquer à l'égard de cette catégorie d'assurées concernant le délai de carence de 12 mois pour les prestations de maternité.
   c. La convention cadre conclue entre l'entreprise assurée et l'assureur définit ces spécificités.

Art. 4 Résiliation du contrat d'assurance

En dérogation à l'art. 13 des CGC, le contrat d'assurance peut être dénoncé par l'assuré au terme de 3 ans de couverture d'assurance et ensuite annuellement, pour la fin d'une année civile moyennant un préavis d'un mois.

Art. 5 Prestations assurées

1. En Suisse

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Hospitalisation	division commune	division commune	division mi-privée ou privée La variante assurée est mentionnée sur la police d'assurance	– Libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu. – 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 ou la réglementation tarifaire cantonale. – Les établissements doivent être reconnus au sens de la LAMal (hôpitaux répertoriés) ou avoir conclu une convention tarifaire avec Groupe Mutuel Assurances GMA SA pour les divisions correspondantes. – Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 180 jours en cours d'une année civile. – 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. – Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique sont imputées sur les prestations d'hospitalisation en division mi-privée ou privée. – 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.
Traitements ambulatoires	100%	100%	100%	– Libre choix du lieu de traitement en Suisse en cas de traitement ambulatoire reconnu au sens de la LAMal. – 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.
Médicaments limités et hors liste	90%	90%	90%	– Médicaments ordonnés par un médecin ou un prescripteur de soins reconnu LAMal, non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). – Exclusions: produits figurant sur la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).
Frais de transport	90%	90%	90%	– Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que les dits transports soient médicalement nécessaires. – Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère. Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également pris en charge.
Médecines alternatives	30%	60%	90%	– Prise en charge des thérapies selon liste ci-dessous (point 5.2 liste des thérapies) exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapeutique naturelle reconnu 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 par l'assureur pour la thérapie envisagée.
Lunettes médicales et verres de contact	Fr. 150.– chaque 3 ans	Fr. 200.– chaque 3 ans	Fr. 200.– chaque 3 ans	– Coûts des montures, verres ou lentilles de contact.
Traitements dentaires	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	1. Selon le niveau choisi, prise en charge uniquement des frais: – de traitements dentaires effectués par un médecin dentiste diplômé; – de contrôle dentaire prophylactique annuel; – de soins d'orthopédie dento-faciale; – de laboratoire. 2. Pour les traitements dentaires consécutifs à un accident survenu après l'entrée en vigueur de l'assurance, le droit aux prestations est immédiat. 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. 4. 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. 5. 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%. 6. 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.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Cures thermales	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/ année civile	90%, max. 30 jours/ année civile	– Frais de traitement et de pension en cas de cure thermale dans les établissements de cures balnéaires reconnus par l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). – 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.
Cures de convalescence	Aucune prestation	50%, max. 30 jours/ année civile	90%, max. 30 jours/ année civile	– Frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence en Suisse dans les établissements reconnus par l'assureur, et ce pour autant que la cure soit ordonnée suite à une hospitalisation. – Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande d'autorisation ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Aide à domicile	50%, max. Fr. 1'500.–/ année civile	50%, max. Fr. 1'500.–/ année civile	90%, max. Fr. 2'500.–/ année civile	– 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), bénéficie d'une rente d'allocation pour impotent ou séjourne dans un établissement hospitalier, de cure ou de convalescence.
Cure de désintoxication de l'alcool	Fr. 50.– /jour, max. 30 jours/ année civile	Fr. 100.– /jour, max. 30 jours/ année civile	Fr. 100.– /jour, max. 30 jours/ année civile	– 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. – 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.
Vaccins	90%	90%	90%	– 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.
Check-up	90%, max. 1 tous les 3 ans	90%, max. 1 tous les 3 ans	90%, max. 1 tous les 3 ans	– Seuls les check-up définis et dispensés par un médecin reconnu au sens de la LAMal sont pris en charge. Le check-up comprend: – pour les personnes jusqu'à 40 ans, une consultation (examen prolongé), les analyses de glucose et de cholestérol – 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.
Seconde opinion	90%	90%	90%	– 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.
Promotion Santé	50%, max. Fr. 200.–/ année civile	50%, max. Fr. 200.–/ année civile	50%, max. Fr. 200.–/ année civile	– 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. – 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.–.

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. Sous peine de déchéance du droit aux prestations, les cas d'hospitalisation et autres traitements coûteux faisant l'objet d'une demande de garantie financière de la part du fournisseur de soins doivent être annoncés préalablement à Groupe Mutuel Assistance au moyen du formulaire «annonce pour demande de garantie financière».
   Les cas d'urgence doivent être immédiatement annoncés à Groupe Mutuel Assistance.
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. Dispositions particulières concernant les personnes résidant à l'étranger et demeurant soumises à l'assurance-maladie obligatoire des soins LAMal ou les personnes ayant opté pour le maintien de leur couverture d'assurance conformément à l'art. 7a de l'OAMal par la souscription d'une assurance facultative des soins selon la LCA.
   En dérogation aux art. 5.3.3 et 5.7, les traitements volontaires à l'étranger des assurés précités ne sont pas soumis à l'accord préalable de l'assureur.
   La durée maximale de couverture de 12 mois dès le passage de la frontière suisse prévue à l'art. 4.1 des CGC n'est pas applicable aux assurés en question.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Traitements ambulatoires	La somme assurée s'élève au maximum à Fr. 100'000.– par année civile			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				Prise en charge uniquement des frais: – de transports en cas de rapatriement, y compris ceux d'une personne décédée, sur accord préalable de l'assureur – de recherche et sauvetage de l'assuré malade ou dont l'intégrité physique est menacée
Visite d'un membre de la famille				Visite d'un membre de la famille de l'assuré hospitalisé depuis plus de 7 jours, à savoir: – les frais attestés pour le voyage aller et retour en classe économique et les transports publics jusqu'au lieu d'hospitalisation de l'assuré; – les frais de pension et de logement attestés, au plus cependant Fr. 250.– par jour jusqu'à concurrence de Fr. 2'000.–.

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 «Dentaire plus»

L'assuré peut, moyennant un supplément de prime, étendre sa couverture d'assurance pour les traitements dentaires listés à l'art. 5.1. Avec cette couverture étendue, le pourcentage de prise en charge des frais correspondants s'élève à 75%.

Selon la classe d'assurance choisie pour cette option, ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de Fr. 3'000.–, respectivement Fr. 15'000.–.

Option «Dentaire plus»:

– classe 1: 75%, max. Fr. 3'000.–/année civile
– classe 2: 75%, max. Fr. 15'000.–/année civile

L'option assurée et la classe d'assurance sont mentionnées sur la police d'assurance.

6. Option «Renfort»

L'assuré peut, moyennant un supplément de prime, bénéficier des prestations élargies suivantes:

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Description
Hospitalisation				Pour les assurés au bénéfice de la couverture Global Solution Niveau 3 la durée des prestations en cas d'hospitalisation en division mi-privée ou privée est étendue à 360 jours. La durée des prestations dans un établissement en soins psychiatrique (180 jours) est imputée sur les 360 jours précités. Prestations non cumulables avec les prestations du module de base.
Lunettes médicales et verres de contact	Fr. 300.– chaque 3 ans			Prestation non cumulable avec la prestations du module de base.
Moyens auxiliaires	90%, max. Fr. 1'000.– chaque 3 ans			Prise en charge des frais de location ou d'achat d'appareils orthopédiques et de moyens auxiliaires (prothèses dentaires exclues) ordonnés médicalement selon liste établie par l'assureur.
Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants	90%, max. Fr. 1'200.– par année civile			Prise en charge des frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits qui sont prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants.
Echographies en cas de grossesse	Fr. 150.– par grossesse			Prise en charge des échographies qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins ou par des programmes cantonaux de prévention.
Cours de préparation à l'accouchement	Fr. 150.– par grossesse			Cours d'accouchement sans douleur ou de préparation à la naissance qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
Indemnité unique d'allaitement	Fr. 100.– par enfant			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.

Les dispositions des art. 5.3.1 à 5.3.7 s'appliquent en cas de traitements à l'étranger.

7. Option «Upgrade traitements en cas d'urgence à l'étranger»

Cette option permet d'étendre la prise en charge des prestations mentionnées à l'art. 5.3 jusqu'à concurrence de Fr. 400'000.– par année civile.

Art. 6 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 et des autres assurances complémentaires.

La couverture d'assurance s'étend cependant à la prise en charge des participations légales étrangères dans le cadre d'un traitement fourni hors de la Suisse 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. 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.

c. 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 reservé.

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 «Dentaire plus»**
   Les prestations mentionnées à l'article 5.5 des présentes CP (option «Dentaire plus») sont couvertes à condition que la police d'assurance le mentionne expressément.
5. **Option «Renfort»**
   Les prestations mentionnées à l'article 5.6 des présentes CP (option «Renfort») sont couvertes à condition que la police d'assurance le précise expressément.
6. **Option «Upgrade traitements en cas d'urgence à l'étranger»**
   Les prestations mentionnées aux articles 5.7 des présentes CP (option «Upgrade traitements en cas d'urgence à l'étranger») sont couvertes à condition que la police d'assurance le précise expressément.

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, à l'exception de l'option «Dentaire plus»:

- de 0 à 18 ans;
- de 19 à 25 ans;
- dès la 26e année et jusqu'à la 71e année, les classes d'âge s'échelonnent par tranches de cinq ans.

Pour l'option «Dentaire plus», les classes d'âge s'échelonnent par tranches de 5 ans (0-5 ans, 6-10 ans, etc.). Les primes tiennent compte des classes d'âge susmentionnées.

Art. 8 Franchises

1. Les assurés ayant opté pour les Niveaux 2 et 3 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. 9 Sortie du cercle des assurés d'un programme d'assurance collectif et dissolution de la convention cadre

1. En cas de sortie du cercle des assurés d'un programme d'assurance collectif, les 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 du programme d'assurance collectif.
3. Les réserves déjà existantes avant la sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif sont maintenues.
4. L'entrée en vigueur du contrat conclu avant la sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif est prise en compte pour le calcul des délais de carence.
5. Les prestations perçues avant la sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif sont prises en compte pour le calcul des maxima de prestations.
6. Les mêmes dispositions s'appliquent en cas de dissolution de la convention cadre passée entre l'entreprise assurée et l'assureur.
7. L'assuré doit informer l'assureur par écrit de sa sortie du cercle des assurés du programme d'assurance collectif dans les 30 jours.
   En cas de violation de cette obligation d'avis, l'assuré 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 à l'assuré, qui est débiteur de leur paiement.
9. L'assuré peut dénoncer le contrat dans les trente jours suivant la réception de sa nouvelle police.

Groupe Mutuel Assurances GMA SA (GMA SA)

Avenant aux conditions particulières - version au 01.01.2024 Global Solution - GOAM04

Les dispositions de l'avenant s'appliquent dès le 1er janvier 2024 pour les personnes au bénéfice de l'assurance complémentaire Global Solution – GOAM04.

Prestations assurées
Remplace la partie «Hospitalisation» de l'art. 5 al. 1, colonne «Description».

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

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

- La liste des fournisseurs de prestations et des montants maximums est disponible sur le site internet de l'assureur ou remise sur demande. La liste valable au moment du traitement est déterminante.
- La liste des fournisseurs de prestations peut être modifiée en tout temps par l'assureur. Une telle modification de la liste n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.
- Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 180 jours en cours d'une année civile.
- 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.
- Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique sont imputées sur les prestations d'hospitalisation en division mi-privée ou privée.
- 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.

Mesures d'économie
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 CHF 5'000.– par hospitalisation.