

Édition du 1^{er} juillet 2014

Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) OMNIA

Assurance complémentaire des soins ambulatoires et stationnaires avec options

Table des matières

| |
|--|
| Généralités |
| 1 But |
| Prestations ambulatoires |
| 2 Médicaments |
| 3 Prestations à l'étranger |
| 4 Assistance des personnes |
| 5 Frais de transport en Suisse |
| 6 Aides visuelles, moyens et appareils |
| 7 Orthopédie maxillaire |
| 8 Formes de thérapie spéciales |
| 9 Protection juridique de la santé (appendice I) |
| 10 Protection juridique pour l'étranger (appendice II) |
| Prestations stationnaires |
| 11 Couverture d'assurance |
| 12 Nécessité d'hospitalisation |
| 13 Prestations hospitalières |
| 14 Interventions ambulatoires |
| 15 Prestations en cas de sous-assurance |
| 16 Durée des prestations dans un hôpital pour soins aigus et en clinique psychiatrique |
| 17 Prestations à l'étranger |
| 18 Prestations pour nouveau-né |
| 19 Cures balnéaires |
| 20 Cures de convalescence |
| 21 Durée des prestations en cas de cure |
| 22 Ordonnance de cure |
| 23 Soins à domicile |
| 24 Aide ménagère |
| 25 Prestations en cas de soins à domicile et aide ménagère |
| 26 Service de garde d'enfants |
| Option ambulatoire et stationnaire |
| 27 Généralités |
| 28 Exercice |
| 29 Conséquences de l'exercice de l'option |
| 30 Extinction des options |
| 31 Primes |
| 32 Augmentation de l'assurance avec examen de santé |
| Divers |
| 33 Droit d'achat de PRIMEO |
| 34 Adaptation des primes |
| 35 Helsana Advocare PLUS |
| 36 Dispositions spéciales pour les formes particulières d'assurance |
| 37 Carte d'assuré |

Appendice I

Appendice II

Généralités

1 But

Dans le cadre d'OMNIA, l'assureur garantit, en cas de nécessité médicale, des prestations pour des médicaments non obligatoires, des prestations à l'étranger, une assistance des personnes, des frais de transport, des aides visuelles, des moyens et appareils, des traitements d'orthopédie maxillaire ainsi que des formes de thérapie spéciales, mais aussi une protection juridique de la santé et à l'étranger d'Helsana Protection juridique SA (prestations ambulatoires).

L'assureur couvre par ailleurs les frais de séjour et de traitement dans la division commune d'un hôpital ainsi que des contributions aux frais d'hôtellerie lors de soins stationnaires aigus et de transition, aux cures balnéaires et de convalescence, aux soins à domicile, à l'aide ménagère et au service de garde d'enfants ainsi qu'aux opérations ambulatoires (prestations stationnaires).

Dans les domaines des prestations ambulatoires et stationnaires, OMNIA inclut le droit unique pour la personne assurée d'opter pour une assurance complémentaire assortie d'une couverture plus élevée (augmentation de l'assurance) sans nouvel examen de santé.

Prestations ambulatoires

2 Médicaments

2.1 Les médicaments prescrits par un médecin et qui ne sont pas obligatoires dans l'assurance obligatoire des soins sont pris en charge par l'assureur à 90% des frais facturés, à condition que le médicament concerné soit enregistré auprès de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic) pour l'indication en question.

2.2 L'assureur tient une liste des médicaments qui ne sont pas remboursés ou qui le sont seulement jusqu'à 50% des frais facturés. Cette liste est régulièrement mise à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.



2.3 Pour les produits figurant sur la Liste des préparations pharmaceutiques avec application spécifique (LPPA), aucun remboursement n'est possible. Cette liste est régulièrement mise à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.

3 Prestations à l'étranger

3.1 En cas de séjour temporaire à l'étranger jusqu'à 12 mois, l'assureur prend en charge les coûts de traitements ambulatoires et hospitaliers, scientifiquement reconnus et adéquats, pour autant qu'il s'agisse d'une urgence et qu'un rapatriement ou un transfert dans un établissement hospitalier suisse ne puisse être raisonnablement exigé.

3.2 Les frais sont pris en charge à 90% pour les traitements ambulatoires au sens du ch. 3.1, sous réserve du ch. 21.1, lit. m CGA pour les assurances-maladie complémentaires.

3.3 Pour les traitements stationnaires, il faut s'en référer immédiatement à l'assureur, respectivement l'organisation qu'il a déclarée compétente. Il n'y a pas de droit aux prestations selon ch. 3.1 si l'on renonce à contacter cette organisation.

3.4 Prestations destinées aux personnes assurées soumises aux accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne (UE) ou entre la Suisse et l'Association européenne de libre-échange (AELE): sur présentation d'une facture détaillée émise par un fournisseur de prestations de l'un des États membres de l'UE ou de l'AELE, tout montant excédant CHF 300.– dont la personne doit s'acquitter conformément à la législation du pays d'accueil (franchise, quote-part, etc.) sera pris en charge. Ce droit aux prestations ne s'applique pas aux personnes assurées dont le domicile ou le point d'ancrage central se situe dans l'un des États membres de l'UE ainsi qu'en Islande ou en Norvège, lorsque les prestations ont été octroyées dans le pays de domicile ou en Suisse.

3.5 Clause de subsidiarité

En dérogation au ch. 22, al. 1 CGA pour les assurances-maladie complémentaires, toutes les prestations selon les présentes Conditions générales et supplémentaires d'assurance sont accordées après les prestations d'autres assureurs privés, les coûts n'étant dans l'ensemble remboursés qu'une seule fois. La couverture de la présente assurance est alors limitée à la part des prestations qui dépasse les prestations de l'autre assureur. Les dispositions légales relatives à la double assurance s'appliquent lorsque les autres assureurs octroient également des prestations à titre subsidiaire uniquement.

4 Assistance des personnes

4.1 Si une personne assurée se trouvant à l'étranger tombe malade, est victime d'un accident, subit l'aggravation inattendue d'un mal chronique attestée

par un médecin ou encore décède, l'assureur ou l'organisation désignée par lui prend en charge les prestations suivantes:

- a) actions de sauvetage et transports, pour autant que le médecin mandaté par l'assureur ou l'organisation désignée par lui les juge nécessaires;
- b) actions de recherche organisées pour sauver ou dégager une personne assurée, au plus CHF 20 000.– par personne assurée;
- c) rapatriement au domicile et dans un hôpital suisse, pour autant que le médecin mandaté par l'assureur ou l'organisation désignée par ce dernier le juge nécessaire;
- d) garantie de prise en charge dans le cadre de la couverture d'assurance existante lorsqu'une personne assurée doit suivre à l'étranger un traitement ambulatoire ou stationnaire;
- e) lorsqu'un séjour hospitalier à l'étranger dure plus de sept jours, l'assureur rembourse de la manière suivante les frais de voyage d'une personne proche de la personne assurée qui lui rend visite:
 - ea) les frais attestés pour le voyage aller et retour, mais au maximum les coûts pour un vol en classe économique;
 - eb) les frais attestés pour l'hébergement et la nourriture, mais au maximum CHF 1000.– par cas de sinistre.
- f) de plus, l'assureur prend en charge jusqu'à concurrence de CHF 500.– les frais de voyage supplémentaires en cas de retour prématuré dans les cas suivants:
 - fa) lorsqu'une personne proche participant au voyage doit être rapatriée pour cause de maladie ou d'accident;
 - fb) lorsqu'une personne proche tombe gravement malade, est gravement blessée ou décède;
 - fc) lorsque les biens de la personne assurée, à son domicile en Suisse, subissent de graves dommages suite aux conséquences d'un vol, d'un incendie, d'une inondation ou tout autre dégât causé par les éléments naturels;
 - fd) lorsqu'une grève, une épidémie ou l'interruption des moyens de transport publics rendent impossible la poursuite du voyage tel que planifié dans les 72 heures; les frais supplémentaires dus aux modifications de trajet et aux retards ne sont pas couverts;
 - fe) lorsque le remplaçant au poste de travail tombe sévèrement malade, subit un grave accident ou décède et que la présence de la personne assurée à son poste de travail est impérative.
- g) si, suite à une hospitalisation, le vol de retour ne peut pas avoir lieu, l'assureur prend en charge les frais encourus par la personne assurée pour la modification de son billet de retour. Si la modification du billet s'avère impossible, l'assureur prend en charge les frais d'un billet de retour en classe économique. Ces prestations sont fournies uniquement sur présentation du billet d'avion expiré.

Cette énumération est exhaustive.



4.2 Pour bénéficier de prestations selon ch. 4.1, il faut faire intervenir la centrale d'appel d'urgence de l'assureur. Les prestations ne sont pas octroyées lorsqu'elles ne sont pas organisées par la centrale d'appel d'urgence de l'assureur. Sauf mention contraire dans les présentes CSA et dispositions légales contraignantes, l'assurance est valable dans le monde entier.

5 Frais de transport en Suisse

L'assureur prend en charge jusqu'à CHF 100 000.– par année civile pour les coûts des transports de sauvetage, de dégagement et d'urgence en Suisse ainsi que pour les transports en Suisse d'un établissement hospitalier vers un autre. Le transport doit être approprié et économique.

6 Aides visuelles, moyens et appareils

6.1 L'assureur prend en charge 90% des frais facturés pour des verres de lunettes et verres de contact, mais au maximum CHF 150.– au total par année civile. Les prestations pour aides visuelles éventuellement accordées au titre de l'assurance obligatoire des soins sont déduites de ce montant.

6.2 L'assureur prend en charge 90% des frais facturés, en tout au maximum CHF 1000.– par année civile, pour les moyens et appareils nécessaires et adaptés au dommage de santé qui peuvent améliorer l'utilisation d'une fonction corporelle limitée. Une ordonnance médicale est requise. L'assureur tient une liste des moyens et appareils donnant droit aux prestations. Cette liste est régulièrement mise à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.

6.3 L'assureur prend en charge 100% des frais facturés, jusqu'à concurrence du montant maximal prévu, pour les moyens et appareils réutilisables, nécessaires et adaptés au dommage de santé (liste des moyens et appareils réutilisables). Une ordonnance médicale et l'économie de la mesure sont requises pour le remboursement. L'assureur tient une liste des moyens et appareils donnant droit aux prestations. Cette liste est régulièrement mise à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.

6.4 Les coûts d'exploitation, d'entretien et de réparation de ces moyens et appareils ne sont pas pris en charge.

7 Orthopédie maxillaire

7.1 Pour les personnes assurées jusqu'à 25 ans, l'assureur prend en charge 75% des frais facturés, au maximum toutefois CHF 10 000.– par année civile, pour les coûts des traitements d'orthopédie maxillaire ou de chirurgie maxillaire.

7.2 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 uniquement jusqu'à hauteur des coûts qui auraient été facturés en Suisse pour un traitement correspondant.

8 Formes de thérapie spéciales

8.1 L'assureur prend en charge sur ordonnance médicale jusqu'à 75% maximum des frais de traitement facturés pour des formes de thérapie spéciales. L'assureur détermine de cas en cas, en fonction de la formation professionnelle du thérapeute, si un traitement fonde un droit aux prestations. L'assureur tient une liste des formes de thérapie (p.ex. psychothérapie non médicale, stérilisation, vasectomie) qui fondent un droit aux prestations. Cette liste est régulièrement mise à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.

8.2 Le droit pour toutes les prestations selon ch. 8.1 s'élève au maximum à un montant total de CHF 3000.– par année civile.

9 Protection juridique de la santé (appendice I)

L'assurance complémentaire des soins OMNIA inclut une assurance protection juridique de la santé d'Helsana Protection juridique SA. Les Conditions générales d'assurance pour cette assurance protection juridique font partie intégrante des présentes CSA.

10 Protection juridique pour l'étranger (appendice II)

L'assurance complémentaire des soins OMNIA inclut une assurance protection juridique pour l'étranger d'Helsana Protection juridique SA. Les Conditions générales d'assurance pour cette assurance protection juridique font partie intégrante des présentes CSA.

Prestations stationnaires

11 Couverture d'assurance

11.1 L'assurance OMNIA prend en charge les frais de séjour et de traitement dans les hôpitaux satisfaisant aux conditions énoncées au ch. 8.1 des Conditions générales d'assurance (CGA). En application de ce principe, il n'y a de droit à des prestations, au titre de la présente assurance, auprès d'hôpitaux ne figurant pas sur les listes cantonales des hôpitaux et de la planification (hôpitaux répertoriés) conformément à l'art. 39 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), que si l'assureur a signé une convention LAMal avec l'hôpital en question (hôpital conventionné LAMal Helsana). L'assureur tient une liste des hôpitaux ayant passé une telle convention LAMal. Cette liste fournit des renseignements sur les prestations reconnues. Elle est régulièrement mise à jour et peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.



- 11.2 L'assurance OMNIA couvre, dans le cadre des dispositions ci-après, les coûts d'un séjour stationnaire dans une chambre à plusieurs lits de la division commune d'un hôpital.
- 11.3 Lorsqu'un hôpital ne connaît pas de critères de répartition pour les divisions hospitalières ou lorsqu'il en applique d'autres ou encore lorsque les tarifs de la division commune ne sont pas reconnus par l'assureur, l'assureur applique les dispositions énoncées au ch. 15, valables en cas de séjour de la personne assurée dans la division privée de l'hôpital.
- 11.4 L'assureur tient une liste des hôpitaux qui ne disposent pas de division privée, demi-privée ou commune au sens des dispositions ci-dessus. L'assureur met cette liste régulièrement à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.

12 Nécessité d'hospitalisation

Les prestations pour des applications thérapeutiques reconnues scientifiquement à l'occasion d'un séjour dans un hôpital sont octroyées lorsque l'état d'une personne assurée nécessite un traitement stationnaire et que ce dernier est dispensé par l'hôpital, respectivement la division hospitalière dans lequel/laquelle la personne assurée doit être traitée pour des raisons médicales.

13 Prestations hospitalières

- 13.1 Est considéré comme hôpital un hôpital pour soins aigus ou une clinique psychiatrique qui satisfait aux conditions énoncées au ch. 11.1 et qui semble adéquat(e) pour le traitement de la personne assurée nécessitant une hospitalisation au sens du ch. 12.
- 13.2 Les traitements hospitaliers comprennent les prestations dans le cadre des tarifs reconnus par l'assureur pour la division commune de l'hôpital concerné:
- les frais d'hébergement et de pension;
 - les honoraires médicaux;
 - les coûts des mesures thérapeutiques et diagnostiques scientifiquement reconnues;
 - les soins aux malades à l'hôpital;
 - les coûts des médicaments, matériel de soins, salle d'opération et anesthésie;
 - les coûts des moyens et appareils prescrits par l'hôpital.
- 13.3 Les prestations pour traitements dentaires selon le ch. 13.2 sont prises en charge en tant que prestations stationnaires, dans la mesure où il s'agit de prestations obligatoires selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).
- 13.4 En complément de son obligation de prestations selon la LAMal et pour les prestations en soins stationnaires aigus et de transition requises au terme d'un séjour à l'hôpital et prescrites par l'établissement hospitalier, l'assureur rembourse les frais d'hébergement et de pension non couverts jusqu'à CHF 90.– par jour durant au maximum 14 jours par année civile.

14 Interventions ambulatoires

Lorsqu'une intervention ambulatoire plus avantageuse permet d'éviter un séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus, l'assureur prend en charge les coûts dans le cadre de l'accord passé avec l'hôpital concerné.

15 Prestations en cas de sous-assurance

- 15.1 En cas de séjour en division privée de l'hôpital, les personnes assurées reçoivent 20% des prestations que l'assureur prendrait en charge au titre de HOSPITAL COMFORT (division privée), resp. 40% des prestations qu'il prendrait en charge au titre de HOSPITAL PLUS (division demi-privée) si elles séjournent en division demi-privée, tout au plus cependant 20%, resp. 40% des tarifs reconnus par l'assureur pour l'hôpital concerné.
- 15.2 L'assureur tient une liste des hôpitaux dont les tarifs ne sont pas reconnus. Cette liste est régulièrement mise à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.

16 Durée des prestations dans un hôpital pour soins aigus et en clinique psychiatrique

- 16.1 En cas de traitement stationnaire dans un hôpital pour soins aigus, les prestations assurées sont octroyées sans limitation de temps, aussi longtemps qu'un séjour dans un hôpital pour soins aigus est médicalement nécessaire en raison du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble.
- 16.2 En cas de traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique, les prestations assurées sont octroyées au maximum pendant 90 jours au cours d'une année civile, aussi longtemps qu'un séjour dans une clinique psychiatrique est médicalement nécessaire en raison du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble et qu'il ne s'agit pas d'une maladie chronique.
- 16.3 Aucune prestation n'est accordée pour les séjours dans les cliniques psychiatriques de jour ou de nuit.

17 Prestations à l'étranger

En cas de séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus ou une clinique psychiatrique à l'étranger, l'assureur rembourse, également pour les traitements ciblés à l'étranger, au maximum CHF 500.– par jour pendant 60 jours au maximum par année civile, pour des frais attestés des traitements scientifiquement reconnus et appropriés ainsi que pour l'hébergement et la nourriture; mais uniquement s'ils ne sont pas déjà couverts par des prestations au sens du ch. 3 ou de l'assurance complémentaire des soins COMPLETA.

18 Prestations pour nouveau-né

Les coûts pour le séjour du nouveau-né sain sont pris en charge pour la durée du séjour de la mère à l'hôpital, mais au maximum durant dix semaines.



19 Cures balnéaires

- 19.1 Pour les cures balnéaires stationnaires prescrites par un médecin avant l'entrée en cure et qui ont lieu dans un établissement balnéaire en Suisse sous direction médicale, un montant maximum de CHF 30.– est versé par jour au titre de l'assurance OMNIA pour les frais attestés, durant au maximum 30 jours par année civile.
- 19.2 Il existe un droit aux prestations selon le ch. 19.1 uniquement lorsque la cure balnéaire a été précédée d'un traitement intensif, scientifiquement reconnu et approprié ou lorsqu'une thérapie ambulatoire scientifiquement reconnue et appropriée ne peut être entreprise. En outre, un examen médical d'entrée doit avoir lieu au début de la cure et les traitements balnéaires ou physiothérapeutiques doivent être effectués selon un plan de cure. Une cure balnéaire doit durer au moins 14 jours.
- 19.3 En dérogation au ch. 19.1, une cure balnéaire peut également avoir lieu dans un établissement balnéaire étranger en Europe, pour autant que les conditions selon le ch. 19.2 soient satisfaites.

20 Cures de convalescence

- 20.1 Pour une cure de convalescence en Suisse, prescrite par un médecin avant l'entrée en cure et qui s'avère médicalement nécessaire pour la guérison ou la convalescence d'une maladie grave, un montant maximum de CHF 30.– est versé par jour au titre de l'assurance OMNIA pour les frais attestés, durant au maximum 30 jours par année civile.
- 20.2 La cure doit être effectuée dans un établissement de cure en Suisse reconnu par l'assureur.

21 Durée des prestations en cas de cure

Les prestations pour cures balnéaires et de convalescence sont octroyées en tout au maximum pendant 30 jours par année civile.

22 Ordonnance de cure

L'ordonnance médicale de la cure doit être remise à l'assureur suffisamment à l'avance, avant l'entrée en cure, et mentionner l'établissement thermal ou de cure, ainsi que la date d'entrée en cure.

23 Soins à domicile

- 23.1 En cas de soins à domicile prescrits par un médecin, pour lesquels il est nécessaire d'engager contre rémunération une personne dispensant des soins à domicile et si cela permet d'éviter ou de réduire un séjour à l'hôpital ou dans un établissement de cure, un montant maximum de CHF 30.– est versé par jour au titre de l'assurance OMNIA pour les frais attestés, durant au maximum 30 jours par année civile.
- 23.2 Peut également être reconnue comme personne soignante une personne qui dispense quotidiennement les soins nécessaires au malade et pour laquelle il en résulte, dans son activité professionnelle, un manque à gagner dont elle peut apporter la preuve.

23.3 Ne sont pas assurés les frais pour les travaux ménagers en général, par exemple les achats, la lessive, le repassage, les travaux de nettoyage, etc.

23.4 L'assureur n'accorde pas de prestations pour les soins à domicile en cas de séjour dans un établissement médico-social ou un établissement analogue.

24 Aide ménagère

- 24.1 Si, en raison d'une incapacité de travail à 100% due à son état de santé et en raison des conditions familiales personnelles, la personne assurée a besoin, sur la base d'une prescription médicale, d'une aide ménagère et si cela permet d'éviter ou de réduire un séjour à l'hôpital ou dans un établissement de cure, un montant maximum de CHF 30.– est versé par jour au titre de l'assurance OMNIA pour les frais attestés, durant au maximum 30 jours par année civile.
- 24.2 Est considérée comme aide ménagère toute personne qui, à titre personnel ou pour une organisation, se charge professionnellement du ménage à la place de la personne assurée.
- 24.3 Peut également être reconnue comme aide ménagère la personne qui se charge du ménage à la place d'une personne assurée malade et pour laquelle il en résulte, dans son activité professionnelle, un manque à gagner dont elle peut apporter la preuve.
- 24.4 L'assureur n'accorde pas de prestations pour aide ménagère en cas de séjour dans un établissement médico-social ou un établissement analogue.

25 Prestations en cas de soins à domicile et aide ménagère

Les prestations journalières assurées pour les soins à domicile et l'aide ménagère ensemble sont limitées à CHF 900.– par année civile.

26 Service de garde d'enfants

- 26.1 En cas de séjour stationnaire à l'hôpital de la personne assurée, l'assureur prend en charge les coûts de garde par une tierce personne des enfants de moins de 15 ans sur lesquels la personne assurée a l'autorité parentale, les jours de la semaine et pendant les heures de travail habituelles, à concurrence de 30 heures par année civile.
- 26.2 Les prestations ne sont octroyées que si la personne assurée contacte au préalable la centrale d'organisation désignée par l'assureur et que celle-ci organise la garde des enfants.

Option ambulatoire et stationnaire

27 Généralités

- 27.1 Dans les domaines des prestations ambulatoires et stationnaires, OMNIA inclut le droit unique pour la personne assurée d'opter pour une assurance complémentaire assortie d'une couverture plus élevée (augmentation de l'assurance) sans nouvel examen de santé.



27.2 Concernant les prestations ambulatoires, la personne assurée peut exercer l'option afin d'être transférée dans l'assurance complémentaire des soins

«COMPLETEA»

dans la version proposée par l'assureur au moment de l'exercice du droit d'option (option ambulatoire).

Concernant les prestations stationnaires, la personne assurée peut exercer l'option afin d'être transférée dans l'assurance complémentaire d'hospitalisation

«HOSPITAL PLUS» (demi-privée) ou
«HOSPITAL COMFORT» (privée)

dans la version proposée par l'assureur au moment de l'exercice du droit d'option (option stationnaire).

28 Exercice

28.1 Chaque option ne peut être exercée qu'une fois, et ce, pour la première fois 12 mois après la conclusion d'OMNIA. Une augmentation de l'assurance est possible au plus tôt avec effet au 1^{er} janvier suivant l'année où la personne assurée atteint l'âge de 25 ans révolus. Les options peuvent ensuite être exercées à une fréquence de cinq ans, à savoir avec effet au 1^{er} janvier suivant l'année où l'âge de 30, 35, 40, 45, 50 ans révolus a été atteint et pour la dernière fois avec effet au 1^{er} janvier suivant l'année où l'âge de 55 ans révolus a été atteint.

28.2 L'exercice d'une option doit être signifié par écrit à l'assureur, la notification devant lui parvenir au plus tard le 30 novembre de l'année précédant l'augmentation possible de l'assurance selon le ch. 29.1. Les déclarations d'exercice tardives n'ont aucun effet juridique.

28.3 L'exercice d'une option n'est possible que dans la mesure où, et tant que la personne assurée n'a pas d'arriérés de paiement chez l'assureur au titre de l'assurance obligatoire des soins ou des assurances complémentaires des soins.

29 Conséquences de l'exercice de l'option

29.1 En cas d'exercice valable d'une option selon le ch. 28, l'augmentation de l'assurance intervient au 1^{er} janvier de l'année civile suivante.

29.2 Après exercice valable de l'option ambulatoire et augmentation de l'assurance dans le domaine des prestations ambulatoires, le droit à l'option ambulatoire et aux prestations ambulatoires (ch. 2 à 10) au titre d'OMNIA s'éteint. La part de primes correspondant aux prestations ambulatoires et à l'option ambulatoire reste due jusqu'au 31 décembre de l'année précédant l'augmentation de l'assurance. Seul le tarif de primes moins cette part est ensuite facturé pour OMNIA.

29.3 Après exercice valable de l'option stationnaire et augmentation de l'assurance dans le domaine des prestations stationnaires, le droit à l'option stationnaire et aux prestations stationnaires (ch. 11 à 26) au titre d'OMNIA s'éteint. La part de primes correspondant aux

prestations stationnaires et à l'option stationnaire reste due jusqu'au 31 décembre de l'année précédant l'augmentation de l'assurance. Seul le tarif de primes moins cette part est ensuite facturé pour OMNIA.

29.4 L'assurance complémentaire des soins OMNIA prend fin après l'exercice valable des deux options selon le ch. 28 et l'augmentation de l'assurance selon les ch. 29.1 à 29.3.

29.5 L'augmentation de l'assurance est réalisée en conservant le risque assuré (maladie, accident, maternité). L'augmentation de l'assurance n'entraîne pas de nouveau délai de carence pour les prestations de maternité.

29.6 Si l'assurance OMNIA a été conclue avec des exclusions de prestations suite à un examen de santé, celles-ci s'appliquent également aux produits après une augmentation de l'assurance, et ce, tant que la suppression du motif d'exclusion n'est pas médicalement attestée.

30 Extinction des options

Les options s'éteignent automatiquement au 31 décembre de l'année où l'âge de 55 ans révolus a été atteint, si elles n'ont pas été valablement exercées auparavant. La part de primes correspondant aux options disparaît après leur extinction. L'assurance OMNIA subsiste par ailleurs avec les prestations ambulatoires (ch. 2 à 10) et stationnaires (ch. 11 à 26), dans la mesure où et tant qu'elles n'ont pas déjà disparu selon le ch. 29.2 et le ch. 29.3 suite à une augmentation de l'assurance.

31 Primes

En cas de cessation de l'assurance selon le ch. 29.4, d'extinction des options selon le ch. 30 ou de résiliation par la personne assurée, la prime reste due jusqu'à ce que le motif de cessation prenne effet. La part de primes acquittée jusque-là sur l'option revient intégralement à l'assureur, que les options aient été exercées ou non.

32 Augmentation de l'assurance avec examen de santé

Indépendamment du droit d'option, la personne assurée peut en tout temps augmenter l'assurance après un examen de santé réussi. Dans ce cas, les conséquences juridiques pour OMNIA se fondent sur le ch. 29 relatif à l'augmentation de l'assurance suite à l'exercice de l'option. La part de primes correspondant à l'option respective est due jusqu'à la prise d'effet de l'augmentation de l'assurance. Même en cas d'augmentation de l'assurance suite à un examen de santé et à l'extinction de l'option qui s'ensuit, la personne assurée n'a pas droit au remboursement de la part de primes acquittée sur les options jusqu'à cette date.



Divers**33 Droit d'achat de PRIMEO**

L'assurance OMNIA donne le droit à la personne assurée de conclure l'assurance complémentaire des soins PRIMEO pour les prestations ambulatoires sans avoir à passer un examen de santé (droit d'achat). Le droit d'achat ne peut être exercé qu'une fois, dans la mesure où, et tant qu'il subsiste au moins l'une des options selon le ch. 27.2. Le droit d'achat expire si les deux options selon le ch. 29.4 se sont éteintes. L'exercice intervient dans les conditions d'exercice des options selon le ch. 28.

34 Adaptation des primes

- 34.1 Les primes sont calculées en fonction de l'âge et du sexe de la personne assurée. À cet effet, les personnes assurées sont attribuées au groupe d'âge correspondant à leur âge actuel.
- 34.2 Le ch. 12.2 CGA pour les assurances-maladie complémentaires n'est pas applicable à l'assurance OMNIA.

35 Assurance complémentaire Helsana Advocare PLUS

Est également considérée comme personne assurée au sens du ch. 3 des Conditions générales d'assurance de Helsana Advocare PLUS, celui qui a souscrit l'assurance OMNIA auprès de l'assureur et a payé la prime pour Helsana Advocare PLUS. En cas d'extinction de l'assurance complémentaire OMNIA, la couverture au titre de Helsana Advocare PLUS s'éteint également à la même date, dans la mesure où, et tant que la personne assurée ne dispose pas d'une autre assurance complémentaire au sens du ch. 3 des Conditions générales d'assurance de Helsana Advocare PLUS.

36 Dispositions spéciales pour les formes particulières d'assurance

Pour les personnes assurées qui ont conclu une autre forme particulière d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (p. ex. HMO, autres modèles de médecin de famille ou un modèle d'assurance avec limitation du choix des fournisseurs de prestations), les dispositions limitant la perception de prestations, contenues dans les CGA y relatives, sont également applicables à la présente assurance.

37 Carte d'assuré

Les personnes assurées reçoivent une carte d'assuré au sens du ch. 28 CGA.

Appendice I

Conditions générales de protection juridique – protection juridique de la santé
(Édition du 1^{er} janvier 2009)

Généralités**1 Introduction**

La protection juridique de la santé est un produit d'Helsana Assurances SA en coopération avec Helsana Protection juridique SA.

Tous les termes utilisés dans le texte pour désigner des personnes s'appliquent aux deux sexes.

2 Assureur

Helsana Protection juridique SA est l'organisme assureur et s'engage, dans le cadre des dispositions ci-après, à fournir les prestations assurées.

3 Bases du contrat

Sont déterminantes les conditions générales de protection juridique énoncées ci-après, la loi fédérale sur le contrat d'assurance ainsi que la loi sur la surveillance des assurances et l'ordonnance sur la surveillance.

Étendue de l'assurance**4 Objet de l'assurance**

Dans le cadre d'un préjudice porté à la santé, les litiges suivants sont assurés:

- 4.1 Litiges avec des fournisseurs de prestations portant sur la responsabilité civile
Sont assurés les litiges portant sur la responsabilité civile avec des médecins, dentistes, techniciens dentistes, hygiénistes dentaires, chiropraticiens officiellement reconnus, hôpitaux et autres fournisseurs de prestations médicaux reconnus par l'assureur et dont l'activité a été approuvée par les autorités sanitaires.
- 4.2 Autres litiges engageant la responsabilité civile
Sont assurées les prétentions en dommage-intérêts extra-contractuels pour des préjudices à la santé contre le responsable ou son assurance responsabilité civile.
- 4.3 Litiges relevant du droit des assurances
Sont assurés les différends avec les assureurs sociaux et/ou privés.
- 4.4 Subsidiarité
Dans les cas mentionnés sous ch. 4.2 et 4.3, le droit à la protection juridique n'existe que si, et dans la mesure où les prestations ne sont pas fournies par un autre assureur.

5 Contenu des prestations

- 5.1 La protection juridique de la santé comprend les prestations suivantes:
- conseils et éclaircissements sur les droits de la personne assurée;
 - défense des intérêts judiciaires et extra-judiciaires;
 - prise en charge des frais.



- 5.2 Les prestations se montent à un maximum CHF 250 000.– (ou CHF 50 000.– lors de sinistres hors d'Europe) par cas assuré et comprennent:
- honoraires d'avocats;
 - frais d'expertises mandatées par un organe juridique ou par Helsana Protection juridique SA;
 - frais judiciaires et dépens.

- 5.3 Cession des droits de la personne assurée
Les dépens et frais de procès alloués à la personne assurée doivent être cédés à Helsana Protection juridique SA s'ils ne dépassent pas les prestations effectivement fournies.

6 Validité territoriale

La couverture d'assurance est valable dans le monde entier.

Début et fin de l'assurance

7 Validité temporelle

- 7.1 Sont assurées les personnes qui, au moment où se produit un cas relevant de la protection juridique, sont au bénéfice de l'assurance complémentaire appropriée.
- 7.2 Avec la résiliation de cette assurance, s'éteint également le droit à la protection juridique pour les sinistres intervenus après la résiliation.
- 7.3 Le cas est considéré comme étant survenu le jour où il y a eu violation des dispositions légales; les cas relevant du droit des assurances sont considérés comme survenus lorsque s'est produit l'événement assuré.

Sinistre

8 Obligations en cas de sinistre

- 8.1 Annonce du cas de protection juridique
La personne assurée doit annoncer sans retard la survenance d'un cas de protection juridique, et ce, par écrit ou par téléphone au numéro d'urgence mentionné sur la carte d'assuré.
- 8.2 Coopération de la personne assurée
La personne assurée doit fournir les renseignements nécessaires et annoncer immédiatement tout événement lié au cas de protection juridique. Les informations qu'elle reçoit, en particulier des autorités, doivent être transmises dans les meilleurs délais. Tous les éléments de preuve doivent être mis à disposition sur demande. La personne assurée doit donner l'autorisation de consulter tous les dossiers relatifs au cas concerné, de conclure tout arrangement et de percevoir les indemnisations.

En cas de violation délibérée de ces devoirs, les prestations peuvent être réduites dans la mesure des frais supplémentaires que ce comportement a engendrés. En cas de violation grave, les prestations peuvent être refusées.

9 Déroulement en cas de sinistre

- 9.1 Après avoir entendu la personne assurée, les mesures nécessaires à la défense de ses intérêts sont prises.
- 9.2 Si l'intervention d'un avocat s'avère nécessaire, particulièrement dans les procédures judiciaires ou administratives ou lors de conflits d'intérêts, la personne assurée peut proposer l'avocat de son choix. S'il n'est pas possible de donner suite à sa demande, la personne assurée a la possibilité de proposer trois autres avocats dont l'un d'eux devra être agréé.
- 9.3 Si la personne assurée change de mandataire sans raison valable, elle devra supporter les frais supplémentaires qui en résultent.

Restrictions de la couverture d'assurance

10 Exclusions de prestations

Aucune protection juridique n'est octroyée dans les cas suivants:

- pour les cas qui ne sont pas expressément mentionnés;
- pour les cas qui se sont produits avant la conclusion de l'assurance complémentaire correspondante, resp. du présent contrat collectif d'assurance;
- dans le cadre de traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques qui ont échoué;
- dans le cadre d'une privation de liberté relevant de mesures d'assistance;
- lors de litiges concernant des factures ou honoraires;
- lors de litiges relatifs aux primes;
- pour le rejet des prétentions de tiers envers la personne assurée;
- lorsque la valeur litigieuse est inférieure à CHF 500.–;
- dans le cadre d'un délit intentionnel et la commission intentionnelle d'un cas de protection juridique;
- pour les cas en relation avec des événements de guerre ou de troubles;
- pour les cas uniquement en relation avec l'encaissement ainsi que pour les cas en relation avec des créances cédées;
- pour les litiges de la personne assurée avec Helsana Protection juridique SA, ses organes ou mandataires;

Divers

11 Procédure en cas de divergence d'opinions

- 11.1 En cas de divergences d'opinions au sujet du règlement du cas, en particulier dans des cas qui sont considérés comme étant voués à l'échec, la personne assurée peut demander la mise en œuvre d'une procédure arbitrale. L'arbitre sera désigné d'entente entre les deux parties. Pour le surplus, la procédure se déroule conformément aux dispositions du Concordat sur l'arbitrage.
- 11.2 Si la personne assurée procède à ses frais et qu'ainsi elle obtient de meilleurs résultats que ceux prévus par l'assureur, la société s'engage à lui rembourser ses frais.



12 For

Pour tout litige relevant du présent contrat, le domicile suisse de la personne assurée ou Aarau (siège d'Helsana Protection juridique SA) est reconnu comme for.

Appendice II

Conditions générales de protection juridique – protection juridique pour l'étranger
(Édition du 1^{er} janvier 2009)

Généralités**1 Introduction**

La protection juridique pour l'étranger est un produit d'Helsana Assurances SA en coopération avec Helsana Protection juridique SA.

Tous les termes utilisés dans le texte pour désigner des personnes s'appliquent aux deux sexes.

2 Assureur

Helsana Protection juridique SA est l'organisme assureur et s'engage, dans le cadre des dispositions ci-après, à fournir les prestations assurées.

3 Bases du contrat

Sont déterminantes les conditions générales de protection juridique énoncées ci-après, la loi fédérale sur le contrat d'assurance ainsi que la loi sur la surveillance des assurances et l'ordonnance sur la surveillance.

Étendue de l'assurance**4 Validité personnelle**

Durant le voyage aller et retour et durant le séjour de vacances ou d'études à l'étranger en qualité de:

- conducteur, détenteur ou propriétaire du véhicule utilisé;
- locataire du véhicule loué à l'étranger;
- piéton;
- passager de n'importe quel moyen de transport; la personne assurée jouit d'une protection juridique selon les dispositions ci-après.

5 Objet de l'assurance**5.1 Litiges engageant la responsabilité civile**

Sont assurées les prétentions à l'égard du responsable ou de son assurance responsabilité civile pour la réparation du préjudice corporel ou matériel. Sont exclus de l'assurance: les prétentions en dommages-intérêts découlant de vol, délestage, perte d'objets et abus de cartes de crédits.

5.2 Litiges découlant de contrats

- Contrats relatifs à des véhicules: représentation lors de litiges découlant de contrats de réparation et de location du véhicule utilisé pendant le voyage. Sont exclus les litiges découlant de contrats d'achat et de leasing.

- Contrats de voyages: représentation lors de litiges découlant de contrats de voyages avec une agence de voyages domiciliée en Suisse, pour autant que le for juridique soit en Suisse et que le droit suisse soit applicable.
- Contrats relatifs à des écoles: représentation lors de différends découlant de contrats conclus avec des écoles à l'étranger, pour autant que le for juridique soit en Suisse et que le droit suisse soit applicable.
- Contrats relatifs à des cartes de crédit: représentation lors de conflits avec une entreprise de cartes de crédit domiciliée en Suisse, pour autant que la personne assurée ait rempli ses obligations conformément au contrat de cartes de crédit.

5.3 Litiges relevant du droit des assurances

Sont assurés les différends avec les assureurs sociaux et/ou privés domiciliés en Suisse ou dans la Principauté de Liechtenstein à la suite d'un accident survenu à l'étranger.

En outre, la protection juridique est accordée lors de conflits avec des compagnies d'assurances étrangères découlant de la location de véhicules à moteur et bateaux à moteur ainsi que d'engins non motorisés utilisés pour les loisirs et le sport.

5.4 Procédures pénales et administratives

Représentation lors d'une procédure pénale et administrative devant une instance pénale étrangère ainsi que vis-à-vis d'autorités administratives à la suite de violation par négligence de la législation étrangère.

6 Contenu des prestations**6.1 La protection juridique pour l'étranger comprend les prestations suivantes:**

- conseils et éclaircissements sur les droits de la personne assurée;
- défense des intérêts judiciaires et extra-judiciaires;
- prise en charge des frais.

6.2 Les prestations se montent à un maximum CHF 250 000.– (ou CHF 50 000.– lors de sinistres hors d'Europe) par cas assuré et comprennent:

- honoraires d'avocats, les frais de traduction et de légalisation compris;
- frais d'expertises mandatées par un organe juridique ou par Helsana Protection juridique SA;
- frais de justice et autres frais de procédure à la charge de la personne assurée;
- frais de procès à la charge de la personne assurée;
- frais de poursuite;
- à titre d'avance, les cautions pénales jusqu'à CHF 100 000.– au maximum (resp. CHF 50 000.– dans les cas hors d'Europe), mises à la charge de la personne assurée afin d'éviter une détention préventive dans un cas assuré; la personne assurée est tenue de restituer ces avances;
- indemnisation pour la comparution nécessaire devant le tribunal, au maximum jusqu'à CHF 1000.–;
- frais de traduction des jugements de tribunaux, au maximum jusqu'à CHF 500.–.



6.3 Cession des droits de la personne assurée
Les dépens et frais de procès alloués à la personne assurée doivent être cédés à Helsana Protection juridique SA s'ils ne dépassent pas les prestations effectivement fournies.

6.4 Les dommages-intérêts dus par la personne assurée, les amendes dues par la personne assurée et les frais incombant à un tiers, ne sont pas pris en charge par l'assurance de protection juridique.

7 Validité territoriale

La couverture d'assurance est valable dans le monde entier, en dehors de la Suisse et de la Principauté de Liechtenstein.

Début et fin de l'assurance

8 Validité temporelle

8.1 Sont assurées les personnes qui, au moment où se produit un cas relevant de la protection juridique, sont au bénéfice de l'assurance complémentaire appropriée.

8.2 Avec la résiliation de cette assurance, s'éteint également le droit à la protection juridique pour les sinistres intervenus après la résiliation.

8.3 Le cas est considéré comme étant survenu le jour où il y a eu violation des dispositions légales.

Sinistre

9 Obligations en cas de sinistre

9.1 Annonce du cas de protection juridique

La personne assurée doit annoncer sans retard la survenance d'un cas de protection juridique par téléphone au numéro d'urgence mentionné sur la carte d'assuré ou par écrit.

9.2 Coopération de la personne assurée

La personne assurée doit fournir les renseignements nécessaires et annoncer immédiatement tout événement lié au cas de protection juridique. Les informations qu'elle reçoit, en particulier des autorités, doivent être transmises dans les meilleurs délais. Tous les éléments de preuve doivent être mis à disposition sur demande. La personne assurée doit donner l'autorisation à Helsana Protection juridique SA de consulter tous les dossiers relatifs au cas concerné, de conclure tout arrangement et de percevoir les indemnités.

En cas de violation délibérée de ces devoirs, les prestations peuvent être réduites dans la mesure des frais supplémentaires que ce comportement a engendrés. En cas de violation grave, les prestations peuvent être refusées.

10 Déroulement en cas de sinistre

10.1 Après avoir entendu la personne assurée, les mesures nécessaires à la défense de ses intérêts sont prises.

10.2 Si l'intervention d'un avocat s'avère nécessaire, particulièrement dans les procédures judiciaires ou administratives ou lors de conflits d'intérêts, la personne assurée peut proposer l'avocat de son choix. S'il n'est pas possible de donner suite à sa demande, la personne assurée a la possibilité de proposer trois autres avocats dont l'un d'eux devra être agréé.

10.3 Si la personne assurée change de mandataire sans raison valable, elle devra supporter les frais supplémentaires qui en résultent.

Restrictions de la couverture d'assurance

11 Exclusions de prestations

Aucune protection juridique n'est octroyée dans les cas suivants:

- pour les cas qui ne sont pas expressément mentionnés;
- pour les cas qui se sont produits avant la conclusion de l'assurance complémentaire correspondante;
- pour le rejet des prétentions de tiers envers la personne assurée;
- dans le cadre d'un délit intentionnel et la commission intentionnelle d'un cas de protection juridique;
- pour les cas en relation avec des événements de guerre ou de troubles;
- pour les litiges de la personne assurée avec Helsana Protection juridique SA, ses organes ou mandataires;
- lors de participation active à des courses de véhicules à moteur, bateaux à moteur et engins aéronautiques;
- lors de litiges en rapport avec l'exercice de loisirs avec des véhicules se déplaçant sur l'eau et dans les airs, pour autant que leur conduite nécessite un permis officiel.

Divers

12 Procédure en cas de divergence d'opinions

12.1 En cas de divergences d'opinions au sujet du règlement du cas, en particulier dans des cas qui sont considérés comme étant voués à l'échec, la personne assurée peut demander la mise en œuvre d'une procédure arbitrale. L'arbitre sera désigné d'entente entre les deux parties. Pour le surplus, la procédure se déroule conformément aux dispositions du Concordat sur l'arbitrage.

12.2 Si la personne assurée procède à ses frais et qu'ainsi elle obtient de meilleurs résultats que ceux prévus par l'assureur, la société s'engage à lui rembourser ses frais.

13 For

Pour tout litige relevant du présent contrat, le domicile suisse de la personne assurée ou Aarau (siège d'Helsana Protection juridique SA) est reconnu comme for.

