
Conditions générales d'assurance (CGA)

pour les assurances complémentaires selon
la Loi sur le contrat d'assurance (LCA)

Edition de janvier 2004 (version 2013)

Organisme d'assurance: Sanitas Assurances privées SA

sanitas

Table des matières

Vue d'ensemble de vos assurances complémentaires . . .	3
Conditions générales d'assurance (CGA)	4

Vue d'ensemble de vos assurances complémentaires

Assureur

L'organisme d'assurance des assurances complémentaires selon la LCA est Sanitas Assurances privées SA sise à Zurich. Celle-ci a autorisé Sanitas Assurances de base SA (exploitante de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal), appartenant également au Groupe Sanitas, à agir en son nom et pour son compte.

Les deux sociétés sont des sociétés anonymes suisses et font partie de la Fondation Sanitas Assurance Maladie.

Sanitas Assurances privées SA vend également des produits d'assurance de divers partenaires de coopération. Le nom de l'assureur figure sur les offres desdits produits d'assurance.

Risques assurés et étendue de la protection d'assurance

La protection d'assurance peut être définie de manière individuelle. Au choix, elle s'étend aux coûts de l'approvisionnement en soins médicaux (traitements médicaux, séjours hospitaliers et cures, médicaments), à la perte de gain (indemnités journalières, capitaux en cas d'invalidité et de décès) et aux autres coûts liés à une maladie ou à un accident (thérapies prescrites par un médecin, aide ménagère, coûts de transport et de sauvetage, etc.).

Les risques assurés ainsi que l'étendue de la protection d'assurance sont définis dans la proposition d'assurance, l'offre ou la police et sont réglés dans les conditions générales d'assurance (CGA) ou les conditions complémentaires (CC).

Primes

Le montant des primes assurées dépend des risques assurés et de la protection d'assurance choisie. Elles sont payables d'avance et les versements peuvent être au choix mensuels, bimestriels, trimestriels, semestriels ou annuels, conformément à la protection d'assurance. Selon le mode de versement choisi, l'assuré peut bénéficier d'un rabais ou doit payer une taxe sur les paiements échelonnés.

Obligations des assurés

Les assurés s'engagent à annoncer immédiatement un événement assuré et à en limiter le plus possible les conséquences (obligation légale de réduire le dommage). En cas de maladie ou d'accident, ils doivent notamment se soumettre à un traitement médical approprié, suivre les recommandations des médecins et fournir les renseignements requis ou la procuration nécessaire pour obtenir ceux-ci. Ils ont un devoir d'information envers l'organisme d'assurance sur tous les faits concernant le contrat d'assurance (par ex. un changement d'adresse) ou nécessaires pour faire valoir un droit à des prestations d'assurance (tels qu'une déclaration d'accident, une demande de garantie de paiement avant un séjour hospitalier ou de cure planifié).

Si la situation de l'assuré venait à changer de manière à augmenter le risque de manière conséquente durant la validité du contrat d'assurance, l'assureur doit immédiatement en être informé.

Durée et fin du contrat d'assurance

Le contrat entre en vigueur à la date figurant sur la proposition ou la police et a une validité illimitée, à moins que l'assuré transfère son domicile à l'étranger ou qu'il atteigne l'âge terme convenu. Le contrat peut également prendre fin lorsque la durée maximale de prestations est dépassée ou que la somme maximale de prestations est épuisée.

Le contrat d'assurance peut être résilié dans les conditions suivantes (l'énumération ne contient que les motifs d'expiration les plus fréquents; les conditions d'assurance peuvent inclure d'autres motifs d'expiration):

- à la fin d'une année civile, en observant un préavis de trois mois,
- pour les contrats pluriannuels, à la fin de la durée du contrat moyennant un préavis de trois mois,
- dans un délai de 2 semaines à compter de la date de la prise de connaissance du versement de prestations par Sanitas,
- lors d'une modification du tarif des primes ou d'une augmentation des primes en raison d'un changement de classe d'âge, jusqu'à la veille de l'entrée en vigueur de la modification de prime,
- en cas de modification des réglementations sur la participation aux coûts (franchise/quote-part).

Sanitas renonce à son droit de résiliation, sauf dans les cas suivants:

- Si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, des maladies existantes ou ayant existé ou des séquelles d'accidents ont été déclarées de manière inexacte ou ont été omises (réticence).
- Une assurance de capital en cas de maladie s'éteint à la fin de l'année civile si l'organisme d'assurance résilie son contrat avec Sanitas et que celle-ci ne conclut pas d'autre contrat avec une autre société d'assurance sur la vie.
- Sanitas peut se départir immédiatement du contrat si la personne assurée ou le preneur d'assurance abuse ou tente d'abuser de l'assurance. Lors d'arriérés de primes ou de participations aux coûts, Sanitas peut se départir du contrat dans le cadre des dispositions légales (art. 21 LCA).
- Dans le cas de l'assurance d'indemnités journalières collective, Sanitas peut renoncer à son droit de résiliation en cas de sinistre.

Les coûts liés à la maternité et à l'accouchement sont assurés si la proposition de l'assurance correspondante pour la mère est parvenue chez Sanitas au plus tard 9 mois avant la naissance.

Traitement des données personnelles

Sanitas utilise les données personnelles dans ses fichiers dans le cadre de l'examen de risque, le traitement d'assurances et la fixation des primes, ce conformément aux dispositions légales et contractuelles. Elle utilise aussi lesdites données à des fins statistiques et dans le cadre du marketing. Sanitas ne transmet aucune donnée personnelle à des tiers externes à l'entreprise. Cela exclut les cas dans lesquels une telle transmission de données est autorisée par la loi (p. ex. aux partenaires d'externalisation) ou lorsque l'assuré a donné son accord. Les données sont conservées sous forme de document papier ou de fichier électronique, puis détruites après expiration du délai de conservation légal.

Conditions générales d'assurance (CGA)

Etendue des assurances

1 Bases du contrat

- 1 Toutes les déclarations que le preneur d'assurance (payeur de primes), l'assuré (la personne à assurer) ou leur représentant fait dans la proposition d'assurance et dans tout autre document écrit ainsi que les rapports médicaux forment les bases du contrat.
- 2 Les droits et obligations des parties contractantes sont fixés dans la police, dans d'éventuels avenants, dans les conditions générales d'assurance (CGA), dans les conditions complémentaires (CC) et dans d'éventuelles conditions particulières (CP).
- 3 Sanitas Assurances privées SA a autorisé Sanitas Assurances de base SA à agir en son nom et pour son compte.
- 4 La Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) est applicable pour tout ce qui n'est pas expressément réglé par ces documents.
- 5 Le texte rédigé au masculin s'applique par analogie également aux personnes de sexe féminin.

2 Objet des assurances

- 1 Sanitas Assurances privées SA, nommée ci-après Sanitas, assure les suites économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident. Le risque accidents n'est inclus dans l'assurance que s'il figure sur la police.
- 2 Les frais sont payés après les prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, de l'assurance accidents selon la LAA, de l'assurance invalidité fédérale (AI) et de l'assurance militaire fédérale (AM).

3 Prestations assurées

- 1 Les prestations sont allouées dans le cadre des frais non couverts. La date du traitement médical, à savoir la date à laquelle le fournisseur de prestations effectue la prestation assurée, est déterminante pour l'obligation d'allouer les prestations de Sanitas.
- 2 Les prestations pour la maladie, la maternité et l'accident ne sont pas cumulables.
- 3 Le droit aux prestations de maternité commence 9 mois après réception de la proposition chez Sanitas.

- 4 Les prestations sont allouées aux frontaliers et aux membres de leur famille, y compris dans la région frontalière étranger/Suisse.

- 5 Pour les factures surfaites, Sanitas fixe les prestations dans le cadre des taux locaux usuels.

- 6 Si les frais ne sont pas ou insuffisamment détaillés, Sanitas procède elle-même à la répartition.

4 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 La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.
- 3 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 maladies professionnelles et les lésions corporelles assimilées à un accident sont considérées comme des accidents. Les dispositions de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) sont déterminantes.

5 Champ d'application territorial

- 1 Les assurances sont valables dans le monde entier; en dehors de Suisse seulement pour les maladies ou les accidents qui nécessitent un traitement d'urgence pendant les séjours à l'étranger d'une durée maximale de 12 mois. Les dérogations sont définies dans les conditions complémentaires de chaque assurance.
- 2 Si l'assuré effectue un séjour à l'étranger prolongé ou transfère son domicile à l'étranger, il peut conserver ses assurances, moyennant un supplément de primes, pendant maximum 6 ans (à compter du départ à l'étranger), le lieu de séjour à l'étranger étant mis sur pied d'égalité avec la Suisse. Les frais sont remboursés au maximum à hauteur des frais de traitements pris en charge en Suisse. Après l'expiration du délai de 6 ans, le contrat s'éteint à la fin de la même année civile.

6 Faute grave

Sanitas renonce à son droit de réduire les prestations d'assurance pour faute grave. Toutefois, il n'existe aucun droit aux prestations pour des réductions de prestations d'autres assureurs.

Limitations de l'étendue des assurances

7 Suppression du droit aux prestations

A l'exception de toute autre disposition figurant dans les conditions complémentaires (CC), aucune prestation n'est allouée dans les cas suivants pour des frais de guérison et des indemnités journalières:

- participations aux coûts et réductions des prestations d'autres assurances,
- affections existant déjà au début du contrat,
- traitements et mesures qui ne sont pas efficaces, appropriés ou économiques, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques,
- interventions destinées à supprimer ou à améliorer des défauts physiques et des malformations, dans la mesure où ces interventions ne sont pas rendues nécessaires par un événement assuré,
- traitements ayant pour but d'approfondir les connaissances de soi-même, la réalisation de soi-même ou la maturation de la personnalité ou pour d'autres raisons n'ayant pas pour but de traiter une maladie,
- cures d'amaigrissement, cures de réconfortement, thérapies cellulaires,
- traitements dentaires, à l'exception de ceux en relation avec une prestation obligatoire de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal,
- mesures ordonnées par une autorité judiciaire ou administrative,
- traitements pendant le service militaire à l'étranger et/ou traitements subséquents,
- maladies et accidents résultant de faits de guerre
 - en Suisse
 - à l'étranger, à moins que la maladie se déclare ou que l'accident se produise dans les 14 jours à compter du début de tels événements dans le pays où séjourne l'assuré et que ce dernier y ait été surpris par l'éclatement des faits de guerre,
- conséquences de troubles, d'actes de terrorisme et de crimes de tous genres et mesures prises pour les combattre, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas activement participé à ces troubles du côté des perturbateurs ou qu'il ne les a pas fomentés.

8 Assurances multiples

Si, pour des coûts ou pertes de gain, il existe une couverture d'assurance auprès de plusieurs assureurs, les prestations ne sont allouées qu'une seule fois. Dans de tels cas, Sanitas verse ses prestations uniquement de façon proportionnelle.

9 Prestations de tiers

- 1 Les assurés ont l'obligation d'informer immédiatement Sanitas concernant des prestations de tiers ainsi que des accords pour indemnité en capital, pour autant que Sanitas doive allouer des prestations dans le même cas d'assurance.
- 2 Si Sanitas alloue des prestations à la place d'un tiers, l'assuré doit lui céder ses droits dans l'étendue des prestations à fournir par Sanitas.
- 3 Les accords conclus par les assurés avec des tiers ne sont pas contraignants pour Sanitas.

Obligations et justification des prétentions

10 Obligations générales

Les assurés sont obligés de se soumettre aux ordres des médecins et à ceux d'autres fournisseurs de prestations.

11 Justification des prétentions

- 1 Lorsqu'un assuré fait valoir son droit à des prestations d'assurance, toutes les factures originales et les pièces justificatives détaillées doivent être adressées à Sanitas. Il y a prescription des droits aux prestations après deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.
- 2 Pour les prestations d'un autre assureur (p. ex. de l'assurance obligatoire des soins ou de l'assurance accidents obligatoire), les copies des factures et les décomptes détaillés dudit assureur doivent être soumis à Sanitas.
- 3 Si des prestations en cas d'accident sont exigées, le formulaire «Déclaration d'accident» doit être adressé à Sanitas.

12 Factures établies à l'étranger

Les factures et documents provenant de l'étranger doivent être soumis en français, allemand, italien ou anglais. Une traduction doit être jointe aux factures et documents rédigés dans d'autres langues.

13 Violation des obligations

Si l'assuré viole ses obligations vis-à-vis de Sanitas en cas de sinistre, les prestations peuvent être réduites ou refusées.

Début et fin des assurances

14 Conditions d'admission

- 1 Par la signature de la proposition, les médecins, les assureurs précédents et les autres assureurs sont autorisés à fournir des renseignements à Sanitas et à ses médecins-conseils.
- 2 Sanitas est en droit de demander un examen médical dont les frais sont à la charge du preneur d'assurance (payeur de primes). Le médecin peut être codésigné par Sanitas.
- 3 Lors d'un contrat commun avec un autre assureur, les deux parties ont réciproquement le droit de consulter le dossier médical avant et après le début de l'assurance.
- 4 Sanitas peut refuser une proposition sans donner de motif ou émettre des réserves.
- 5 Si, lors de la conclusion du contrat, le preneur d'assurance ou l'assuré a inexactement déclaré ou omis de déclarer un fait important (des maladies et/ou suites d'un accident existantes ou ayant existé auparavant) qu'il connaissait ou devait connaître et à propos duquel le preneur d'assurance ou l'assuré a été interrogé par écrit, Sanitas peut résilier le contrat dans les 4 semaines suivant la prise de connaissance de la réticence. L'assurance expire à la fin du mois au cours duquel la résiliation écrite parvient au preneur d'assurance. Le preneur d'assurance doit rembourser en totalité les prestations déjà payées lorsque leur survenance ou étendue a été fortement influencée par le fait important qui a été inexactement déclaré ou omis.

15 Début de l'assurance

La protection d'assurance commence à la date figurant sur la police ou dans la déclaration d'acceptation.

16 Durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée indéterminée.

17 Modifications de contrat par le preneur d'assurance

- 1 Si le contrat est modifié, le preneur d'assurance doit remettre une nouvelle proposition. Les dispositions du chiffre 14 des présentes conditions générales d'assurance sont applicables.
- 2 L'exclusion d'assurances complémentaires isolées est possible pour la fin d'une année civile en respectant un délai de résiliation de trois mois. Si une assurance complémentaire est remplacée par une autre, il est tenu compte des prestations d'assurance allouées jusqu'au moment du transfert.

- 3 Les assurances d'indemnités journalières peuvent être résiliées au 1^{er} du mois suivant, pour autant que l'assuré prouve qu'il bénéficie chez son employeur d'une couverture d'assurance au moins équivalente et que l'assurance d'indemnités journalières impliquerait une double assurance.

18 Modifications de contrat par Sanitas

- 1 Si les primes et/ou le règlement de la quote-part du tarif change, Sanitas peut exiger que le contrat soit adapté en conséquence. Ceci est également valable si les adaptations de prestations concernent:
 - la modification du cercle des fournisseurs de prestations et leurs prestations,
 - les formes de thérapie,
 - des nouveaux développements médicaux coûteux, ou si le catalogue légal des prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal est modifié.
- 2 Dans ce cas, Sanitas communique les nouvelles primes et les nouvelles dispositions du contrat au preneur d'assurance au plus tard 25 jours avant leur entrée en vigueur.
- 3 Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier le contrat pour la date de l'entrée en vigueur des modifications du contrat. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à Sanitas au plus tard le jour précédant l'entrée en vigueur du nouveau contrat. Faute de résiliation, l'adaptation du contrat est considérée comme acceptée par le preneur d'assurance.

19 Résiliation

- 1 Sanitas renonce expressément à son droit de résiliation en cas de sinistre. Sanitas peut résilier le contrat si l'assuré ou le preneur d'assurance abuse ou tente d'abuser de l'assurance.
- 2 Le preneur d'assurance peut résilier le contrat pour la fin d'une année civile en observant un préavis de trois mois. La résiliation doit parvenir à Sanitas le 30 septembre au plus tard.
- 3 De plus, le preneur d'assurance peut résilier le contrat selon le chiffre 18 des présentes conditions générales d'assurance.

20 Suspension

Sur demande, les assurances peuvent être suspendues, moyennant une réduction des primes. Une telle suspension peut être refusée sans justification.

21 Fin de la protection d'assurance

La protection d'assurance expire le jour où l'annulation du contrat ou l'exclusion de l'assurance prend effet. Les prestations assurées sont dues jusqu'à et y compris ce jour-là.

Primes

22 Changement de la classe d'âge et du lieu de résidence

- 1 Les primes sont adaptées à chaque fois au 1^{er} janvier de la manière suivante pour les assurés qui passent dans la classe d'âge supérieure:
 - après 18 ans révolus, passage dans la classe d'âge 19 à 25,
 - après 25 ans révolus, passage dans la classe d'âge 26 à 40.
- 2 Sanitas peut instaurer une autre classe d'âge dès 41 ans pour les assurés qui ont conclu un contrat après le 1^{er} janvier 1997.
- 3 Un changement de lieu de résidence peut entraîner une modification des primes. Ces adaptations ne donnent pas droit à une résiliation selon le chiffre 18 des présentes conditions générales d'assurance.

23 Paiement des primes et échéance

- 1 Les primes sont dues au 1^{er} du mois concerné. Les paiements peuvent être effectués annuellement, semestriellement, trimestriellement, bimestriellement ou mensuellement, l'année d'assurance commençant au 1^{er} janvier. Pour les adresses de correspondance à l'étranger, seuls les paiements de primes annuels, semestriels ou trimestriels sont possibles.
- 2 La prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat lorsque celui-ci est résilié ou prend fin avant son échéance. Cette règle ne s'applique pas lors de la résiliation d'un contrat en cas de sinistre par le preneur d'assurance pendant l'année qui suit la conclusion du contrat.
- 3 Le preneur d'assurance n'a pas le droit de compenser des primes dues avec des prestations à recouvrer.

24 Sommation et conséquences du non-paiement

- 1 Si les primes dues ne sont pas payées dans les délais, Sanitas somme le preneur d'assurance, en attirant son attention sur les conséquences du retard, d'effectuer le paiement des montants arriérés, y compris les frais de sommation, dans les 14 jours à compter de l'envoi de la sommation. Si la sommation reste sans effet, Sanitas se démet du contrat et renonce à l'encaissement de la prime due ou exige par la voie légale le paiement de la prime, y compris les frais de poursuite et les intérêts moratoires.
- 2 Dans un délai de 4 mois après l'expiration du délai de sommation, le preneur d'assurance peut présenter une demande écrite de réactivation du contrat sans nouvel examen de risque. Il doit s'engager à payer sans interruption les primes, y compris les intérêts et les frais. Dans ce cas, le droit aux prestations pour les traitements commence le jour où Sanitas reçoit le paiement. La demande peut être refusée sans justification.

Divers

25 Acceptation de la police d'assurance

Si le contenu de la police d'assurance ou des avenants y relatifs et les accords passés ne concordent pas, le preneur d'assurance doit alors exiger sa correction dans les quatre semaines suivant la réception de la police d'assurance. Si le preneur d'assurance ne se manifeste pas, la police d'assurance est considérée comme acceptée.

26 Saisie et traitement des données

- 1 Sanitas garantit le respect de la protection des données selon les dispositions du droit suisse, notamment de la Loi fédérale sur la protection des données (LPD).
- 2 Dans le cadre des dispositions légales, Sanitas peut se procurer toutes les informations nécessaires à l'exécution de l'assurance, saisir les données sur un support électronique et les transmettre à des tiers pour traitement.

27 Versement de prestations

- 1 Sanitas vire ses prestations sur un compte postal ou bancaire. Si les versements sont exigés par le biais d'un autre moyen de paiement, Sanitas est en droit de percevoir une indemnité pour les frais supplémentaires occasionnés. Les versements sont effectués à des adresses en Suisse ou dans les Etats membres de l'UE ou de l'AELE, dans la mesure où Basic est coassurée dans la même la police d'assurance.
- 2 Sanitas peut compenser ses créances vis-à-vis des assurés avec des prestations.

28 Changements de nom et d'adresse/d'adresse de contact

- 1 Les changements de nom et d'adresse/d'adresse de contact doivent être annoncés par écrit à Sanitas dans un délai de 30 jours. Si cette communication est omise, c'est la dernière adresse communiquée à Sanitas qui fait foi pour l'envoi de la correspondance juridiquement valable.
- 2 Pour les séjours à l'étranger d'une durée de plus de 3 mois, une adresse de contact en Suisse doit être communiquée à Sanitas. Ceci ne vaut pas pour un transfert du domicile de droit civil dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE, dans la mesure où Basic est coassurée dans la même police d'assurance.

29 Passage de l'assurance collective dans l'assurance individuelle

- 1 Les assurés qui sortent d'une assurance collective de Sanitas ou doivent sortir en raison de la dissolution d'une assurance collective peuvent passer dans l'assurance individuelle, pour autant qu'ils maintiennent leur domicile de droit civil dans le rayon d'activité de Sanitas. L'assuré est informé par écrit de son droit de passage, qu'il doit faire valoir dans les 30 jours.
- 2 Les assurés bénéficient de prestations aussi équivalentes que possible à celles de l'assurance collective. Les prestations déjà perçues sont imputées à celles de l'assurance individuelle. Une réserve en cours dans l'assurance collective est maintenue.
- 3 Pour la fixation des primes, la classe d'âge applicable est celle du début de l'assurance auprès de Sanitas. Le chiffre 22 des présentes conditions générales d'assurance reste réservé.

30 Inclusion du risque accidents pour les frais de soins après la retraite

- 1 Dans les assurances pour frais de soins, le risque accidents peut être inclus, sans examen de risque, dans un délai de 3 mois dès le début de la retraite.
- 2 La condition est que l'assuré prouve qu'une couverture accidents correspondante existait auparavant dans une assurance collective et que la sortie de l'assurance collective était obligatoire au moment du départ à la retraite.
- 3 Aucune prestation n'est prise en charge pour les accidents qui se sont produits avant l'inclusion du risque accidents.

31 Lieu d'exécution et for juridique

- 1 Les obligations découlant du contrat d'assurance doivent être remplies en Suisse et en monnaie suisse.
- 2 En cas de litiges, le tribunal du lieu de domicile en Suisse ou à Zurich est compétent pour les plaintes du preneur d'assurance ou de l'assuré; le tribunal du domicile du preneur d'assurance ou de l'assuré en Suisse est compétent pour les plaintes de Sanitas.