

Assurances complémentaires des soins

Conditions générales d'assurance (CGA)

Information à la clientèle selon la LCA

Information à la clientèle

La présente information à la clientèle donne un aperçu sur l'identité de l'assureur et les principaux éléments du contrat d'assurance selon l'art. 3 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les droits et obligations des parties contractantes découlent de la proposition d'assurance, resp. de la police d'assurance, des Conditions générales et complémentaires d'assurance, ainsi que des lois applicables, en particulier de la LCA.

Qui est l'assureur?

L'assureur est CONCORDIA Assurances SA, ci-après dénommée CONCORDIA, dont le siège statutaire est à la Bundesplatz 15, 6002 Lucerne. CONCORDIA est une société anonyme de droit suisse.

Quels sont les risques assurés et quelle est l'étendue de la couverture d'assurance?

L'assurance couvre les conséquences financières inhérentes aux risques suivants:

- maladie et/ou
- accident et/ou
- maternité.

Les risques concrètement assurés ainsi que l'étendue de la couverture d'assurance résultent de la proposition d'assurance resp. de la police d'assurance ainsi que des Conditions générales et complémentaires d'assurance. L'aperçu des prestations offre une description des prestations des différents produits d'assurance.

Aucune couverture d'assurance n'existe entre autres pour:

- les traitements de maladies et d'accidents en relation avec la consommation de drogues, avec l'abus d'alcool et de médicaments, ainsi qu'avec un suicide ou tentatives de suicide ou d'automutilations;
- les traitements de la surcharge pondérale et les thérapies cellulaires et de remise en forme (ainsi que leurs complications et séquelles);
- la fécondation artificielle et les traitements de la stérilité (ainsi que leurs complications et séquelles);
- les traitements esthétiques et changements de sexe (ainsi que leurs complications et séquelles);
- les participations aux coûts (franchises et quotes-parts) de l'assurance obligatoire des soins et d'autres assurances.

D'autres exclusions résultent des Conditions générales et complémentaires d'assurance.

À combien s'élève la prime?

Le montant de la prime dépend de l'âge et du domicile de droit civil de la personne assurée, des risques assurés, ainsi que de la couverture et de la participation aux coûts (franchise et quote-part) souhaitées. Toutes les données relatives à la prime, ainsi qu'à la participation aux coûts figurent dans la proposition d'assurance, resp. dans la police d'assurance ainsi que dans les Conditions complémentaires d'assurance. Les contrats collectifs d'assurance peuvent contenir des dispositions divergentes.

Quand la prime doit-elle être payée?

La prime annuelle doit être payée d'avance au 1^{er} janvier de chaque année ou – en cas de paiement par acomptes – au 1^{er} de chaque mois. Dans le cas de paiements directs de CONCORDIA aux fournisseurs de prestations (médecin, hôpital, pharmacie, etc.), le preneur d'assurance s'engage à reverser à CONCORDIA les participations aux coûts convenues dans les 30 jours qui suivent l'établissement de la facture.

Quelles sont les autres obligations de la personne assurée?

- **Obligation de réduire le dommage:** en cas de maladie ou d'accident, la personne assurée doit se soumettre aussi rapidement que possible à un traitement médical adéquat. Elle est tenue de se conformer aux prescriptions du médecin et d'éviter tout ce qui pourrait contribuer à une aggravation de son état de santé.
- **Obligation de déclarer:** la personne assurée doit annoncer immédiatement à l'assureur toute entrée à l'hôpital, mais au plus tard après cinq jours.
- **Obligation de collaborer:** la personne assurée doit fournir à CONCORDIA des renseignements complets et sincères sur tout ce qui concerne le cas d'assurance (maladie, accident, maternité) ainsi que sur les maladies et accidents antérieurs, et délie le professionnel de la santé (médecin, etc.) qui la traite ou l'a traitée du secret professionnel à l'égard de CONCORDIA.

D'autres obligations résultent des Conditions générales et complémentaires d'assurance, ainsi que de la LCA.

Quand débute l'assurance?

L'assurance débute le jour indiqué dans la proposition d'assurance, resp. dans la police.

Quelle est la durée du contrat?

Le contrat est conclu à vie, si la police ou les Conditions complémentaires d'assurance ne mentionnent pas de durée contractuelle fixe. La durée minimale d'un contrat conclu à vie s'élève à 1 an, si la proposition d'assurance resp. la police ne prévoit pas une autre durée minimale de contrat. Pour les assurances-hospitalisation avec franchise à option, le passage à une franchise plus basse est possible pour la première fois après une durée d'assurance de 3 ans.

Quand prend fin le contrat?

Le preneur d'assurance est en droit de résilier le contrat:

- pour la fin de chaque année civile, moyennant un préavis de trois mois et après expiration de la durée minimale du contrat, pour une assurance conclue à vie. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque CONCORDIA la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du préavis de trois mois;
- pour la fin de la durée du contrat, moyennant un préavis de trois mois, pour un contrat conclu avec une durée contractuelle fixe. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque CONCORDIA la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du préavis de trois mois. Si le contrat n'est pas résilié, il se renouvelle tacitement d'année en année;
- après chaque cas d'assurance pour lequel une prestation est à fournir, au plus tard 14 jours à partir du moment où il a eu connaissance du paiement par CONCORDIA;
- si CONCORDIA modifie les primes. Dans ce cas, CONCORDIA doit recevoir la résiliation le dernier jour de l'année civile.

CONCORDIA est en droit de résilier le contrat:

- si un fait important a été omis ou inexactement déclaré (violation de l'obligation de déclarer/réticence).
Pour le reste, CONCORDIA renonce à faire valoir son droit de résiliation, sauf réglementation contraire des Conditions complémentaires d'assurance ou de la police d'assurance.

CONCORDIA peut se départir du contrat:

- si la personne assurée n'a pas payé la prime en souf-
france après en avoir été sommée et que CONCORDIA renonce à recouvrer la prime arriérée;
- en cas d'escroquerie à l'assurance.

Le contrat prend automatiquement fin si la personne assurée transfère son domicile de droit civil ou son lieu de résidence habituel pendant plus de 12 mois à l'étranger.

D'autres éventualités entraînant la fin du contrat résultent des Conditions générales et complémentaires d'assurance, ainsi que de la LCA.

Comment CONCORDIA traite-t-elle les données?

CONCORDIA traite des données provenant des documents contractuels ou issues de l'exécution du contrat, et les utilise en particulier pour la détermination de la prime, pour l'appréciation du risque, pour le traitement de cas d'assurance, pour les évaluations statistiques, ainsi qu'à des fins de marketing. Les données sont conservées sous forme physique ou électronique. Dans la mesure nécessaire, CONCORDIA peut transmettre ces données pour traitement aux tiers participant à l'exécution du contrat, en particulier aux coassureurs et aux réassureurs. CONCORDIA est en outre autorisée à requérir tout renseignement pertinent auprès d'autorités et de tiers, en particulier en ce qui concerne l'évolution du cas d'assurance. Cette autorisation s'applique indépendamment de la conclusion du contrat. La personne assurée a le droit de demander à CONCORDIA les renseignements prévus par la loi relatifs au traitement des données qui la concernent.

Assurances complémentaires des soins

Conditions générales d'assurance (CGA)

	Art.		
I. Généralités		VII. Restrictions de la protection d'assurance	
Bases	1	Exclusions	31
Assureur, personnes assurées	2	Réductions	32
Proposition	3	Prestations de tiers, subsidiarité	33
II. Étendue des assurances		Prestations avancées, droit de recours	34
Objet des assurances	4	VIII. Divers	
Admission dans les assurances	5	Obligation de payer	35
Champ d'application territorial	6	Honoraires convenus et tarifs	36
III. Définitions		Lieu d'exécution et for	37
Forme masculine et féminine	7	Communications	38
Maladie, maternité	8	Conventions particulières	39
Accident	9	Compensation, cession, mise en gage et remboursement	40
Fournisseurs de prestations	10	Adaptation des conditions d'assurance	41
Période d'assurance	11	I. Généralités	
IV. Début et fin des assurances		1 Bases	
Début de la protection d'assurance	12	1.1 Les bases du contrat sont constituées par:	
Durée du contrat	13	1.1.1 les Conditions générales d'assurance (CGA), les Conditions complémentaires d'assurance (CCA), les éventuelles Conditions particulières d'assurance (CPA), ainsi que les dispositions de la police et des avenants éventuels;	
Police de remplacement	14	1.1.2 les déclarations écrites que le preneur d'assurance (proposant) resp. les assurés (les personnes à assurer) font dans la proposition, dans le rapport du médecin consultant et dans d'autres documents.	
Fin des assurances	15	1.2 Les dispositions divergentes des Conditions complémentaires ou particulières d'assurance ont la priorité sur ces CGA. Pour les assurés qui ont conclu une forme particulière d'assurance conformément à l'art. 62 LAMal (p.ex. HMO, modèles du médecin de famille), les Conditions particulières d'assurance (CPA) correspondantes s'appliquent.	
Résiliation	16	1.3 Dans la mesure où un état de fait n'est pas réglé expressément dans ces documents, la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 est déterminante.	
Renoncement au droit légal de se départir du contrat	17	2 Assureur, personnes assurées	
Extinction du droit aux prestations	18	2.1 L'assureur au sens des dispositions suivantes est CONCORDIA Assurances SA, ci-après nommée CONCORDIA, Lucerne.	
V. Primes et participations aux coûts		2.2 Sont assurées les personnes mentionnées dans la police.	
Tarif de primes	19		
Echéance, paiement des primes	20		
Sommaton, retard dans le paiement	21		
Remboursement de primes	22		
Adaptation du tarif de primes	23		
Modification de l'échelonnement des primes	24		
Remboursement des participations aux coûts	25		
VI. Obligations et justification des prétentions			
Obligation de se soumettre à un traitement médical, obligation de renseigner	26		
Obligation de déclarer en cas de traitement ambulatoire	27		
Obligation de déclarer en cas de traitement hospitalier	28		
Obligation de déclarer en cas de cure	29		
Justification des prétentions	30		

3 Proposition

- 3.1 En vue de l'admission dans l'assurance ou d'une modification d'assurance, il y a lieu de remplir sincèrement et complètement le formulaire de proposition prévu à cet effet et de l'envoyer à l'assureur. Il en va de même pour les indications complémentaires demandées le cas échéant. L'assureur peut subordonner sa décision au résultat d'un examen médical.
- 3.2 Un nouveau-né peut être assuré dès le jour de sa naissance, dans la mesure où le formulaire de proposition est parvenu à l'assureur avant la naissance.
- 3.3 Si, lors de la conclusion de l'assurance, le proposant resp. l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître, notamment des maladies ou suites d'accident existant au moment de la proposition d'assurance ou ayant existé antérieurement, l'assureur est alors en droit de résilier le contrat, par écrit, dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la violation de l'obligation de déclarer. La résiliation prend effet à la réception de la notification par le preneur d'assurance.

II. Étendue des assurances

4 Objet des assurances

- 4.1 Sont assurables les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et des accidents en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'assurance-accidents selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Les prestations seront accordées en complément à celles de ces assurances obligatoires.
- 4.2 Les détails concernant les différentes assurances sont réglés dans les Conditions complémentaires d'assurance (CCA).

5 Admission dans les assurances

- 5.1 L'assureur est en droit de mettre des maladies ou suites d'accident sous réserve ou de refuser l'assurance intégralement.
- 5.2 Aucune réserve ne sera formulée lors de l'admission d'enfants, si la proposition d'assurance est présentée avant la naissance. Les dispositions dérogatoires dans les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) demeurent réservées.

6 Champ d'application territorial

- 6.1 Les assurances sont valables dans le monde entier.
- 6.2 Les prestations à l'étranger sont versées, dans la mesure où les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) le prévoient.
- 6.3 Pour les frontaliers, un corridor limitrophe de 20 km à partir de la frontière nationale suisse est assimilé à la Suisse.

III. Définitions

7 Forme masculine et féminine

La forme masculine choisie dans les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) et les autres dispositions, est également valable pour les personnes de sexe féminin.

8 Maladie, maternité

- 8.1 Par maladie, on entend tout trouble de la santé physique ou mentale, indépendant de la volonté de l'assuré et médicalement décelable, qui nécessite un traitement médical et qui n'est pas dû à un accident ou à une lésion corporelle assimilée à un accident conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire.
- 8.2 La grossesse et l'accouchement sont assimilés à la maladie, dans la mesure où l'assurance de la mère existait, au moment de l'accouchement, depuis une année au moins.

9 Accident

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, ainsi que les lésions corporelles assimilées à un accident, conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire.

10 Fournisseurs de prestations

Sont réputés fournisseurs de prestations au sens du contrat les personnes, établissements et institutions qui sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 35 ss LAMal ou à la charge de l'assurance-accidents selon l'art. 53 LAA et qui remplissent les conditions qui y sont fixées.

11 Période d'assurance

L'année civile est réputée période d'assurance.

IV. Début et fin des assurances

12 Début de la protection d'assurance

Les assurances peuvent être conclues pour le premier jour de chaque mois. La protection d'assurance produit ses effets aussitôt que l'assureur a accepté par écrit la proposition d'assurance, au plus tôt cependant le jour du début proposé de l'assurance, resp. le jour indiqué dans la police.

13 Durée du contrat

- 13.1 Le contrat est conclu pour la durée contractuelle fixe indiquée sur la police. Il se renouvelle ensuite tacitement d'année en année pour autant que le preneur d'assurance n'a pas résilié le contrat pour la fin de la durée du contrat.

13.2 Si aucune durée contractuelle fixe n'est convenue dans la police, les assurances sont conclues à vie.

14 Police de remplacement

Lorsqu'une police est remplacée, les prestations touchées antérieurement et limitées contractuellement soit dans le temps soit par un montant maximum sont imputées sur le droit aux prestations futures.

15 Fin des assurances

15.1 Les assurances prennent fin:

15.1.1 par le décès de la personne assurée;

15.1.2 par la résiliation;

15.1.3 par le retrait du preneur d'assurance ou de l'assureur (art. 21.2);

15.1.4 par le transfert du domicile de droit civil à l'étranger;

15.1.5 par le transfert du lieu de résidence habituel à l'étranger pendant plus de douze mois, dans la mesure où aucun accord écrit contraire n'a été convenu expressément.

15.2 Les dispositions particulières concernant les travailleurs détachés au sens de l'art. 4 OAMal, demeurent réservées.

16 Résiliation

16.1 Le preneur d'assurance peut résilier les assurances:

- pour la fin de la durée du contrat, moyennant un préavis de trois mois, pour les contrats conclus avec une durée contractuelle fixe;

- pour la fin de chaque période d'assurance, moyennant un préavis de trois mois et après une durée de contrat minimale d'une année, pour les assurances conclues à vie. Les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) ou la police peuvent prévoir une durée minimale de contrat plus longue pour certaines assurances;

- en cas d'adaptation des tarifs de primes ou des réglementations relatives aux franchises et aux participations aux coûts (art. 23);

- en cas d'adaptation des conditions d'assurance (art. 41);

- après chaque cas de sinistre pour lequel l'assureur a fourni des prestations, au plus tard 14 jours à partir du moment où il a eu connaissance du paiement.

16.2 La résiliation doit être déclarée par écrit. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque l'assureur la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du délai de résiliation.

16.3 L'assureur renonce, sauf en cas de violation de l'obligation de déclarer, à user de son droit de résiliation, dans la mesure où les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) ou la police ne prévoient pas de réglementation contraire.

17 Renoncement au droit légal de se départir du contrat

L'assureur renonce expressément à user du droit que lui confère la loi, de résilier le contrat après surveillance d'un événement assuré, à moins que le preneur d'assurance resp. l'assuré n'ait commis une réticence ou qu'il n'ait fait ou tenté de faire un usage abusif de l'assurance.

18 Extinction du droit aux prestations

Le droit aux prestations (y compris les prestations pour les traitements de maladies, d'accidents et dentaires, antérieurs ou en cours) s'éteint au moment de la fin de l'assurance resp. de l'exclusion de la couverture d'assurance correspondante.

V. Primes et participations aux coûts

19 Tarif de primes

19.1 Les primes sont calculées par période d'assurance (art. 11) et sont portées dans le tarif de primes.

19.2 Le tarif de primes peut prévoir un échelonnement des primes selon l'âge, le sexe, la profession, l'activité, le domicile de droit civil de l'assuré ou le siège du preneur d'assurance. Si la profession, l'activité, le domicile de droit civil de l'assuré ou le siège du preneur d'assurance change, l'assureur doit en être avisé immédiatement et par écrit. Les primes peuvent être adaptées avec effet au jour où le changement est intervenu.

19.3 Les primes sont adaptées chaque année au tarif de primes correspondant à l'âge actuel de l'assuré.

20 Echéance, paiement des primes

20.1 La prime annuelle doit être payée par avance. Elle échoit au 1er janvier de chaque année, et si l'assurance débute en cours d'année, elle échoit à la date d'envoi de la facture pour la période restante de l'année.

20.2 Un paiement par acomptes, moyennant un supplément de primes, peut être convenu. Les acomptes doivent également être payés par avance.

20.3 Lorsque le preneur d'assurance a souscrit plusieurs assurances (y compris l'assurance obligatoire des soins) auprès de l'assureur, il doit choisir un mode de paiement uniforme.

20.4 Si un paiement par acomptes est convenu, les acomptes arrivant à échéance au cours de l'année sont considérés uniquement comme différés.

20.5 Lorsque le preneur d'assurance est en retard dans le paiement d'un acompte convenu, le solde de la prime pour la période d'assurance en cours est payable immédiatement.

21 Sommation, retard dans le paiement

- 21.1 Si la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance est sommé par écrit de payer les primes en souffrance dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation mentionnera les conséquences du retard. Si la sommation reste sans effet, l'obligation à prestations de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation.
- 21.2 Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation selon l'art. 21.1, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée.
- 21.3 Si l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation à prestations reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été payée, intérêts et frais y compris. L'assureur n'est pas tenu de verser des prestations pour des cas d'assurance qui se sont produits pendant la durée du retard et après l'expiration du délai de sommation.

22 Remboursement des primes

- 22.1 Si, pour des raisons légales ou contractuelles, l'assurance est annulée avant l'expiration de la période d'assurance convenue, l'assureur rembourse la part de la prime acquittée pour la période d'assurance non échue resp. renonce à exiger le paiement d'acomptes arrivant à échéance ultérieurement.
- 22.2 Cette réglementation n'est pas applicable, si le preneur d'assurance résilie le contrat, en cas de sinistre, avant l'expiration de la première année d'assurance.

23 Adaptation du tarif de primes

Si les tarifs de primes ou les réglementations relatives à la participation aux coûts changent, l'assureur peut exiger l'adaptation de l'assurance au premier jour de la prochaine période d'assurance. A cet effet, il doit communiquer par écrit au preneur d'assurance les nouvelles conditions du contrat au moins 25 jours avant l'entrée en vigueur des nouvelles conditions contractuelles. Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance, pour la fin de la période d'assurance en cours. S'il use de ce droit, l'assurance s'éteint à l'expiration de la période d'assurance en cours. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours. Si le preneur d'assurance omet de procéder à la résiliation de l'assurance, il est censé avoir accepté l'adaptation de l'assurance.

24 Modification de l'échelonnement des primes

- 24.1 Si une modification de l'échelonnement des primes selon l'âge, la profession, l'activité, le domicile de droit civil de l'assuré ou le siège du preneur d'assurance entraîne une modification des primes,

l'assureur peut adapter la prime en conséquence avec effet au moment de la modification.

- 24.2 Une telle modification ne constitue pas un motif de résiliation au sens de l'art. 23, sauf si la modification des primes est causée par une modification de l'échelonnement des primes selon l'âge.

25 Remboursement des participations aux coûts

- 25.1 Dans le cas de versements directs aux fournisseurs de prestations, le preneur d'assurance s'engage à reverser à l'assureur la franchise et la quote-part convenues dans les 30 jours qui suivent la présentation de la facture.
- 25.2 Si le preneur d'assurance ne remplit pas son obligation de remboursement, l'art. 21 s'applique par analogie.

VI. Obligations et justification des prétentions

26 Obligation de se soumettre à un traitement médical, obligation de renseigner

- 26.1 Lorsqu'une maladie ou un accident donne probablement droit à des prestations, il y aura lieu de veiller aussi rapidement que possible à ce que des soins médicaux adéquats soient prodigués. L'assuré est tenu de se conformer aux prescriptions du médecin ou des autres fournisseurs de prestations.
- 26.2 L'assureur est en droit de demander aux fournisseurs de prestations tout document et renseignement complémentaire, notamment des certificats médicaux. De plus, le preneur d'assurance, resp. l'assuré doit fournir des renseignements complets et sincères sur tout ce qui concerne le sinistre ainsi que les maladies et accidents antérieurs, et délie les fournisseurs de prestations qui le traitent ou l'ont traité, du secret professionnel à l'égard de l'assureur.
- 26.3 De plus, l'assuré est tenu de se soumettre, sur ordre de l'assureur, de se soumettre à un examen par des médecins mandatés par l'assureur.

27 Obligation de déclarer en cas de traitement ambulatoire

En cas de traitement ambulatoire, les factures détaillées et les pièces originales correspondantes doivent être envoyées à l'assureur à la fin du traitement, mais au moins une fois par année.

28 Obligation de déclarer en cas de traitement hospitalier

- 28.1 Toute entrée à l'hôpital doit être annoncée immédiatement à l'assureur, mais au plus tard après cinq jours.
- 28.2 A la demande du fournisseur de prestations ou de l'assuré, l'assureur délivrera une garantie de paiement lors d'une entrée à l'hôpital.

29 Obligation de déclarer en cas de cure

L'ordonnance médicale de cure doit être remise à l'assureur à temps avant le début de la cure avec indication de l'établissement de cure ou de la station thermale et de la date du début de la cure.

30 Justification des prétentions

30.1 Lorsque l'assuré fait valoir un droit aux prestations, il doit présenter à l'assureur tous les certificats médicaux, rapports et justificatifs originaux des fournisseurs de prestations ainsi que toutes les factures originales.

30.2 Si parallèlement à l'assureur, d'autres assureurs sociaux ou privés (p. ex. assurance-invalidité, assurance militaire, autres assurances-maladie ou accidents) sont aussi tenus de verser des prestations pour une maladie ou les suites d'un accident, il y a lieu de remettre à l'assureur, outre les documents mentionnés, également les décomptes de l'assureur correspondant.

30.3 Le preneur d'assurance resp. l'assuré doit informer l'assureur de la nature et de l'étendue des prestations qu'il a reçues ou auxquelles il a droit, en cas de maladie ou d'accident, de la part de tiers dans le cadre de leurs responsabilités résultant d'un acte illégal, d'un contrat ou de la loi.

VII. Restrictions de la protection d'assurance

31 Exclusions

31.1 Sont exclus de l'assurance les maladies et accidents ainsi que leurs complications et séquelles survenant en relation avec les événements suivants:

- les suites d'événements belliqueux en Suisse et à l'étranger. Cependant, si l'assuré est surpris par l'éclatement de ces faits dans le pays où il séjourne, la protection d'assurance déploie encore ses effets pendant les 14 jours qui suivent la première survenance de ces événements;
- le service militaire étranger;
- la participation à des actes de guerre ou à des actes de terrorisme;
- la participation à des troubles, des manifestations ou des agitations similaires;
- la perpétration de crimes et de délits soit intentionnellement soit par négligence grave;
- la participation à une rixe ou à une bagarre, à moins que l'assuré ait été blessé par les protagonistes alors qu'il n'était pas en cause ou qu'il venait en aide à une personne sans défense;
- les dangers auxquels l'assuré s'est exposé en provoquant gravement autrui;
- les effets de radiations ionisantes et les dommages consécutifs aux effets de l'énergie atomique;

- la consommation de drogues, de stupéfiants et d'autres substances toxicomanogènes ainsi que l'abus d'alcool et de médicaments;
- les suicides ou tentatives de suicide ou les auto-mutilations.

31.2 De plus, aucune prestation n'est versée pour:

- les thérapies cellulaires, le traitement de l'adiposité (surcharge pondérale), les thérapies de remise en forme (y compris les complications et les séquelles);
- les traitements dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique ne sont pas démontrés selon des méthodes scientifiques;
- la fécondation artificielle ainsi que les traitements de la stérilité (y compris les complications et les séquelles);
- les traitements esthétiques (y compris les complications et les séquelles);
- les changements de sexe (y compris les complications et les séquelles);
- les participations aux coûts (franchises et quotes-parts) de l'assurance obligatoire des soins et d'autres assurances.

32 Réductions

Les prestations assurées sont réduites et, dans des cas particulièrement graves, refusées:

- lorsque le preneur d'assurance, resp. l'assuré ne satisfait pas à ses obligations et devoirs, à moins qu'il ne prouve que cette transgression a eu lieu sans faute de sa part;
- lorsque l'événement assuré est provoqué par une négligence grave du preneur d'assurance, resp. de l'assuré;
- en cas d'accidents consécutifs à une entreprise téméraire. Les entreprises téméraires sont celles par lesquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre ou sans pouvoir prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables. Toutefois, le sauvetage d'une personne est couvert par l'assurance même s'il peut être considéré comme une entreprise téméraire.

33 Prestations de tiers, subsidiarité

33.1 Les prestations des assurances complémentaires des soins sont accordées en complément aux prestations versées selon la législation fédérale suisse sur l'assurance-maladie, accident, militaire et invalidité, et des assurances étrangères correspondantes. Lorsque l'assuré a droit à des prestations des assurances sociales nommées, les prestations ne sont accordées que si le cas a été annoncé à ces assureurs dans les délais impartis.

33.2 Lorsque des contrats d'assurance de droit privé existent auprès de plusieurs assureurs tenus de verser

des prestations, les prestations seront versées globalement une seule fois. Dans ce cas, le montant des prestations que chaque assureur devrait verser en fonction de l'assurance existante chez lui s'il avait été le seul à les assurer, sera déterminé et servira à calculer la somme totale de ces prestations. Chaque assureur ne devra prendre en charge que ce qui correspond à sa part de cette somme totale.

- 33.3 Lorsque, pour les suites d'une maladie ou d'un accident, des tiers responsables ou leurs assureurs responsabilité civile sont tenus de verser des prestations, les prestations ne seront accordées que lorsque ceux-ci auront versé les leurs et seulement dans la mesure où ces prestations ne constituent pas une source de gain pour l'assuré. Les prestations avancées selon l'art. 34 demeurent réservées.
- 33.4 Lorsqu'un autre assureur réduit ses prestations ou refuse de les accorder pour des raisons qui donnent droit selon l'art. 32 à une réduction des prestations, la perte due à la réduction de l'autre assurance ne sera pas compensée.

34 Prestations avancées, droit de recours

- 34.1 L'assureur peut verser des prestations à titre d'acomptes à condition que l'assuré lui cède ses droits envers de tiers à hauteur des prestations accordées et s'engage à ne rien entreprendre qui pourrait s'opposer à l'exercice de l'éventuel droit de recours contre les tiers.
- 34.2 L'assureur est libéré de toute obligation en matière de prestations lorsque l'assuré conclut, sans l'accord de l'assureur, un arrangement avec un tiers tenu de verser des prestations par lequel il renonce en partie ou en totalité à des prestations d'assurance ou à des indemnités ou par lequel il reçoit une indemnité en capital.

VIII. Divers

35 Obligation de payer

Le débiteur des fournisseurs de prestations est par principe l'assuré. Le preneur d'assurance resp. l'assuré accepte cependant que l'assureur et les fournisseurs de prestations concluent des accords prévoyant le paiement direct aux fournisseurs de prestations.

36 Honoraires convenus et tarifs

- 36.1 Les honoraires convenus entre l'assuré et le fournisseur de prestations n'engagent pas l'assureur. L'assureur ne s'engage à verser des prestations que dans le cadre des tarifs qu'il reconnaît.
- 36.2 L'assureur reconnaît les tarifs acceptés par les assurances sociales suisses et les tarifs privés usuels. Les dispositions des Conditions complémentaires

d'assurance qui diffèrent de celles-ci demeurent réservées.

37 Lieu d'exécution et for

- 37.1 Les obligations découlant du présent contrat sont à acquitter en Suisse et en monnaie suisse.
- 37.2 En cas de contestations découlant du présent contrat, le preneur d'assurance resp. l'assuré a le choix entre le for de Lucerne ou celui de son domicile suisse.

38 Communications

- 38.1 Toutes les communications peuvent être adressées valablement au Siège principal de CONCORDIA ou à la représentation désignée dans la police.
- 38.2 Lorsque les assurances complémentaires de CONCORDIA sont délivrées par un autre assureur, les communications et annonces qui sont faites à ce dernier, ont la même validité que si elles étaient adressées à CONCORDIA.
- 38.3 Les communications de l'assureur se font valablement à la dernière adresse en Suisse indiquée par le preneur d'assurance.

39 Conventions particulières

Les conventions en dehors de ces dispositions ne lient l'assureur que si elles ont été confirmées par le Siège principal.

40 Compensation, cession, mise en gage et remboursement

- 40.1 Le preneur d'assurance resp. l'assuré n'a aucun droit envers l'assureur de compenser des arriérés de primes avec des prétentions à des prestations.
- 40.2 Avant leur fixation définitive, les prétentions à des prestations assurées ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans l'accord exprès de l'assureur.
- 40.3 Les prestations perçues à tort par les assurés sont à restituer à l'assureur.

41 Adaptation des conditions d'assurance

- 41.1 L'assureur a le droit d'adapter les conditions d'assurance en particulier lors:
- 41.1.1 de l'augmentation du nombre ou de l'apparition de nouveaux genres de fournisseurs de prestations;
- 41.1.2 du développement de la médecine moderne;
- 41.1.3 de l'apparition de formes thérapeutiques nouvelles ou plus coûteuses (médicaments, formes d'opérations, techniques diagnostiques, etc.);
- 41.1.4 de la modification des dispositions concernant les prestations de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ou de ses ordonnances d'exécution.
- 41.2 Lorsque les conditions d'assurance sont adaptées pour ces raisons, les nouvelles conditions s'appliquent au preneur d'assurance resp. à l'assuré et à l'assureur. L'assureur communique par écrit au preneur d'assurance les adaptations au plus tard

25 jours avant leur entrée en vigueur. Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance pour la fin de la période d'assurance en cours. S'il use de ce droit, l'assurance s'éteint à la fin de la période d'assurance en cours. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours. Lorsque le preneur d'assurance ne résilie pas son contrat, cela vaut pour acceptation de l'adaptation d'assurance.



CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch