

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA)

Édition du 1^{er} janvier 2019

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE ET CONDITIONS GÉNÉRALES DE PROTECTION JURIDIQUE

TABLE DES MATIÈRES

2	Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)	21	Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances complémentaires selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)
3	Assurance obligatoire des soins	27	Conditions complémentaires d'assurance pour Mivita, Comforta et Hôpital des assurés TelFirst et FlexCare
5	Indemnité journalière LAMal	28	Conditions complémentaires d'assurance pour Mivita, Comforta et Hôpital des assurés HMO
9	TelFirst	29	Conditions complémentaires d'assurance pour Mivita, Comforta et Hôpital des assurés CareMed
12	HMO	30	Protection juridique des patients
15	CareMed		
18	FlexCare		

Veuillez conserver ces documents avec la police d'assurance

TABLE DES MATIÈRES

A GÉNÉRALITÉS		C INDEMNITÉ JOURNALIÈRE LAMAL	
I Fondements		I Généralités	
1 Nature juridique	3	22 Fondements et but de l'assurance	5
2 Domaine d'application	3	23 Indemnité journalière en cas de maladie et d'accident	5
3 Forme masculine et féminine	3	24 Délais d'attente	5
II Conditions d'assurance		25 Assurances admises	5
4 Conclusion de l'assurance obligatoire des soins	3	II Conditions d'assurance	
5 Conclusion de l'assurance Indemnité journalière LAMal	3	26 Proposition d'assurance	6
6 Proposition d'assurance	3	27 Réserve d'assurance	6
III Dispositions diverses		28 Violation de l'obligation d'annonce	6
7 Conditions de paiement	3	29 Augmentation de l'assurance	6
8 Trafic de paiement	3	30 Conversion de l'assurance	6
9 Obligation d'information/d'annonce	3	31 Réduction, résiliation et extinction de l'assurance	6
B ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS		III Primes	
I Généralités		32 Fixation des primes	6
10 Fondements	3	IV Prestations	
11 Risque accident	4	33 Conditions pour l'octroi de prestations	6
11a Primes	4	34 Début des prestations et imputation du délai d'attente	7
12 Remboursement de primes en cas de service militaire	4	35 Durée des prestations	7
13 Prestations en cas de séjour à l'étranger	4	36 Incapacité de travail partielle	7
14 Changement d'assureur	4	37 Surindemnisation	7
II Participation aux coûts		38 Maternité	7
15 Types de participations aux coûts	4	39 Droit aux prestations à l'étranger	7
16 Dérogations à la participation aux coûts	5	40 Couverture d'assurance après l'accomplissement de la 65 ^e année	7
17 Franchise ordinaire	5	D DISPOSITIONS FINALES	
III Franchises à option		41 Compensation	7
18 Principe	5	42 Clause de confidentialité, protection des données	8
19 Conclusion et modification	5	43 Voies de droit	8
20 Montants au choix	5	44 Application des Conditions générales d'assurance (CGA)	8
IV Dispositions diverses concernant la participation aux coûts			
21 Montant maximal	5		

A GÉNÉRALITÉS

I Fondements

1 Nature juridique

Les présentes conditions générales d'assurance (CGA) se fondent juridiquement sur les lois suivantes et leurs dispositions d'exécution:

- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)
- Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal)
- Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

2 Domaine d'application

Les présentes Conditions générales d'assurance sont applicables à toutes les catégories d'assurance gérées par Atupri Assurance de la santé (ci-après dénommée Atupri) aux termes des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

3 Forme masculine et féminine

La forme masculine mentionnée dans les présentes Conditions générales d'assurance est également valable pour les personnes du sexe féminin et vice versa.

II Conditions d'assurance

4 Conclusion de l'assurance obligatoire des soins

Les personnes domiciliées dans le rayon d'activité d'Atupri peuvent s'assurer conformément aux dispositions des articles 1 à 6 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

5 Conclusion de l'assurance Indemnité journalière LAMal

- 5.1 Toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais n'ayant pas atteint 65 ans révolus, peut conclure une assurance d'indemnités journalières.
- 5.2 Les personnes qui ont épuisé leur droit à une indemnité journalière ne peuvent plus conclure d'assurance Indemnité journalière LAMal.

6 Proposition d'assurance

- 6.1 La proposition d'assurance doit être déposée par écrit ou dans la forme électronique prévue à cet effet. Il doit être répondu de manière véridique et complète aux questions qui figurent dans la proposition d'assurance. La proposition d'assurance pour une personne qui n'est pas capable de discernement doit être présentée par le représentant légal de celle-ci.
- 6.2 Il n'est nécessaire de répondre aux questions relatives à l'état de santé que lors de la conclusion de l'assurance Indemnité journalière LAMal ainsi que lors d'une demande d'assurance complémentaire selon la LCA.

III Dispositions diverses

7 Conditions de paiement

- 7.1 Les primes sont à régler d'avance, en général de manière mensuelle, et doivent, suivant le mode de paiement, être payées le premier jour du mois de

la période. Atupri peut offrir d'autres modalités de paiement.

- 7.2 En cas de début ou de fin de l'assurance au cours d'un mois, la prime est due au prorata en fonction du nombre de jours assurés.
- 7.3 Atupri se réserve le droit de réclamer les frais occasionnés par des retards dans le paiement des primes. Il peut s'agir de frais de rappels, de sommations, de poursuites, etc.

8 Trafic de paiement

- 8.1 La facturation de primes et de participations aux coûts, le versement de remboursements et d'autres avoirs, a lieu selon les modalités usuelles applicables au trafic de paiement. Atupri peut prévoir des dérogations pour l'encaissement de primes.
- 8.2 Atupri effectue des versements de remboursements à l'assuré exclusivement via un compte bancaire ou postal. Il convient d'informer Atupri des coordonnées bancaires correspondantes dans les délais.

9 Obligation d'information / d'annonce

- 9.1 En cas d'accident, la personne assurée doit remettre immédiatement une déclaration d'accident qui contient, notamment, les renseignements suivants:
- heure, lieu, déroulement et conséquences de l'accident,
 - nom du médecin traitant ou de l'établissement hospitalier,
 - responsables et assureurs éventuellement concernés.
- Le formulaire de déclaration d'accident correspondant peut être demandé au Service Center compétent.
- 9.2 La personne assurée a l'obligation d'indiquer à Atupri toutes les informations dont elle-ci a besoin pour déterminer les prestations. Font également partie de cette obligation la remise d'éventuelles décisions d'autres assureurs sociaux et des justificatifs d'autres assureurs privés.
- 9.3 La personne assurée est tenue d'informer Atupri de la nature et de l'étendue de toutes les prestations dont elle peut bénéficier ou qu'elle reçoit en cas de maladie ou d'accident par des tiers obligés de fournir des prestations par suite d'acte non autorisé, en fonction de conventions ou conformément aux dispositions légales.
- 9.4 La personne assurée a, en outre, l'obligation d'annoncer immédiatement à Atupri toutes les modifications relatives à ses conditions personnelles qui pourraient avoir une influence sur les conditions d'assurance (par exemple changement de domicile, coordonnées bancaires). Elle répond des préjudices ou des sinistres qui surviennent pour cause d'annonce tardive.

B ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS

I Généralités

10 Fondements

- 10.1 L'assurance obligatoire des soins (ci-après assurance de base) est gérée selon les lois LAMal et LSAMal,

ainsi que leurs dispositions d'exécution. Le volume de prestations s'oriente vers les dispositions légales et comprend les risques suivants:

- maladie
- maternité
- accident, dans la mesure où aucune autre assurance accident n'est prestataire

10.2 Atupri propose dans le cadre de l'assurance de base les formes d'assurance suivantes conformément aux dispositions de la LAMal :

- Standard
- TelFirst
- HMO
- CareMed
- FlexCare

10.3 TelFirst, HMO, CareMed et FlexCare sont considérées comme des formes particulières d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. L'annexe individuelle respective fait foi concernant les présentes CGA.

10.4 L'assurance avec franchises au choix selon les articles 18 à 20 a également valeur de forme d'assurance particulière. Elle peut être conclue pour toute forme d'assurance selon l'alinéa 2.

11 Risque accident

11.1 Si le risque accident est assuré, les mêmes prestations sont accordées en cas d'accident qu'en cas de maladie.

11.2 Les personnes qui sont assurées obligatoirement pour les accidents professionnels et non professionnels selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) ont la possibilité de demander la suspension du risque accident. Cette couverture accident selon la LAA doit être prouvée au moyen d'un justificatif correspondant. La suspension débute au plus tôt le premier jour du mois qui suit la remise de la demande.

11.3 Si la couverture selon la LAA s'éteint, la personne assurée a l'obligation de le communiquer par voie écrite, dans un délai d'un mois, à Atupri.

11a Primes

11a.1 Le tarif des primes est soumis à des modifications sur la base du système de répartition des dépenses et est en général fixé au début de l'année civile. La nouvelle prime approuvée par l'autorité de surveillance doit dans tous les cas être communiquée à la personne assurée au moins deux mois avant son entrée en vigueur.

11a.2 Le lieu de domicile de la personne assurée est déterminant pour la prime.

11a.3 Le lieu de domicile est le lieu où la personne assurée réside durablement et qu'elle a l'intention de conserver pendant un certain temps, sans qu'elle y ait nécessairement son domicile selon le Code civil (CC).

11a.4 Si le changement de domicile entraîne une modification des primes, celle-ci prend effet à la date du changement de domicile. Si aucune date n'est communiquée, Atupri adapte la prime pour le début du mois le plus rapproché de la réception de l'annonce

du changement d'adresse. Une adaptation de la prime pour cause de nouveau domicile n'autorise pas à changer d'assureur selon l'article 14.2.

12 Remboursement de primes en cas de service militaire

Pour les personnes assurées assujetties pendant plus de 60 jours consécutifs à l'assurance militaire, l'obligation de souscrire une assurance de base peut être suspendue sur demande. La date de l'entrée en service doit être communiquée à Atupri au moins huit semaines à l'avance pour pouvoir être exempté des primes.

13 Prestations en cas de séjour à l'étranger

13.1 Dans le cadre des dispositions légales, Atupri prend en charge les frais de traitement occasionnés, en cas d'urgence, lors d'un séjour à l'étranger. Est considéré comme cas d'urgence le traitement médical d'une personne assurée lors d'un séjour temporaire à l'étranger qui occasionne des frais, mais qui ne justifie pas le retour de cette personne en Suisse.

13.2 Aucune prestation ne sera prise en charge lorsqu'une personne se rend expressément à l'étranger pour y suivre un traitement, y recevoir des soins ou y accoucher. Sous réserve des dispositions légales qui mentionnent certaines exceptions.

14 Changement d'assureur

14.1 Le changement d'assureur peut être déclaré par l'assuré sous respect d'un délai de résiliation de trois mois à la fin du mois de juin ou du mois de décembre d'une année via une résiliation.

14.2 Lors de la communication de la nouvelle prime selon l'article 11a.1, la personne assurée peut, moyennant un délai de résiliation d'un mois, changer d'assureur pour la fin du mois qui précède la validité de la nouvelle prime.

14.3 La résiliation est uniquement valable lorsqu'elle est prononcée par écrit et dans les délais fixés par les dispositions légales. La résiliation est considérée comme ayant été effectuée dans les délais lorsqu'elle a été réceptionnée par Atupri aux heures d'ouverture habituelles des bureaux le dernier jour ouvrable qui précède le début du délai de résiliation.

14.4 Dans la mesure où les mauvais payeurs n'ont pas payé totalement primes dues, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite, ils ne peuvent pas changer d'assureur par dérogation à l'alinéa 1 et 2.

14.5 Toute disposition divergente dans les formes d'assurances particulières prévaut sur ces conditions d'assurance générales.

II Participation aux coûts

15 Types de participations aux coûts

15.1 Les personnes assurées ont l'obligation de prendre à leur charge une participation aux coûts sur les frais de soins en cas de maladie et d'accident, à savoir:

- un montant fixe par année civile (franchise)
- une quote-part d'au moins 10% sur les frais de soins

qui dépassent la franchise annuelle
– une contribution aux frais de séjour de CHF 15.– par
journée d’hospitalisation

- 15.2 La date de traitement est déterminante pour la fixation de la franchise et de la quote-part.
- 15.3 En cas de changement d’assureur au cours d’une année civile, Atupri impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans cette même année.

16 Dérogations à la participation aux coûts

- 16.1 Les personnes assurées jusqu’à l’âge de 18 ans révolus paient seulement un montant fixe par année civile (franchise annuelle) si une franchise annuelle à option selon l’article 20 a été convenue.
- 16.2 Les prestations en cas de maternité sont exemptées de la participation aux coûts.

17 Franchise ordinaire

La franchise ordinaire pour les adultes se monte à CHF 300.- par année civile.

III Franchise à option

18 Principe

L’assurance avec franchise à option est considérée comme une forme particulière de l’assurance de base dans le cadre de la loi fédérale sur l’assurance-maladie et des ordonnances correspondantes.

19 Conclusion et modification

- 19.1 Toutes les personnes assurées peuvent conclure une forme d’assurance avec une franchise à option.
- 19.2 Le choix d’une franchise plus élevée ne peut intervenir que pour le début d’une année civile.
- 19.3 Le passage à une franchise inférieure, à une autre forme d’assurance ou encore un changement d’assureur sont possibles sous respect d’un délai de résiliation de trois mois à la fin d’une année civile ainsi que selon l’article 14.2.
- 19.4 Lorsqu’une personne affiliée change d’assureur en cours d’année civile conformément à l’article 14.2, elle garde la franchise définie par l’ancien assureur pour autant que le nouvel assureur offre cette forme d’assurance.

20 Montants au choix

- 20.1 En échange d’une réduction de primes, les personnes assurées ont la possibilité de choisir une franchise plus élevée.
- 20.2 Atupri propose les franchises suivantes au choix pour les personnes assurées à partir de l’âge de 18 ans révolus: CHF 500.–, CHF 1’000.–, CHF 1’500.–, CHF 2’000.– et CHF 2’500.–.
- 20.3 Atupri propose les franchises suivantes au choix pour les personnes assurées jusqu’à l’âge de 18 ans révolus: CHF 100.–, CHF 200.–, CHF 400.– et CHF 600.–.
- 20.4 Les réductions sont calculées de manière à ce que la prime de l’assurance ayant la franchise maximale au choix s’élève au moins à 50% de la prime qui est prélevée en cas de franchise ordinaire avec la couverture

d’accident; sont déterminants à cet égard le groupe d’âge et la région de primes de la personne assurée. En outre, la réduction de primes correspond au maximum à 70% du risque supplémentaire assumé par la personne assurée avec le choix de la franchise plus élevée, c’est-à-dire la différence entre la franchise au choix correspondante et la franchise ordinaire.

IV Dispositions diverses concernant la participation aux coûts

21 Montant maximal

- 21.1 Pour les personnes ayant 18 ans révolus, le montant annuel maximum pour la participation aux coûts s’élève à CHF 700.– pour la quote-part, plus la franchise ordinaire ou à option. La contribution journalière aux frais d’hospitalisation de CHF 15.– doit être payée en sus.
- 21.2 Pour les personnes jusqu’à l’âge de 18 ans, le montant annuel maximum pour la participation aux coûts s’élève à CHF 350.– pour la quote-part, plus la franchise à option choisie.
- 21.3 Plusieurs personnes jusqu’à l’âge de 18 ans révolus de la même famille qui sont assurées auprès d’Atupri payent ensemble au maximum le montant de la franchise ordinaire et de la quote-part dus par un adulte.
- 21.4 Si, au sein d’une même famille, des personnes jusqu’à l’âge de 18 ans révolus ont opté pour des franchises, la participation totale aux coûts pour ces personnes s’élève au maximum au double de la franchise la plus élevée choisie, auquel vient s’ajouter le montant maximal de la quote-part valable pour un enfant.

C INDEMNITÉ JOURNALIÈRE LAMAL

I Généralités

22 Fondements et but de l’assurance

- 22.1 L’assurance Indemnité journalière LAMal est gérée selon la loi fédérale sur l’assurance-maladie (LAMal) et selon la loi fédérale sur la surveillance de l’assurance-maladie (LSAMal).
- 22.2 L’assurance Indemnité journalière LAMal couvre la perte de gain occasionnée par une incapacité de travail due à une maladie, à la maternité ou à un accident.

23 Indemnité journalière en cas de maladie et d’accident

La couverture d’assurance peut être conclue pour les risques de maladie, y compris la maternité, avec ou sans l’inclusion du risque d’accidents, au choix.

24 Délais d’attente

Des délais d’attente de 2, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180 ou 360 jours peuvent être conclus.

25 Assurances admises

- 25.1 Dans l’assurance Indemnité journalière LAMal, un montant maximal de CHF 30.– par jour peut être assuré. L’indemnité journalière minimale s’élève à CHF 10.– par jour; sous réserve des dispositions concernant la surindemnisation après l’âge de 65 ans selon l’article 40.1 ci-après.

- 25.2 Les personnes sans activité lucrative peuvent s'assurer au maximum pour une indemnité journalière de CHF 10.– par jour.
- 25.3 Les assurances existant ailleurs qu'auprès d'Atupri seront imputées au montant maximal autorisé.

II Conditions d'assurance

26 Proposition d'assurance

Atupri peut exiger du proposant de lui fournir un certificat médical ou de passer un examen auprès du médecin-conseil. C'est elle qui supporte les frais et qui désigne le médecin.

27 Réserve d'assurance

- 27.1 Les maladies, infirmités et séquelles d'accidents existantes lors de la conclusion de l'assurance sont exclues de l'assurance (réserve d'assurance). Feront également l'objet d'une réserve, les maladies et accidents dont l'intéressé a souffert avant son admission et qui, selon l'expérience, sont sujets à rechutes.
- 27.2 La réserve prend effet dès le début de l'assurance; elle devient, sans autre, caduque à l'expiration d'une période de 5 ans. La personne assurée a toutefois la possibilité, en remettant un certificat détaillé avant l'échéance de ce délai, de fournir la preuve que la réserve n'est plus justifiée.
- 27.3 La réserve d'assurance ainsi que sa durée (début et fin) sont communiquées, par voie écrite, à l'assuré.

28 Violation de l'obligation d'annonce

Lorsque le proposant a volontairement indiqué, dans sa demande d'assurance, des renseignements erronés ou incomplets sur les maladies ou les séquelles d'accidents dont il a été victime, Atupri peut appliquer une réserve rétroactive.

29 Augmentation de l'assurance

Les dispositions relatives à la procédure d'admission selon les articles 26 à 28 mentionnés ci-dessus s'appliquent par analogie en cas d'augmentation de l'assurance.

30 Conversion de l'assurance

- 30.1 Il est possible de convertir les sommes d'indemnité journalière et les délais d'attente de l'assurance Indemnité journalière existante en maintenant l'ancien groupe d'âge, dans la mesure où la prime due ne s'en trouve pas augmentée.
- 30.2 Lorsque le délai d'attente correspond à l'ancien droit relatif à la poursuite du versement du salaire fixé par le contrat de travail, les travailleurs ont la possibilité
- en cas de modification du contrat de travail, de réduire le délai d'attente à la durée diminuée de la période durant laquelle le versement du salaire se poursuit ou
 - en cas de début d'activité lucrative indépendante, de réduire le délai d'attente à 30 jours.
- Les demandes à ce sujet doivent parvenir à Atupri dans les 3 mois qui suivent la date à laquelle le changement de situation a eu lieu. Durant ce laps de temps,

la réduction du délai d'attente est accordée indépendamment de l'âge et de l'état de santé.

- 30.3 Les personnes assurées qui sont au chômage peuvent convertir leur assurance Indemnité journalière existante avec le montant actuel en une assurance avec délai d'attente de 30 jours, indépendamment de leur état de santé.

31 Réduction, résiliation et extinction de l'assurance

- 31.1 Moyennant un délai de résiliation de 3 mois, chaque personne assurée peut résilier par écrit et pour la fin d'un mois l'assurance Indemnité journalière LAMal, respectivement réduire l'assurance existante.
- 31.2 Une personne assurée peut toutefois résilier son assurance Indemnité journalière par voie écrite pour la fin d'un mois, dans la mesure où l'une des conditions ci-après est remplie:
- transfert durable du domicile à l'étranger
 - augmentation des primes dans l'assurance Indemnité journalière
 - transfert dans une assurance Indemnité journalière de l'employeur
- 31.3 En cas de surindemnisation probablement durable, la personne assurée ou Atupri sont autorisées à réduire l'assurance Indemnité journalière existante.
- 31.4 L'assurance Indemnité journalière s'éteint automatiquement lorsque la durée maximale du droit aux prestations est atteinte, mais au plus tard avec l'accomplissement de la 70^e année.
- 31.5 La réduction de la couverture d'assurance après accomplissement de la 65^e année est réglementée à l'article 40.

III Primes

32 Fixation des primes

- 32.1 Jusqu'à l'âge de 25 ans, les primes sont fixées selon l'âge effectif.
- 32.2 À partir de l'âge de 26 ans, les primes sont fixées selon l'âge d'entrée; le groupe d'âge 26 à 30 ans est considéré comme l'âge d'entrée minimal.
- 32.3 En cas d'augmentation d'assurance, l'indemnité journalière existante sera maintenue dans le groupe d'âge actuel. L'âge effectif sera déterminant pour fixer le groupe d'âge de l'indemnité journalière supplémentaire. Sous réserve des dispositions selon l'article 30. La Direction règle les cas spéciaux, en particulier les augmentations d'assurance réitérées.

IV Prestations

33 Conditions pour l'octroi de prestations

- 33.1 La personne assurée doit annoncer son incapacité de travail au plus tard dans les 5 jours qui suivent l'échéance du délai d'attente convenu. Dans les 3 jours suivants, elle doit remettre une attestation d'incapacité de travail établie par le médecin ou le chiropraticien.
- 33.2 En cas de remise tardive, le droit à l'indemnité journalière assurée débute au plus tôt le jour de la réception du certificat médical.

- 33.3 La personne assurée doit fournir la preuve de la perte de revenus non couverte.
- 33.4 Lorsque l'incapacité de travail prend fin ou en cas de modification du degré d'incapacité de travail, une attestation sur le degré et la durée de l'incapacité de travail doit immédiatement être envoyée à Atupri.
- 33.5 Si des personnes assurées sollicitent des prestations d'assurance, elles doivent autoriser au cas par cas l'ensemble des personnes et services, à savoir les employeurs, les médecins, les assurances et les services officiels, à délivrer des renseignements qui sont nécessaires à l'évaluation des droits en matière de prestations. Ces personnes et services sont tenus de fournir des renseignements.

34 Début des prestations et imputation du délai d'attente

- 34.1 Le droit à l'indemnité journalière débute après écoulement du délai d'attente convenu.
- 34.2 Lors de l'octroi des prestations, le délai d'attente est pris en compte une fois en l'espace de 365 jours.

35 Durée des prestations

- 35.1 L'indemnité journalière assurée est octroyée au maximum pendant 720 jours dans l'intervalle de 900 jours consécutifs. Pour les personnes assurées ayant accompli leur 65^e année, l'article 40 ci-après est applicable. Les délais d'attente de 30 jours et plus sont imputés à la durée maximale du droit aux prestations.
- 35.2 En cas d'octroi d'une indemnité journalière réduite conformément à l'article 36 ci-après, l'indemnité journalière correspondante est versée pour la durée prévue à l'alinéa 1 ci-dessus. La couverture d'assurance pour la capacité de travail résiduelle est maintenue.
- 35.3 En cas de réduction de l'indemnité journalière selon l'article 37 (surindemnisation), la personne assurée frappée d'une incapacité de travail a droit à la contre-valeur de 720 indemnités journalières entières. Les délais de perception de l'indemnité journalière sont prolongés en fonction de la réduction.
- 35.4 La personne assurée n'a pas le droit d'empêcher l'extinction de l'assurance Indemnité journalière en renonçant au versement des prestations de l'indemnité journalière.

36 Incapacité de travail partielle

- 36.1 En cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 50% attestée médicalement, l'indemnité journalière est octroyée proportionnellement au degré de l'incapacité de travail correspondant. En outre, elle est octroyée à partir d'un degré d'incapacité de travail de 25% pendant 90 jours civils au maximum durant la durée du droit aux prestations ordinaire selon l'article 35 ci-dessus, mais seulement à la suite d'une incapacité de travail d'au moins 50%.
- 36.2 En cas de chômage, les dispositions légales sont applicables.

37 Surindemnisation

- 37.1 Le droit aux prestations de l'indemnité journalière n'existe que dans la mesure où il n'en résulte pas de gain d'assurance pour la personne assurée.

- 37.2 Sont considérées comme gain d'assurance les prestations qui dépassent l'indemnisation de la perte de gain subie par la personne assurée. Les prestations versées par d'autres assureurs sont imputées en cas d'évaluation d'un éventuel gain d'assurance.

- 37.3 Aux personnes assurées qui ne peuvent pas fournir la preuve de la perte de gain subie, il est octroyé tout au plus une indemnité journalière de CHF 10.– par jour.

38 Maternité

- 38.1 En cas de grossesse et d'accouchement, Atupri octroie l'indemnité journalière assurée pour la maladie durant 16 semaines si, lors de l'accouchement, la personne assurée était au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de 3 mois, auprès d'un assureur-maladie reconnu. Au moins 8 des 16 semaines doivent se situer après l'accouchement. Le délai d'attente convenu est imputé aux 16 semaines.
- 38.2 Les prestations en cas de maternité ne sont pas imputées à la durée maximale du droit aux prestations.
- 38.3 Pour les femmes qui cessent leur activité lucrative avant les 8 semaines précédant leur accouchement, l'assurance Indemnité journalière existante est réduite au montant maximal conformément à l'article 25.2 ci-dessus.

39 Droit aux prestations à l'étranger

En cas d'incapacité de travail à l'étranger, l'indemnité journalière n'est octroyée que pendant la durée du séjour dans un établissement hospitalier.

40 Couverture d'assurance après l'accomplissement de la 65^e année

- 40.1 Après l'accomplissement de la 65^e année, l'assurance existante est automatiquement réduite à CHF 5.– par jour. Si la personne assurée est capable de travailler et continue d'exercer une profession à ce moment-là, elle peut demander que le montant de l'indemnité journalière existante soit maintenu jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 70 ans révolus.
- 40.2 Après l'accomplissement de la 65^e année, les indemnités journalières assurées sont versées au maximum pendant 180 jours civils durant 900 jours consécutifs. Les indemnités touchées juste avant l'accomplissement de la 65^e année sont imputées pour autant qu'en les ajoutant, l'on dépasse la durée maximale des prestations prévues à l'article 35 ci-dessus.
- 40.3 Après l'accomplissement de la 65^e année, les délais d'attente convenus sont ramenés à 30 jours au maximum.

D DISPOSITIONS FINALES

41 Compensation

Il n'existe aucun droit à l'imputation des participations aux coûts et primes dues par des prestations d'assurance, que ce soit pour Atupri ou pour les personnes assurées.

42 Clause de confidentialité, protection des données

- 42.1 Les collaborateurs d'Atupri ayant connaissance des diagnostics, de l'état de santé, du droit aux prestations et du versement des prestations, ainsi que des conditions de revenu et de fortune des personnes assurées, sont tenus au secret conformément aux dispositions légales.
- 42.2 Les personnes assurées sont protégées dans le cadre des dispositions de la loi sur la protection des données (LPD) contre l'usage illicite des données informatisées les concernant.

43 Voies de droit

- 43.1 Si une personne assurée n'est pas d'accord avec une décision d'Atupri, cette dernière fait part dans les 30 jours d'une décision écrite mentionnant les voies de recours.
- 43.2 Toute décision peut être attaquée, dans les 30 jours, par voie d'opposition auprès d'Atupri qui rendra une décision sur opposition en indiquant les motifs ainsi que les voies de recours.
- 43.3 En cas de décision sur opposition par Atupri, un recours peut être déposé dans les 30 jours auprès du tribunal administratif désigné par le canton. Un recours est également recevable lorsque Atupri n'a rendu aucune décision ou décision sur opposition, contrairement à la demande de la personne concernée.
- 43.4 Une décision ou décision sur opposition devient exécutoire si elle ne peut plus être contestée par un recours ou une action juridique ou si celle-ci n'a pas d'effet suspensif.

44 Application des Conditions générales d'assurance (CGA)

Les dispositions légales s'appliquent à tous les cas non prévus expressément par les présentes Conditions générales d'assurance (CGA).

TABLE DES MATIÈRES

I Dispositions générales		IV Droits et obligations des assurés TelFirst	
1 Principe	9	9 Conseil par le centre	10
2 Domaine d'application	9	10 Cas particuliers et exceptions	10
II Rapport d'assurance		11 Obligation de signaler des accidents	10
3 Conclusion	9	12 Droit d'accès aux dossiers et traitement des données	10
4 Résiliation	9	V Dispositions diverses	
5 Terminaison de TelFirst	9	13 Protection des données	10
6 Exclusion et annulation de TelFirst	10	14 Échange de données	11
III Primes et participation aux coûts		15 Conseil et responsabilité	11
7 Primes	10		
8 Participation aux coûts	10		

I Dispositions générales

1 Principe

- 1.1 L'assurance TelFirst est une forme particulière de l'assurance de base impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. Elle est basée sur le principe qu'un centre de téléconsultation (nommé ci-après «centre») effectue une première consultation médicale et définit le type ainsi que la durée du traitement avec la personne assurée.
- 1.2 En cas d'un problème de santé, les assurés TelFirst sont toujours prêts à contacter le centre par téléphone par leurs propres soins ou le faire contacter par un tiers avant de fixer rendez-vous pour un traitement auprès d'un fournisseur de prestations si les présentes conditions ne prévoient pas de dispositions contraires. Ils contribuent ainsi à une meilleure gestion des coûts des traitements médicaux.
- 1.3 Le centre est opéré par une société indépendante d'Atupri, qui emploie des médecins et du personnel paramédical disponibles 24 heures sur 24 pour des consultations médicales.
- 1.4 Les prestations garanties de TelFirst sont basées sur l'étendue des prestations de l'assurance de base en tenant compte des dispositions restrictives pour la perception des prestations (articles 9 à 12).

2 Domaine d'application

Les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) d'Atupri s'appliquent à moins que ces dispositions ne comportent des règles divergentes.

II Rapport d'assurance

3 Conclusion

- 3.1 Toutes les personnes assurées disposant déjà ou sou-

haitant disposer d'une assurance de base chez Atupri et ayant leur domicile dans la zone où Atupri propose cette forme d'assurance peuvent souscrire une assurance TelFirst. TelFirst est en principe conclue avec effet au début d'une année civile; pour une assurance avec franchise ordinaire, la conclusion peut également prendre effet le premier jour du mois suivant.

- 3.2 Au cas où le conseil médical du centre ne peut pas ou dans une mesure très restreinte uniquement influencer le traitement ou bien si le recours au conseil est impossible pour une période prolongée, TelFirst ne pourra pas être conclue. L'article 6.2 (lettres b à d) y est applicable en substance.

4 Résiliation

- 4.1 Le passage de TelFirst à une autre forme d'assurance est possible pour la fin d'une année civile au moyen d'une résiliation, dans le respect des délais de résiliation au sens des articles 14.1 et 14.2 des conditions générales d'assurance (CGA).
- 4.2 La résiliation entraîne, dans la mesure où la personne assurée ne demande pas à changer d'assureur, le passage à la forme d'assurance Standard.

5 Terminaison de TelFirst

- 5.1 En cas de déménagement en dehors de la zone de couverture de TelFirst, la personne quitte TelFirst et passe à la forme d'assurance Standard au premier du mois suivant.
- 5.2 Au lieu du passage à la forme d'assurance Standard, le passage à la forme d'assurance HMO, CareMed ou FlexCare est possible, à condition que celle-ci soit disponible pour la personne assurée et que cette dernière en émette le souhait.

6 Exclusion et annulation de TelFirst

- 6.1 Atupri a le droit d'exclure des assurés TelFirst de l'assurance TelFirst moyennant le respect d'un délai de préavis de 30 jours pour la fin d'un mois calendaire avec une des suivantes conditions étant remplie.
- 6.2 L'exclusion de TelFirst est possible dans les cas suivants:
 - a) En cas de violation des obligations par des assurés TelFirst au sens des articles 9 à 11.
 - b) En cas de séjour prolongé de plus de trois mois dans un hôpital pour soins aigus, une clinique psychiatrique ou une clinique de convalescence.
 - c) En cas de séjours à l'étranger de plus de trois mois des assurés TelFirst.
- 6.3 Le fait de quitter TelFirst entraîne automatiquement un passage à la forme d'assurance Standard. Dans ce cas, il n'y a aucun droit à une autre conclusion d'une forme d'assurance avec choix restreint des fournisseurs de prestations.
- 6.4 Au cas où la collaboration entre Atupri et le centre serait terminée, la forme d'assurance TelFirst expirera et entraînera le passage dans la forme d'assurance Standard.
- 6.5 Dans les régions où pour la même zone de couverture CareMed, HMO et FlexCare sont proposées, les assurés TelFirst peuvent au moment de l'expiration de TelFirst, conformément à l'article 6.4, également passer dans une de ces formes d'assurance dans un délai de 30 jours après avis écrit d'Atupri. Si aucun choix n'est exercé par les assurés TelFirst pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.

III Primes et participation aux coûts

7 Primes

Les assurés TelFirst profitent d'une réduction sur la prime de l'assurance de base. Le tarif correspondant de la prime en vigueur est déterminant.

8 Participation aux coûts

- 8.1 La facturation de la franchise et de la participation aux coûts pour les prestations fournies aux assurés TelFirst ainsi que de la contribution aux coûts pour les séjours à l'hôpital a lieu conformément aux dispositions légales de l'assurance de base ainsi qu'aux conditions d'assurance correspondantes d'Atupri.
- 8.2 L'assurance proposant des franchises au choix au sens des articles 18 à 20 des Conditions générales d'assurance (CGA) est également ouverte aux assurés TelFirst.

IV Droits et obligations des assurés TelFirst

9 Conseil par le centre

- 9.1 Avant de fixer un rendez-vous pour un traitement auprès d'un fournisseur de prestations, les assurés TelFirst devront dans un premier temps toujours contacter le centre. Le centre fournit du conseil médical aux assurés et stipule le traitement optimal

et le délai après lequel une consultation auprès d'un fournisseur de prestations au choix devra avoir lieu. Au cas où le médecin traitant stipule un contrôle ultérieur ou bien un transfert vers un autre médecin, une hospitalisation ou bien l'admission dans un établissement médico-social, il faudra recontacter le centre par téléphone. Le non-respect répété de cette obligation de prise de contact constitue une violation des obligations au sens de l'article 6.2 et risque d'entraîner les mesures y citées.

- 9.2 Atupri a le droit de transmettre une liste des fournisseurs des prestations à privilégier au centre – conformément à l'annexe HMO ou bien un médecin CareMed conformément à l'annexe CareMed – que le centre pourra utiliser pour recommander un fournisseur de prestations aux assurés TelFirst.
- 9.3 En ce qui concerne le personnel paramédical, notamment des physiothérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes, qui fournissent des prestations à la demande du médecin, aucune prise de contact préalable avec le centre n'est nécessaire.

10 Cas particuliers et exceptions

- 10.1 Le traitement des urgences est assuré dans le cadre de la forme d'assurance Standard et doit être signalé au centre aussi rapidement que possible, au plus tard toutefois dans un délai de 20 jours.
- 10.2 Pour la première consultation gynécologique ou ophtalmologique d'une année civile, la prise de contact préalable avec le centre n'est pas obligatoire.
- 10.3 Lors d'une hospitalisation il faudra impérativement contacter le centre au préalable. Lors de la sortie de l'hôpital il faudra avertir le centre dans les meilleurs délais et dans les 20 jours au plus tard.

11 Obligation de signaler des accidents

Les assurés TelFirst doivent informer le centre et leur médecin sur tout accident et les traitements y relatifs, même si ceux-ci sont couverts par une assurance-accidents.

12 Droit d'accès aux dossiers et traitement des données

Lors de la conclusion de TelFirst, les assurés acceptent le principe de l'accès aux dossiers et du traitement de leurs données au sens des articles 14 et 15.1.

V Dispositions diverses

13 Protection des données

- 13.1 La société qui opère le centre est tenue de respecter les dispositions en matière de la protection des données prévues par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la partie générale du droit social et la loi sur la protection des données (LPD).
- 13.2 Atupri garantit le traitement méticuleux des informations recueillies dans le cadre de TelFirst. Les personnes assurées sont protégées contre l'utilisation illicite des données informatisées dans le cadre de la loi sur la protection des données.

14 Échange de données

- 14.1 À des fins d'identification des personnes assurées, l'assureur accordera l'accès aux coordonnées actualisées des assurés à la société. Ces données comprennent le numéro d'assuré, le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse ainsi que la couverture d'assurance correspondante. À des fins d'évaluation, l'assureur peut mettre les factures des fournisseurs de prestations des assurés à la disposition du centre.
- 14.2 Le centre mettra les informations importantes relatives à la définition des prestations comme la date de l'appel et le délai prévu pour la consultation chez le fournisseur de prestations à la disposition de l'assureur. Ni des données médicales, ni d'autres données personnelles à protéger selon la LPD ne seront communiquées. Le centre est par ailleurs lié par le secret professionnel au sens de l'article 33 de LPGA.
- 14.3 Avec l'adhésion à la forme d'assurance TelFirst, les personnes assurées acceptent le transfert des informations nécessaires à la gestion.

15 Conseil et responsabilité

- 15.1 Les consultations dispensées par le centre sont gratuites pour les assurés TelFirst; ces derniers ne paient pour leur appel que le tarif appliqué par l'opérateur téléphonique correspondant. Les conversations téléphoniques sont enregistrées par le centre et archivées.
- 15.2 Le centre assume l'entière responsabilité en ce qui concerne le conseil et des informations fournis par téléphone.

TABLE DES MATIÈRES

I Dispositions générales		IV Droits et obligations des assurés HMO	
1 Principe	12	9 Suivi et soins prodigués par le médecin coordonnateur	13
2 Domaine d'application	12	10 Traitements d'urgence	14
II Rapport d'assurance		11 Traitements par le spécialiste	14
3 Conclusion	12	12 Prise en charge / traitements gynécologiques	14
4 Résiliation	13	13 Hospitalisation	14
5 Changement de médecin ou résiliation de la forme d'assurance	13	14 Cures balnéaires et de convalescence	14
6 Exclusion et annulation de la forme d'assurance HMO	13	15 Obligation de signaler des accidents	14
III Primes et participation aux coûts		16 Changer de médecin coordonnateur	14
7 Primes	13	V Dispositions diverses	
8 Participation aux coûts	13	17 Protection des données	14
		18 Droit d'accès aux dossiers	14

I Dispositions générales

1 Principe

- 1.1 L'assurance HMO est une forme particulière de l'assurance de base impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.
- 1.2 Les soins médicaux de base au sens d'une prise en charge, conseil et traitements globaux et coordonnés sont dans ce cas assurés par le médecin choisi d'un réseau de médecins ou par le médecin d'un cabinet de groupe HMO (dénommé ci-après «médecin coordonnateur»).
- 1.3 De principe, les assurés HMO se déclarent prêts à faire effectuer tous les traitements et examens par le médecin coordonnateur ou à se faire transférer par ce dernier vers des tiers. Ils contribuent ainsi à une meilleure gestion des coûts des traitements médicaux.
- 1.4 Un contrat de collaboration entre Atupri et le réseau de médecins ou bien le cabinet de groupe HMO constitue la base de ces prestations; le financement y est assuré par capitation ou bien par une coresponsabilité budgétaire suivant les dispositions de la convention. Atupri peut déléguer la conclusion et la gestion de ces contrats à un tiers (p. ex. à une organisation d'entreprise spécialisée dans ce domaine).
- 1.5 Les prestations garanties de la forme d'assurance HMO sont basées sur l'étendue des prestations de l'assurance de base en tenant compte des dispositions restrictives pour la perception des prestations (articles 9 à 16).
- 1.6 L'offre HMO dépend de la disposition des médecins à apporter leur contribution au sens de l'article 1.4 et de leur capacité d'accueil de nouveaux patients. Les personnes qui remplissent une proposition corres-

pondante ne peuvent faire valoir aucune prétention relative à une telle offre, ni à la conclusion d'une assurance HMO.

2 Domaine d'application

Les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) d'Atupri s'appliquent à moins que ces dispositions ne comportent des règles divergentes.

II Rapport d'assurance

3 Conclusion

- 3.1 Toutes les personnes assurées disposant déjà ou souhaitant disposer d'une assurance de base chez Atupri et ayant leur domicile dans la zone où Atupri propose cette forme d'assurance peuvent souscrire une forme d'assurance HMO. Article 1.6 demeure ainsi réservé. HMO est en principe conclue avec effet au début d'une année civile; pour une assurance avec franchise ordinaire, la conclusion peut également prendre effet le premier jour du mois suivant.
- 3.2 S'ils en ont la possibilité, les assurés HMO choisissent leur médecin coordonnateur lors de la conclusion de la forme d'assurance HMO. Ce faisant, ils s'assurent que le médecin choisi n'a pas refusé de nouveaux patients par manque de capacités. L'article 16 prévoit la possibilité de changer ultérieurement de médecin coordonnateur.
- 3.3 La conclusion de la forme d'assurance HMO est exclue dans les cas suivants:
 - le médecin coordonnateur ne peut pas ou dans une mesure très restreinte uniquement influencer le traitement, l'article 6.2 (lettres b à d) y est applicable en substance;

– avec une distance excessive entre le domicile de l'assuré et le cabinet du médecin coordinateur empêchant les visites à domicile.

4 Résiliation

- 4.1 La migration de la forme HMO vers une autre forme d'assurance est possible à condition du respect des délais de résiliation au sens des articles 14.1 et 14.2 des Conditions générales d'assurance (CGA) pour la fin d'une année civile et moyennant un avis de résiliation.
- 4.2 La résiliation entraîne, dans la mesure où la personne assurée ne demande pas à changer d'assureur, le passage à la forme d'assurance Standard.

5 Changement de médecin ou résiliation de la forme d'assurance

- 5.1 En cas de déménagement en dehors de la zone de couverture HMO, la personne quitte la forme d'assurance HMO et passe à la forme d'assurance Standard au premier du mois suivant.
- 5.2 Lorsque le médecin coordinateur choisi met fin à la relation contractuelle avec les assurés HMO en tant que patients ou quitte le système de soins HMO, ceux-ci peuvent dans un délai de 30 jours après avis écrit d'Atupri désigner un nouveau médecin coordinateur comme médecin de famille ou passer à la forme d'assurance Standard. Si aucun choix n'est exercé par les assurés HMO pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard. En cas de passage d'un médecin CareMed au système de soins HMO, l'article 6.6 annexe CareMed s'applique.
- 5.3 Au lieu de passer à la forme d'assurance Standard, un passage à la forme d'assurance CareMed, TelFirst ou FlexCare est également possible, à condition que celles-ci soient disponibles pour la personne assurée et souhaitées par elle.

6 Exclusion et annulation de la forme d'assurance HMO

- 6.1 Atupri a le droit d'exclure des assurés HMO de la forme d'assurance HMO moyennant le respect d'un délai de préavis de 30 jours pour la fin d'un mois calendaire avec une des suivantes conditions étant remplie.
- 6.2 L'exclusion de la forme d'assurance HMO est possible dans les cas suivants:
 - a) En cas de violation des obligations par les assurés HMO au sens des articles 9 à 15.
 - b) En cas de séjour des assurés HMO dans un établissement médico-social, dans un home médicalisé pour personnes âgées ou dans le service pour maladies chroniques d'un hôpital pour soins.
 - c) En cas de séjour prolongé de plus de trois mois dans un hôpital pour soins aigus, une clinique psychiatrique ou une clinique de convalescence.
 - d) En cas de séjours à l'étranger de plus de trois mois des assurés HMO.
 - e) Dans tous les autres cas où le médecin coordinateur ne peut pas ou dans une mesure très restreinte uniquement influencer le traitement.

f) En cas de changements répétitifs et sans motif du médecin coordinateur (article 16.2).

- 6.3 Le fait de quitter la forme d'assurance HMO entraîne automatiquement un passage à la forme d'assurance Standard. Il n'y a dans ce cas plus le droit de souscrire une forme d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.
- 6.4 Lorsque la forme d'assurance HMO prend fin, cela conduit automatiquement au passage à la forme Standard.
- 6.5 Dans les régions où pour la même zone de couverture les formes d'assurance CareMed, TelFirst et FlexCare sont proposées, les assurés HMO peuvent au moment de l'expiration de la forme d'assurance HMO, conformément à l'article 6.4, également passer dans une de ces formes d'assurance dans un délai de 30 jours après avis écrit d'Atupri. Si aucun choix n'est exercé par les assurés HMO pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.

III Primes et participation aux coûts

7 Primes

Les assurés HMO profitent d'une réduction sur la prime de l'assurance de base. Le tarif correspondant de la prime en vigueur est déterminant.

8 Participation aux coûts

- 8.1 La facturation de la franchise et de la participation aux coûts pour les prestations fournies aux assurés HMO ainsi que de la contribution aux coûts pour les séjours à l'hôpital a lieu conformément aux dispositions légales de l'assurance de base ainsi qu'aux conditions d'assurance correspondantes d'Atupri.
- 8.2 L'assurance proposant des franchises au choix au sens des articles 18 à 20 des Conditions générales d'assurance (CGA) est également ouverte aux assurés HMO.

IV Droits et obligations des assurés HMO

9 Suivi et soins prodigués par le médecin coordinateur

- 9.1 Pour tous les traitements, les assurés HMO doivent toujours s'adresser d'abord à leur médecin coordinateur ou à son remplaçant, sauf en cas d'urgence selon article 10.
- 9.2 Font exception à cette limitation:
 - les examens gynécologiques préventifs et les soins obstétricaux selon article 12
 - un examen annuel chez l'ophtalmologue pour la prescription de lunettes ou de lentilles de contact
 - les traitements dentairesLe médecin coordinateur veille au besoin au caractère adéquat du traitement et de la prise en charge par d'autres médecins, auxiliaires médicaux ou à l'hôpital.
- 9.3 Si le médecin coordinateur est absent, les assurés HMO s'adressent à son remplaçant. En cas d'absence prolongée du médecin coordinateur, les assurés HMO peuvent choisir de faire appel à un autre médecin coordinateur ou passer à la forme d'assurance Standard.

- 9.4 Si des assurés HMO, en dehors d'une situation d'urgence, sollicitent directement des traitements ambulatoires ou stationnaires sans en avoir informé au préalable leur médecin coordinateur, ils supportent eux-mêmes les coûts occasionnés de ce fait.
- 9.5 Les assurés HMO doivent informer les fournisseurs de prestations consultés en dehors du réseau de médecins et/ou d'un cabinet de groupe HMO qu'ils ont conclu une assurance HMO.

10 Traitements d'urgence

- 10.1 En cas d'urgence, les assurés HMO s'adressent à leur médecin coordinateur. Au cas où ce dernier ne pourrait pas être rejoint, ils auront le choix de s'adresser à son suppléant ou bien au service d'urgence régional au domicile ou bien au lieu de résidence.
- 10.2 Au cas où une urgence exigerait une hospitalisation ou un traitement chez le médecin d'urgence, les assurés HMO sont tenus d'en informer ou de faire avertir le médecin coordinateur dès que possible et de lui présenter une attestation établie par le médecin d'urgence.

11 Traitements par le spécialiste

Au cas où le médecin coordinateur transférerait des assurés HMO à un spécialiste et au cas où ce dernier leur recommanderait un traitement plus étendu ou bien une intervention chirurgicale, les assurés HMO sont tenus d'en informer ou de faire avertir leur médecin coordinateur au préalable et de demander son autorisation.

12 Prise en charge /traitements gynécologiques

- 12.1 Les assurées HMO ont le libre choix en ce qui concerne les examens gynécologiques préventifs et des soins obstétricaux au cas où le médecin coordinateur n'appartiendrait pas à un cabinet de groupe HMO disposant également d'une gynécologue.
- 12.2 Pour tous les autres traitements gynécologiques, les assurées HMO sont tenues d'en informer leur médecin coordinateur au préalable et de demander son autorisation.

13 Hospitalisation

Toute hospitalisation relève de la compétence du médecin coordinateur et exige son autorisation (à l'exception des urgences au sens de l'article 10): le médecin coordinateur constatera la nécessité d'hospitalisation et adressera les assurés HMO à un hôpital.

14 Cures balnéaires et de convalescence

La prescription de cures balnéaires ou de convalescence relève de la compétence du médecin coordinateur et exige son autorisation au cas où les assurés feraient valoir des prétentions en remboursement.

15 Obligation de signaler des accidents

Les assurés HMO doivent informer leur médecin coordinateur sur tout accident et les traitements y relatifs, même si ceux-ci sont couverts par une assurance-accidents.

16 Changer de médecin coordinateur

- 16.1 Pour de justes motifs, les assurés HMO peuvent changer de médecin coordinateur le cas échéant pour le premier jour du mois suivant. Ils en informeront Atupri et leur médecin coordinateur actuel.
- 16.2 En cas de changements répétitifs et sans motif, Atupri se réserve le droit d'exclure les assurés HMO respectifs de la forme d'assurance HMO pour la fin d'un mois calendaire tout en respectant un délai de préavis de 30 jours. Cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.

V Dispositions diverses

17 Protection des données

La protection des données est garantie dans la forme d'assurance HMO. Atupri et le médecin coordinateur sont tenus de se fournir mutuellement les données nécessaires à la mise en œuvre de cette forme d'assurance particulière. Ils peuvent accéder réciproquement à toutes les factures reçues. Ces données sont analysées dans le cadre de la forme d'assurance HMO. Atupri peut mandater à cet effet un tiers spécialisé, sous réserve qu'elle l'astreigne aux obligations relatives à la protection des données.

18 Droit d'accès aux dossiers

En concluant la forme d'assurance HMO, les assurés HMO autorisent leur médecin coordinateur à accéder à toutes les données de traitement et de facturation concernant leurs soins médicaux. En cas de changement de médecin coordinateur, ils autorisent la transmission des informations à ce dernier et le délègue au secret professionnel.

TABLE DES MATIÈRES

I Dispositions générales		IV Droits et obligations des assurés CareMed	
1 Principe	15	9 Prise en charge / traitement par le médecin CareMed	16
2 Domaine d'application	15	10 Traitements d'urgence	17
II Rapport d'assurance		11 Traitements par le spécialiste	17
3 Conclusion	15	12 Prise en charge / traitements gynécologiques	17
4 Résiliation	16	13 Hospitalisation	17
5 Changement de médecin ou résiliation de CareMed	16	14 Cures balnéaires et de convalescence	17
6 Exclusion et annulation de CareMed	16	15 Obligation de signaler des accidents	17
		16 Changer de médecin CareMed	17
III Primes et participation aux coûts		V Dispositions diverses	
7 Primes	16	17 Protection des données	17
8 Participation aux coûts	16	18 Droit d'accès aux dossiers	17

I Dispositions générales

1 Principe

- 1.1 L'assurance CareMed est une forme particulière de l'assurance de base impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. Elle est basée sur le principe du médecin de famille où le médecin de famille désigné par les assurés CareMed assure la prise en charge et le conseil des assurés CareMed dans leur intégralité en ce qui concerne toute question de santé.
- 1.2 De principe, les assurés CareMed se déclarent prêts à faire effectuer tous les traitements et examens par le médecin CareMed ou à se faire transférer par ce dernier vers d'autres fournisseurs de prestations. Ils contribuent ainsi à une meilleure gestion des coûts des traitements médicaux.
- 1.3 Ces prestations sont basées sur des conventions cadres conclues entre Atupri et des organisations de médecins; elles stipulent les droits et obligations des deux parties ainsi que les types de financement éventuels. Atupri peut déléguer la conclusion et la gestion de ces contrats à un tiers (p. ex. à une organisation d'entreprise spécialisée dans ce domaine).
- 1.4 Les prestations garanties de CareMed sont basées sur l'étendue des prestations de l'assurance de base en tenant compte des dispositions restrictives pour la perception des prestations (articles 9 à 16).
- 1.5 L'offre CareMed dépend de la disposition des médecins à apporter leur contribution au sens de l'article 1.3 et de leur capacité d'accueil de nouveaux patients. Les personnes qui remplissent une proposition correspondante ne peuvent faire valoir aucune prétention relative à une telle offre, ni à la conclusion d'une assurance CareMed.

2 Domaine d'application

Les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) d'Atupri s'appliquent à moins que ces dispositions ne comportent des règles divergentes.

II Rapport d'assurance

3 Conclusion

- 3.1 Toutes les personnes assurées disposant déjà ou souhaitant disposer d'une assurance de base chez Atupri et ayant leur domicile dans la zone où Atupri propose cette forme d'assurance peuvent souscrire une assurance CareMed. Article 1.5 demeure ainsi réservé. CareMed est en principe conclue avec effet au début d'une année civile; pour une assurance avec franchise ordinaire, la conclusion peut également prendre effet le premier jour du mois suivant.
- 3.2 Lors de la conclusion de CareMed, les assurés CareMed désignent un médecin CareMed affilié au réseau CareMed régional comme médecin de famille. Ce faisant, ils s'assurent que le médecin choisi n'a pas refusé de nouveaux patients par manque de capacités. Un changement ultérieur du médecin de famille au sein du réseau des médecins CareMed affiliés est possible (article 16).
- 3.3 La conclusion de CareMed est exclue dans les cas suivants:
 - le médecin CareMed ne peut pas ou dans une mesure très restreinte uniquement influencer le traitement, l'article 6.2 (lettres b à d) y est applicable en substance;
 - avec une distance excessive entre le lieu de résidence de l'assurance et le cabinet du médecin CareMed empêchant les visites à domicile.

4 Résiliation

- 4.1 Le passage de CareMed à une autre forme d'assurance est possible pour la fin d'une année civile au moyen d'une résiliation, dans le respect des délais de résiliation au sens des articles 14.1 et 14.2 des conditions générales d'assurance (CGA).
- 4.2 La résiliation entraîne, dans la mesure où la personne assurée ne demande pas à changer d'assureur, le passage à la forme d'assurance Standard.

5 Changement de médecin ou résiliation de CareMed

- 5.1 En cas de déménagement en dehors de la zone de couverture CareMed, la personne quitte la forme d'assurance CareMed et passe à la forme d'assurance Standard au premier du mois suivant.
- 5.2 Lorsque le médecin CareMed désigné met fin à la relation contractuelle avec les assurés CareMed en tant que patients ou quitte le système de soins CareMed, ceux-ci peuvent dans un délai de 30 jours après avis écrit d'Atupri désigner un nouveau médecin CareMed comme médecin de famille ou passer à la forme d'assurance Standard. Si aucun choix n'est exercé par les assurés CareMed pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard. Lors d'un changement d'un médecin CareMed dans un système de soins HMO l'article 6.6 sera applicable.
- 5.3 Au lieu de passer à la forme d'assurance Standard, un passage à la forme d'assurance HMO, TelFirst ou FlexCare est également possible, à condition que celles-ci soient disponibles pour la personne assurée et souhaitées par elle.

6 Exclusion et annulation de CareMed

- 6.1 Atupri a le droit d'exclure des assurés CareMed de l'assurance médecin de famille CareMed moyennant le respect d'un délai de préavis de 30 jours pour la fin d'un mois calendaire avec une des suivantes conditions étant remplies.
- 6.2 L'exclusion de CareMed est possible dans les cas suivants:
 - a) En cas de violation des obligations par des assurés CareMed au sens des articles 9 à 15.
 - b) En cas de séjour des assurés CareMed dans un établissement médico-social, dans un home médicalisé pour personnes âgées ou dans le service pour maladies chroniques d'un hôpital pour soins aigus.
 - c) En cas de séjour prolongé de plus de trois mois dans un hôpital pour soins aigus, une clinique psychiatrique ou une clinique de convalescence.
 - d) En cas de séjours à l'étranger de plus de trois mois des assurés CareMed.
 - e) Dans tous les autres cas où le médecin CareMed ne peut pas ou dans une mesure très restreinte uniquement influencer le traitement.
 - f) En cas de changements répétitifs et sans motif du médecin CareMed (article 16.2).
- 6.3 L'exclusion de CareMed entraîne le transfert automatique dans la forme d'assurance Standard. Dans ce

cas, il n'y a aucun droit à une autre conclusion d'une forme d'assurance avec choix restreint des fournisseurs de prestations.

- 6.4 Lorsque CareMed prend fin, cela entraîne automatiquement un passage à la forme d'assurance Standard.
- 6.5 Dans des régions, où les formes d'assurances HMO, TelFirst ou bien FlexCare sont proposées dans le même rayon d'activité, les assurés CareMed, lors d'une annulation de CareMed, peuvent migrer vers une de ces formes d'assurances au sens de l'article 6.4 dans un délai de 30 jours suite à une demande écrite de la part d'Atupri. Si aucun choix n'est exercé par les assurés CareMed pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.
- 6.6 Lors de l'affiliation du médecin CareMed désigné à la forme d'assurance HMO du fait de nouvelles conventions contractuelles, les assurés affiliés seront automatiquement transférés dans la forme d'assurance HMO à condition qu'un rabais identique sur les primes soit accordé. Les assurés concernés ont, dans un délai de 30 jours après que le transfert ait eu lieu, le droit de demander à passer à la forme d'assurance Standard, TelFirst ou FlexCare, ou bien, dans le cadre de CareMed, de désigner un autre médecin de famille que le médecin CareMed.

III Primes et participation aux coûts

7 Primes

Les assurés CareMed profitent d'une réduction sur la prime de l'assurance de base. Le tarif correspondant de la prime en vigueur est déterminant.

8 Participation aux coûts

- 8.1 L'imputation de la franchise et de la quote-part pour les prestations fournies aux assurés CareMed, ainsi que la contribution aux frais d'un séjour hospitalier se basent aux dispositions légales de l'assurance obligatoire des soins et aux conditions d'assurance y relatifs d'Atupri.
- 8.2 L'assurance proposant des franchises au choix au sens des articles 18 à 20 des Conditions générales d'assurance (CGA) est également ouverte aux assurés CareMed.

IV Droits et obligations des assurés CareMed

9 Prise en charge/traitement par le médecin CareMed

- 9.1 Pour tous les traitements, les assurés CareMed s'adressent toujours en premier à leur médecin CareMed, excepté dans des cas d'urgence tels que décrits à l'article 10.
- 9.2 Les exceptions à cette restriction sont les suivantes:
 - consultations gynécologiques préventives et suivi obstétrical conformément à l'article 12,
 - une consultation annuelle chez l'oculiste pour la prescription de lunettes ou de lentilles de contact,
 - traitements dentaires.Le médecin CareMed veille si besoin à un traitement et un encadrement appropriés par d'autres médecins, par du personnel médical auxiliaire ou à l'hôpital.

9.3 Si le médecin CareMed est absent, les assurés CareMed s'adressent à son remplaçant. En cas d'absence prolongée du médecin CareMed désigné comme médecin traitant, les assurés CareMed peuvent choisir de faire appel à un autre médecin CareMed régional en tant que médecin de famille, ou de passer à la forme d'assurance Standard.

9.4 Si, en dehors d'une situation d'urgence, les assurés CareMed demandent directement des traitements ambulatoires ou stationnaires sans instructions préalables de la part de leur médecin CareMed, ils assument eux-mêmes l'ensemble des coûts y afférents.

9.5 Les assurés CareMed sont tenus d'informer le prestataire qu'ils consultent en dehors du système du médecin de famille CareMed du fait qu'ils ont souscrit l'assurance CareMed.

10 Traitements d'urgence

10.1 En cas d'urgence, les assurés CareMed s'adressent à leur médecin CareMed. Au cas où ce dernier ne pourrait pas être rejoint, ils auront le choix de s'adresser à son suppléant ou bien au service d'urgence régional au domicile ou bien au lieu de résidence.

10.2 Au cas où une urgence exigerait une hospitalisation ou un traitement chez le médecin d'urgence, les assurés CareMed sont tenus d'en informer ou de faire avvertir le médecin CareMed dès que possible et de lui présenter une attestation établie par le médecin d'urgence.

11 Traitements par le spécialiste

Au cas où le médecin CareMed transférerait des assurés CareMed à un spécialiste et au cas où ce dernier leur recommanderait un traitement plus étendu ou bien une intervention chirurgicale, les assurés CareMed sont tenus d'en informer ou de faire avvertir leur médecin CareMed et de demander son autorisation au préalable.

12 Prise en charge /traitements gynécologiques

12.1 Les assurées CareMed ont le libre choix en ce qui concerne les examens gynécologiques préventifs ou la prise en charge obstétrique.

12.2 Pour tous les autres traitements gynécologiques, les assurées CareMed sont tenues d'en informer leur médecin CareMed au préalable et de demander son autorisation.

13 Hospitalisation

Toute hospitalisation relève de la compétence du médecin CareMed et exige son autorisation (à l'exception des urgences au sens de l'article 10): le médecin CareMed constatera la nécessité d'hospitalisation et adressera les assurés CareMed à un hôpital.

14 Cures balnéaires et de convalescence

La prescription de cures balnéaires ou de convalescence relève de la compétence du médecin CareMed et exige son autorisation au cas où les assurés feraient valoir des prétentions en remboursement.

15 Obligation de signaler des accidents

Les assurés CareMed doivent informer leur médecin CareMed sur tout accident et les traitements y relatifs, même si ceux-ci sont couverts par une assurance-accidents.

16 Changer de médecin CareMed

16.1 Pour de justes motifs, les assurés CareMed peuvent changer de médecin CareMed pour le premier jour du mois suivant le cas échéant. Ils en informeront Atupri et leur médecin CareMed actuel.

16.2 En cas de changements répétitifs sans motif, Atupri se réserve le droit d'exclure les assurés CareMed respectifs de CareMed pour la fin d'un mois calendaire tout en respectant un délai de préavis de 30 jours. Cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.

V Dispositions diverses

17 Protection des données

La protection des données est garantie dans le système du médecin de famille CareMed. Atupri est tenue de fournir au médecin CareMed les données nécessaires à la mise en œuvre de l'assurance médecin de famille. Le médecin CareMed a accès à toutes les factures reçues par Atupri. Ces données sont analysées dans le cadre du système du médecin de famille. Atupri peut mandater à cet effet un tiers spécialisé, sous réserve qu'elle l'astreigne aux obligations relatives à la protection des données.

18 Droit d'accès aux dossiers

En concluant la forme d'assurance CareMed, les assurés CareMed autorisent leur médecin CareMed à accéder à toutes les données de traitement et de facturation concernant leurs soins médicaux. En cas de changement de médecin CareMed, ils autorisent la transmission des informations à ce dernier et le délient du secret professionnel.

TABLE DES MATIÈRES

I Dispositions générales		IV Droits et obligations des assurés FlexCare	
1 Principes	18	10 Conseil et traitement par le centre	19
2 Domaine d'application	18	11 Cas particuliers et exceptions	20
II Conditions d'assurance		12 Obligation de signaler des accidents	20
3 Conclusion	18	13 Droit d'accès aux dossiers et traitement des données	20
4 Résiliation	19	V Dispositions diverses	
5 Fin de FlexCare	19	14 Protection des données	20
6 Exclusion de FlexCare	19	15 Échange de données	20
7 Annulation de FlexCare	19	16 Conseil et responsabilité	20
III Primes et participation aux coûts			
8 Primes	19		
9 Participation aux coûts	19		

I Dispositions générales

1 Principes

- 1.1 L'assurance FlexCare est une forme particulière de l'assurance de base impliquant un choix limité des prestataires. Elle repose sur le principe qu'une première consultation médicale ou un premier traitement médical est effectué(e), puis qu'un plan thérapeutique est convenu avec la personne assurée si cela s'impose.
- 1.2 Les consultations se font en principe par téléphone par un centre de téléconsultation ou dans le cadre d'un contact personnel direct dans des centres de santé (ci-après «centre»).
- 1.3 Les assurés FlexCare déclarent qu'ils sont disposés à solliciter une consultation médicale auprès du centre pour toute question médicale. Le centre convient avec l'assuré FlexCare de la suite du traitement et définit un plan thérapeutique individuel. Ce dernier est contraignant pour l'assuré. Les assurés FlexCare contribuent ainsi à une meilleure gestion des coûts des soins médicaux.
- 1.4 Le centre est exploité par une société indépendante d'Atupri, qui emploie des médecins et du personnel paramédical. Ces derniers sont disponibles à tout moment pour une consultation médicale.
- 1.5 Le choix des médecins spécialisés nécessaires pour le plan thérapeutique se limite au réseau de partenaires défini contractuellement par la compagnie, pour autant qu'il ne soit pas nécessaire de faire appel pour des raisons médicales à des médecins ne faisant pas partie de ce réseau.

- 1.6 Les prestations garanties de FlexCare sont basées sur l'étendue des prestations de l'assurance de base en tenant compte des dispositions restrictives pour la perception des prestations (articles 9 à 16).

2 Domaine d'application

- 2.1 Les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) d'Atupri s'appliquent à moins que ces dispositions ne comportent des règles divergentes.
- 2.2 Atupri définit les régions dans lesquelles la forme d'assurance FlexCare est proposée. Pour ces régions, des zones de primes sont fixées selon l'article 61, alinéa 2bis de la LAMal, et des précisions correspondantes sont données dans le tarif des primes.

II Conditions d'assurance

3 Conclusion

- 3.1 Toutes les personnes assurées disposant déjà ou souhaitant disposer d'une assurance de base chez Atupri et ayant leur domicile dans la zone où Atupri propose cette forme d'assurance peuvent souscrire une assurance FlexCare. FlexCare est en principe conclue avec effet au début d'une année civile; pour une assurance avec franchise ordinaire, la conclusion peut également prendre effet le premier jour du mois suivant.
- 3.2 Si la surveillance et la coordination du traitement médical par le centre ne peuvent pas être effectuées, FlexCare ne peut pas être conclue.
- 3.3 Si la sollicitation d'une consultation n'est pas possible pendant plus de trois mois au début de l'assurance, FlexCare ne peut pas non plus être conclue.

4 Résiliation

- 4.1 Le passage de FlexCare à une autre forme d'assurance est possible pour la fin d'une année civile au moyen d'une résiliation, dans le respect des délais de résiliation au sens des articles 14.1 et 14.2 des conditions générales d'assurance (CGA).
- 4.2 La résiliation entraîne, dans la mesure où la personne assurée ne demande pas à changer d'assureur, le passage à la forme d'assurance Standard.

5 Fin de FlexCare

- 5.1 En cas de déménagement en dehors de la zone dans laquelle FlexCare est proposée, FlexCare prend automatiquement fin et un passage à la forme d'assurance Standard a lieu au premier du mois suivant.
- 5.2 Si l'offre de FlexCare prend entièrement fin ou seulement dans une certaine zone, les assurés FlexCare peuvent alors passer dans un délai de 30 jours à la forme d'Assurance TelFirst ou bien aux formes d'assurance HMO ou CareMed, à condition que ces formes soient également disponibles pour les personnes assurées. Si aucun choix n'est exercé par les assurés FlexCare pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.

6 Exclusion de FlexCare

- 6.1 Atupri a le droit d'exclure des assurés FlexCare de l'assurance FlexCare pour la fin d'un mois moyennant un préavis de 30 jours, si l'une des conditions ci-dessous est remplie.
- 6.2 L'exclusion de FlexCare est possible:
 - a) dès la première violation des obligations qui incombent aux assurés FlexCare au sens des articles 10 et 11;
 - b) en cas de séjour des assurés FlexCare dans un établissement médico-social, dans la division soins d'un home pour personnes âgées ou un service pour malades chroniques d'un hôpital pour soins aigus;
 - c) en cas de séjour prolongé de plus de trois mois dans un hôpital pour soins aigus, une clinique psychiatrique ou une clinique de réadaptation;
 - d) en cas de séjour à l'étranger de plus de trois mois des assurés FlexCare.
- 6.3 Comme condition de l'exclusion selon l'article 6.2 (lettres b et c), l'article 3.2 s'applique par analogie.
- 6.4 Le fait de quitter FlexCare entraîne automatiquement un passage à la forme d'assurance Standard. Après une exclusion, la nouvelle conclusion d'une forme d'assurance avec choix restreint des fournisseurs de prestations n'est possible ni pendant l'année civile en cours, ni celle qui suit.

7 Annulation de FlexCare

- 7.1 Si la collaboration entre Atupri et le centre prend fin, la forme d'assurance FlexCare est supprimée. Cela conduit au passage à la forme d'assurance Standard.
- 7.2 Dans des régions où les formes d'assurance TelFirst, CareMed ou HMO sont proposées dans le même rayon d'activité, les assurés FlexCare peuvent, en cas

d'annulation de FlexCare selon l'article 7.1, migrer vers l'une de ces formes d'assurance dans un délai de 30 jours à compter de l'invitation écrite correspondante d'Atupri. Si aucun choix n'est exercé par les assurés FlexCare pendant cette période, cela conduit automatiquement au passage à la forme d'assurance Standard.

III Primes et participation aux coûts

8 Primes

Les assurés FlexCare profitent d'une réduction sur la prime de l'assurance de base. Le tarif correspondant de la prime en vigueur est déterminant.

9 Participation aux coûts

- 9.1 La facturation de la franchise et de la participation aux coûts pour les prestations fournies aux assurés FlexCare ainsi que de la contribution aux coûts pour les séjours à l'hôpital a lieu conformément aux dispositions légales de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) ainsi qu'aux conditions d'assurance correspondantes d'Atupri.
- 9.2 L'assurance proposant des franchises à option au sens des articles 18 à 20 des Conditions générales d'assurance (CGA) est également ouverte aux assurés FlexCare.

IV Droits et obligations des assurés FlexCare

10 Conseil et traitement par le centre

- 10.1 Avant de demander des prestations et des traitements médicaux qui ne sont pas pris en considération dans un plan thérapeutique existant, les assurés FlexCare doivent toujours s'adresser d'abord au centre. Ce dernier conseille les assurés sur le plan médical et définit le plan thérapeutique, d'entente avec ceux-ci. Ce dernier stipule la durée de traitement prévisible, les mesures, les médicaments prescrits, les contrôles ultérieurs ainsi que, le cas échéant, les autres fournisseurs de prestations requis.
- 10.2 Le plan thérapeutique est contraignant pour les assurés FlexCare, dans le sens où ces derniers sont tenus de ne consulter que les fournisseurs de prestations stipulés pour la durée de traitement définie.
- 10.3 Les éventuels transferts et conventions entre les fournisseurs de prestations actuels et la personne assurée, qui avaient été conclus avant la migration dans la forme d'assurance FlexCare, n'ont aucune validité et ne sont pas pris en considération.
- 10.4 Si une adaptation du plan de traitement s'avère nécessaire en cours de traitement eu égard à la durée et/ou aux fournisseurs de prestations, l'assuré FlexCare doit en discuter au préalable avec le centre.
- 10.5 Les renvois en dehors du plan thérapeutique fixé doivent préalablement être discutés avec le centre et requièrent le consentement de ce dernier.
- 10.6 En ce qui concerne le personnel paramédical, notamment des physiothérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes, qui fournissent des prestations à la demande du médecin, aucune prise de contact préalable avec le centre n'est nécessaire. La condition

à remplir est toutefois que le transfert vers le personnel paramédical par un médecin intervienne dans le cadre du plan thérapeutique convenu et de sa durée de validité.

11 Cas particuliers et exceptions

- 11.1 Le traitement des urgences est assuré dans le cadre de la forme d'assurance Standard et doit être signalé au centre aussi rapidement que possible, au plus tard toutefois dans un délai de 20 jours.
- 11.2 Pour la première consultation gynécologique ou ophtalmologique au cours d'une année civile, la prise de contact préalable avec le centre n'est pas obligatoire.
- 11.3 L'admission dans un hôpital ou un établissement médico-social doit préalablement être convenue avec le centre et requiert le consentement de ce dernier. La sortie d'un hôpital ou d'un établissement médico-social doit être annoncée au centre le plus tôt possible, au plus tard toutefois dans les 20 jours.

12 Obligation de signaler des accidents

Les assurés FlexCare doivent informer le centre et leur médecin de tout accident et des traitements y relatifs, même si ceux-ci sont couverts par une assurance-accidents.

13 Droit d'accès aux dossiers et traitement des données

Lors de la conclusion de FlexCare, les assurés acceptent le principe de l'accès aux données et de leur traitement au sens des articles 14 et 15.

V Dispositions diverses

14 Protection des données

- 14.1 La société qui exploite le centre est tenue de respecter les dispositions en matière de protection des données prévues par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et la loi sur la protection des données (LPD).
- 14.2 Atupri garantit le traitement consciencieux des informations rassemblées en relation avec FlexCare. Les personnes assurées sont protégées contre l'utilisation illicite des données informatisées les concernant dans le cadre des dispositions de la LPD.

15 Échange de données

- 15.1 Pour permettre l'identification des personnes assurées, l'assureur autorise la société d'exploitation à accéder aux données personnelles actualisées des assurés. Ces données comprennent le numéro d'assuré, le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse ainsi que la couverture d'assurance correspondante. La société qui exploite le centre a en outre le droit de consulter toutes les factures enregistrées afin de les évaluer dans le cadre de la forme d'assurance FlexCare. À des fins d'évaluation, l'assureur peut mettre les factures des fournisseurs de prestations concernant des assurés à la disposition du centre.

- 15.2 Le centre met les informations importantes relatives à la définition des prestations, telles la date de l'appel, ainsi que la date et la durée du plan thérapeutique, à la disposition de l'assureur pour la consultation chez le fournisseur de prestations. Ni les données médicales, ni les autres données personnelles sensibles selon LPD, ne sont transmises. Le centre est par ailleurs tenu au secret professionnel en vertu de l'article 33 de la LPGA.

16 Conseil et responsabilité

- 16.1 Le conseil fourni par le centre est gratuit pour les assurés FlexCare; ces derniers ne paient que le tarif téléphonique fixé par l'opérateur correspondant. Les conversations téléphoniques sont enregistrées par le centre et archivées.
- 16.2 Le centre assume l'entière responsabilité des consultations effectuées par téléphone et des informations fournies par ce biais.

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA) POUR LES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SELON LA LOI SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE (LCA)

Édition du 1^{er} janvier 2017

TABLE DES MATIÈRES

I Généralités		V Obligations et justification des prétentions	
1 Bases	21	25 Obligation de renseigner et protection des données	24
2 Objet des assurances	21	25a Obligation de traitement médical	24
3 Validité territoriale	21	26 Obligation d'annonce en cas de traitement ambulatoire	24
II Définitions		27 Obligation d'annonce en cas de traitement hospitalier	24
4 Forme masculine et féminine	22	28 Obligation d'annonce en cas de cure	25
5 Maladie et maternité	22	29 Justification des prétentions	25
6 Accident	22	30 Obligation d'annonce en cas de changement de domicile	25
7 Fournisseurs de prestations	22		
8 Période d'assurance	22		
III Conditions d'assurance		VI Restriction de la protection d'assurance	
9 Personnes assurées	22	31 Exclusions	25
10 Proposition d'assurance	22	32 Réductions	25
11 Conclusion de l'assurance	22	33 Négligence grave	25
12 Début de la protection d'assurance	22	34 Pluralité d'assurances	25
13 Durée du contrat	22	35 Versement des prestations	25
14 Remplacement d'un contrat d'assurance	22		
15 Fin des assurances	23	VII Divers	
15a Suspension de la couverture d'assurance	23	36 Lieu d'exécution et for	26
16 Résiliation	23	37 Communications	26
17 Retrait	23	38 Tarifs des fournisseurs de prestations	26
18 Extinction du droit aux prestations	23	39 Adaptation des prestations	26
IV Primes		40 Droit de transfert dans l'assurance individuelle	26
19 Tarif de primes	23	41 Compensation	26
20 Échéance et paiement des primes	23	42 Conventions particulières	26
21 Retard dans le paiement des primes	24	43 Cession	26
22 Remboursement des primes	24		
23 Adaptation	24		
24 Modification de l'échelonnement des primes	24		

I Généralités

1 Bases

- 1.1 Les bases du contrat sont constituées par:
 - les Conditions générales d'assurance (CGA)
 - les Conditions complémentaires d'assurance (CCA)
 - les éventuelles Conditions particulières d'assurance
 - ainsi que les dispositions figurant dans la police d'assurance et les éventuels avenants y relatifs
 - les déclarations écrites que le preneur d'assurance et les personnes à assurer ont faites dans la proposition d'assurance, dans le rapport du médecin examinateur, ainsi que dans d'autres documents
- 1.2 Dans la mesure où un état de fait n'est pas réglé expressément dans les documents mentionnés ci-dessus, la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) est déterminante.

2 Objet des assurances

- 2.1 Les conséquences économiques suite à une maladie, une maternité ou un accident sont assurables en complément de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et sur l'assurance-accidents selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LLA).
- 2.2 Les détails concernant les différentes catégories d'assurance sont réglés dans les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) respectives.

3 Validité territoriale

- 3.1 Les assurances sont valables dans le monde entier.
- 3.2 Les prestations à l'étranger sont versées en cas d'urgence, dans la mesure où les Conditions complé-

mentaires d'assurance (CCA) le prévoient. Est considéré comme cas d'urgence le fait que la personne assurée ait besoin d'un traitement médical lors d'un séjour temporaire à l'étranger et qu'un retour en Suisse ne soit pas approprié. Par contre, n'est pas considéré comme cas d'urgence le fait qu'une personne assurée se rende à l'étranger pour y subir un traitement.

- 3.3 Un corridor de 20 kilomètres à vol d'oiseau dans le rayon d'activité d'Atupri Assurance de la santé (ci-après dénommée Atupri), à l'exception de la région de la Principauté de Liechtenstein, est assimilé à la Suisse.

II Définitions

4 Forme masculine et féminine

La forme masculine choisie dans les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) ainsi que les autres dispositions sont également valables pour les personnes de sexe féminin.

5 Maladie et maternité

- 5.1 Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.
- 5.2 La grossesse et l'accouchement sont assimilés à la maladie.

6 Accident

- 6.1 La définition de l'accident correspond à celle figurant dans la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).
- 6.2 En conséquence, l'accident vaut comme influence nuisible subite, non volontaire, d'un facteur extérieur inhabituel sur le corps humain ou comme lésions corporelles assimilées à un accident ou comme maladies professionnelles, entraînant une réduction de la santé physique ou mentale ou le décès.

7 Fournisseurs de prestations

- 7.1 Sont réputées fournisseurs de prestations au sens du contrat les personnes et les institutions qui sont admises à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon les articles 35 et suivants de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal ou à la charge de l'assurance accidents selon l'article 53 LAA.
- 7.2 Sous réserve de dispositions dérogatoires contenues dans les Conditions complémentaires d'assurance (CCA).

8 Période d'assurance

L'année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) est réputée période d'assurance.

III Conditions d'assurance

9 Personnes assurées

Sont assurées les personnes mentionnées dans la police d'assurance.

10 Proposition d'assurance

- 10.1 Lors de la conclusion ou d'une modification d'assurance, il y a lieu de remplir sincèrement et complètement le formulaire de proposition d'assurance prévu à cet effet et de le remettre à Atupri. Atupri peut subordonner sa décision au résultat d'un examen médical qu'elle ordonne.
- 10.2 Un nouveau-né peut être assuré dès le jour de sa naissance, dans la mesure où le formulaire de proposition d'assurance est parvenu à Atupri avant la naissance.
- 10.3 Si, lors de la conclusion de l'assurance, le proposant, respectivement la personne assurée, omet de déclarer ou déclare avec inexactitude un fait important qu'il/ qu'elle connaissait ou aurait dû connaître, notamment des maladies ou des suites d'accident existant au moment de la proposition d'assurance ou ayant existé antérieurement, Atupri peut se départir du contrat dans les 4 semaines à partir du moment où elle en a eu connaissance.

11 Conclusion de l'assurance

- 11.1 Atupri est autorisée à exclure des prestations pour certaines maladies, la maternité et des suites d'accidents ou de refuser l'assurance intégralement, sans donner de justification au proposant.
- 11.2 Aucune exclusion de prestations ne pourra être prononcée lors de l'admission d'enfants, si la proposition d'assurance est présentée avant la naissance. Les dispositions dérogatoires des Conditions complémentaires d'assurance (CCA) demeurent réservées.
- 11.3 Les assurances peuvent être conclues par des personnes domiciliées dans le rayon d'activité d'Atupri, jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

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 à partir du jour indiqué dans la police d'assurance, toutefois au plus tôt dès la remise de la police d'assurance ou dès l'acceptation écrite de la proposition d'assurance.

13 Durée du contrat

- 13.1 La durée minimale du contrat correspond à une période d'assurance.
- 13.2 À l'échéance d'une période d'assurance, les assurances se renouvellent tacitement d'année en année dans la mesure où les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) ou la police d'assurance ne prévoient pas de réglementation contraire.

14 Remplacement d'un contrat d'assurance

Lorsqu'un contrat d'assurance existant auprès d'Atupri est remplacé par un nouveau contrat, les prestations touchées antérieurement et limitées dans le temps ou faisant l'objet d'un montant maximal sont imputées sur le droit aux prestations futures.

15 Fin des assurances

Les assurances prennent fin en cas de:

- 15.1 décès de la personne assurée
- 15.2 résiliation
- 15.3 retrait selon les articles 17.1 et 21.2 ci-après
- 15.4 transfert du domicile civil à l'étranger
- 15.5 transfert du lieu de séjour habituel vers l'étranger pendant plus de 12 mois, dans la mesure où les assurances n'ont pas été suspendues selon l'article 15a ou dans la mesure où un autre accord écrit a été conclu

15a Suspension de la couverture d'assurance

- 15a.1 La personne assurée peut, en contrepartie d'un supplément, suspendre sur demande le droit légal aux prestations des assurances individuelles ou supplémentaires lorsqu'elle
 - séjourne pendant plus de six mois à l'étranger et y transfère son domicile ou
 - est contrainte de s'assurer provisoirement auprès d'un tiers en raison de son activité professionnelle.Il n'existe pas de droit à la suspension. La durée maximale de suspension est de 30 mois.
- 15a.2 La suspension débute après le dépôt de la demande au plus tôt au début du mois après entrée en vigueur de la raison de la suspension.
- 15a.3 La personne assurée a 30 jours au maximum après suppression de la raison de suspension ou après expiration de la durée maximale pour réactiver les couvertures d'assurance suspendues. Les primes sont à cet égard adaptées selon l'article 24.1. Si la protection d'assurance n'est pas réactivée dans le délai nommé, les assurances suspendues expirent sans notification supplémentaire.
- 15a.4 Le temps de suspension n'est pas compté pour la durée d'assurance nécessaire respective en cas de variantes d'assurance suivantes:
 - en cas de diminution ou d'annulation de franchises au choix selon les CCA Hôpital Combi, article 18.4, ou CCA Hôpital, article 11.4
 - en cas de changement de la catégorie Opti 1 à Opti 2 selon les CCA Hôpital Combi, article 18a.7, ou CCA Hôpital, article 12.7

16 Résiliation

- 16.1 L'assuré peut résilier les assurances après la durée de contrat minimale selon l'article 13.1. Les conditions complémentaires d'assurance (CCA) peuvent prévoir une durée minimale plus longue pour certaines assurances. La résiliation peut être déclarée sous respect d'un délai de résiliation de trois mois à la fin de chaque période d'assurance.
- 16.2 L'assuré peut, en cas de modification des tarifs de primes et/ou des réglementations de franchises et de quotes-parts selon l'article 23 ainsi qu'en cas de modifications de l'échelonnement des primes selon l'article 24.1, résilier l'assurance qui subit l'une des modifications citées.
- 16.3 La résiliation doit être effectuée par voie écrite. Elle est considérée effective lorsqu'elle parvient à Atupri

au plus tard le dernier jour avant le début du délai de résiliation.

- 16.4 Atupri renonce à user de son droit de résiliation, dans la mesure où les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) ou la police d'assurance ne prévoient pas de réglementation contraire.

17 Retrait

- 17.1 Après chaque événement pour lequel Atupri doit fournir une prestation de l'assurance correspondante, le preneur d'assurance peut se retirer du contrat. Le retrait de l'assurance doit être communiqué au plus tard 14 jours après que la personne assurée a pris connaissance du versement des prestations. La couverture prend fin à la réception du message chez Atupri. La prime n'est plus due pour le reste de la période d'assurance en cours.
- 17.2 Atupri renonce expressément à user du droit que lui confère la loi, à savoir de se départir du contrat après la survenance d'un événement assuré, à moins que le preneur d'assurance n'ait enfreint l'obligation d'informer 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 maladies ou accidents en cours de traitement, s'éteint à la fin de l'assurance.

IV Primes

19 Tarif de primes

- 19.1 Les primes sont calculées par période d'assurance 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 et le domicile civil.

20 Échéance et paiement des primes

- 20.1 En règle générale, la prime annuelle est payable par acomptes mensuels. Ceux-ci sont échus le premier de chaque mois d'une période à payer, selon les modalités de paiement choisies. Atupri peut convenir d'autres modes de paiement.
- 20.2 Pour les primes annuelles jusqu'à CHF 400.–, Atupri peut exiger le versement de toute la prime annuelle d'un seul coup.
- 20.3 Les acomptes impayés arrivant à échéance au cours de l'année sont considérés uniquement comme différés.
- 20.4 (Supprimé)
- 20.5 La perception des primes et des participations aux coûts, les remboursements et autres versements de créances s'effectuent par le biais du trafic des paiements ordinaire. Atupri peut prévoir des dérogations pour l'encaissement des primes.
- 20.6 Atupri effectue des versements de remboursements à l'assuré exclusivement via un compte bancaire ou postal. Il convient d'informer Atupri des coordonnées bancaires correspondantes dans les délais.
- 20.7 Dans le cadre des contrats collectifs, la perception des primes, les participations aux coûts et les remboursements ont lieu en accord avec la partie qui a conclu le contrat.

21 Retard dans le paiement des primes

- 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 également les conséquences du retard. Si la sommation reste sans effet, l'obligation de verser des prestations, pour Atupri, est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation.
- 21.2 Si Atupri n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation selon l'alinéa 1 ci-dessus, elle est censée s'être départie du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée.
- 21.3 Si Atupri a ouvert des poursuites en recouvrement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation de verser des prestations reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais. Atupri n'est pas tenue 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.
- 21.4 Les dispositions des alinéas 1 à 3 ci-dessus s'appliquent également aux participations aux coûts impayées.

22 Remboursement des primes

Si, pour des raisons légales ou contractuelles, l'assurance est annulée avant l'expiration de la période d'assurance convenue, Atupri rembourse la part de la prime acquittée pour la période d'assurance non échue, respectivement renonce à exiger le paiement d'acomptes arrivant à échéance ultérieurement.

23 Adaptation

Si les tarifs de primes et/ou les réglementations relatives à la participation aux coûts changent, Atupri peut exiger l'adaptation de l'assurance au premier jour de la prochaine période d'assurance. À cet effet elle doit communiquer les nouvelles conditions du contrat par écrit au preneur d'assurance au minimum 30 jours avant l'entrée en vigueur des nouvelles conditions contractuelles. L'assuré a à cet égard le droit de résilier l'assurance qui subit une modification des tarifs de primes et/ou de réglementations de quotes-parts à la fin de la période d'assurance en cours. La résiliation doit parvenir à Atupri au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours. Si le preneur d'assurance omet de résilier l'assurance, il est censé avoir accepté l'adaptation de l'assurance.

24 Modification de l'échelonnement des primes

- 24.1 En cas de changement de domicile civil, Atupri peut adapter la prime avec effet au moment du changement de domicile. Si une telle modification entraîne une augmentation des primes, le preneur d'assurance peut résilier l'assurance dans les 30 jours à partir du moment où il a connaissance des nouvelles primes, pour la date de la modification. Si le preneur d'assurance ne résilie pas son assurance, il est censé avoir accepté la modification de l'assurance.

- 24.2 Les primes sont adaptées à l'âge actuel de la personne assurée. L'adaptation des primes a lieu au début de la période d'assurance durant laquelle l'âge subit une modification de l'échelonnement. Dans ce cas, il existe un droit de résiliation conformément à l'article 23.

V Obligations et justification des prétentions

25 Obligation de renseigner et protection des données

- 25.1 Atupri est en droit de demander aux fournisseurs de prestations des justificatifs et des renseignements supplémentaires, en particulier des certificats médicaux. Les preneurs d'assurance et/ou les personnes assurées doivent en outre fournir des renseignements complets et véridiques sur tout ce qui concerne le sinistre, ainsi que les maladies et/ou accidents antérieurs. Ils délient les fournisseurs de prestations qui les soignent ou les ont soignés du secret professionnel à l'égard d'Atupri et les autorisent à communiquer à cette dernière tous les renseignements demandés.
- 25.2 Atupri est autorisée à obtenir des informations pertinentes de tierces personnes et à consulter des dossiers officiels.
- 25.3 Atupri assure le respect permanent de la protection des données selon les dispositions de la loi fédérale sur la protection des données (LPD). Elle traite les informations obtenues confidentiellement.
- 25.4 Si nécessaire, les données requises seront transmises à des tiers concernés, surtout à des coassureurs, réassureurs et autres assureurs concernés. Par ailleurs, des informations peuvent être transmises à des tiers responsables et leurs assureurs responsables pour la réalisation de droits de recours.

25a Obligation de traitement médical

- 25a.1 Si une maladie ou un accident entraîne vraisemblablement des prestations, il convient de fournir un traitement médical adéquat dans les plus brefs délais. La personne assurée est tenue d'obéir aux prescriptions médicales ou aux prescriptions d'autres fournisseurs de prestation.
- 25a.2 La personne assurée est en outre tenue, sur ordre d'Atupri, de se soumettre à un examen des médecins conseils chargés par Atupri.

26 Obligation d'annonce en cas de traitement ambulatoire

- 26.1 En cas de traitement ambulatoire, les factures détaillées et les pièces originales correspondantes doivent être envoyées à Atupri à la fin du traitement, mais au minimum une fois par année.
- 26.2 Les accidents doivent être annoncés par la personne assurée dans un délai de 10 jours. Le formulaire d'annonce de l'accident peut être demandé auprès de la direction régionale ou de l'agence compétente.

27 Obligation d'annonce en cas de traitement hospitalier

- 27.1 Les séjours hospitaliers doivent être annoncés à Atupri avant l'entrée à l'hôpital. Les entrées urgentes à l'hôpital doivent être annoncées dans un délai de 5 jours.

- 27.2 Si le délai d'annonce n'est pas respecté sans justification majeure, le droit aux prestations d'Atupri est suspendu jusqu'au moment où l'annonce a été effectuée.
- 27.3 À la demande de la personne assurée, Atupri délivre une garantie de prise en charge des coûts lors de l'entrée à l'hôpital.

28 Obligation d'annonce en cas de cure

L'ordonnance médicale de cure doit être remise à Atupri à temps avant le début de la cure en indiquant, notamment, le nom de l'établissement de cure ou de la station thermale ainsi que la date de l'entrée en cure.

29 Justification des prétentions

- 29.1 Lorsque la personne assurée fait valoir des prestations, elle doit présenter à Atupri tous les certificats médicaux, rapports et justificatifs originaux établis par les fournisseurs de prestations ainsi que toutes les factures originales.
- 29.2 Lorsque, parallèlement à Atupri, d'autres assureurs sociaux ou privés (par exemple l'assurance-invalidité, l'assurance militaire, d'autres assurances-maladie ou accidents) sont tenus de verser des prestations pour une maladie ou les suites d'un accident, la personne assurée doit remettre à Atupri, outre les documents mentionnés, également les décomptes de l'assureur correspondant.

30 Obligation d'annonce en cas de changement de domicile

Un changement du domicile civil doit être communiqué immédiatement, par voie écrite, à Atupri.

VI Restriction de la protection d'assurance

31 Exclusions

- 31.1 Sont exclus de l'assurance les maladies et accidents survenant en relation avec les événements suivants:
- les suites d'événements belliqueux en Suisse et à l'étranger. Cependant, si la personne assurée est surprise par ces événements dans le pays où elle séjourne, la protection d'assurance déploie encore ses effets durant les 14 jours qui suivent la première survenance de ces événements
 - le service militaire à l'étranger
 - la participation à des actes de guerre ou à des actes de terrorisme
 - la participation à des troubles ou à des manifestations non autorisées
 - 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 la personne assurée ait été blessée par les protagonistes alors qu'elle n'était pas en cause ou qu'elle venait en aide à une personne sans défense
 - les dangers auxquels la personne assurée s'est exposée 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 de médicaments

- les suicides ou tentatives de suicide ou les automutilations
- 31.2 En outre, aucune prestation n'est versée pour:
- les thérapies cellulaires, les cures d'amaigrissement, les thérapies de remise en forme
 - les traitements dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique ne sont pas démontrés selon des méthodes scientifiques
 - les traitements esthétiques (y compris les complications et les suites tardives)
 - le changement de sexe (y compris les complications et les suites tardives)
 - les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins

32 Réductions

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

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

33 Négligence grave

Atupri renonce à son droit de réduire les prestations lorsque l'événement assuré est provoqué par une négligence grave. En est exceptée la perpétration de crimes et de délits par négligence grave selon l'article 31.1.

34 Pluralité d'assurances

S'il existe des contrats d'assurance auprès de plusieurs assureurs, Atupri réalise sa prestation en partie. À cet égard, il est établi combien chaque assureur devrait payer de frais en raison de son assurance existante s'il était l'unique prestataire. Après quoi, la somme de ces prestations est calculée.

Le dédommagement à verser par Atupri est limité à une partie qui correspond à sa part de cette somme. Le dédommagement de tous les assureurs réunis ne doit pas dépasser les coûts effectifs.

35 Versement des prestations

- 35.1 Les prestations d'Atupri sont fournies en complément de l'assurance de base, de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance militaire fédérale, de l'assurance-invalidité fédérale, de l'assurance-vieillesse et survivants fédérale ainsi que des organismes d'assurance

étrangers correspondants.

- 35.2 En absence d'assurance de base, les prestations légales sont déduites.
- 35.3 Lorsque la personne assurée a recours à Atupri en lieu et place du tiers responsable ou de l'assureur responsabilité civile de ce dernier, elle doit céder ses droits à Atupri jusqu'à concurrence des prestations versées.
- 35.4 Les indemnisations qui ont été prises en charge par un tiers responsable ou par son assureur responsabilité civile sont déduites des prestations d'Atupri.
- 35.5 Les réductions éventuelles opérées dans les autres assurances ne sont pas couvertes par Atupri.

VII Divers

36 Lieu d'exécution et for

- 36.1 Les obligations découlant du présent contrat sont à exécuter en Suisse et en monnaie suisse.
- 36.2 En cas de contestation découlant du présent contrat, la personne assurée a le choix entre le for de Berne ou celui de son domicile en Suisse.

37 Communications

- 37.1 Toutes les communications peuvent être adressées valablement à la Direction d'Atupri ou au Service Center désigné dans la police d'assurance.
- 37.2 Les communications d'Atupri se font valablement à la dernière adresse en Suisse indiquée par le preneur d'assurance.

38 Tarifs des fournisseurs de prestations

Atupri reconnaît les tarifs valables applicables aux assurances sociales en Suisse ainsi que les tarifs privés habituellement utilisés.

39 Adaptation des prestations

- 39.1 Atupri est, pour une des raisons mentionnées ci-après, autorisée à adapter les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA):
 - a) Élargissement du nombre ou établissement de nouveaux types de fournisseurs de prestations.
 - b) Développement de la médecine moderne.
 - c) Établissement de nouvelles ou de formes de thérapies plus coûteuses.
- 39.2 Si les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) font l'objet d'une adaptation dans le courant de la durée de l'assurance conformément aux dispositions mentionnées à l'alinéa 1 ci-dessus, les nouvelles conditions sont applicables au preneur d'assurance ainsi qu'à Atupri. Atupri communique ces mesures d'adaptation, par écrit, aux preneurs d'assurance. Les preneurs d'assurance qui ne peuvent pas se déclarer d'accord avec ces mesures d'adaptation ont la possibilité de résilier l'assurance correspondante à la date de l'adaptation. Si Atupri ne reçoit aucune résiliation dans les 30 jours qui suivent la notification de la communication, ce silence peut être considéré comme acceptation tacite des nouveaux règlements d'assurance.

40 Droit de transfert dans l'assurance individuelle

- 40.1 La personne assurée qui quitte partiellement ou totalement le cercle des assurés d'un contrat collectif, a le droit de demander son transfert dans l'assurance individuelle d'Atupri dans les 3 mois qui suivent son départ, sans nouvel examen de l'état de santé, pour autant qu'elle soit domiciliée dans la région d'activité d'Atupri. Les assurés dans le cadre d'un contrat collectif possèdent le même droit lorsque le contrat collectif devient caduc.
- 40.2 La partie signataire d'un contrat avec Atupri a l'obligation d'informer, par écrit, les salariés qui quittent le cercle de l'assurance collective par suite de la dissolution des rapports de travail, du droit de transfert dans l'assurance individuelle dont ils peuvent bénéficier ainsi que du délai qui doit être respecté.
- 40.3 Dans le cadre des dispositions et des tarifs applicables à l'assurance individuelle, Atupri accorde aux personnes transférées la protection d'assurance garantie jusqu'ici, sans nouvel examen de l'état de santé, pour autant qu'elle soit adaptée aux nouvelles conditions.

41 Compensation

- 41.1 Atupri a le droit de compenser d'éventuelles prestations échues avec des créances à l'égard de personnes assurées.
- 41.2 Les personnes assurées, ne possèdent, en revanche, pas de droit de compensation vis-à-vis d'Atupri.

42 Conventions particulières

Des conventions conclues en dehors des présentes dispositions ne lient Atupri que si elles ont été confirmées par écrit par la Direction.

43 Cession

Avant la fixation définitive du droit aux prestations, la personne assurée n'a pas le droit de céder ses droits ou de les mettre en gage sans autorisation donnée expressément par Atupri.

I Dispositions générales

1 Principe

- 1.1 Les personnes assurées selon les formes d'assurance TelFirst et FlexCare peuvent conclure des assurances selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Les assurances complémentaires aux formes d'assurance TelFirst et FlexCare ne peuvent toutefois être conclues qu'en relation avec une forme d'assurance TelFirst ou FlexCare existant chez Atupri.
- 1.2 Les assurances complémentaires des assurés TelFirst et FlexCare sont considérées comme des formes d'assurances particulières avec choix restreint des fournisseurs de prestations. Les droits et obligations applicables dans les formes d'assurance TelFirst et FlexCare des personnes assurées sont également impératifs pour les assurances complémentaires. En cas de migration vers la forme d'assurance Standard, les droits et obligations particuliers des assurés TelFirst et FlexCare tombent.

2 Domaine d'application

À moins d'une réglementation contraire figurant dans les présentes conditions complémentaires, les dispositions des annexes relatives à TelFirst et FlexCare, ainsi que les Conditions générales d'assurance (CGA) et les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) relatives aux assurances selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA), sont applicables.

II Prestations

3 Principe

- 3.1 Les prestations des assurances complémentaires TelFirst et FlexCare sont déterminées d'après les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) de l'assurance concernée.
- 3.2 Les clauses restrictives s'appliquant au droit à des prestations ou au choix du fournisseur de prestations sont également valables pour l'octroi de prestations dans le cadre des assurances complémentaires pour les assurés TelFirst et FlexCare.

III Primes et participation aux coûts

4 Primes

Les assurés TelFirst et FlexCare bénéficient d'un rabais sur la prime des assurances Hôpital, Mivita et Comforta. Le tarif respectivement en vigueur fait foi.

5 Participation aux coûts

La perception de la franchise et de la quote-part en cas de traitement ambulatoire et stationnaire, ainsi que la contribution aux frais d'un séjour hospitalier, sont réglementées selon les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) de l'assurance correspondante.

I Dispositions générales

1. Principe

- 1.1 Les personnes assurées par la forme d'assurance HMO ont la possibilité de conclure des assurances selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Des assurances complémentaires à la forme d'assurance HMO ne peuvent, toutefois, être conclues qu'avec une forme d'assurance HMO existante auprès d'Atupri.
- 1.2 Les assurances complémentaires des assurés HMO sont valables en tant que formes particulières d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations. Les droits et les obligations applicables aux personnes assurées dans la forme d'assurance HMO sont également impératifs dans le domaine des assurances complémentaires. En cas de passage à la forme d'assurance obligatoire des soins, les droits ainsi que les obligations particuliers des assurés HMO sont supprimés.

2 Domaine d'application

Les dispositions de l'annexe relative à l'assurance HMO, les Conditions générales d'assurance (CGA) ainsi que les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) aux assurances selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) sont applicables pour autant qu'aucune autre réglementation ne figure dans les présentes conditions complémentaires.

II Prestations

3 Principe

- 3.1 Les prestations des assurances complémentaires HMO se basent sur les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) applicables de l'assurance correspondante.
- 3.2 Les dispositions limitatives relatives à la perception de prestations, respectivement au choix du fournisseur de prestations (articles 9 à 16 de l'annexe de l'assurance HMO) sont également applicables pour la perception des prestations des assurances complémentaires par les assurés HMO.

III Primes et participation aux coûts

4 Primes

Les assurés HMO bénéficient d'un rabais sur la prime des assurances Hôpital, Mivita et Comforta. Le tarif applicable est chaque fois déterminant.

5 Participation aux coûts

La perception de la franchise et de la quote-part en cas de traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que la contribution aux frais d'un séjour hospitalier sont réglementées selon les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) de chaque catégorie d'assurance correspondante.

I Dispositions générales

1 Principe

- 1.1 Les personnes assurées dans le cadre de la forme d'assurance CareMed peuvent conclure des assurances complémentaires. Les assurances complémentaires à la forme d'assurance CareMed ne peuvent, toutefois, être conclues qu'avec une forme d'assurance CareMed existante auprès d'Atupri ou auprès d'un assureur qui représente les assurances complémentaires d'Atupri.
- 1.2 Les assurances complémentaires des assurés CareMed sont valables en tant que forme d'assurance particulière avec restriction du choix du fournisseur de prestations. Les droits et les obligations des personnes assurées par la forme d'assurance CareMed sont également applicables aux assurances complémentaires. En cas de transfert dans la forme d'assurance obligatoire des soins, les droits et les obligations particuliers réservés aux assurés CareMed sont supprimés.

2 Domaine d'application

Si les présentes conditions complémentaires d'assurance ne contiennent pas de dispositions réglementaires contraires, les dispositions de l'annexe pour l'assurance médecin de famille CareMed, ainsi que les Conditions générales d'assurance (CGA) et les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) pour les assurances complémentaires selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) sont applicables.

II Prestations

3 Principe

- 3.1 Les prestations des assurances complémentaires sont réglementées selon les Conditions complémentaires d'assurance (CCA) applicables à la catégorie d'assurance complémentaire correspondante.
- 3.2 Les dispositions restreignant l'attribution de prestations ou le choix du fournisseur de prestations (art. 9 à 16 de l'annexe de l'assurance médecin de famille CareMed) s'appliquent également aux prestations des assurances complémentaires des assurés CareMed.

III Primes et participation aux coûts

4 Primes

Les assurés CareMed bénéficient d'une réduction de la prime des assurances complémentaires Hôpital, Mivita et Comforta. Le tarif respectif des primes en vigueur est déterminant.

5 Participation aux coûts

La perception de la franchise et de la quote-part lors de traitements ambulatoires et stationnaires ainsi que la contribution aux frais d'un séjour hospitalier sont déterminées conformément aux Conditions générales d'assurance (CGA) et aux Conditions complémentaires d'assurance (CCA) applicables aux assurances complémentaires.

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE COLLECTIVE

DE COOP PROTECTION JURIDIQUE POUR

LES LITIGES CONTRACTUELS AVEC DES MÉDECINS,

DES HÔPITAUX, DES CHIROPRACTIENS ET DU

PERSONNEL SOIGNANT AUXILIAIRE, EN PARTICULIER LORS

D'ERREURS DE TRAITEMENT, UN SERVICE D'ATUPRI ASSURANCE DE LA SANTÉ.

1 Principe

Le contrat conclu entre Atupri et Coop Protection Juridique fait foi pour l'octroi de la protection juridique aux patients.

2 Domaine d'application

2.1 Personnes assurées

Est assuré le membre d'Atupri qui a conclu une des couvertures complémentaires suivantes:

- assurance Mivita
- assurance Hôpital

Si une personne assurée décède à la suite d'un événement assuré, ses descendants légaux sont assurés pour ce cas.

2.2 Couverture

2.2.1 Généralités: Coop Protection Juridique accorde la protection juridique aux personnes assurées (art. 2.1), lors de litiges découlant d'un contrat passé avec un médecin, un dentiste, un chiropraticien, un hôpital privé ou public, du personnel soignant auxiliaire ou d'autres fournisseurs de prestations reconnus par Atupri, en relation avec des prestations pour lesquelles il existe une couverture auprès d'Atupri.

2.2.2 Sont assurés les litiges concernant:

- des erreurs de traitements éventuelles
- l'omission d'exams
- les prétentions en dommages-intérêts découlant d'erreurs de traitement
- le devoir d'information vis-à-vis de l'assuré concernant les effets possibles de mesures médicales
- les informations erronées et le refus d'information, en particulier
- la prise de connaissance des documents médicaux
- la remise de radiographies

2.2.3 Ne sont pas assurés les litiges concernant:

- les traitements psychiatriques et psychothérapeutiques
- les honoraires et factures
- les prestations de caisses-maladie et d'assurances
- les prestations en cas de rapatriement

2.3 Couverture temporelle

La protection juridique est accordée pour des litiges survenus après la conclusion et le paiement de l'assurance complémentaire et pendant la durée de cette assurance. Est déterminant le moment de la violation légale effective ou de la violation de devoirs contractuels.

2.4 Validité territoriale

La protection juridique est accordée dans le monde entier.

3 Prestations

3.1 Sont assurés la sauvegarde des intérêts des personnes assurées et le paiement de coûts jusqu'à concurrence d'un montant maximum de CHF 250'000.- par cas, pour:

- le traitement, par Coop Protection Juridique, des cas de protection juridique
- la mise à disposition d'un avocat ou d'un mandataire juridique
- les expertises ordonnées par Coop Protection Juridique ou par l'avocat mandaté ou par une autorité civile, pénale ou administrative
- les frais judiciaires et les autres frais de procédure allant à la charge de l'assuré
- les taxes d'encaissement d'indemnités allouées à l'assuré
- les dépens de procédure alloués à la partie adverse et devant être supportés par l'assuré

3.2 En dehors de la Suisse, les prestations sont limitées à CHF 50'000.- par cas.

3.3 Ne seront pas payés, notamment:

- les dommages-intérêts
- les frais dont la prise en charge incombe à un tiers responsable

4 Communications

Les cas nécessitant une protection juridique sont à annoncer sans délai par l'assuré au Service Center compétent d'Atupri, au siège principal de Coop Protection Juridique ou à l'un de ses bureaux de sinistres.

5 Traitement du cas litigieux

5.1 En principe, les cas litigieux sont traités par le service juridique de Coop Protection Juridique.

5.2 Lorsque l'intervention d'un avocat s'avère nécessaire, l'assuré est libre de choisir ce dernier. Cette liberté subsiste, même en cas de collision d'intérêts.

5.3 Il appartient cependant exclusivement à Coop Protection Juridique de mandater l'avocat proposé par l'assuré.

5.4 Lorsque des négociations en vue d'une solution amiable échouent, Coop Protection Juridique décide de l'opportunité d'un procès. Si, de l'avis de Coop Protection Juridique, les chances de succès sont

insuffisantes, et qu'elle refuse, pour cette raison, d'intervenir ou de continuer les pourparlers, d'introduire ou de continuer un procès ou de prendre une mesure juridique, elle doit le communiquer par écrit à l'assuré. Dans un tel cas, l'assuré a le droit de soumettre ces questions à un juriste suisse (p. ex. un avocat, un juge), lequel aura été désigné en commun par les deux parties. Les coûts de cette procédure arbitrale seront supportés par la partie perdante. S'il n'y a pas d'entente sur le choix du juge arbitral, les dispositions du Concordat sur l'arbitrage seront applicables. En outre, lors de divergence d'opinions, l'assuré peut entreprendre, à ses propres frais, les mesures qui lui paraissent utiles. S'il obtient, pour l'essentiel, un meilleur résultat que la liquidation proposée par Coop Protection Juridique, cette dernière lui remboursera, dans le cadre des présentes dispositions contractuelles, tous les frais qu'il aura encourus, comme si elle avait donné son accord à l'entreprise de l'assuré.

6 For juridique

- 6.1 Coop Protection Juridique reconnaît que le for est le domicile suisse de l'assuré, ou Aarau.
- 6.2 La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) trouve application en complément des présentes Conditions générales de protection juridique.

