



Conditions d'assurance

Edition 2017

Table des matières

Règlement des assurances selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)			
1	base	Page	2
Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)			
2	Dispositions communes	Page	13
3	supplément général et supplément privé	Page	22
4	plus et premium	Page	27
5	hospita	Page	32
6	salto	Page	40
7	mondial	Page	47
8	dental	Page	49
9	tourist	Page	52
10	protect	Page	56
11	capita accident (capital risque en cas de décès ou d'invalidité suite à un accident)	Page	59

Table des matières

1	Dispositions générales	3.2	Traitement ambulatoire
1.1	Principe	3.2.1	Durée des prestations
1.2	Dispositions du droit fédéral	3.2.2	Personnes et institutions fournissant des prestations
		3.2.3	Etendue des prestations
		3.2.4	Choix de la personne soignante
		3.2.5	Médicaments
2	Conditions-cadres générales	3.2.6	Analyses
2.1	Conditions d'admission	3.2.7	Moyens auxiliaires
2.1.1	En général	3.2.8	Médecine complémentaire
2.1.2	Frontaliers	3.2.9	Prévention médicale
2.1.3	Autres personnes domiciliées dans l'UE, en Islande ou en Norvège	3.3	Traitement hospitalier
2.1.4	Conditions particulières d'admission	3.3.1	Nécessité d'hospitalisation
2.2	Procédure d'admission	3.3.2	Durée des prestations
2.2.1	Proposition	3.3.3	Etendue des prestations
2.2.2	Police d'assurance	3.3.4	Choix de l'hôpital en général
2.3	Début de l'assurance	3.3.5	Traitement volontaire en dehors du canton
2.3.1	En général	3.3.6	Traitement hors canton pour des raisons médicales
2.3.2	Naissance ou prise de domicile en Suisse	3.3.7	Protection tarifaire
2.3.3	Frontaliers	3.3.8	Traitement en division privée
2.3.4	Autres personnes domiciliées dans l'UE	3.3.9	Facturation, remboursement
2.3.5	Affiliation tardive	3.4	Mesures de réadaptation médicale
2.4	Transfert du domicile	3.5	Traitement dans un établissement médico-social
2.4.1	En général	3.6	Soins extra-hospitaliers
2.4.2	A l'étranger	3.7	Cures balnéaires
2.5	Suspension de la couverture des accidents	3.7.1	Etendue des prestations
2.5.1	Conditions	3.7.2	Choix de l'établissement de cure balnéaire
2.5.2	Obligations de collaborer de la personne assurée	3.7.3	Procédure en cas de cures balnéaires
2.6	Fin de l'assurance	3.8	Frais de transport et de sauvetage
2.6.1	En général	3.9	Soins dentaires
2.6.2	Résiliation	3.9.1	Soins dentaires par suite d'une maladie grave
2.6.3	Fin de l'assurance et ses effets	3.9.2	Accident dentaire
		3.9.3	Etendue des prestations
		3.9.4	Procédure en cas de traitement dentaire
3	Prestations	3.10	Maternité
3.1	Dispositions générales régissant les prestations	3.10.1	Etendue des prestations
3.1.1	Droit aux prestations	3.10.2	Frais de soins de l'enfant
3.1.2	Prestations en cas de maladie	3.10.3	Préparation à l'accouchement et conseils en allaitement
3.1.3	Prestations en cas d'accident et d'infirmités congénitales	3.11	Restrictions en matière de prestations
3.1.4	Prestations en cas de maternité	3.11.1	Réduction et suspension des prestations
3.1.5	Prestations à l'étranger	3.11.2	Facturation exagérée et traitements non économiques
3.1.6	Conditions en matière de prestations	3.11.3	Obligation de restituer
3.1.7	Facturation, remboursement		
3.1.8	Obligation de collaborer de la personne assurée		

3.12 Relations avec les prestations de tiers, surindemnisation

- 3.12.1 En général
- 3.12.2 Assurances sociales
- 3.12.3 Surindemnisation

4 Variante casamed

- 4.1 Généralités**
- 4.2 Choix/résiliation de casamed**
- 4.3 Conditions générales en matière de prestations**
- 4.4 Exceptions**
 - 4.4.1 Ophthalmologues, gynécologues, dentistes et pédiatres
 - 4.4.2 Cas d'urgence
- 4.5 Autres fournisseurs de prestations**
- 4.6 Déroulement de l'assurance**
 - 4.6.1 Choix du médecin ou de l'institution de télémedecine compétente
 - 4.6.2 Changement de médecin

5 Participation aux frais

- 5.1 Participation ordinaire aux frais**
 - 5.1.1 Généralités
 - 5.1.2 Franchise annuelle
 - 5.1.3 Quote-part
 - 5.1.4 Quote-part des médicaments
 - 5.1.5 Participation aux frais en cas de maternité
 - 5.1.6 Montant maximal de la participation aux frais pour les familles
- 5.2 Contribution aux frais de séjour hospitalier**
- 5.3 Franchise à option**
 - 5.3.1 Généralités
 - 5.3.2 Choix/résiliation de la franchise à option
 - 5.3.3 Montant des franchises à option
 - 5.3.4 Quote-part
 - 5.3.5 Montant maximal de la participation aux frais en présence de plusieurs enfants

6 Primes

- 6.1 Fixation**
 - 6.1.1 En général
 - 6.1.2 Réductions de primes
 - 6.1.3 Subsidés
- 6.2 Exonération de prime en cas de service militaire et de service civil**

6.3 Supplément de prime**6.4 Primes extraordinaires****6.5 Paiement**

- 6.5.1 Echéance/période de paiement
- 6.5.2 Retard dans le paiement
- 6.5.3 Cession/mise en gage

7 Assurance collective

- 7.1 Généralités**
- 7.2 Réglementations dérogatoires**
- 7.3 Passage dans l'assurance individuelle**

8 Voies de droit

- 8.1 Décision**
- 8.2 Opposition**
- 8.3 Tribunal cantonal des assurances**
- 8.4 Exécution**
- 8.5 Protection juridique**

9 Dispositions finales

- 9.1 Modifications**
- 9.2 Entrée en vigueur**

1 Dispositions générales

1.1 Principe

L'assurance base est l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

Elle alloue des prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité.

1.2 Dispositions du droit fédéral

Sont applicables, en complément des dispositions du présent règlement, les réglementations de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6.10.2000, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18.3.1994 ainsi que des dispositions d'application s'y rapportant.

2 Conditions-cadres générales

2.1 Conditions d'admission

2.1.1 En général

En souscrivant l'assurance base, toute personne domiciliée en Suisse peut adhérer à la caisse.

2.1.2 Frontaliers

La caisse assure également les frontaliers et les membres de leur famille.

2.1.3 Autres personnes domiciliées dans l'UE, en Islande ou en Norvège

La caisse assure les personnes tenues de s'assurer en Suisse et qui résident dans l'UE, en Islande ou en Norvège.

L'accord entre la CE et la Suisse sur la libre circulation des personnes et l'accord conclu avec l'AELE (Islande, Norvège) en constituent la base. S'il est fait mention ci-après de l'accord sur la libre circulation des personnes, l'accord avec l'AELE y est inclus par analogie.

2.1.4 Conditions particulières d'admission

La caisse peut édicter des conditions et formalités d'admission dérogatoires, notamment dans le cadre d'actions et de fusions.

2.2 Procédure d'admission

2.2.1 Proposition

La demande d'admission a lieu par écrit au moyen du formulaire préimprimé. Le proposant doit répondre complètement et sincèrement aux questions posées sur le formulaire.

Pour les personnes n'ayant pas l'exercice des droits civils, la demande d'admission doit être présentée par leur représentant légal.

2.2.2 Police d'assurance

Une fois l'admission opérée, les personnes nouvellement assurées reçoivent une police d'assurance et les conditions d'assurance.

2.3 Début de l'assurance

2.3.1 En général

L'assurance déploie ses effets dès le jour d'admission confirmé par la caisse.

2.3.2 Naissance ou prise de domicile en Suisse

Lorsque l'affiliation a lieu dans les trois mois qui suivent la naissance ou la prise de domicile en Suisse, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile.

2.3.3 Frontaliers

Les frontaliers et les membres de leur famille ne se libérant pas de l'obligation de s'assurer selon la LAMal doivent s'assurer dans les trois mois suivant le début de validité de l'autorisation pour frontaliers. S'ils s'assurent à temps, l'assurance déploie ses effets dès la date de la validité de l'autorisation. S'ils s'assurent plus tard, l'assurance déploie ses effets à la date de l'affiliation.

2.3.4 Autres personnes domiciliées dans l'UE

Les rentiers ainsi que les bénéficiaires d'une prestation de l'assurance-chômage suisse qui résident dans un Etat membre de l'UE et sont tenus de s'assurer en Suisse en vertu de l'accord entre la CE et la Suisse sur la libre circulation des personnes doivent s'assurer dans les trois mois suivant la naissance de l'obligation d'assurance en Suisse. S'ils s'assurent à temps, l'assurance déploie ses effets dès la soumission à l'assurance suisse. S'ils s'assurent plus tard, l'assurance déploie ses effets à la date de l'affiliation.

2.3.5 Affiliation tardive

En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. Si le retard n'est pas excusable, la personne assurée doit verser un supplément de prime, conformément aux dispositions légales.

2.4 Transfert du domicile

2.4.1 En général

Tout changement d'adresse et transfert du domicile doivent être annoncés à la caisse dans les trente jours. Est réputé changement de domicile le transfert du domicile au sens des règles du droit civil.

2.4.2 A l'étranger

Les travailleurs qui sont détachés à l'étranger par leur entreprise dont le siège est en Suisse restent assurés durant deux ans et, sur requête, jusqu'à six ans en tout. Les personnes qui, selon l'accord sur la libre circulation des personnes, résident dans un Etat membre de l'UE et restent soumises à l'obligation de s'assurer en Suisse, ainsi que les personnes occupées par un service public et travaillant à l'étranger sont assujetties à une assurance obligatoire illimitée dans le temps. Les membres de leur famille peuvent continuer à s'assurer dans la même mesure.

En cas de départ à l'étranger, une adresse de contact en Suisse doit être indiquée.

Pour les traitements dans un Etat membre de l'UE, la caisse prend en charge les coûts selon les tarifs de sécurité sociale en vigueur dans l'Etat correspondant. Dans les autres pays étrangers, la caisse sert ses prestations jusqu'à concurrence du double des tarifs et des prix applicables au dernier lieu de domicile en Suisse.

Les prestations ne sont allouées que dans la mesure où des factures originales détaillées sont présentées, qui contiennent les indications suivantes:

- date du traitement,
- diagnostic,
- genre des thérapies et du traitement,

- nombre de consultations/durée du séjour hospitalier,
- ordonnances originales acquittées,
- taxes journalières et frais annexes (hôpital).

Les personnes qui transfèrent leur domicile à l'étranger et ne sont plus assujetties à l'assurance obligatoire selon la LAMal, peuvent maintenir leur assurance aux conditions fixées par l'assurance mondial selon la LCA.

2.5 Suspension de la couverture des accidents

2.5.1 Conditions

Les personnes, qui sont assurées à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels, peuvent demander la suspension de la couverture des accidents, moyennant une réduction des primes.

La prime est réduite avec effet au premier jour du mois qui suit la demande.

2.5.2 Obligations de collaborer de la personne assurée

Lorsque la personne assurée cesse d'être assurée contre les accidents selon la LAA, elle doit le signaler à la caisse dans le délai d'un mois.

Si la personne assurée n'a pas rempli son obligation de déclarer, la caisse peut exiger le paiement de la part de la prime correspondant à la couverture des accidents, y compris les intérêts moratoires, pour la période allant de la fin de la couverture des accidents au sens de la LAA jusqu'au moment où elle en a eu connaissance.

2.6 Fin de l'assurance

2.6.1 En général

L'assurance prend fin:

- par démission,
- par départ à l'étranger, sauf si l'obligation de s'assurer subsiste,
- par décès,
- par radiation officielle dans le registre des habitants.

Les motifs d'exclusion prévus par la loi en cas de transgression des obligations en matière de sociétariat demeurent réservés.

2.6.2 Résiliation

La personne assurée peut résilier l'assurance pour la fin d'un semestre, moyennant un préavis de trois mois.

Lors de la communication de la nouvelle prime, la personne assurée peut résilier l'assurance pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois.

Les rapports d'assurance vis-à-vis de la caisse ne prennent fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la couverture d'assurance.

2.6.3 Fin de l'assurance et ses effets

Lorsque l'assurance prend fin, il n'existe plus aucun droit vis-à-vis de la caisse, hormis les prestations d'assurance en suspens.

Cependant, la personne assurée doit remplir ses obligations financières éventuelles envers la caisse.

3.1.2 Prestations en cas de maladie

L'assurance base couvre les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

Les prestations comprennent:

- les examens, traitements et soins dispensés par des médecins et des chiropraticiens ainsi que les prestations fournies par de tierces personnes sur prescription médicale,
- les médicaments, analyses et moyens auxiliaires prescrits par un médecin,
- les mesures de prévention appliquées ou ordonnées par un médecin,
- le séjour en division commune d'un hôpital,
- les mesures de réadaptation médicale,
- les soins dans un établissement médico-social,
- les prestations pour soins extra-hospitaliers,
- une contribution aux frais de cures balnéaires ordonnées par un médecin,
- une contribution aux frais de sauvetage et aux frais de transport médicalement nécessaires,
- des contributions aux frais de soins dentaires.

Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique et psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

L'étendue des prestations est déterminée par les dispositions de la LPGA et de la LAMal ainsi que les dispositions d'application s'y rapportant.

3.1.3 Prestations en cas d'accident et d'infirmités congénitales

En cas d'infirmité congénitale ou en cas d'accident, les mêmes prestations sont allouées qu'en cas de maladie, dans la mesure où l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité ou des tiers n'en assument pas les frais.

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort.

3.1.4 Prestations en cas de maternité

Sont allouées, en cas de maternité, les mêmes prestations qu'en cas de maladie ainsi que les prestations spécifiques de maternité.

3.1.5 Prestations à l'étranger

Les prestations pour des traitements à l'étranger sont allouées conformément aux dispositions du droit fédéral, notamment en cas d'urgence. Les frais de traitement doivent être justifiés en détail.

Dans un Etat membre de l'UE, la caisse prend en charge les coûts selon les tarifs de sécurité sociale en vigueur dans l'Etat correspondant. Dans les autres pays étrangers, la caisse sert ses prestations jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse.

Les frontaliers et les autres personnes tenues de s'assurer en Suisse en vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes et qui résident dans un Etat membre de l'UE peuvent se faire soigner dans leur pays de résidence, conformément aux dispositions de l'accord sur la libre circulation des personnes.

3 Prestations

3.1 Dispositions générales régissant les prestations

3.1.1 Droit aux prestations

Le droit aux prestations existe pendant la durée de l'affiliation.

3.1.6 Conditions en matière de prestations

La caisse prend en charge les coûts de prestations qui sont efficaces, appropriées et économiques. Sont réputées économiques les prestations qui sont limitées à la mesure exigée par l'intérêt de la personne assurée et le but du traitement.

En vue de la prise en charge optimale de ses assurés, la caisse peut convenir de mesures d'accompagnement avec les fournisseurs de prestations reconnus dans le but de garantir, par une meilleure collaboration et coordination entre les fournisseurs de prestations et la caisse, le traitement le plus efficace, le plus approprié et le plus économique pour les assurés. La caisse peut charger une conseillère ou un conseiller en santé de l'exécution de ces mesures.

La caisse ne prend en charge que les prestations fournies par des personnes ou des institutions qui sont énumérées dans la LAMal et qui remplissent les conditions correspondantes en matière de formation et d'admission.

3.1.7 Facturation, remboursement

Dans la mesure où les conventions passées entre la caisse et les fournisseurs de prestations ne prévoient pas de disposition contraire, la personne assurée est débitrice des honoraires.

Lorsque la personne assurée fait valoir des prestations de la caisse, elle doit lui présenter les factures et ordonnances détaillées, accompagnées des indications nécessaires (numéro d'assuré, etc.). En présence d'un droit aux prestations, la caisse rembourse à la personne assurée la part des frais prise en charge par la caisse.

Avant le règlement des factures, la personne assurée peut les soumettre à la caisse pour examen.

3.1.8 Obligation de collaborer de la personne assurée

La personne assurée doit tout mettre en œuvre pour favoriser la guérison et s'abstenir de tout ce qui peut l'entraver. Elle doit notamment observer les prescriptions des personnes médicales. La personne assurée soutient l'activité de la conseillère ou du conseiller en santé dans le cadre des mesures d'accompagnement de la caisse et lui fournit les renseignements nécessaires.

La personne assurée doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés.

La personne assurée doit fournir gratuitement à la caisse tous les renseignements nécessaires pour établir le droit à des prestations d'assurance et fixer les prestations dues. Elle informe notamment de toutes les prestations allouées par des tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité.

La personne assurée est tenue d'autoriser dans des cas particuliers toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et les organes officiels à fournir les renseignements qui sont nécessaires pour établir le droit aux prestations, pour autant que les personnes et institutions concernées ne soient pas déjà tenues de par la loi de donner les renseignements requis.

La personne assurée doit, sur demande, se faire examiner par un second médecin ou par le médecin-conseil de la caisse. Les frais sont à la charge de la caisse.

La personne assurée doit aviser la caisse au plus tard dans les dix jours de la survenance d'un accident. Elle met toutes les informations nécessaires à la disposition de la caisse.

Si la personne assurée qui fait valoir des prestations refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, la caisse peut se prononcer en l'état du dossier ou ne pas entrer en matière sur la demande de prestations.

3.2 Traitement ambulatoire

3.2.1 Durée des prestations

En cas de traitement ambulatoire, les prestations selon la LAMal sont versées sans limite de durée.

3.2.2 Personnes et institutions fournissant des prestations

Les fournisseurs de prestations reconnus sont notamment les personnes et les institutions suivantes:

- les médecins,
- les pharmaciens,
- les chiropraticiens,
- les sages-femmes,
- les laboratoires,
- les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques,
- sur ordonnance médicale:
 - les physiothérapeutes,
 - les ergothérapeutes,
 - les infirmières et infirmiers,
 - les logopédistes-orthophonistes.

3.2.3 Etendue des prestations

La caisse prend en charge les frais des traitements ambulatoires conformément aux conventions et aux tarifs valables au lieu de résidence ou de travail des assurés.

3.2.4 Choix de la personne soignante

La personne assurée a le libre choix entre les personnes admises à le traiter selon la LAMal. Demeurent réservées les dispositions pour les assurés qui ont conclu la variante d'assurance casamed impliquant le choix restreint.

En cas de traitement par des personnes ou institutions admises selon la LAMal, les assurés bénéficient de la protection tarifaire, c'est-à-dire les prestations doivent être calculées conformément aux conventions et aux tarifs convenus avec les caisses.

En cas de traitement par des personnes ou institutions qui ne se soumettent pas à la LAMal, la caisse n'alloue aucune prestation. Ces fournisseurs de prestations doivent attirer l'attention des assurés avant un traitement sur le fait qu'il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance pour leur traitement.

Si les coûts d'un traitement extérieur sont plus élevés que les coûts d'un traitement au lieu de résidence ou de travail, la personne assurée doit assumer la différence des frais.

Si un traitement extérieur est nécessaire pour des raisons médicales, les coûts sont pris en charge d'après les conventions et les tarifs valables au lieu de traitement.

En cas de changement volontaire et réitéré de la personne soignante pour le traitement de la même maladie, les prestations peuvent être subordonnées à l'assentiment de la caisse.

3.2.5 Médicaments

La caisse prend en charge les frais des médicaments prescrits par un médecin et figurant dans la «Liste des médicaments avec tarif» (LMT) et dans la «Liste des spécialités» (LS) du Département fédéral de l'intérieur.

3.2.6 Analyses

La caisse rembourse les frais des analyses ordonnées par un médecin à des fins diagnostiques ou en vue du contrôle de la thérapie, pour autant qu'elles figurent dans la «Liste des analyses» (LA) du DFI et qu'elles soient effectuées par un pharmacien ou par un laboratoire admis selon la LAMal.

3.2.7 Moyens auxiliaires

La caisse prend en charge les frais pour les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques selon la liste du DFI (LiMA) et tout au plus jusqu'à concurrence des montants prévus dans la LiMA. Les moyens et appareils doivent être remis par un centre de remise reconnu en vertu de la LAMal ou par une personne admise à fournir des soins aux termes de la LAMal.

Si les coûts d'un moyen auxiliaire sont plus élevés que les montants prévus dans la LiMA, la personne assurée doit assumer la différence.

La caisse verse une contribution aux coûts pour des verres de lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue.

Jusqu'à 18 ans

CHF 180.- par an

3.2.8 Médecine complémentaire

La caisse rembourse les frais de traitement médical pratiqué pour les méthodes de médecine complémentaire ci-après, à condition que les médecins puissent justifier d'une formation reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH) dans les domaines correspondants:

- Acupuncture
- Médecine chinoise
- Homéopathie
- Thérapie neurale
- Phytothérapie
- Médecine anthroposophique

3.2.9 Prévention médicale

La caisse prend en charge les coûts des mesures ou examens préventifs ordonnés par un médecin conformément à l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, notamment les vaccinations infantiles et les examens gynécologiques préventifs. Ces prestations sont soumises – contrairement aux prestations en cas de maternité – à la participation aux frais ordinaire.

3.3 Traitement hospitalier

3.3.1 Nécessité d'hospitalisation

La caisse accorde des prestations en cas de séjour hospitalier lorsque, en considération du diagnostic, l'état de santé de la personne assurée ou le traitement médical dans son ensemble nécessitent le traitement hospitalier dans une division pour soins aigus ou une division de réadaptation d'un hôpital.

Si la nécessité d'hospitalisation n'est plus donnée, la caisse verse les mêmes prestations pour le séjour hospitalier que celles allouées pour le séjour dans un établissement médico-social ou pour les soins fournis à domicile par les services de soins extra-hospitaliers.

3.3.2 Durée des prestations

Le droit aux prestations pour les traitements hospitaliers existe aussi longtemps que la nécessité d'hospitalisation est établie.

3.3.3 Etendue des prestations

La caisse prend en charge les coûts d'un séjour hospitalier d'après les conventions et les tarifs pour la division commune, applicables aux hôpitaux situés dans le canton de résidence de la personne assurée.

Est applicable le tarif de l'hôpital qui, sur la base de la classification en fonction des catégories de prestations de la planification hospitalière cantonale, est compétent pour le traitement médical de la personne assurée.

3.3.4 Choix de l'hôpital en général

La personne assurée a le libre choix parmi les hôpitaux qui remplissent les conditions d'admission de la LAMal et qui figurent sur la liste des hôpitaux du canton où ils sont implantés.

Demeurent réservées les dispositions pour les assurés qui ont conclu les variantes d'assurance casamed impliquant le choix restreint.

3.3.5 Traitement volontaire en dehors du canton

Si les coûts d'un traitement hospitalier hors canton sont plus élevés que ceux pour un traitement dans un hôpital compétent d'après les catégories de prestations dans le canton de résidence, la personne assurée doit assumer la différence des frais.

3.3.6 Traitement hors canton pour des raisons médicales

Si un traitement hors canton est nécessaire pour des raisons médicales, les coûts sont pris en charge d'après les conventions et les tarifs valables pour l'hôpital concerné.

Sont réputés traitements hors canton médicalement nécessaires:

- les traitements d'urgence,
- les traitements qui ne peuvent être appliqués dans aucun hôpital, à l'intérieur ou en dehors du canton, qui figure sur la liste des hôpitaux dressée par le canton de résidence.

Si, pour des raisons médicales, le traitement a lieu dans un hôpital extra-cantonal public ou subventionné par les pouvoirs publics, le canton de résidence de la personne assurée prend en charge la différence entre les frais de traitement effectifs et les conventions et tarifs de l'hôpital concerné, valables pour les habitants du canton où il est implanté.

3.3.7 Protection tarifaire

Les hôpitaux admis pour le traitement selon la LAMal doivent facturer le traitement hospitalier, y compris les frais de séjour, d'après les forfaits convenus avec les caisses. Une facturation supplémentaire n'est admise que pour les prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales, convenues le cas échéant avec les caisses.

3.3.8 Traitement en division privée

Si la personne assurée se fait soigner en division privée ou demi-privée d'un hôpital figurant sur la liste des hôpitaux dressée par le canton où il est implanté, que ce soit à l'intérieur ou en dehors du canton de résidence, la caisse alloue les prestations de manière analogue aux taxes pour la division commune des hôpitaux compétents d'après la catégorie de prestations selon la LAMal dans le canton de résidence ou, en cas d'indication médicale, de manière analogue aux taxes pour la division commune de l'hôpital concerné.

3.3.9 Facturation, remboursement

En cas de séjour hospitalier de ses assurés, la caisse délivre une garantie de prise en charge dans les limites du droit aux

prestations, pour autant qu'elle dispose du diagnostic d'admission dans l'hôpital. Si aucune convention n'existe entre les caisses et l'hôpital, la personne assurée est débitrice des honoraires vis-à-vis de l'hôpital.

3.4 Mesures de réadaptation médicale

Les mesures de réadaptation médicale sont prises en charge lorsqu'elles servent à retrouver la capacité fonctionnelle physique ou psychique, permettant ainsi à la personne assurée de retourner dans son milieu habituel.

Les dispositions relatives au traitement ambulatoire et hospitalier sont applicables par analogie.

Si les mesures médicales ne servent pas au retour dans le milieu habituel, les prestations sont prises en charge d'après le tarif des établissements médico-sociaux ou d'après les tarifs des soins extra-hospitaliers.

3.5 Traitement dans un établissement médico-social

En cas de séjour dans un établissement médico-social admis selon la LAMal, la caisse prend en charge les examens, traitements et mesures ordonnés par un médecin.

Les prestations sont prises en charge, en fonction des accords passés avec l'établissement médico-social, soit sur la base d'un forfait, soit sur la base d'un décompte à la prestation.

Les dispositions relatives au traitement hospitalier et aux prestations pour soins extra-hospitaliers s'appliquent par analogie au traitement dans un établissement médico-social.

3.6 Soins extra-hospitaliers

La caisse rembourse les examens, traitements et soins effectués sur ordonnance médicale par des services de soins extra-hospitaliers reconnus ou par du personnel soignant qualifié au domicile du patient. Aucune prestation n'est versée pour les frais d'aides familiales.

L'ordonnance médicale est valable tout au plus pour une durée respectivement de trois mois et de six mois pour les patients de longue durée. Les frais de soins extra-hospitaliers sont pris en charge selon les conventions et les tarifs cantonaux et communaux avec les services de soins extra-hospitaliers. Les prestations peuvent être facturées notamment sur la base d'un tarif au temps consacré ou d'un forfait. Le temps requis par jour ou par semaine peut être fixé dans les conventions tarifaires à titre de durée limite.

3.7 Cures balnéaires

3.7.1 Etendue des prestations

La caisse verse une contribution journalière aux frais de cures balnéaires ordonnées par un médecin.

CHF 10.-

21 jours par année civile

3.7.2 Choix de l'établissement de cure balnéaire

La personne assurée a le libre choix entre les établissements de cure balnéaire suisses reconnus et dirigés par un médecin.

La contribution aux frais de cure balnéaire est versée, peu importe que la personne assurée soit traitée en milieu hospitalier dans l'établissement de cure balnéaire ou qu'elle occupe la chambre d'un hôtel ou d'une pension ou un appartement privé dans la station thermale.

3.7.3 Procédure en cas de cures balnéaires

L'ordonnance médicale pour un séjour de cure, y compris le

diagnostic, doit être présentée à la caisse deux semaines avant le début de la cure.

En cas d'interruption d'une cure, les frais partiels de cure ne peuvent être pris en charge que si l'interruption était due à une maladie ou à d'autres raisons impératives et si elle est justifiée par un certificat établi par le médecin de cure.

3.8 Frais de transport et de sauvetage

En cas de transport médicalement nécessaire par une entreprise de transport reconnue selon la LAMal pour permettre le traitement par une personne ou institution admise selon la LAMal et faisant partie des fournisseurs que la personne assurée a le droit de choisir, la caisse verse une contribution aux frais de transport.

50%, jusqu'à concurrence de CHF 500.- par année civile

Pour les actions de sauvetage nécessaires, en Suisse, par une entreprise de sauvetage reconnue selon la LAMal, la caisse verse une contribution aux frais de sauvetage.

50%, jusqu'à concurrence de CHF 5 000.- par année civile

3.9 Soins dentaires

3.9.1 Soins dentaires par suite d'une maladie grave

La caisse prend en charge les coûts des soins dentaires par suite d'une maladie grave:

- s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication,
- s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles,
- s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

3.9.2 Accident dentaire

La caisse prend en charge les coûts des lésions dentaires causées par un accident.

3.9.3 Etendue des prestations

Le remboursement a lieu en cas de traitement par des médecins-dentistes admis selon la LAMal et conformément aux accords conventionnels et tarifaires avec les caisses.

3.9.4 Procédure en cas de traitement dentaire

La prise en charge des coûts de traitements dentaires est soumise à la condition que le diagnostic, le plan de traitement ainsi que le devis soient présentés à la caisse.

3.10 Maternité

3.10.1 Etendue des prestations

Durant la grossesse et en relation avec l'accouchement, la caisse prend en charge les mêmes prestations qu'en cas de maladie. Sont pris en charge, en plus de ces prestations, les examens de contrôle médicalement nécessaires, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant la grossesse et durant les 10 semaines suivant l'accouchement. Sans indication médicale particulière, sept examens au plus durant la grossesse ainsi qu'un examen après la grossesse sont pris en charge.

La caisse prend en charge les coûts d'un accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance conformément aux accords conventionnels et tarifaires.

Les dispositions relatives au traitement ambulatoire, hospitalier ou semi-hospitalier sont également applicables aux prestations en cas d'accouchement.

3.10.2 Frais de soins de l'enfant

Dans le cadre de l'assurance base de la mère, la caisse prend en charge la part des frais non couverts pour les soins de l'enfant tant que celui-ci séjourne à l'hôpital avec sa mère, pour autant que l'enfant soit assuré auprès de la caisse.

3.10.3 Préparation à l'accouchement et conseils en allaitement

La caisse prend en charge une contribution aux frais d'un cours de préparation à l'accouchement et les frais de trois conseils en allaitement au maximum, lorsqu'ils sont prodigués par une personne qualifiée reconnue.

Préparation à l'accouchement	Conseils pour l'allaitement
CHF 150.-	3 séances de conseil au maximum

3.11 Restrictions en matière de prestations

3.11.1 Réduction et suspension des prestations

Il n'existe aucun droit aux prestations pour le traitement de maladies et de suites d'accident qui doivent être couvertes par une autre assurance ou par des tiers.

Les prestations peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées si la personne assurée se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé d'elle, à un traitement raisonnablement exigible.

Une mise en demeure écrite lui signalant que les prestations sont réduites ou entièrement refusées doit avoir été adressée à la personne assurée.

3.11.2 Facturation exagérée et traitements non économiques

En cas de facturation manifestement exagérée ou en cas de traitements non économiques, la caisse peut refuser sa rémunération ou en réduire le montant en conséquence. Elle peut faire dépendre son paiement de la cession de la créance réduite.

La caisse ou la personne assurée, s'agissant des rémunérations qu'elle a payées elle-même, peut exiger du fournisseur de prestations qu'il lui restitue les rémunérations déjà payées.

3.11.3 Obligation de restituer

La caisse peut exiger la restitution des prestations touchées par erreur ou à tort.

3.12 Relations avec les prestations de tiers, surindemnisation

3.12.1 En général

Lorsqu'un tiers assume des obligations pour un cas de maladie ou un accident dûment annoncé sur la base de dispositions légales ou contractuelles ou en raison d'une faute imputable, les droits de la personne assurée contre le tiers passent à la caisse jusqu'à concurrence des prestations fournies. Lorsqu'il y a plusieurs responsables, ceux-ci répondent solidairement à l'égard de la caisse.

3.12.2 Assurances sociales

La caisse n'accorde pas de prestations lorsque celles-ci vont à la charge d'autres assurances sociales (LAA, AI, AM, AVS, LACI, etc.). La personne assurée doit annoncer le droit aux prestations à l'assurance sociale concernée.

En relation avec les prestations des autres assurances sociales, la caisse alloue des prestations provisoires conformément aux dispositions légales.

3.12.3 Surindemnisation

Lorsqu'un tiers assume des obligations pour un cas de maladie ou un accident dûment annoncé sur la base de dispositions légales ou contractuelles ou en raison d'une faute imputable, les droits de la personne assurée contre le tiers passent à la caisse jusqu'à concurrence des prestations fournies. Lorsqu'il y a plusieurs responsables, ceux-ci répondent solidairement à l'égard de la caisse.

4 Variante casamed

4.1 Généralités

A titre de variante de l'assurance base, les assurés peuvent conclure casamed impliquant un choix restreint des personnes ou institutions prodiguant des soins.

La prise en charge dans la variante casamed a lieu dans le cadre de systèmes basant sur le principe du médecin de famille.

L'adhésion à casamed peut être limitée aux assurés domiciliés dans une région déterminée.

4.2 Choix/résiliation de casamed

casamed peut être choisie lors de l'admission dans la caisse ou ultérieurement pour le début d'un mois civil.

Pour le passage aux variantes casamed ne prévoyant aucune franchise ou que la franchise ordinaire, les assurés avec une franchise à option doivent observer les délais ou conditions de sortie applicables à la franchise à option.

Le passage de casamed à l'assurance base ordinaire ou la sortie de la caisse pour les assurés casamed peuvent avoir lieu pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois.

Lors de la communication de la nouvelle prime, une résiliation des rapports d'assurance avec la caisse est possible pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois.

Si, en raison d'une absence locale prolongée de la personne assurée, le traitement non urgent ne peut pas être effectué par le médecin de famille casamed compétent, la caisse peut opérer un passage immédiat à l'assurance base ordinaire.

4.3 Conditions générales en matière de prestations

casamed sert les prestations de l'assurance de base si elles sont fournies ou ont été convenues par le médecin que la personne assurée a indiqué à l'assureur.

Lors de questions ou de problèmes de santé, la personne assurée consulte toujours ce médecin en premier.

Les institutions de télémédecine peuvent être reconnues par l'assureur comme médecins de famille casamed.

4.4 Exceptions

4.4.1 Ophtalmologues, gynécologues, dentistes et pédiatres

Les coûts des traitements effectués par ces spécialistes sont remboursés sans consultation préalable du médecin indiqué. L'assureur a le droit de limiter le choix de ces médecins. Pour le traitement chez des pédiatres, la caisse peut fixer une limite d'âge.

4.4.2 Cas d'urgence

Les cas d'urgence sont couverts dans le cadre de l'assurance de base, ceci indépendamment du fournisseur de prestations choisi.

4.5 Autres fournisseurs de prestations

En vue d'une fourniture avantageuse, la caisse peut désigner d'autres fournisseurs de prestations, notamment des hôpitaux, pharmacies, magasins spécialisés en articles sanitaires, auxquels l'assistance médicale ou la fourniture des assurés casamed sont confiées à titre exclusif.

4.6 Déroulement de l'assurance

4.6.1 Choix du médecin ou de l'institution de télémédecine compétente

La personne assurée indique un médecin de son choix ou une institution de télémédecine.

4.6.2 Changement de médecin

Dans casamed, un changement de médecin peut avoir lieu une fois par an.

Dans des cas particuliers, un changement peut avoir lieu plusieurs fois dans l'année avec l'accord de la caisse.

5 Participation aux frais

5.1 Participation ordinaire aux frais

5.1.1 Généralités

Conformément aux prescriptions du droit fédéral, chaque personne assurée doit participer aux coûts des prestations dont elle bénéficie, en acquittant une franchise annuelle et une quote-part.

Jusqu'à 18 ans	Adultes
pas de franchise (ordinaire)	CHF 300.- par année civile

5.1.2 Franchise annuelle

Pour les adultes, la franchise annuelle est perçue sous forme d'un montant fixe par année civile.

5.1.3 Quote-part

La quote-part s'élève à 10% des coûts des prestations fournies, qui excèdent le montant de la franchise annuelle.

Jusqu'à 18 ans	Adultes
10%, au max. CHF 350.- par année civile	10%, au max. CHF 700.- par année civile

5.1.4 Quote-part des médicaments

La quote-part s'élève à 20% des coûts qui dépassent la franchise annuelle pour les préparations originales, lorsque les génériques avec lesquels elles sont interchangeables figurent dans la liste des spécialités et ont un prix maximal inférieur d'au moins 20% à celui de la préparation originale correspondante.

En sont exceptées les préparations originales prescrites expressément pour des raisons médicales.

5.1.5 Participation aux frais en cas de maternité

Aucune participation aux frais n'est perçue dans le cadre des prestations en rapport avec la maternité.

Cela vaut également pour toutes les autres prestations médicales non liées à la maternité, de la 13^e semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

5.1.6 Montant maximal de la participation aux frais pour les familles

Le montant maximal de la participation aux frais pour les enfants d'une famille s'élève à:

CHF 1 000.- au total par année civile

5.2 Contribution aux frais de séjour hospitalier

En plus de la participation ordinaire aux frais, les assurés doivent verser une contribution journalière aux frais de séjour hospitalier.

CHF 15.- par jour

Sont exemptés de cette contribution les enfants et les jeunes adultes en formation jusqu'à 25 ans.

5.3 Franchise à option

5.3.1 Généralités

Moyennant une réduction correspondante des primes dans l'assurance base, les enfants, les jeunes adultes et les adultes peuvent opter pour une franchise plus élevée.

La franchise à option est perçue sous forme d'un montant fixe par année civile.

5.3.2 Choix/résiliation de la franchise à option

Une franchise plus élevée ne peut être choisie que pour le début d'une année civile.

En cas d'adhésion à la caisse en cours d'année, la franchise à option est perçue au prorata du temps.

Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre variante d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

Lors de la communication de la nouvelle prime, une résiliation des rapports d'assurance avec la caisse est possible pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois.

5.3.3 Montant des franchises à option

Les assurés peuvent choisir parmi les franchises annuelles plus élevées ci-après:

Adultes	Enfants
CHF 500.-	CHF 200.-
CHF 1 000.-	CHF 400.-
CHF 1 500.-	CHF 600.-
CHF 2 000.-	
CHF 2 500.-	

5.3.4 Quote-part

La quote-part correspond à celle de la participation aux frais ordinaire.

5.3.5 Montant maximal de la participation aux frais en présence de plusieurs enfants

Si plusieurs enfants d'une famille sont assurés auprès de Sympany, votre participation aux frais s'élève au double du montant maximal par enfant (franchise à option et quote-part). Si différentes franchises ont été choisies pour les enfants, Sympany fixe la participation maximale.

6 Primes

6.1 Fixation

6.1.1 En général

Les primes sont fixées dans le tarif des primes.

Les primes peuvent être échelonnées d'après les différences de coûts dues aux conditions locales.

6.1.2 Réductions de primes

Les primes sont réduites:

- pour les enfants et adolescents de moins de 18 ans révolus,
- pour les adultes jusqu'à l'âge de 25 ans révolus,
- en cas de suspension de la couverture des accidents,
- pour les assurés qui souscrivent une franchise à option,
- pour les assurés qui concluent une variante casamed.

6.1.3 Subsidés

La personne assurée peut demander des subsides respectivement auprès du canton de résidence et de sa commune de domicile. La caisse peut passer des accords avec le canton de résidence ou la commune de domicile, en vertu desquels le subside est directement déduit des primes.

6.2 Exonération de prime en cas de service militaire et de service civil

En cas de service militaire, de protection civile ou de service civil durant plus de 60 jours consécutifs, il y a exonération de prime pour les mois pour lesquels une couverture d'assurance est garantie par l'assurance militaire.

Une exonération de prime est accordée dans la mesure où elle est demandée au cours de la même année civile. Un justificatif du service accompli doit être joint à la demande.

6.3 Supplément de prime

En cas d'adhésion tardive et non excusable à l'assurance base, un supplément de prime est prélevé pour le double du retard d'affiliation.

Au maximum 50%

6.4 Primes extraordinaires

La caisse peut percevoir des primes extraordinaires dans les périodes où elle est mise extraordinairement à contribution.

6.5 Paiement

6.5.1 Echéance/période de paiement

Les primes sont payables d'avance. La période de paiement la plus courte est le mois civil. Les primes sont dues sans interruption, donc également en cas de maladie, d'accident, d'incapacité de travail ou en cas de suspension du droit aux prestations. Lorsque le sociétariat débute ou prend fin au cours d'un mois civil, la prime est due pour le mois entier.

6.5.2 Retard dans le paiement

Si une personne assurée ne paie pas ses arriérés de primes ou de participation aux frais malgré une sommation, la procédure de poursuite est engagée. Les cantons peuvent inscrire sur une liste le nom des personnes assurées qui ne remplissent pas leur obligation de payer les primes malgré la poursuite engagée à leur encontre. Sur signalement du canton, la caisse suspend, pour ces personnes, la prise en charge des coûts des prestations à l'exception des traitements d'urgence. Les frais de rappel et les frais administratifs occasionnés par les arriérés de paiement sont à la charge de la personne assurée.

Les frais supplémentaires découlant de dépenses exceptionnelles souhaitées par la personne assurée doivent être réglés à l'avance. Le montant des frais supplémentaires occasionnés est fixé par la caisse.

La caisse peut prélever sur les créances de cotisation dues, en plus de ces frais, des intérêts moratoires à raison de 5%.

La caisse peut, jusqu'à réquisition d'une continuation de la poursuite, compenser ses prestations avec des primes et participations aux frais échues. La personne assurée n'a aucun droit de compensation.

6.5.3 Cession/mise en gage

Les créances envers la caisse ne peuvent pas être mises en gage et ne peuvent être cédées que dans les cas prévus par la LAMal.

7 Assurance collective

7.1 Généralités

En vue de simplifier la procédure administrative, la caisse peut conclure des contrats collectifs pour des groupes de personnes.

7.2 Réglementations dérogatoires

Les mêmes prestations et primes que celles valables pour les assurés individuels sont en principe applicables aux assurés collectifs.

Des dispositions dérogatoires peuvent porter notamment sur les points suivants:

- a) procédure d'admission simplifiée,
- b) autre mode de paiement des primes,
- c) partenaire collectif comme débiteur des primes,
- d) délégation des obligations de renseigner au partenaire collectif,
- e) procédure contraire sur le plan du règlement des prestations et des participations aux frais,
- f) procédure simplifiée pour l'exclusion des accidents.

7.3 Passage dans l'assurance individuelle

L'assurance des assurés qui cessent d'appartenir au cercle des personnes auxquelles s'étend l'assurance collective, ou des assurés dont le contrat collectif prend fin, est maintenue automatiquement dans l'assurance individuelle.

8 Voies de droit

8.1 Décision

Lorsqu'une personne assurée ou un proposant n'accepte pas une détermination, la caisse rend une décision écrite, dans les trente jours à compter de la demande, avec indication des motifs et des voies de recours.

8.2 Opposition

Cette décision peut être attaquée auprès de la caisse dans les trente jours de sa notification. La caisse examine l'opposition et rend une décision écrite sur opposition avec indication des motifs et des voies de recours.

8.3 Tribunal cantonal des assurances

Les décisions rendues sur opposition peuvent être attaquées, dans les trente jours à partir de la notification, par voie de recours auprès du tribunal cantonal des assurances.

Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir.

Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de la personne assurée ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Le recours auprès du tribunal des assurances peut aussi être formé lorsque la caisse n'a pas rendu de décision ni de décision sur opposition dans le délai imparti.

Si la personne assurée ou une autre partie sont domiciliées à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton du dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile du dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où la caisse a son siège.

8.4 Exécution

Les décisions et les décisions sur opposition de la caisse passent en force de chose jugée si elles ne sont pas attaquées par voie d'opposition ou de recours dans le délai imparti ou si le recours n'a pas abouti. Les décisions qui portent sur un paiement en argent sont, lorsqu'elles ont passé en force, assimilées à des jugements exécutoires au sens de l'art. 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP).

8.5 Protection juridique

En cas de contestations à propos d'honoraires entre la personne assurée et des fournisseurs de prestations au sens de la LAMal, la caisse peut, à la demande de la personne assurée et à ses frais, se charger de la représentation de la personne assurée devant les tribunaux compétents, à moins que la demande ne paraisse vouée à l'échec.

9 Dispositions finales

9.1 Modifications

Les modifications du présent règlement sont notifiées aux assurés par communication écrite, dans le journal des membres ou par publication officielle.

9.2 Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur le 1.1.2010 et remplace ainsi complètement toutes les dispositions et tous les règlements antérieurs sur l'assurance légale des soins.

Table des matières

<p>1 Bases de l'assurance</p> <p>1.1 But</p> <p>1.2 Assureurs responsables</p> <p>1.3 But de l'assurance</p> <p>1.4 Conditions générales d'assurance (CGA)</p> <p>1.5 Conditions pour l'assurance collective</p> <p>1.6 Loi sur le contrat d'assurance</p> <p>2 Catégories d'assurance</p> <p>2.1 Possibilités d'assurance</p> <p>2.2 Modifications des catégories d'assurance</p> <p>2.3 Catégories d'assurance choisies</p> <p>3 Personnes assurées</p> <p>3.1 Assurance individuelle</p> <p>3.2 Assurance collective</p> <p>4 Début et durée de l'assurance</p> <p>4.1 Procédure lors de la conclusion de l'assurance</p> <p>4.1.1 Proposition</p> <p>4.1.2 Obligation de renseigner</p> <p>4.1.3 Refus ou exclusion des prestations</p> <p>4.1.4 Documents</p> <p>4.1.5 Droit de révocation</p> <p>4.2 Début de l'assurance</p> <p>4.3 Durée de l'assurance</p> <p>4.3.1 Période d'assurance</p> <p>4.3.2 Durée d'assurance plus longue</p> <p>4.3.3 Moment de la conclusion de l'assurance</p> <p>4.3.4 Prolongation de l'assurance</p> <p>4.4 Modification de l'assurance</p> <p>4.4.1 Modification par le preneur d'assurance</p> <p>4.4.2 Modification par l'assureur</p> <p>4.5 Suspension de l'assurance</p> <p>4.5.1 Condition</p> <p>4.5.2 Durée et étendue de la suspension</p>	<p>5 Fin de l'assurance</p> <p>5.1 Résiliation par le preneur d'assurance</p> <p>5.1.1 Résiliation ordinaire</p> <p>5.1.2 Résiliation en cas de sinistre</p> <p>5.1.3 Droit de passage en cas de résiliation du contrat collectif</p> <p>5.2 Renoncement au droit de résiliation par l'assureur</p> <p>5.3 Autres motifs fondant la fin du contrat</p> <p>6 Prestations</p> <p>6.1 Définitions</p> <p>6.1.1 Maladie</p> <p>6.1.2 Accident</p> <p>6.1.3 Maternité</p> <p>6.2 Validité des prestations</p> <p>6.2.1 Validité territoriale des prestations</p> <p>6.2.2 Validité temporelle des prestations</p> <p>6.3 Prestations assurées</p> <p>6.3.1 Etendue des prestations</p> <p>6.3.2 Traitements économiques</p> <p>6.3.3 Traitements par des personnes médicales reconnues</p> <p>6.4 Limitations sur le plan des prestations</p> <p>6.4.1 Maladies et accidents préexistants</p> <p>6.4.2 Exclusion des prestations</p> <p>6.4.3 Restrictions en matière de prestations</p> <p>7 Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident</p> <p>7.1 Obligation de déclarer</p> <p>7.2 Obligation de réduire le dommage</p> <p>7.3 Obligation de renseigner</p> <p>8 Primes et paiements</p> <p>8.1 Fixation des primes</p> <p>8.1.1 En général</p> <p>8.1.2 Montant des primes</p> <p>8.1.3 Rabais familial</p> <p>8.2 Adaptation des tarifs de primes et de la participation aux frais</p> <p>8.3 Paiement des primes</p> <p>8.3.1 Echéance</p> <p>8.3.2 Retard dans le paiement</p>
--	--

8.4 Participation aux excédents

8.4.1 Principe

8.4.2 Condition

8.4.3 Versement

8.5 Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

8.5.1 Principe

8.6 Autres dispositions régissant le paiement

8.6.1 Compensation

8.6.2 Cession et mise en gage

8.6.3 Versement des prestations

8.6.4 Prescription

9 Prestations de tiers

9.1 Subsidiarité

9.1.1 En général

9.1.2 Prestations des pouvoirs publics

9.1.3 Pluralité d'assureurs

9.1.4 Renoncement aux prestations

9.2 Assurances sociales

9.3 Prestations provisoires et recours

9.4 Surassurance

10 Carte client

11 Protection des données

12 Communications

13 For

14 Entrée en vigueur

Dispositions communes

1 Bases de l'assurance

1.1 But

Des assurances complémentaires et autres assurances sont offertes conformément aux présentes conditions générales d'assurance et en complément de l'assurance-maladie selon la LAMal.

1.2 Assureurs responsables

Les assureurs responsables sont les sociétés d'assurance (désignées ci-après par assureurs) mentionnées dans les différentes catégories d'assurance.

La caisse servant d'intermédiaire est la caisse-maladie (désignée ci-après par la caisse) mentionnée sur la police d'assurance. Elle est autorisée à effectuer tout acte au nom et pour le compte de l'organisme d'assurance.

1.3 But de l'assurance

Sont assurées les conséquences économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité survenant durant la période pour laquelle l'assurance est conclue.

La couverture des accidents peut être exclue, dans la mesure où ceci est prévu dans les dispositions des différentes catégories d'assurance.

1.4 Conditions générales d'assurance (CGA)

Les CGA règlent les rapports d'assurance, dans la mesure où des conditions particulières n'ont pas été convenues dans le contrat individuel.

Les dispositions communes des CGA sont applicables à toutes les catégories d'assurance mentionnées ci-après. Les détails en matière de prestations figurent dans les dispositions régissant les différentes catégories d'assurance. Les dispositions de chaque catégorie d'assurance priment lorsque les différentes catégories d'assurance s'écartent des dispositions communes.

1.5 Conditions pour l'assurance collective

Les CGA sont également valables pour les assurances collectives dans le domaine des frais de guérison. Des conditions dérogatoires peuvent être convenues dans chaque contrat collectif, notamment en ce qui concerne l'admission, l'étendue des prestations, la fixation des primes, la durée d'assurance, la résiliation et concernant la répartition des droits et obligations entre le preneur d'assurance et la personne assurée.

Les dispositions régissant le contrat collectif priment les conditions générales d'assurance.

Le preneur d'assurance a un droit de regard sur les conditions du contrat collectif concernant le rapport d'assurance.

1.6 Loi sur le contrat d'assurance

Pour autant que les dispositions du contrat ne fixent pas de réglementations dérogatoires, les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 sont applicables.

2 Catégories d'assurance

2.1 Possibilités d'assurance

Les catégories d'assurance selon les présentes CGA sont:

- plus,
- premium,
- supplément général,
- supplément privé,
- hospita générale, demi-privée, privée, accident privé, globale, flex, confort,
- salto,
- mondial,
- dental,
- tourist,
- protect,
- capita accident,
- capita maladie.

Certaines catégories d'assurance sont pratiquées dans les variantes casamed et/ou mondial.

2.2 Modifications des catégories d'assurance

Les catégories d'assurance peuvent, sous garantie des droits acquis, être adaptées par l'assureur aux besoins changeants, être complétées ou faire l'objet d'une nouvelle répartition.

2.3 Catégories d'assurance choisies

La police d'assurance fait mention des catégories d'assurance souscrites. Les dispositions particulières ou accords spéciaux qui dérogent aux conditions générales d'assurance sont également indiqués sur la police d'assurance.

3 Personnes assurées

3.1 Assurance individuelle

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

3.2 Assurance collective

Le contrat collectif fixe le cercle des personnes assurées ou assurables.

Les personnes ou groupes de personnes mentionnés sur la police d'assurance sont assurés.

4 Début et durée de l'assurance

4.1 Procédure lors de la conclusion de l'assurance

4.1.1 Proposition

La proposition en vue de la conclusion de l'assurance a lieu par écrit au moyen du formulaire de la caisse. Le proposant doit répondre complètement et sincèrement aux questions posées sur le formulaire. Les personnes n'ayant pas l'exercice des droits civils ne peuvent être assurées que par leur représentant légal.

4.1.2 Obligation de renseigner

Lorsque des indications incorrectes ou incomplètes sont fournies lors du dépôt de la proposition, la caisse peut se départir du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

Au moment de la résiliation du contrat, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour des sinistres déjà survenus pouvant être mis en relation avec les indications incorrectes ou incomplètes.

Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, la caisse a droit à son remboursement.

En déposant sa proposition en vue de la conclusion de l'assurance, le proposant autorise la caisse à prendre des renseignements nécessaires à la conclusion de l'assurance et à l'examen d'une obligation à prestations ultérieure auprès des personnes médicales ainsi qu'auprès d'autres assureurs.

La caisse peut demander un certificat médical ou peut, à ses frais, exiger un examen médical.

Le preneur d'assurance doit veiller à ce qu'il puisse fournir toutes les indications nécessaires sur la personne assurée.

4.1.3 Refus ou exclusion des prestations

La caisse peut refuser des propositions ou exclure certaines prestations de la couverture d'assurance.

4.1.4 Documents

Lors de la conclusion de l'assurance, le preneur d'assurance reçoit:

- la police d'assurance,
- les conditions générales d'assurance.

4.1.5 Droit de révocation

La personne qui soumet une proposition d'assurance à l'assureur et qui ne fixe pas de délai plus court pour l'acceptation demeure liée pendant 14 jours. Si l'assurance exige un examen médical, le proposant reste lié pendant quatre semaines.

Si la teneur de la police d'assurance ou des avenants ne concorde pas avec les accords intervenus, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte; faute de quoi, la teneur en est considérée comme acceptée.

4.2 Début de l'assurance

L'assurance déploie ses effets dès la date confirmée sur la police d'assurance.

4.3 Durée de l'assurance

4.3.1 Période d'assurance

La durée d'assurance correspond à une année civile et s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.

4.3.2 Durée d'assurance plus longue

Un rabais peut être accordé en cas de conclusion d'une assurance pour la durée d'au moins trois années civiles entières.

4.3.3 Moment de la conclusion de l'assurance

La conclusion de l'assurance est également possible, en tout temps, en cours de l'année civile. La prime se calcule en fonction de la durée d'assurance restante.

4.3.4 Prolongation de l'assurance

A la fin de chaque année civile, le contrat d'assurance est prolongé tacitement pour une nouvelle année civile, s'il n'est pas résilié par le preneur d'assurance dans le délai de résiliation ordinaire.

Tout changement d'assurance de la part de l'assureur est effectif pour le début de la nouvelle période d'assurance.

4.4 Modification de l'assurance

4.4.1 Modification par le preneur d'assurance

Les propositions en vue d'une modification du contrat d'assurance impliquant une couverture plus élevée ou les propositions pour lesquelles une déclaration de santé est exigée sont considérées comme proposition en vue d'un nouveau contrat d'assurance.

En cas de diminution de la couverture d'assurance, les dispositions régissant la résiliation sont applicables.

4.4.2 Modification par l'assureur

Si, après la conclusion de l'assurance, des changements considérables interviennent dans les conditions-cadres pour l'assurance des conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident, comme l'élargissement du nombre de personnes médicales ou nouvelles catégories de personnes médicales, l'extension de l'offre en prestations médicales, l'introduction de formes de thérapie nouvelles et onéreuses ou de médicaments et autres développements similaires, ou des changements dans la législation sur l'assurance sociale, l'assureur est en droit d'adapter les dispositions régissant les assurances.

Ces nouvelles conditions contractuelles entrent en vigueur au début d'une nouvelle période d'assurance et sont communiquées au preneur d'assurance 30 jours à l'avance. Ce dernier a le droit de résilier les catégories d'assurance concernées dans les 30 jours à compter de la communication pour la fin de la période d'assurance en cours. Si aucune résiliation n'intervient de la part du preneur d'assurance, il y a acceptation des nouvelles conditions du contrat.

4.5 Suspension de l'assurance

4.5.1 Condition

La suspension de l'assurance dans une ou dans toutes les catégories d'assurance peut être demandée, pour autant qu'il soit établi qu'une couverture d'assurance existe par ailleurs.

L'accord concernant une suspension est soumis à la même procédure que la nouvelle conclusion d'une assurance (établissement d'une proposition, obligation de renseigner, possibilité de refus, documents, droit de révocation). Une prime réduite est perçue durant la période de suspension.

4.5.2 Durée et étendue de la suspension

La suspension déploie ses effets après le dépôt de la demande au plus tôt dès le premier jour du mois qui suit la survenance du fait qui a donné naissance à la suspension.

La suspension doit être demandée pour une durée d'au moins trois mois et peut être conclue pour une durée allant jusqu'à six ans. Une nouvelle prolongation de la suspension peut être demandée. Le contrat prend fin lorsque la caisse ne peut pas approuver une prolongation.

En cas de séjour à l'étranger, une adresse de contact en Suisse doit être indiquée.

Lorsque le motif de la suspension prend fin, la protection d'assurance est remise intégralement en vigueur, dans la mesure où la demande en est faite dans les 30 jours. Si la protection d'assurance n'est pas réactivée dans le délai précité, l'assurance prend fin sans autres.

5 Fin de l'assurance

5.1 Résiliation par le preneur d'assurance

5.1.1 Résiliation ordinaire

L'assurance ou une catégorie d'assurance peut être résiliée par écrit jusqu'au 30 septembre au plus tard pour le 31 décembre. Les dispositions dérogatoires régissant la résiliation dans les différentes catégories d'assurance demeurent réservées.

5.1.2 Résiliation en cas de sinistre

Après chaque sinistre pour lequel l'assureur a alloué des prestations, le preneur d'assurance peut se départir par écrit de la partie correspondante du contrat, c'est-à-dire de la catégorie d'assurance concernée, dans les 14 jours qui suivent le paiement ou le moment où il a connaissance de la prise en charge des prestations par l'assureur. La prime est due jusqu'à la fin de l'assurance.

5.1.3 Droit de passage en cas de résiliation du contrat collectif

Les personnes assurées dont l'assurance prend fin suite à la résiliation du contrat collectif ont le droit de passer dans une assurance individuelle équivalente. En cas de passage à une couverture d'assurance supérieure, une nouvelle déclaration de santé est nécessaire. Le droit de passage doit être exercé dans les 30 jours qui suivent la fin du contrat collectif.

Il n'existe aucun droit de passage lorsque le preneur d'assurance a conclu un nouveau contrat collectif pour ce cercle de personnes auprès d'un autre assureur.

5.2 Renoncement au droit de résiliation par l'assureur

L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la loi de se départir du contrat à l'échéance du contrat ou en cas de sinistre. En demeure excepté le droit de résiliation dans le secteur des contrats collectifs. De même, la résiliation du contrat en cas de tentative d'abus ou d'abus d'assurance demeure réservée.

5.3 Autres motifs fondant la fin du contrat

L'assurance prend fin en outre dans les cas suivants:

- a) au décès de la personne assurée,
- b) en cas de départ à l'étranger (sauf pour les frontaliers, les travailleurs détachés ou en cas de conclusion d'une variante mondial),
- c) lorsque la limite d'âge fixée pour la protection d'assurance est atteinte,
- d) en cas d'épuisement définitif du droit à l'ensemble des prestations dans une catégorie d'assurance,
- e) lorsque le contrat, à l'échéance de la durée maximale (max. 36 mois, prolongation possible de 36 mois) dans mondial ou en cas de suspension, n'est pas prolongé,
- f) lorsque la personne assurée est soumise à l'obligation d'assurance, en Suisse ou à l'étranger, au cours des rapports d'assurance, ou lorsque la libération de l'obligation d'assurance s'éteint, mondial prend fin à la date de l'assujettissement à la nouvelle obligation d'assurance, au plus tôt toutefois à la fin du mois au cours duquel Sympany reçoit une communication correspondante.

6 Prestations

6.1 Définitions

6.1.1 Maladie

Par maladie, on entend une 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.

6.1.2 Accident

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort.

Dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie ou une dégénérescence, les lésions corporelles suivantes, énumérées à titre exhaustif, sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:

- a) les fractures
- b) les déboîtements d'articulations
- c) les déchirures du ménisque
- d) les déchirures de muscles
- e) les froissements de muscles
- f) les déchirures de tendons
- g) les lésions de ligaments
- h) les lésions du tympan.

Ne constituent pas une lésion corporelle au sens de l'alinéa ci-dessus les dommages non causés par un accident aux objets mis en place suite à une maladie et qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps.

Par accident, on entend également les maladies professionnelles reconnues comme accidents aux termes de la LAA.

6.1.3 Maternité

Les prestations liées à la grossesse et à l'accouchement sont assurées au même titre que la maladie si, au moment de l'accouchement, l'assurance de la mère auprès de l'assureur a déjà duré depuis au moins 270 jours ou, en cas d'une assurance antérieure équivalente par un autre assureur, si le dépôt de la proposition d'assurance a été confirmé par la caisse au moins 270 jours avant l'accouchement.

6.2 Validité des prestations

6.2.1 Validité territoriale des prestations

L'assurance est valable en principe pour les prestations fournies en Suisse et, en cas de traitement d'urgence, dans le monde entier. Les dispositions régissant la validité territoriale dans les conditions d'assurance des différentes catégories d'assurance priment.

Les frontaliers bénéficient de la protection d'assurance également pour les prestations fournies à leur lieu de domicile.

6.2.2 Validité temporelle des prestations

Un droit aux prestations existe pendant la durée de l'assurance. Il n'existe aucun droit aux prestations pour les coûts engendrés après la fin de l'assurance.

Sont déterminants la date du traitement ou le moment du recours à la prestation assurée.

6.3 Prestations assurées

6.3.1 Etendue des prestations

Sont assurées les prestations conformément à la couverture mentionnée sur la police d'assurance et selon les dispositions régissant les différentes catégories d'assurance.

6.3.2 Traitements économiques

Les traitements sont couverts lorsqu'ils sont économiques, efficaces, appropriés et médicalement nécessaires. Ceci signifie que les coûts de traitements médicaux sont pris en charge dans la mesure où ils se limitent à ce qui est exigé par l'intérêt de la personne assurée et par le but du traitement.

En vue de la prise en charge optimale de ses assurés, la caisse peut convenir de mesures d'accompagnement avec les fournisseurs de prestations reconnus dans le but de garantir, par une meilleure collaboration et coordination entre les fournisseurs de prestations et la caisse, le traitement le plus efficace,

le plus approprié et le plus économique pour les assurés. La caisse peut charger une conseillère ou un conseiller en santé de l'exécution de ces mesures.

En cas de facturation manifestement exagérée, la caisse peut réduire ses prestations en conséquence ou faire dépendre son paiement de la cession de la créance réduite.

6.3.3 Traitements par des personnes médicales reconnues

Les traitements par des personnes médicales ou des institutions médicales sont assurés si celles-ci sont reconnues aux termes de la LAMal. Les prestations d'autres personnes ou institutions sont assurées dans la mesure où ceci est prévu dans les différentes catégories d'assurance.

6.4 Limitations sur le plan des prestations

6.4.1 Maladies et accidents préexistants

La caisse peut excepter de la couverture d'assurance les maladies et les suites d'accidents qui existent ou existaient déjà au moment de la conclusion de l'assurance (réserve) ou refuser toute la proposition.

En cas d'augmentation d'assurance avec réserve, il n'y a aucune restriction dans la nouvelle catégorie ou classe d'assurance pour les prestations qui étaient déjà couvertes par l'ancienne catégorie d'assurance.

Les restrictions de couverture sont communiquées par écrit à la personne assurée.

6.4.2 Exclusion des prestations

Il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance:

- a) pour les maladies et les suites d'accident qui existaient déjà au moment de la conclusion de l'assurance et que la caisse a exceptées de l'assurance,
- b) pour les maladies et les suites d'accident qui existaient déjà au moment du dépôt de la proposition et qui n'ont pas été déclarées ou indiquées uniquement de manière incomplète,
- c) durant un délai d'attente,
- d) lorsqu'un traitement ne sert pas à guérir une atteinte à la santé ou les suites de celle-ci. Les mesures qui empêchent l'apparition imminente ou l'aggravation d'un trouble de la santé demeurent réservées s'il y a déjà un état morbide,
- e) pour les traitements effectués par un fournisseur de prestations non reconnu par la caisse,
- f) pour les traitements dentaires, dans la mesure où la couverture n'est pas réglée expressément dans la catégorie d'assurance souscrite,
- g) en cas de suspension de l'assurance,
- h) en cas d'arriérés de paiement à partir de l'échéance du délai de sommation jusqu'au paiement intégral de toutes les créances,
- i) en cas de participation à des actes de guerre, des désordres et actes similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger,
- j) pour les maladies et les accidents consécutifs à des événements de guerre dont la première apparition date déjà de plus de 14 jours,
- k) pour les maladies et les accidents dus à la participation active à des actes punissables, des bagarres ou à d'autres actes violents,
- l) pour les conséquences de tremblements de terre et d'autres catastrophes naturelles,
- m) pour les dommages à la santé résultant de gros sinistres industriels ou pour les dommages causés par l'énergie atomique,

- n) pour les transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) à Soleure a convenu des forfaits par cas, et ceci indépendamment du lieu où la transplantation est pratiquée,
- o) pour les participations légales et convenues aux frais de l'assurance obligatoire des soins,
- p) pour les maladies épidémiques.

D'autres exclusions et limitations de prestations éventuelles sont fixées dans les dispositions régissant les différentes catégories d'assurance.

6.4.3 Restrictions en matière de prestations

Les prestations peuvent être réduites:

- a) en cas de transgression fautive des obligations par le preneur d'assurance ou la personne assurée,
- b) pour les maladies ou accidents provoqués par négligence grave, notamment ceux causés par l'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues,
- c) pour les dommages à la santé dus à une entreprise téméraire, c'est-à-dire lorsque la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave, sans prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. En sont exceptés les actes de sauvetage en faveur de personnes. Est notamment considérée comme entreprise téméraire au sens de cette disposition la participation à des courses avec des véhicules à moteur, un entraînement pour de telles courses ou la pratique de sports à risques qui ne sont pas suivis, accompagnés et organisés par des professionnels et des personnes qualifiées. La caisse tient une liste de l'ensemble des sports à risques considérés comme entreprise téméraire. Cette liste n'est pas exhaustive et peut être consultée à tout moment par les personnes assurées,
- d) lorsque le dommage à la santé a été provoqué intentionnellement, également par suite d'une tentative de suicide ou d'automutilations,
- e) lorsque, malgré une sommation écrite, les justificatifs nécessaires à la détermination du droit aux prestations d'assurance ne sont pas produits dans les quatre semaines.

7 Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident

7.1 Obligation de déclarer

Les personnes assurées doivent faire valoir leurs prétentions auprès de la caisse dans les délais fixés dans les dispositions pour les différentes catégories d'assurance. La survenance d'un accident doit être annoncée au plus tard dans les dix jours.

L'annonce doit se faire véridiquement. Lorsque des prestations sont réclamées, toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires doivent être mises à la disposition de la caisse. Seules les factures originales et lisibles sont acceptées.

7.2 Obligation de réduire le dommage

La personne assurée doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à réduire le dommage, notamment ce qui favorise la guérison, et doit éviter tout ce qui pourrait nuire à la guérison.

La personne assurée soutient l'activité de la conseillère ou du conseiller en santé dans le cadre des mesures d'accompagnement de la caisse et lui fournit les renseignements nécessaires.

7.3 Obligation de renseigner

La personne assurée délève du secret professionnel envers la caisse les médecins traitants et les autres personnes médicales ainsi que les assureurs. La caisse peut au besoin demander des renseignements.

La personne assurée doit, sur demande, se faire examiner par un second médecin ou par le médecin-conseil de la caisse. Les frais sont à la charge de l'assureur.

La personne assurée doit renseigner la caisse sur toutes les prestations de tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité.

Les décomptes de tiers doivent être présentés à la demande de la caisse.

Pour les personnes n'ayant pas l'exercice des droits civils, le preneur d'assurance doit veiller à ce que l'obligation de renseigner soit respectée.

8 Primes et paiements

8.1 Fixation des primes

8.1.1 En général

Les primes sont fixées dans un tarif de primes par catégorie d'assurance.

8.1.2 Montant des primes

Le montant des primes est fixé conformément au risque, comme par exemple d'après l'âge, le lieu de domicile, le montant du risque assumé personnellement ou assumé par l'assuré.

Les modifications de primes suite à un changement de groupe de risque entrent automatiquement en vigueur.

Une prime réduite est perçue pour les assurances suspendues.

8.1.3 Rabais familial

Des rabais de prime peuvent être fixés pour les familles, notamment pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, en cas de conclusion d'une assurance pour la durée d'au moins trois années civiles entières ou lorsque l'épouse et l'époux s'assurent de façon équivalente.

Un rabais est accordé aux enfants:

- en cas de conclusion d'une assurance pour la durée d'au moins trois années civiles entières: à condition que l'un des parents soit au bénéfice, auprès de Sympany, d'une couverture au moins équivalente à celle de l'enfant et que parent et enfant vivent dans le même ménage (police familiale).
- en cas d'exonération de prime dès le troisième enfant: à condition que les deux frères et sœurs aînés, âgés de moins de 25 ans et vivant dans le même ménage (police familiale), soient au bénéfice d'une couverture au moins équivalente auprès de Sympany.

8.2 Adaptation des tarifs de primes et de la participation aux frais

Les tarifs de primes et la participation aux frais peuvent être adaptés en fonction de l'évolution des coûts et des sinistres.

Les adaptations de primes sont communiquées au preneur d'assurance 30 jours à l'avance. Ils ont le droit de résilier la

catégorie d'assurance correspondante dans les 30 jours qui suivent la communication de la caisse avec effet à la date de l'entrée en vigueur de l'adaptation des primes. Un droit de résiliation extraordinaire aux mêmes conditions résulte des adaptations de primes suite au passage automatique à une classe d'âge supérieure.

Si aucune résiliation n'est présentée, l'adaptation des primes est considérée comme acceptée.

8.3 Paiement des primes

8.3.1 Échéance

Les primes sont payables d'avance, conformément aux échéances stipulées sur le décompte de prime et aux délais de paiement.

Les primes sont dues sans interruption, donc également en cas de maladie, d'accident, de grossesse et de maternité, d'incapacité de travail ou en cas de suspension du droit aux prestations.

Lorsque l'assurance débute ou prend fin au cours d'un mois civil, la prime est due pour le mois entier.

8.3.2 Retard dans le paiement

Si le preneur d'assurance ne satisfait pas à l'obligation de payer les primes ou la participation aux frais même après le délai complémentaire de 30 jours, il sera sommé par écrit de payer les primes ou participations aux frais en souffrance dans les 14 jours. La sommation attire l'attention du preneur d'assurance sur les conséquences de l'inobservation de l'obligation de paiement.

Les frais de sommation et de dossier occasionnés par les arriérés de paiement vont à la charge de la personne assurée.

Si la sommation reste sans effet, l'obligation à prestations est suspendue pour les traitements et pertes de gain qui ont lieu à partir de l'expiration du délai de paiement jusqu'à paiement intégral des montants arriérés, y compris les intérêts et les frais administratifs.

Pour les maladies et les accidents et leurs suites survenant durant la suspension de l'obligation à prestations, il n'y a pas la moindre couverture d'assurance, même pas en cas de paiement ultérieur des montants arriérés.

La caisse peut se départir du contrat dès l'expiration du délai de sommation. Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après expiration du délai de sommation, le contrat s'éteint.

8.4 Participation aux excédents

8.4.1 Principe

Dans la mesure où l'assuré majeur présente une évolution de risque favorable, il peut recevoir une participation à un excédent éventuel, c'est-à-dire au bénéfice net de l'assureur.

8.4.2 Condition

La participation à un bénéfice éventuel est soumise à la condition que la personne assurée n'ait pas eu recours, pendant une année civile au moins, aux prestations de l'assureur ou de la caisse. Tombent sous le coup de cette disposition toutes les catégories d'assurance, y compris l'assurance obligatoire des soins ou une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal.

8.4.3 Versement

La participation éventuelle aux excédents est versée sous forme d'un versement unique au plus tôt à l'échéance d'une

année qui suit l'année civile sans recours aux prestations. Elle ne peut être versée qu'aux personnes qui sont assurées auprès de Sympany au moment du versement.

8.5 Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

8.5.1 Principe

Dans la variante prévoyant un rabais en cas de non-recours aux prestations, un rabais de prime est accordé lorsque la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation.

8.6 Autres dispositions régissant le paiement

8.6.1 Compensation

La caisse peut compenser des prestations échues avec des créances contre la personne assurée ou le preneur d'assurance.

La personne assurée ou le preneur d'assurance n'ont aucun droit de compensation à l'encontre de la caisse.

8.6.2 Cession et mise en gage

Les créances envers la caisse ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans l'agrément de ce dernier.

8.6.3 Versement des prestations

Sauf convention contraire passée entre l'assureur et les fournisseurs de prestations, la personne assurée est débitrice des honoraires à l'égard des fournisseurs de prestations.

La caisse vire les prestations à la personne assurée sur son compte bancaire ou postal. Les coordonnées du compte doivent être communiquées à la caisse au préalable. Si les versements sont exigés au moyen d'autres modes de paiement, la caisse peut demander une indemnisation des frais supplémentaires encourus.

En présence de conventions et de tarifs contraires entre l'assureur et les fournisseurs de prestations, la caisse effectue le paiement direct aux fournisseurs de prestations. Lorsque la caisse effectue un paiement direct aux fournisseurs de prestations, la personne assurée est tenue de rembourser la participation aux frais convenue dans les 30 jours qui suivent la facturation de la caisse.

Les accords sur les honoraires, passés entre auteurs de factures et personnes assurées, ne lient pas l'assureur. Il n'y a droit aux prestations que dans le cadre du tarif reconnu par l'assureur pour le fournisseur de prestations concerné.

La caisse exige la restitution des prestations touchées à tort.

8.6.4 Prescription

Le droit aux prestations de la personne assurée à l'égard de l'assureur se prescrit par deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation de l'assureur.

9 Prestations de tiers

9.1 Subsidiarité

9.1.1 En général

Lorsqu'un tiers assume des obligations pour un cas de maladie ou un accident dûment annoncé sur la base de dispositions légales ou en raison d'une faute imputable, l'assureur n'est pas tenu à prestations ou tout au plus pour la part non couverte. Pour les prétentions en matière de prestations à l'égard de tiers, il n'y a aucune obligation à prestations d'après les présentes CGA dans les limites desdites prétentions.

9.1.2 Prestations des pouvoirs publics

Pour les prétentions en matière de prestations ou de réductions vis-à-vis des cantons et des communes, il n'y a également aucune obligation à prestations d'après les présentes CGA.

9.1.3 Pluralité d'assureurs

Lorsque plusieurs assurances privées ont été souscrites, les prestations au sens des présentes conditions générales d'assurance sont accordées subsidiairement aux prestations de l'autre assureur. Si les conditions d'assurance de l'autre assureur prévoient également une clause de subsidiarité, les dispositions de la loi sur le contrat d'assurance relatives à la double assurance s'appliquent.

9.1.4 Renoncement aux prestations

Lorsque des assurés renoncent sans l'agrément de la caisse à tout ou partie des prestations vis-à-vis d'un tiers, l'assureur est libéré de toute obligation à prestations selon les présentes CGA. La capitalisation d'un droit aux prestations est également considérée comme renoncement.

9.2 Assurances sociales

Aucune prestation ne sera prise en charge lorsque celles-ci vont à la charge d'assurances sociales (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI, etc.). Le droit aux prestations doit être annoncé à l'assurance sociale concernée.

9.3 Prestations provisoires et recours

Vis-à-vis de tiers autres que les assurances sociales, des prestations provisoires peuvent être prises en charge, pour autant que la personne assurée se soit efforcée dans des limites raisonnables et sans succès de faire passer ses prétentions et qu'elle cède à la caisse ses droits contre les tiers jusqu'à concurrence des prestations allouées.

9.4 Surassurance

Les prestations servies d'après les présentes CGA, compte tenu des prestations de tiers, ne doivent pas constituer une source de gain pour les assurés. En cas de surassurance, les prestations sont réduites en conséquence.

10 Carte client

La caisse envoie aux personnes assurées chez Sympany une carte client personnelle. Celle-ci sert de certificat envers les prestataires. Par ailleurs, les conditions correspondantes de l'assurance base sont applicables.

11 Protection des données

Le traitement des données concernant des personnes assurées est régi par les dispositions de la loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992.

Si le traitement des données est confié à un tiers, la caisse veille à ce que ne soient effectués des traitements autres que ceux qu'il est lui-même en droit d'effectuer.

La caisse ne collecte et ne traite que les données (p.ex. données personnelles, informations concernant l'état de santé, examen des indications fournies sur la proposition, encaissements, liquidation des sinistres) qui sont nécessaires pour le suivi du contrat d'assurance selon la LCA. La caisse traite les renseignements obtenus avec la plus grande confidentialité.

La caisse ne communique des données à des tiers que dans la mesure où la transmission est en rapport direct avec l'exécution du contrat. Dans les autres cas, la caisse ne renseigne qu'avec le consentement de la personne assurée.

La caisse conserve soigneusement les données et les protège contre tout traitement non autorisé par des mesures organisationnelles et techniques appropriées.

12 Communications

Les modifications intervenant dans la situation personnelle des personnes assurées et qui sont essentielles pour l'assurance, comme le changement du lieu de domicile, doivent être communiquées à la caisse par écrit et dans les 30 jours.

Si la personne assurée ne remplit pas l'obligation de communiquer les changements déterminants pour le calcul de la prime, une éventuelle différence de prime est due avec effet rétroactif.

Lorsque le domicile se trouve à l'étranger, une adresse de contact en Suisse doit être indiquée.

Toutes les communications du preneur d'assurance ou de la personne assurée doivent être adressées à l'agence compétente de la caisse.

Les communications incombant à la caisse ou à l'assureur sont faites valablement à la personne assurée ou au preneur d'assurance, respectivement par écrit ou par le canal du journal des assurés à la dernière adresse indiquée ou à l'adresse de contact en Suisse.

13 For

En cas de contestations découlant d'assurances selon les présentes CGA et d'éventuelles dispositions particulières, la personne plaignante peut saisir au choix soit le tribunal de son domicile suisse, soit celui du siège de l'assureur ou de la caisse.

14 Entrée en vigueur

Les présentes conditions générales d'assurance pour les assurances complémentaires et autres assurances selon la LCA (CGA) entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010. Elles remplacent toutes les conditions d'assurance antérieures.

Table des matières

1	Bases de l'assurance	5	Traitement dentaire
1.1	But	5.1	Dents de sagesse
1.2	Assureur responsable	5.2	Prestations pour enfants et adolescents
1.3	Dispositions communes	5.3	Prestations des collectivités publiques
1.4	Personnes assurées	5.4	Fournisseurs de prestations et tarif
1.5	Droit de passage dans des catégories d'assurance analogues	5.5	Traitement à l'étranger
1.6	Conditions en matière de prestations	6	Médecine alternative
1.7	Prestations à l'étranger	6.1	Méthodes de la médecine empirique
2	Traitement médical	6.2	Thérapeutes et méthodes curatives de la médecine alternative
2.1	Traitement hors du lieu de résidence et de travail	6.3	Prestations supplémentaires servies par le supplément privé
2.2	Traitement par des médecins non soumis à la LAMal	6.4	Remèdes naturels
2.3	Consultation privée chez des médecins d'hôpital non soumis à la LAMal	6.5	Montant maximal des prestations
2.4	Traitements médicaux à l'étranger	6.6	Conditions en matière de prestations
2.4.1	Traitement volontaire	7	Médicaments hors liste
2.4.2	Traitement d'urgence	8	Stations thermales
2.5	Durée des prestations	9	Traitement psychothérapeutique
3	Prévention	9.1	Etendue des prestations
3.1	Vaccinations	9.2	Conditions en matière de prestations
3.2	Check-up	9.3	Relation avec l'assurance obligatoire des soins
3.3	Examens gynécologiques préventifs	10	Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, frais de déplacement
3.4	Maternité	10.1	Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence
3.4.1	Préparation à l'accouchement	10.1.1	Etendue des prestations
3.4.2	Indemnité d'allaitement	10.1.2	Participation
3.5	Cours en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé	10.1.3	Actions de recherche
3.6	Autres mesures préventives	10.1.4	Prestations de tiers
4	Moyens auxiliaires	10.2	Frais de déplacement
4.1	Aides visuelles	11	Participation aux frais
4.2	Autres moyens auxiliaires		
22	supplément général et supplément privé		

1 Bases de l'assurance

1.1 But

Le **supplément général** et le **supplément privé** allouent des prestations pour des traitements médicaux ambulatoires hors du lieu de résidence ou de travail, des mesures préventives, des moyens auxiliaires, des traitements dentaires, des méthodes curatives et thérapeutiques de la médecine alternative, des frais de transport, des actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, des médicaments hors liste et versent une indemnité d'allaitement.

Le **supplément privé** assure en plus les frais non couverts selon la LAMal en cas de traitement par des médecins qui ne se sont pas soumis à la LAMal. Il alloue en outre des contributions pour les prestations de la médecine alternative à l'étranger et les frais de déplacement.

Les prestations sont allouées en règle générale après celles de toutes les autres catégories d'assurance de ces CGA.

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins (base) priment celles servies par la présente catégorie d'assurance.

1.2 Assureur responsable

L'assureur responsable est Sympany Assurances SA, Bâle (désignée ci-après par assureur).

1.3 Dispositions communes

Les dispositions communes de Sympany Assurances SA font partie intégrante des dispositions du **supplément général** et **supplément privé**. En cas de divergences, les dispositions du **supplément général** ou du **supplément privé** priment les dispositions communes.

1.4 Personnes assurées

Le **supplément général** peut être conclu par les personnes sans limite d'âge et le **supplément privé** jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

1.5 Droit de passage dans des catégories d'assurance analogues

Il existe un droit de passage des assurés **supplément général** dans **plus natura** ou **plus**, ainsi que des assurés **supplément privé** dans **premium natura** ou **premium**. Le passage est possible au 1er janvier de l'année suivante et doit être annoncé au plus tard le 30 septembre de l'année en cours. Le droit de passage ne s'applique qu'aux personnes assurées ayant conclu un contrat pour l'un des produits autorisés avant le 31 décembre 2011.

1.6 Conditions en matière de prestations

Les prestations ne sont versées que si le traitement s'impose pour des raisons médicales et s'il est effectué par des personnes reconnues pour cela par la caisse. Quant à la reconnaissance de personnes correspondantes, il y aura lieu de se renseigner auprès de la caisse.

1.7 Prestations à l'étranger

A défaut d'une réglementation particulière contraire et à l'exception de la variante **casamed**, les prestations du **supplément privé** sont également servies à l'étranger.

2 Traitement médical

2.1 Traitement hors du lieu de résidence et de travail

Les traitements appliqués par des médecins de caisse admis selon la LAMal et s'effectuant hors du lieu de résidence ou de travail de la personne assurée sont couverts intégralement au tarif LAMal applicable au lieu de traitement, et ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance base.

2.2 Traitement par des médecins non soumis à la LAMal

Le **supplément privé** alloue des prestations selon le tarif LAMal pour les traitements effectués par des médecins qui ne se sont pas soumis à la LAMal.

50 heures au maximum sont remboursées au titre des traitements psychothérapeutiques.

2.3 Consultation privée chez des médecins d'hôpital non soumis à la LAMal

Le **supplément privé** alloue des prestations selon le tarif reconnu pour les consultations privées chez des médecins-chefs d'un hôpital universitaire, qui ne se sont pas soumis à la LAMal.

50 heures au maximum selon le tarif LAMal sont remboursées par le **supplément privé** au titre des traitements psychothérapeutiques.

2.4 Traitements médicaux à l'étranger

2.4.1 Traitement volontaire

En cas de traitement médical à l'étranger, les frais sont pris en charge par le **supplément privé** jusqu'à concurrence du double montant du tarif LAMal applicable au lieu de résidence de la personne assurée. Les assurés globale bénéficient d'une couverture intégrale des coûts au tarif pratiqué localement. 50 heures au maximum sont remboursées au titre des traitements psychothérapeutiques.

2.4.2 Traitement d'urgence

En cas de traitement médical d'urgence à l'étranger, la totalité des frais est couverte par le **supplément général** et le **supplément privé**, et ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance base.

2.5 Durée des prestations

Dans la mesure où les dispositions du **supplément général** et du **supplément privé** ne prévoient pas de réglementation contraire, les prestations sont versées sans limite de durée.

3 Prévention

3.1 Vaccinations

Pour les frais de vaccinations qui servent de protection contre les maladies infectieuses, les frais effectifs suivants par année civile sont remboursés:

90%, jusqu'à concurrence de CHF 200.-

Toutefois, aucune prestation n'est allouée pour les vaccinations qui sont effectuées pour des raisons professionnelles, dont l'efficacité est contestée sur le plan médical ou qui ne se trouvent qu'au stade de la recherche.

3.2 Check-up

Lorsque l'assurance de base (basis) a été souscrite auprès de Sympany, la contribution suivante est versée pour les frais

justifiés d'un examen de santé (check-up) par période de deux années civiles consécutives sans recours aux prestations de l'assurance de base (basis):

supplément général	90% des frais, au maximum CHF 300.-
supplément privé	90% des frais, au maximum CHF 600.-

3.3 Examens gynécologiques préventifs

Par année civile, les frais d'un examen gynécologique préventif sont assurés au tarif LAMal, dans la mesure où aucune prestation correspondante d'une assurance selon la LAMal n'est allouée au cours de cette année civile.

3.4 Maternité

3.4.1 Préparation à l'accouchement

Les frais justifiés d'un cours de préparation à l'accouchement (y compris la gymnastique postnatale), dispensé par une personne qualifiée, sont pris en charge par grossesse jusqu'à concurrence du montant suivant:

CHF 200.-

3.4.2 Indemnité d'allaitement

Il existe le droit à une indemnité d'allaitement de

CHF 250.-

L'indemnité d'allaitement est versée lorsque la mère assurée allaite son enfant pendant dix semaines, que l'enfant soit ou non entièrement nourri par allaitement.

3.5 Etre en forme

Pour les frais justifiés d'un cours ordonné par un médecin et dispensé par des personnes qualifiées en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé (p. ex. désintoxication tabagique, gymnastique du dos, conseils diététiques), la contribution suivante est versée par période de deux années civiles:

supplément général	90% des frais, au maximum CHF 300.-
supplément privé	90% des frais, au maximum CHF 500.-

L'assureur désigne les cours reconnus en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé. La liste des cours reconnus est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

3.6 Rester en forme

Des contributions peuvent être versées pour d'autres mesures préventives reconnues.

4 Moyens auxiliaires

4.1 Aides visuelles

Pour les coûts des verres de lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue, la contribution suivante est versée, par période de 5 années civiles, aux assurés à partir de l'âge de 18 ans:

supplément général	CHF 270.-
supplément privé	CHF 420.-

La contribution suivante est versée, une fois par année, aux enfants jusqu'à l'âge de 18 ans:

supplément général	CHF 270.-
supplément privé	CHF 420.-

4.2 Autres moyens auxiliaires

Pour les frais de location ou d'achat de moyens auxiliaires reconnus pour lesquels aucune prestation n'est allouée dans le cadre de l'assurance base, le montant suivant peut être remboursé, en présence d'une indication médicale:

50% des frais, au maximum CHF 250.- par année civile

L'assureur désigne les moyens auxiliaires reconnus. La liste des moyens auxiliaires reconnus est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

Ne sont pas assurés les coûts occasionnés par l'utilisation, l'entretien et la réparation de ces moyens auxiliaires.

5 Traitement dentaire

5.1 Dents de sagesse

L'assurance couvre les frais d'extraction de dents de sagesse. Lorsque le traitement a lieu en milieu hospitalier, les frais sont pris en charge jusqu'à concurrence du forfait journalier conventionnel de la division commune dans le canton de domicile.

5.2 Prestations pour enfants et adolescents

Le droit aux prestations ci-après existe pour les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 25 ans:

- Pour les frais d'un examen de contrôle, y compris les radiographies, le montant suivant est remboursé, dans la mesure où aucun traitement dentaire (conservateur, prothétique, etc.) ne doit être effectué en même temps

CHF 60.- par année civile

- Pour les frais pour les traitements d'orthopédie dento-faciale selon tarif reconnu:

supplément général	70% des frais, au maximum CHF 5000.-
supplément privé	70% des frais, au maximum CHF 12000.-

Ces prestations sont versées pour des traitements après une durée d'assurance d'au moins trois ans. L'octroi de la prestation est subordonné à la présentation d'un diagnostic de l'anomalie de positionnement existante, des moyens de traitement prévus et d'un devis. Lorsqu'une assurance préalable équivalente existe au moment de la conclusion du contrat, Sympany renonce à un délai d'attente, pour autant qu'un parent au moins soit également assuré auprès de Sympany. Les prestations touchées auprès d'anciens assureurs sont imputées sur les prestations mentionnées ci-dessus, pour autant qu'aucune réserve n'ait été prononcée sur l'ensemble de la prestation.

5.3 Prestations des collectivités publiques

Les prestations sont allouées à titre complémentaire aux prestations éventuelles des cantons et communes selon leur législation sur les soins dentaires publiques. Les contributions des cantons et communes sont imputées sur les prestations de cette catégorie d'assurance.

5.4 Fournisseurs de prestations et tarif

Le remboursement a lieu selon le tarif valable pour les prestations dentaires de l'assurance obligatoire des soins. Si le médecin-dentiste applique un tarif plus élevé à celui de l'assurance obligatoire des soins, la différence va à la charge de la personne assurée.

Sont réputés médecins-dentistes les titulaires du diplôme fédéral correspondant ou d'un diplôme équivalent ou les dentistes au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exercer la profession sur la base d'un certificat scientifique.

5.5 Traitement à l'étranger

Les traitements à l'étranger sont pris en charge pour autant que les praticiens disposent d'une formation équivalente à la formation suisse et que les frais n'excèdent pas ceux pratiqués en Suisse.

6 Médecine alternative

6.1 Méthodes de la médecine empirique

En présence d'une indication médicale, les frais des méthodes de la médecine empirique pratiquées par un médecin sont pris en charge. Les méthodes reconnues et les limites des prestations sont fixées dans une liste établie par l'assureur.

6.2 Thérapeutes et méthodes curatives de la médecine alternative

Sympany alloue des contributions dans le domaine de la médecine alternative lorsque tant la méthode thérapeutique que le thérapeute ou le naturopathe sont reconnus par Sympany. Les contributions suivantes sont versées:

supplément général	jusqu'à concurrence de CHF 70.- par heure de thérapie (60 minutes)
supplément privé	jusqu'à concurrence de CHF 100.- par heure de thérapie (60 minutes)

L'assureur désigne les formes thérapeutiques reconnues et les thérapeutes reconnus. Les listes des formes thérapeutiques et thérapeutes reconnus sont adaptées ou complétées au fur et à mesure. La liste des formes thérapeutiques et thérapeutes reconnus peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

Aucune prestation n'est servie pour les formes thérapeutiques ainsi que les traitements effectués par des thérapeutes qui figurent dans la liste négative (LN) de l'assureur.

La caisse fixe en fonction de la nécessité médicale le nombre d'heures pour lesquelles des contributions sont versées.

6.3 Prestations supplémentaires servies par le supplément privé

Pour les frais justifiés d'autres traitements effectués par des personnes qualifiées, le supplément privé sert une contribution jusqu'à concurrence de

CHF 50.- par heure de thérapie (60 minutes) et jusqu'à concurrence de CHF 1 000.- par année civile.

Les traitements de la médecine alternative, appliqués dans un pays limitrophe à la Suisse, sont couverts aux conditions ci-dessus jusqu'à concurrence du tarif usuel au lieu de traitement.

6.4 Remèdes naturels

Sympany prend en charge le 90% des frais de remèdes phytothérapeutiques, homéopathiques et anthroposophiques ainsi que des oligo-éléments, pour autant que ceux-ci ne soient pas couverts par l'assurance base et qu'ils ne figurent pas dans la liste négative (LN) de l'assureur.

6.5 Montant maximal des prestations

Les prestations dans le domaine de la médecine alternative sont limitées par

- le montant de la contribution par séance thérapeutique d'une heure,
- le nombre de séances thérapeutiques d'une heure,
- la liste des méthodes thérapeutiques alternatives reconnues par Sympany,
- la liste des thérapeutes et naturopathes reconnus par Sympany,
- la participation aux frais du traitement médical et des remèdes naturels,
- la limitation dans le temps (par année civile).

Aucune participation supplémentaire n'est perçue pour les formes thérapeutiques avec des montants limités.

Le total des prestations servies dans le domaine de la médecine alternative s'élève au maximum à:

supplément général	CHF 3 000.- par année civile
supplément privé	CHF 6 000.- par année civile

6.6 Conditions en matière de prestations

Les prestations sont allouées après demande préalable à la caisse. L'examen de l'indication médicale et de la qualification des médecins et thérapeutes par le médecin-conseil demeure réservé. Les prestations peuvent être soumises à la condition qu'aucun traitement parallèle n'ait lieu en même temps.

7 Médicaments hors liste

Les frais de médicaments prescrits par un médecin qui sont autorisés par la caisse et l'Institut suisse des produits thérapeutiques et qui ne figurent ni dans la liste des médicaments avec tarif (LMT) ni dans la liste des spécialités (LS) selon la LAMal ou encore dans la liste négative (LN) de l'assureur, sont pris en charge comme suit par année civile:

supplément général	50%, jusqu'à concurrence de CHF 2 500.-
supplément privé	90%, jusqu'à concurrence de CHF 5 000.-

8 Stations thermales

Pour les fréquentations de stations thermales ordonnées par un médecin, une contribution est allouée par année civile:

50% des frais de 12 entrées au maximum

9 Traitement psychothérapeutique

9.1 Etendue des prestations

En cas de traitement de maladies psychiques par des psychothérapeutes qualifiés, mais non-médecins qui sont au bénéfice d'une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant, l'assurance alloue des prestations jusqu'à 100 heures de traitement:

Pour les 50 premières heures, au maximum CHF 60.-

Pour les heures subséquentes, au maximum CHF 50.-

9.2 Conditions en matière de prestations

Les prestations sont allouées après acceptation de la demande de garantie de prise en charge par le médecin-conseil de la caisse.

A l'échéance du nombre d'heures de traitement autorisées par la caisse, mais au plus tard à l'échéance des 50 premières heures de traitement, le thérapeute doit adresser au médecin-conseil un nouveau rapport relatif à la poursuite et au planning de la thérapie.

Aucune prestation n'est accordée pour les psychothérapies pratiquées en vue de la réalisation de soi-même, du développement de la personnalité ou à des fins d'études. En outre, aucune prestation n'est servie pour un traitement parallèle chez un autre psychologue ou psychiatre.

9.3 Relation avec l'assurance obligatoire des soins

Des prestations psychothérapeutiques ne sont allouées dans le cadre de cette catégorie d'assurance que jusqu'au moment où elles sont admises au titre des prestations obligatoires dans l'assurance base et qu'elles sont couvertes par celle-ci.

10 Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, frais de déplacement

10.1 Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

10.1.1 Etendue des prestations

Pour les frais

- de transports d'urgence médicalement nécessaires dans un moyen de transport adéquat dans l'hôpital approprié le plus proche,
 - du transport dans un hôpital approprié du canton de domicile de la personne assurée en vue d'un traitement hospitalier,
 - d'actions de sauvetage et de dégagement,
- la contribution suivante est versée:

CHF 15 000.- par année civile

Les transports dans des aéronefs ne sont pris en charge que dans la mesure où ils sont de toute nécessité sur le plan médical ou technique.

10.1.2 Participation

La personne assurée doit assumer le montant suivant par cas à titre de participation:

CHF 100.-

10.1.3 Actions de recherche

En sus des frais de sauvetage ou de dégagement d'une personne assurée, les frais pour des actions de recherche sont pris en charge jusqu'à concurrence de

CHF 20 000.- par année civile

10.1.4 Prestations de tiers

Lorsque la qualité de membre (donateur) existe auprès d'une garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire, les frais ne sont pris en charge que dans la mesure où aucune prestation n'a été servie par ces organisations. Demeurent réservés les accords contractuels contraires.

10.2 Frais de déplacement

Le supplément général et le supplément privé couvrent des frais qui, durant un traitement médical régulier hors du lieu de résidence, sont occasionnés par l'utilisation des transports publics entre le lieu de résidence et le lieu de traitement. L'octroi des prestations est soumis à la condition que le traitement ne puisse pas être appliqué au lieu de résidence ou dans les environs proches.

90%, jusqu'à concurrence de CHF 100.- par année civile

Le supplément privé couvre des frais de taxi occasionnés par les transports nécessaires en cours d'un traitement ambulatoire

et effectués entre le lieu de résidence et le lieu de traitement. L'octroi des prestations est soumis à la condition que des raisons médicales empêchent la personne assurée d'utiliser les transports publics ou son véhicule privé.

90%, jusqu'à concurrence de CHF 400.-* par année civile
*(montant maximal, y compris les frais pour les transports publics)

11 Participation aux frais

Une participation de 10% est perçue sur les prestations de cette catégorie d'assurance, pour autant qu'elles ne soient pas limitées ou que les dispositions particulières ne stipulent pas le contraire.

En cas de traitement médical volontaire à l'étranger (supplément privé), une franchise annuelle à hauteur de la franchise ordinaire selon la LAMal est perçue pour les personnes assurées à partir de l'âge de 18 ans. Cette franchise est également appliquée pour les prestations de maternité.

En cas de traitement de la médecine alternative par des médecins et des thérapeutes, une franchise annuelle à hauteur de la franchise ordinaire selon la LAMal est perçue pour les personnes assurées à partir de l'âge de 18 ans.

Table des matières

1	Bases de l'assurance	6	Médecine alternative
1.1	But	6.1	Limite globale maximale
1.2	Assureur responsable	6.2	Traitement médical
1.3	Dispositions communes	6.3	Thérapeutes et méthodes curatives de la médecine alternative
1.4	Personnes assurées	6.4	Prestations à l'étranger
1.5	Conditions en matière de prestations	6.5	Remèdes naturels
1.6	Prestations à l'étranger	6.6	Restrictions en matière de prestations
2	Traitement médical	6.7	Conditions en matière de prestations
2.1	Traitement hors du lieu de résidence et de travail	7	Médicaments hors liste
2.2	Traitement par des médecins non soumis à la LAMal	8	Stations thermales
2.3	Traitements médicaux à l'étranger	9	Traitement psychothérapeutique
2.3.1	Traitement volontaire	9.1	Etendue des prestations
2.3.2	Traitement d'urgence	9.2	Conditions en matière de prestations
2.3.3	Durée des prestations	9.3	Relation avec l'assurance obligatoire des soins
3	Prévention	10	Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, frais de déplacement
3.1	Vaccinations	10.1	Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence
3.2	Check-up	10.1.1	Etendue des prestations
3.3	Examens gynécologiques préventifs	10.1.2	Quote-part
3.4	Maternité	10.1.3	Prestations de tiers
3.4.1	Préparation à l'accouchement	10.2	Frais de déplacement
3.4.2	Indemnité d'allaitement	11	Participation aux frais
3.5	Remise en forme		
3.6	Conserver la forme		
4	Moyens auxiliaires		
4.1	Aides visuelles		
4.2	Autres moyens auxiliaires		
5	Soins dentaires		
5.1	Dents de sagesse		
5.2	Prestations pour enfants et adolescents		
5.3	Prestations des collectivités publiques		
5.4	Fournisseurs de prestations et tarif		
5.5	Traitement à l'étranger		

plus et premium

1 Bases de l'assurance

1.1 But

plus, plus natura, premium et premium natura allouent des prestations pour des traitements médicaux ambulatoires hors du lieu de résidence ou de travail, des mesures préventives, des moyens auxiliaires, des traitements de prophylaxie dentaire et des soins d'orthodontie chez les enfants, des méthodes curatives et thérapeutiques de la médecine alternative, des frais de transport, des actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, des médicaments hors liste et versent une indemnité d'allaitement.

La formule premium fournit en principe des prestations à l'étranger également. Cette formule assure en plus les frais non couverts selon la LAMal en cas de traitement par des médecins qui ne se sont pas soumis à la LAMal.

Les variantes natura fournissent des prestations augmentées dans le domaine de la médecine alternative.

Sauf stipulation contraire, les prestations et dispositions de plus natura correspondent à celles de plus, celles de premium natura à celles de premium.

Les prestations sont allouées en règle générale après celles de toutes les autres catégories d'assurance de ces CGA.

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins (base) priment celles servies par la présente catégorie d'assurance.

1.2 Assureur responsable

L'organisme d'assurance est la compagnie Sympany Assurances SA, Bâle (ci-après dénommée «l'assureur»).

1.3 Dispositions communes

Les dispositions communes de Sympany Assurances SA font partie intégrante des dispositions de plus ou premium. En cas de divergences, les dispositions de plus ou premium l'emportent sur les dispositions communes.

1.4 Personnes assurées

La formule plus peut être conclue par les personnes sans limite d'âge et premium jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

1.5 Conditions en matière de prestations

Les prestations ne sont versées que si le traitement s'impose pour des raisons médicales et s'il est effectué par des personnes reconnues pour cela par la caisse. Quant à la reconnaissance de personnes correspondantes, il y aura lieu de se renseigner auprès de la caisse.

1.6 Prestations à l'étranger

A défaut d'une réglementation particulière contraire et sauf dans la variante Casamed, les prestations de premium sont également servies à l'étranger.

2 Traitement médical

2.1 Traitement hors du lieu de résidence et de travail

Les traitements appliqués par des médecins de caisse admis selon la LAMal et s'effectuant hors du lieu de résidence ou de travail de la personne assurée sont couverts intégralement au

tarif LAMal applicable au lieu de traitement, et ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance base.

2.2 Traitement par des médecins non soumis à la LAMal

L'assurance premium alloue des prestations selon le tarif LAMal reconnu lors de consultations privées ambulatoires chez des médecins-chefs d'hôpitaux universitaires et de traitements par des médecins non assujettis à la LAMal.

2.3 Traitements médicaux à l'étranger

2.3.1 Traitement volontaire

En cas de traitement médical à l'étranger, les frais sont pris en charge par la formule premium jusqu'à concurrence du double du montant du tarif LAMal applicable au lieu de résidence de la personne assurée. Les assurés global bénéficient d'une couverture intégrale des coûts au tarif pratiqué localement.

2.3.2 Traitement d'urgence

En cas de traitement médical d'urgence à l'étranger, la totalité des frais est couverte par l'assurance plus et premium, et ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance base.

2.3.3 Durée des prestations

Dans la mesure où les dispositions de l'assurance plus et de l'assurance premium ne prévoient pas de réglementation contraire, les prestations sont versées sans limite de durée.

3 Prévention

3.1 Vaccinations

Pour les frais de vaccinations qui servent de protection contre les maladies infectieuses, les montants suivants sont remboursés par année civile:

80%, jusqu'à concurrence de CHF 220.-

Toutefois, aucune prestation n'est allouée pour les vaccinations qui sont effectuées pour des raisons professionnelles, dont l'efficacité est contestée sur le plan médical ou qui ne se trouvent qu'au stade de la recherche.

3.2 Check-up

Lorsque l'assurance de base (basis) a été souscrite auprès de Sympany, la contribution suivante est versée pour les frais justifiés d'un examen de santé (check-up) par période de deux années civiles consécutives sans recours aux prestations de l'assurance de base (basis):

plus	au maximum CHF 300.-
premium	au maximum CHF 600.-

3.3 Examens gynécologiques préventifs

Par année civile, les frais d'un examen gynécologique préventif sont assurés au tarif LAMal, dans la mesure où aucune prestation correspondante d'une assurance LAMal n'est allouée au cours de cette année civile.

3.4 Maternité

3.4.1 Préparation à l'accouchement

Pour chaque grossesse, les frais justifiés d'un cours de préparation à l'accouchement (y compris la gymnastique postnatale), dispensé par une personne qualifiée, sont pris en charge jusqu'à concurrence de:

CHF 200.-

3.4.2 Indemnité d'allaitement

Il existe le droit à une indemnité d'allaitement. L'indemnité d'allaitement est versée lorsque la mère assurée allaite son enfant pendant dix semaines, que l'enfant soit ou non entièrement nourri par allaitement.

CHF 250.-

3.5 Etre en forme

Les frais justifiés par un cours reconnu par la caisse pour apprendre un comportement favorable à la santé (p.ex. sevrage antitabagique, école du dos, conseil en diététique), sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants suivants:

plus	CHF 150.- au maximum par année civile
premium	CHF 250.- au maximum par année civile

La caisse désigne les cours et institutions reconnus en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé. La liste des cours et institutions reconnus est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

3.6 Rester en forme

Des contributions peuvent être versées, pour d'autres mesures préventives reconnues, telles que le sport, le fitness et les cours de relaxation jusqu'à concurrence des montants suivants:

plus	CHF 200.- au maximum par année civile
premium	CHF 300.- au maximum par année civile

La caisse désigne les institutions, les mesures préventives, les contributions aux frais et les limites de prestations reconnues. La liste des institutions, mesures préventives, contributions aux frais et limites de prestations reconnues est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

4 Moyens auxiliaires

4.1 Aides visuelles

Pour les coûts des verres de lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue, la contribution suivante est versée:

plus	CHF 270.- au total en 3 années civiles
premium	CHF 420.- au total en 3 années civiles

La contribution suivante est versée aux enfants âgés de moins de 18 ans:

plus	CHF 270.- au total par année civile
premium	CHF 420.- au total par année civile

4.2 Autres moyens auxiliaires

Pour les frais de location ou d'achat de moyens auxiliaires reconnus pour lesquels aucune prestation n'est allouée dans le cadre de l'assurance base, les frais peuvent être remboursés, en présence d'une indication médicale.

50%, jusqu'à concurrence de CHF 250.- par année civile

La caisse désigne les moyens auxiliaires reconnus. La liste des moyens auxiliaires reconnus est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

Ne sont pas assurés les coûts occasionnés par l'utilisation, l'entretien et la réparation de ces moyens auxiliaires.

5 Soins dentaires

5.1 Dents de sagesse

L'assurance couvre les frais d'extraction de dents de sagesse. Lorsque le traitement a lieu en milieu hospitalier, les frais sont pris en charge jusqu'à concurrence du forfait journalier conventionnel de la division commune dans le canton de domicile.

5.2 Prestations pour enfants et adolescents

Le droit aux prestations ci-après existe pour les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 25 ans.

Les frais d'un examen de contrôle, y compris les radiographies, sont pris en charge jusqu'à concurrence du montant suivant, dans la mesure où aucun traitement dentaire (conservateur, prothétique, etc.) ne doit être effectué en même temps:

CHF 60.- par année civile

Les frais pour les traitements d'orthopédie dento-faciale selon le tarif reconnu sont pris en charge selon les modalités suivantes:

plus	70%, jusqu'à concurrence de CHF 10 000.-
premium	70%, jusqu'à concurrence de CHF 15 000.-

Ces prestations sont versées pour des traitements après une durée d'assurance d'au moins deux ans.

Lorsqu'une assurance préalable équivalente existe au moment de la conclusion du contrat, l'assureur renonce à un délai d'attente, pour autant qu'un parent au moins soit également assuré auprès de Sympany. Les prestations touchées auprès d'anciens assureurs sont imputées sur les prestations mentionnées ci-dessus, pour autant qu'aucune réserve n'ait été prononcée sur l'ensemble de la prestation. L'octroi de la prestation est subordonné à la présentation d'un diagnostic de l'anomalie de positionnement existante, des moyens de traitement prévus et d'un devis.

5.3 Prestations des collectivités publiques

Les prestations sont allouées à titre complémentaire aux prestations éventuelles des cantons et communes selon leur législation sur les soins dentaires publiques. Les contributions des cantons et communes sont imputées sur les prestations de cette catégorie d'assurance.

5.4 Fournisseurs de prestations et tarif

Le remboursement a lieu selon le tarif valable pour les prestations dentaires de l'assurance obligatoire des soins. Si le médecin-dentiste applique un tarif supérieur à celui de l'assurance obligatoire des soins, la différence va à la charge de la personne assurée.

Sont réputés médecins-dentistes les titulaires du diplôme fédéral correspondant ou d'un diplôme équivalent ou les dentistes au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exercer la profession sur la base d'un certificat scientifique.

5.5 Traitement à l'étranger

Les traitements à l'étranger sont pris en charge dans la mesure où les spécialistes médicaux disposent d'une formation équi-

valente à celle de la Suisse et que les frais ne dépassent pas ceux qui seraient encourus en Suisse.

6 Médecine alternative

6.1 Limite globale maximale

Dans le domaine de la médecine alternative, les limites globales suivantes s'appliquent pour les traitements médicaux, les méthodes thérapeutiques reconnues et les produits thérapeutiques naturels:

plus	CHF 3 000.- par année civile
plus natura	CHF 6 000.- par année civile
premium	CHF 6 000.- par année civile
premium natura	CHF 10 000.- par année civile

6.2 Traitement médical

Dans le cadre des formules plus et premium, la caisse prend en charge les coûts du traitement médical selon la méthode suivante de la médecine alternative:

- méthodes de la médecine empirique.

La caisse désigne les méthodes de la médecine empirique reconnue, les tarifs et les limites des prestations. La liste des méthodes reconnues, tarifs et limites de prestations est adaptée ou complétée au fur et à mesure. Elle peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

6.3 Thérapeutes et méthodes curatives de la médecine alternative

Dans le cadre des formules plus et premium, la caisse alloue des contributions dans le domaine de la médecine alternative lorsque tant la méthode thérapeutique que le thérapeute ou le naturopathe sont reconnus par la caisse. Les contributions suivantes sont versées:

plus und premium	50% des frais justifiés
plus natura und premium natura	80% des frais justifiés

Pour les frais justifiés de méthodes non reconnues pratiquées par des personnes qualifiées, les contributions allouées dans le cadre des formules plus natura et premium natura s'établissent comme suit:

plus natura	50%, jusqu'à max. CHF 1 000.- au total par année civile
premium natura	50%, jusqu'à max. CHF 2 000.- au total par année civile

Aucune prestation n'est servie pour les formes thérapeutiques ainsi que les traitements effectués par des thérapeutes qui figurent dans la liste négative (LN) de l'assureur.

La caisse désigne les formes thérapeutiques reconnues, les thérapeutes reconnus ainsi que les limites des prestations.

La caisse peut fixer le nombre de séances en fonction de la nécessité médicale.

La liste des formes thérapeutiques, des thérapeutes reconnus et des limites des prestations est adaptée ou complétée au fur et à mesure. Elle peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

6.4 Prestations à l'étranger

Les traitements de la médecine alternative, appliqués dans un pays limitrophe à la Suisse, sont couverts avec plus natura et

premium natura aux conditions ci-dessus jusqu'à concurrence du tarif usuel au lieu de traitement. Cette disposition ne s'applique pas aux assurés de la variante casamed.

6.5 Remèdes naturels

Dans les formules plus et premium, 80% des frais de remèdes phytothérapeutiques, homéopathiques et anthroposophiques ainsi que des oligo-éléments sont pris en charge par la caisse, pour autant que ceux-ci ne soient pas couverts par l'assurance base et qu'ils ne figurent pas dans la liste négative (LN) de la caisse.

6.6 Restrictions en matière de prestations

Les prestations dans le domaine de la médecine alternative sont limitées par:

- la limite globale,
- les limites des prestations (nombre de séances thérapeutiques, montant maximal par heure de thérapie, tarif),
- la liste des méthodes thérapeutiques alternatives reconnues par la caisse,
- la liste des thérapeutes et naturopathes reconnus par la caisse,
- les participations aux frais,
- la limitation dans le temps (par année civile).

6.7 Conditions en matière de prestations

Les prestations sont allouées après demande préalable à la caisse. L'examen de l'indication médicale et de la qualification des médecins et thérapeutes par le médecin-conseil demeure réservé. La caisse peut refuser les prestations lorsque la personne assurée touche simultanément, pour la même maladie, des prestations pour un traitement relevant de la médecine alternative dans cette catégorie d'assurance ou dans une autre.

7 Médicaments hors liste

Les frais de médicaments prescrits par un médecin qui sont autorisés par la caisse et l'Institut suisse des produits thérapeutiques et qui ne figurent ni dans la liste des médicaments avec tarif (LMT) ni dans la liste des spécialités (LS) selon la LAMal ou encore dans la liste négative (LN) de l'assureur, sont pris en charge comme suit par année civile:

plus	80%, jusqu'à concurrence de CHF 3 000.- par année civile
premium	90%, jusqu'à concurrence de CHF 6 000.- par année civile

8 Stations thermales

Pour les fréquentations de stations thermales ordonnées par un médecin, la contribution allouée par année civile est la suivante:

50% des frais pour 12 entrées au maximum

9 Traitement psychothérapeutique

9.1 Etendue des prestations

En cas de traitement de maladies psychiques par des psychothérapeutes qualifiés, mais non-médecins qui sont au bénéfice d'une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant, l'assurance alloue les prestations suivantes:

plus	50%, jusqu'à concurrence de CHF 1 000.- par année civile
premium	50%, jusqu'à concurrence de CHF 2 000.- par année civile

9.2 Conditions en matière de prestations

Les prestations sont allouées après acceptation de la demande de garantie de prise en charge par le médecin-conseil de la caisse.

Aucune prestation n'est accordée pour les psychothérapies pratiquées en vue de la réalisation de soi-même, du développement de la personnalité ou à des fins d'études. En outre, aucune prestation n'est servie pour un traitement parallèle chez un autre psychologue ou psychiatre.

9.3 Relation avec l'assurance obligatoire des soins

Les prestations psychothérapeutiques ne sont allouées dans le cadre de cette catégorie d'assurance que jusqu'au moment où elles sont couvertes par l'assurance base au titre des prestations obligatoires.

10 Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, frais de déplacement

10.1 Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

10.1.1 Etendue des prestations

Pour les frais

- de transports d'urgence médicalement nécessaires dans un moyen de transport adéquat dans l'hôpital approprié le plus proche,
- du transport de retour dans un hôpital approprié sis dans le canton de domicile de la personne assurée en vue du traitement hospitalier,
- d'actions de sauvetage et de dégagement et de recherche, une contribution est versée jusqu'à concurrence de

CHF 40 000.- par année civile

Pour les assurés hospita, les frais de transport d'urgence, de rapatriement et d'actions de sauvetage qui ont été organisés par Helpline 24h/24 en cas d'urgence sont entièrement pris en charge.

Les transports dans des aéronefs ne sont pris en charge que dans la mesure où ils sont de toute nécessité sur le plan médical ou technique.

10.1.2 Quote-part

Par cas, la personne assurée doit assumer la quote-part suivante:

CHF 200.-

10.1.3 Prestations de tiers

Lorsque la qualité de membre (donateur) existe auprès d'une garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire, les frais ne sont pris en charge que dans la mesure où aucune prestation n'a été servie par ces organisations. Demeurent réservés les accords contractuels contraires.

10.2 Frais de déplacement

Lorsqu'un traitement médical ne peut pas être assuré au lieu de résidence ou dans les environs immédiats de ce dernier et que le patient doit dès lors se déplacer régulièrement hors

de son lieu de résidence pour se soumettre à son traitement, les contributions versées au titre des frais de déplacement (transports publics et taxis) s'établissent comme suit:

plus	jusqu'à CHF 100.- au maximum par année civile
premium	jusqu'à CHF 400.- au maximum par année civile

11 Participation aux frais

Une participation de 10% est perçue sur les prestations de cette catégorie d'assurance, pour autant qu'elles ne soient pas limitées ou que les dispositions particulières ne stipulent pas le contraire. En cas de traitement médical volontaire à l'étranger (premium), une franchise annuelle à hauteur de la franchise ordinaire selon la LAMal est perçue pour les personnes assurées à partir de l'âge de 18 ans. Cette franchise est également appliquée pour les prestations de maternité.

Table des matières

1	Bases de l'assurance	3	Cures
1.1	But	3.1	Cures de convalescence
1.2	Assureur responsable	3.2	Cures balnéaires
1.3	Dispositions communes	3.3	Autres cures
1.4	Conclusion de l'assurance	3.4	Procédure en cas de séjour de cure
1.5	Conditions en matière de prestations	4	Prestations particulières
1.5.1	Généralités	4.1	Aide à domicile
1.5.2	Hôpital pour soins aigus	4.1.1	Principe
1.5.3	Liste d'hôpitaux	4.1.2	Etendue des prestations
1.5.4	Traitement hors canton pour des raisons médicales	4.1.3	Fournisseurs de prestations
1.6	Couverture des accidents	4.2	Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence
1.7	Possibilités d'assurance	4.3	Rooming-in
1.7.1	Classes de prestations	4.4	Service de garde des enfants
1.7.2	Hôpitaux avec tarif reconnu	4.4.1	Principe
1.7.3	Hôpitaux conventionnés dans hospita confort	4.4.2	Conditions en matière de prestations
1.7.4	Critères indéterminés, tarifs maximaux	4.4.3	Etendue des prestations
1.7.5	Classification des hôpitaux	4.5	Traitement médical des suites d'un accident dans l'assurance (hospita accident privé)
2	Traitement hospitalier	4.5.1	Consultation privée chez des médecins d'hôpital non soumis à la LAMal
2.1	Traitement aigu	4.5.2	Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger
2.1.1	Conditions en matière de prestations	5	Maternité
2.1.2	Etendue des prestations	5.1	Frais de traitement hospitalier
2.1.3	Traitement dans une division hospitalière supérieure	5.2	Accouchement dans une maison de naissance
2.1.4	Traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste	5.2.1	Accouchement stationnaire
2.1.5	Traitement dans un hôpital non conventionné	5.2.2	Accouchement ambulatoire
2.2	Traitement de longue durée	5.3	Aide familiale après l'accouchement
2.2.1	Définition	5.3.1	Principe
2.2.2	Etendue des prestations	5.3.2	Accouchement à l'hôpital
2.3	Réadaptation en milieu hospitalier	5.3.3	Accouchement à domicile
2.4	Cliniques psychiatriques	5.4	hospita accident privé
2.5	Prestations à l'étranger	6	Complément accident
2.5.1	En cas d'urgence		
2.5.2	Traitement volontaire à l'étranger		
2.5.3	Procédure en cas de séjour hospitalier		

7 Variante hospita avec rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

- 7.1 Principe**
- 7.2 Période d'observation**
- 7.3 Niveaux de rabais**
- 7.4 Adaptation du niveau en cas de non-recours aux prestations**
- 7.5 Adaptation du niveau en cas de recours aux prestations**
- 7.6 Prestations de maternité**
- 7.7 Augmentation d'assurance**

8 Participations aux frais dans hospita flex

- 8.1 Etendue de la participation aux frais**

1 Bases de l'assurance

1.1 But

L'assurance hospita vise à la prise en charge des frais non couverts pour des traitements dans un hôpital pour soins aigus en cas de maladie, d'accident et de maternité. Elle alloue en outre des contributions aux frais de cures, de traitement de longue durée, d'aide familiale extra-hospitalière et de transport.

Les prestations d'hospita sont allouées en complément des prestations obligatoires de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (base). Tout au plus la part non couverte par base ou une autre assurance obligatoire des soins sera prise en charge sur la totalité des frais.

1.2 Assureur responsable

L'assureur responsable est Sympany Assurances SA, Bâle (ci-après dénommé «l'assureur»).

1.3 Dispositions communes

Les dispositions communes de Sympany Assurances SA font partie intégrante des dispositions d'hospita. En cas de divergences, les dispositions d'hospita l'emportent sur les dispositions communes.

1.4 Conclusion de l'assurance

L'assurance hospita peut être conclue jusqu'à l'âge de 60 ans révolus. L'assurance hospita accident privé ne peut être conclue et maintenue que conjointement avec l'une des catégories d'assurance suivantes:

- plus, plus natura, premium, premium natura,
- supplément général, supplément privé,
- d'autres variantes hospita. Excepté: hospita privée, hospita globale

1.5 Conditions en matière de prestations

1.5.1 Généralités

Les prestations ne sont versées que si le traitement s'impose pour des raisons médicales et s'il a lieu dans un hôpital pour soins aigus. Le traitement doit être appliqué par des fournisseurs de prestations reconnus pour cela selon la LAMal.

1.5.2 Hôpital pour soins aigus

Sont réputés hôpitaux pour soins aigus les établissements hospitaliers pouvant fournir les services médicaux et thérapeutiques et disposant de l'infrastructure technique qui sont nécessaires au traitement de maladies, d'accidents et pour les accouchements qui requièrent une surveillance médicale permanente.

1.5.3 Liste d'hôpitaux

Les traitements hospitaliers doivent être administrés dans des hôpitaux figurant sur la liste des hôpitaux du canton de séjour ou de domicile au sens de l'art. 39 de la LAMal.

1.5.4 Traitement hors canton pour des raisons médicales

Le canton de résidence prend en charge les frais supplémentaires d'une hospitalisation hors canton indiquée pour des raisons médicales, conformément aux dispositions légales (art. 41/3 LAMal).

1.6 Couverture des accidents

La couverture des accidents peut être exclue dans l'assurance hospita (à l'exception de hospita accident privé). L'assurance hospita accident privé vise à la prise en charge des frais non couverts pour les traitements en division privée d'un hôpital pour soins aigus suite à un accident.

1.7 Possibilités d'assurance

1.7.1 Classes de prestations

Les classes de prestations suivantes peuvent être souscrites dans l'assurance hospita:

hospita générale: division commune d'un hôpital pour soins aigus avec tarif reconnu dans toute la Suisse (chambre à plusieurs lits).

hospita demi-privée: division demi-privée d'un hôpital pour soins aigus avec tarif reconnu dans toute la Suisse (chambre à deux lits).

hospita privée: division privée d'un hôpital pour soins aigus dans toute la Suisse (chambre à un lit).

hospita accident privé:

- traitement d'urgence en cas d'accident: division privée d'un hôpital pour soins aigus dans le monde entier.
- traitement des suites d'un accident: division privée d'un hôpital pour soins aigus dans toute la Suisse en cas d'accident.

hospita globale: division privée d'un hôpital pour soins aigus dans le monde entier (chambre à un lit).

hospita flex: division commune ou demi-privée d'un hôpital pour soins aigus avec tarif reconnu dans toute la Suisse au choix ou division privée d'un hôpital pour soins aigus avec tarif reconnu dans toute la Suisse au choix; avec participation aux frais correspondante.

hospita confort: traitement aigu et assistance médicale dans un hôpital conventionné confort par analogie à hospita générale (division commune). Les frais de séjour sont couverts, en fonction de la couverture assurée, dans une chambre à un lit ou à deux lits.

La classe de prestations hospita confort peut être limitée aux personnes assurées domiciliées dans une région déterminée.

1.7.2 Hôpitaux avec tarif reconnu

Les hôpitaux conventionnés sont des hôpitaux avec lesquels l'assureur a passé des accords de tarification. La caisse gère une liste de tous les hôpitaux conventionnés avec tarif reconnu. Cette liste peut être consultée à tout moment.

1.7.3 Hôpitaux conventionnés dans hospita confort

Les hôpitaux hospita confort sont des hôpitaux avec lesquels l'assureur a passé des accords de tarification correspondants. La caisse gère une liste de tous les hôpitaux hospita confort. Cette liste est adaptée en permanence et peut être consultée à tout moment auprès de la caisse.

1.7.4 Critères indéterminés, tarifs maximaux

Lorsqu'un hôpital ne connaît pas de critères de classification pour les divisions d'hôpital ou en applique d'autres que ceux mentionnés dans les présentes dispositions, ces divisions seront traitées, sur le plan de l'assurance, comme des divisions privées. Pour la division commune de même que pour la division demi-privée, la caisse peut fixer des tarifs maximaux

qui servent de critère pour la classification dans les divisions d'hôpital assurées.

Ces tarifs maximaux sont fonction des tarifs et des accords passés avec un hôpital comparable, sis dans la région de domicile de la personne assurée, avec tarif reconnu.

Les tarifs maximaux fixés le cas échéant par la caisse peuvent être consultés auprès de la caisse.

1.7.5 Classification des hôpitaux

Les hôpitaux qui ne remplissent pas ces critères de classification, c.-à-d. ne disposent respectivement d'aucune division commune et/ou demi-privée ou ne disposent que d'une division privée au sens des présentes dispositions, sont mentionnés sur une liste qui peut être consultée auprès de la caisse.

2 Traitement hospitalier

2.1 Traitement aigu

2.1.1 Conditions en matière de prestations

L'assurance hospita alloue des prestations hospitalières dans la mesure où et aussi longtemps que la personne assurée nécessite des soins hospitaliers au sens de l'assurance base.

2.1.2 Etendue des prestations

L'assurance hospita prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance base, les frais de séjour hospitalier dans la division qui est assurée selon la classe de prestations choisie.

N'est pas assurée la participation aux frais à assumer dans l'assurance base, y compris la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier.

2.1.3 Traitement dans une division hospitalière supérieure

Lorsque le traitement a lieu dans une division d'hôpital supérieure à la division d'hôpital assurée, les prestations suivantes sont couvertes tout au plus.

hospita générale: les frais qui auraient été occasionnés dans la division d'hôpital assurée. Lorsque ces frais ne peuvent pas être établis, l'assurance hospita verse le forfait suivant:

CHF 30.- par jour

hospita demi-privée: les frais qui auraient été occasionnés dans la division d'hôpital assurée. Lorsque ces frais ne peuvent pas être établis, l'assurance hospita verse le forfait suivant:

CHF 120.- par jour

hospita confort: lorsque des personnes assurées dans hospita confort ont conclu une couverture dans une chambre à deux lits et qu'elles séjournent dans une chambre à un lit d'un hôpital conventionné confort, les prestations correspondant à leur couverture d'assurance leur sont servies.

Lorsque le traitement et le séjour d'une personne assurée dans hospita confort ont lieu en division demi-privée ou privée d'un hôpital conventionné confort, ce sont également les prestations correspondant à sa couverture d'assurance qui lui sont servies.

2.1.4 Traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste

Lorsque le traitement a lieu dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux, les prestations suivantes sont couvertes tout au plus:

hospita générale/confort	un forfait de CHF 30.- par jour
hospita demi-privée/privée/accident privé/flex	les frais supplémentaires qui auraient été occasionnés en cas de séjour dans un hôpital de référence dans le canton de résidence, la comparaison se faisant entre la division commune et la division assurée
hospita accident privé (urgence) / globale	couverture intégrale des frais

2.1.5 Traitement dans un hôpital non conventionné

Lorsque le traitement d'assurés au bénéfice d'hospita confort a lieu dans un hôpital ne figurant pas sur la liste des hôpitaux conventionnés confort, tenue par la caisse, les prestations sont couvertes tout au plus selon la division commune ou le tarif de référence d'un hôpital conventionné confort dans le canton de résidence.

2.2 Traitement de longue durée

2.2.1 Définition

Est considérée comme maladie chronique une atteinte à la santé durable et stable, requérant des soins, sans pour autant nécessiter un piquet médical permanent.

2.2.2 Etendue des prestations

L'assurance hospita verse les forfaits journaliers suivants si:

- l'assistance d'une personne malade chronique nécessite le séjour dans un hôpital reconnu et approprié à cet effet ou
- un séjour dans un hôpital pour soins aigus commence à revêtir le caractère d'un traitement de longue durée pour malades chroniques. Dans un tel cas, l'assureur peut réduire ses prestations après un préavis d'un mois. Ce faisant, les journées d'hospitalisation à compter de la date où le préavis a été donné sont imputées sur la durée des prestations:

	du 1 ^{er} au 90 ^e jour	du 91 ^e au 180 ^e jour
hospita demi-privée/flex	CHF 50.-	CHF 25.-
hospita privée/accident privé	CHF 70.-	CHF 35.-
hospita globale	CHF 90.-	CHF 45.-

En cas de traitement dans la division assurée, ces prestations sont versées une fois par période de trois années civiles. Lorsque le traitement a lieu dans une division inférieure à la division assurée, les prestations sont servies en fonction de la variante hospita pour la division dans laquelle le traitement a lieu.

2.3 Réadaptation en milieu hospitalier

Lorsque le traitement médical a lieu dans un sanatorium polyvalent reconnu par la caisse ou respectivement dans une division ou une clinique de réadaptation médicale, l'assurance hospita accorde, pour les 60 premiers jours, la pleine couverture des frais selon les dispositions applicables aux traitements aigus. Ensuite, elle verse les prestations pour traitements de longue durée, tout en imputant la durée de séjour antérieure.

	du 61 ^{er} au 90 ^e jour	du 91 ^e au 180 ^e jour
hospita demi-privée/flex	CHF 50.-	CHF 25.-
hospita privée/accident privé	CHF 70.-	CHF 35.-
hospita globale	CHF 90.-	CHF 45.-

Les sanatoriums ou établissements de réadaptation reconnus sont mentionnés sur une liste qui peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

2.4 Cliniques psychiatriques

En cas de séjour hospitalier dans une clinique psychiatrique, en cas de traitement psychiatrique dans un hôpital pour soins aigus ou dans une clinique spécialisée, l'assurance hospita accorde, pendant 90 jours, la pleine couverture des frais selon les dispositions applicables aux traitements aigus. Aucune prestation n'est servie par l'assurance hospita accident privé.

Si le traitement dure plus longtemps, les forfaits journaliers suivants sont versés en cas de traitement dans la division correspondante:

du 91 ^e au 180 ^e jour	
hospita générale/confort	CHF 20.-
hospita demi-privée/flex	CHF 50.-
hospita privée	CHF 70.-
hospita globale	CHF 90.-

Ces prestations sont versées une fois par période de trois années civiles. Lorsque le traitement a lieu dans une division inférieure à la division assurée, les prestations sont servies en fonction de la variante hospita pour la division dans laquelle le traitement a lieu.

2.5 Prestations à l'étranger

2.5.1 En cas d'urgence

L'assurance hospita prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance base, les frais occasionnés par le traitement hospitalier d'urgence dans un hôpital pour soins aigus pendant un séjour temporaire à l'étranger jusqu'à concurrence de la couverture intégrale des frais dans la division assurée. Les prestations sont allouées tant qu'un transport à domicile ne peut pas être envisagé pour des raisons médicales, mais tout au plus pendant une année.

2.5.2 Traitement volontaire à l'étranger

Les prestations d'hospita globale sont également allouées lorsque la personne assurée se rend à l'étranger avec l'intention de s'y faire soigner. S'agissant des autres classes de prestations, les mêmes prestations sont servies qu'en cas de traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste des hôpitaux.

2.5.3 Procédure en cas de séjour hospitalier

En cas de traitement hospitalier, une demande de garantie de prise en charge doit être présentée immédiatement à la caisse, mais au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'entrée à l'hôpital.

3 Cures

3.1 Cures de convalescence

Il y a libre choix parmi les établissements de cure, dirigés par un médecin et reconnus par l'assureur. Les établissements de cure reconnus sont mentionnés sur une liste qui peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

Pour les cures de convalescence ordonnées par un médecin immédiatement après un séjour hospitalier comme malade aigu, l'assurance hospita accorde les prestations suivantes pendant 21 jours au plus par cas:

hospita générale/confort	CHF 40.-/jour
hospita demi-privée/flex	CHF 70.-/jour
hospita privée/accident privé	CHF 90.-/jour
hospita globale	CHF 110.-/jour

3.2 Cures balnéaires

L'assurance hospita accorde les prestations suivantes pendant 21 jours au plus par année civile:

hospita générale/confort	CHF 10.-/jour
hospita demi-privée/flex	CHF 20.-/jour
hospita privée/accident privé	CHF 30.-/jour
hospita globale	CHF 40.-/jour

Il y a libre choix parmi les établissements de cure balnéaire, dirigés par un médecin et reconnus par la caisse. La liste des établissements de cure balnéaire reconnus est adaptée et complétée continuellement et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

La contribution aux frais de cure balnéaire est versée indépendamment du fait que la personne assurée suit un traitement hospitalier dans l'établissement de cure balnéaire ou habite dans un hôtel, une pension ou dans un appartement privé sur le lieu de l'établissement de cure balnéaire.

La caisse peut demander un examen d'entrée par le médecin de cure et un contrôle final avec rapport final au médecin prescripteur.

3.3 Autres cures

Sur proposition du médecin-conseil de la caisse, un forfait pouvant aller jusqu'à concurrence du montant de la contribution de cure balnéaire peut, en présence d'une indication médicale spéciale, être versé pour d'autres cures ordonnées par un médecin.

3.4 Procédure en cas de séjour de cure

L'ordonnance médicale pour un séjour de cure doit être présentée à la caisse deux semaines avant le début de la cure et doit contenir le diagnostic.

En cas d'interruption d'une cure, les frais partiels de cure ne peuvent être pris en charge que si l'interruption était due à une maladie ou à d'autres raisons impératives et si elle est justifiée par un certificat établi par le médecin de cure.

4 Prestations particulières

4.1 Aide à domicile

4.1.1 Principe

Si un séjour hospitalier peut être évité ou si la durée de l'hospitalisation peut être réduite, l'assurance hospita verse, sur prescription médicale, des contributions pour les aides à domicile, dans la mesure où les circonstances domestiques et familiales l'exigent.

4.1.2 Etendue des prestations

Pour les frais d'aides familiales reconnues, l'assurance hospita accorde une contribution par année civile. Les prestations sont également servies en l'absence d'une convention entre les fournisseurs de prestations et l'assureur.

Les prestations sont allouées comme suit:

hospita générale/confort	jusqu'à CHF 20.-/jour, max. CHF 280.-
hospita demi-privée/flex	jusqu'à CHF 35.-/jour, max. CHF 490.-
hospita privée/accident privé	jusqu'à CHF 45.-/jour, max. CHF 630.-
hospita globale	jusqu'à CHF 55.-/jour, max. CHF 770.-

Si la personne assurée a la charge d'un enfant au moins, le double du montant des contributions est assuré.

Aucune prestation n'est allouée en cas de séjour dans un établissement médico-social.

4.1.3 Fournisseurs de prestations

Est reconnue comme aide familiale toute personne qui, à titre professionnel, pour son propre compte ou pour une organisation de soins extra-hospitaliers reconnue par l'assureur sur la base d'une convention, tient le ménage en lieu et place de la personne assurée.

Les contributions sont également versées lorsque cette aide est fournie par des parents de la personne assurée et si les parents subissent de ce fait une perte de gain prouvable ou s'ils peuvent justifier des frais de déplacement d'un montant correspondant.

En lieu et place des prestations pour aide familiale, les mêmes contributions peuvent être allouées pour les soins fournis par des entreprises commerciales de soins extra-hospitaliers, si aucune indemnisation en leur faveur n'est versée dans le cadre de l'assurance base.

4.2 Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

Pour les frais

- de transport d'urgence médicalement nécessaires dans un moyen de transport adéquat dans l'hôpital approprié le plus proche,
- du transport de retour dans un hôpital approprié sis dans le canton de domicile de la personne assurée en vue du traitement hospitalier,
- d'actions de sauvetage et de dégagement, les contributions suivantes sont, au total, versées dans le cadre de l'assurance hospita:

hospita générale/confort	CHF 10 000.-/par année civile Quote-part CHF 100.- par cas
hospita demi-privée/flex	CHF 30 000.-/par année civile
hospita privée/accident privé	CHF 50 000.-/par année civile
hospita globale	illimitées

Pour les assurés **plus**, **premium**, **supplément général** ou **supplément privé**, les frais de transport d'urgence, de rapatriement et d'actions de sauvetage qui ont été organisés par Helpline 24h/24 en cas d'urgence sont entièrement pris en charge. Est exclue de la prestation la couverture de la quote-part dans les catégories d'assurance **plus**, **premium**, **supplément général** ou **supplément privé**.

Les transports dans des aéronefs ne sont pris en charge que dans la mesure où ils sont de toute nécessité sur le plan médical ou technique.

Lorsque la qualité de membre (donateur) existe auprès d'une garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire, les frais ne sont pris en charge que dans la mesure où aucune prestation n'a été servie par ces organisations. Demeurent réservés les accords contractuels contraires.

4.3 Rooming-in

Lorsqu'un enfant en bas âge doit être soigné en milieu hospitalier, l'assurance hospita prend en charge, dans le cadre de l'assurance de l'enfant, une partie des frais du séjour simultané de l'un des parents dans la chambre de l'enfant.

50%, jusqu'à concurrence de CHF 50.- par jour

Lorsque l'un des parents doit être soigné en milieu hospitalier, l'assurance hospita prend en charge, dans le cadre de l'assurance du parent, le séjour simultané de l'enfant en bas âge dans la chambre du parent.

50%, jusqu'à concurrence de CHF 50.- par jour

4.4 Service de garde des enfants

4.4.1 Principe

L'assurance hospita de l'enfant assuré verse des contributions pour le service de garde et de soins fourni par une institution reconnue par la caisse aux enfants jusqu'à l'âge de 12 ans révolus. Une réglementation conventionnelle entre la caisse et cette institution en est la condition.

4.4.2 Conditions en matière de prestations

Les prestations sont allouées si, par suite d'une maladie aiguë ou d'un accident, l'enfant requiert des soins selon l'appréciation de l'institution reconnue. L'octroi des prestations est limité exclusivement à la garde et aux soins fournis par le personnel qualifié, formé et mandaté.

Ont droit aux prestations les enfants dont les parents investis de l'autorité parentale exercent une activité lucrative durant la période de garde.

4.4.3 Etendue des prestations

Pour le service de garde et de soins, l'assurance hospita de l'enfant assuré verse la contribution suivante:

Jusqu'à CHF 30.- par heure jusqu'à concurrence de CHF 600.- par année civile

4.5 Traitement médical des suites d'un accident dans l'assurance (hospita accident privé)

4.5.1 Consultation privée chez des médecins d'hôpital / médecins non soumis à la LAMal

Dans la mesure où la personne assurée n'est pas couverte par l'assurance premium, **supplément privé**, hospita accident privé fournit des prestations selon le tarif LAMal reconnu lors de consultations privées ambulatoires chez des médecins-chefs d'hôpitaux universitaires et de traitements par des médecins non soumis à la LAMal.

4.5.2 Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger

Dans la mesure où la personne assurée n'est pas couverte par l'assurance premium ou **supplément privé**, l'assurance hospita accident privé couvre, en cas de traitement médical d'urgence à l'étranger, l'intégralité des coûts en complément des prestations de l'assurance base.

5 Maternité

5.1 Frais de traitement hospitalier

hospita couvre les frais non couverts d'un accouchement à l'hôpital et dans une maison de naissance pour la mère et le nouveau-né selon la classe de prestations souscrite par la mère.

Si le nouveau-né n'est pas assuré auprès de Sympany, l'assurance hospita de la mère prend en charge les frais non couverts en complément d'une assurance conclue par ailleurs pour l'enfant.

Si la mère n'est pas assurée auprès de Sympany, l'assurance hospita du nouveau-né prend en charge les frais non couverts de ce dernier en complément de l'assurance de la mère.

5.2 Accouchement dans une maison de naissance

5.2.1 Accouchement stationnaire

En cas d'accouchement dans une maison de naissance qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux, mais qui est reconnue par la caisse, les prestations suivantes sont allouées:

hospita générale/confort	90%, jusqu'à concurrence de CHF 1000.- par accouchement
hospita demi-privée/flex	90%, jusqu'à concurrence de CHF 2000.- par accouchement
hospita privée/globale	couverture intégrale des frais

Les assurées hospita flex ne doivent pas s'acquitter de la participation supplémentaire aux frais selon les dispositions de l'assurance hospita flex.

5.5.2 Accouchement ambulatoire

En cas d'accouchement ambulatoire dans une maison de naissance reconnue par la caisse, les prestations complémentaires qui ne sont pas couvertes par base sont allouées conformément à l'art. 5.2.1.

5.3 Aide familiale après l'accouchement

5.3.1 Principe

L'assurance hospita verse des contributions aux frais d'aide familiale ordonnée par un médecin et fournie par du personnel reconnu par l'assureur.

Elles sont versées en lieu et place des prestations ordinaires de l'assurance hospita pour les soins extra-hospitaliers.

Ces contributions sont également versées lorsque l'aide est fournie par des parents de la personne assurée et si les parents subissent de ce fait une perte de gain prouvable.

5.3.2 Accouchement à l'hôpital

Consécutivement à un accouchement à l'hôpital, les montants suivants sont pris en charge:

hospita générale/confort	jusqu'à CHF 40.-/jour, max. CHF 560.-
hospita demi-privée/flex	jusqu'à CHF 70.-/jour, max. CHF 980.-
hospita privée	jusqu'à CHF 90.-/jour, max. CHF 1260.-
hospita globale	jusqu'à CHF 110.-/jour, max. CHF 1540.-

5.3.3 Accouchement à domicile

En cas d'accouchement à domicile ou après un accouchement ambulatoire, les montants suivants sont pris en charge:

hospita générale/confort	jusqu'à CHF 60.-/jour, max. CHF 840.-
hospita demi-privée/flex	jusqu'à CHF 105.-/jour, max. CHF 1470.-
hospita privée	jusqu'à CHF 135.-/jour, max. CHF 1890.-
hospita globale	jusqu'à CHF 165.-/jour, max. CHF 2310.-

5.4 hospita accident privé

En cas de maternité, aucune prestation n'est servie par l'assurance hospita accident privé (à l'exception de la réglementation relative au rooming-in).

6 Complément accident

Après une hospitalisation consécutive à un accident, les moyens auxiliaires nécessaires au traitement des séquelles de l'accident sont pris en charge conformément à la pratique de l'assurance-accidents obligatoire.

Sont pris en charge dans la même mesure les frais pour les moyens auxiliaires qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps, si ces moyens ont été endommagés en relation avec un accident ayant nécessité un traitement hospitalier stationnaire.

7 Variante hospita avec rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

7.1 Principe

Dans la variante prévoyant un rabais en cas de non-recours aux prestations, un rabais de prime est accordé lorsque la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation.

7.2 Période d'observation

Est considérée comme période d'observation la période du 1^{er} septembre ou à partir du début de l'assurance jusqu'au 31 août suivant. Est déterminante pour le calcul des prestations au cours de la période d'observation la date de traitement d'une facture.

7.3 Niveaux de rabais

Dans la catégorie d'assurance hospita, les niveaux de rabais ou primes suivants sont mis en œuvre:

Niveau de rabais RNRP hospita	Prime avec rabais en cas de non-recours aux prestations hospita
0	Prime ordinaire hospita +20%
1	Prime ordinaire hospita
2	Prime ordinaire hospita -30%

La prime de l'assurance hospita avec rabais en cas de non-recours aux prestations est mentionnée sur la police d'assurance. L'assureur peut introduire de nouveaux niveaux de rabais pour le début d'une nouvelle période d'assurance ou adapter les rabais à l'évolution des frais.

7.4 Adaptation du niveau en cas de non-recours aux prestations

Dans l'assurance hospita avec rabais en cas de non-recours aux prestations, si la personne assurée bénéficiant du même niveau de rabais pendant trois périodes d'observation successives n'a pas touché de prestations, le niveau de rabais est adapté d'un niveau à partir du 1^{er} janvier de la 4^e année, dans la mesure où la personne assurée ne se trouve pas déjà dans le degré avec rabais maximal.

7.5 Adaptation du niveau en cas de recours aux prestations

Si la personne assurée a sollicité des prestations au cours d'une période d'observation, l'adaptation d'un niveau a lieu au 1^{er} janvier de l'année suivante (au maximum jusqu'au niveau de rabais 0).

7.6 Prestations de maternité

Les frais de traitement hospitalier par suite de maternité et l'aide familiale après l'accouchement n'entrent pas dans le calcul ou ne sont pas considérés comme recours aux prestations et n'ont par conséquent pas d'effet sur l'adaptation du niveau.

7.7 Augmentation d'assurance

Le passage d'hospita avec rabais en cas de non-recours aux prestations à hospita ordinaire n'est possible qu'avec une déclaration sur l'état de santé. En sont exceptés les assurés dans le niveau de rabais maximal n'ayant pas eu recours aux prestations durant la période d'observation en question.

8 Participations aux frais dans hospita flex

8.1 Etendue de la participation aux frais

En souscrivant la classe hospita flex, la personne assurée peut choisir elle-même la division avant l'admission dans l'hôpital. Le choix de la division correspondante détermine en même temps le montant de la participation aux frais.

En cas de traitement hospitalier, la participation aux frais suivante est perçue par année civile sur les prestations de la classe hospita flex en fonction de la division choisie:

Division de traitement	Trois options de participation aux frais pour prestations couvertes par hospita flex		
	Variante 1	Variante 2	Variante 3
Div. commune	aucune	aucune	aucune
Div. semi-privée	25% jusqu'à max. CHF 3 000.- par année civile	15% jusqu'à max. CHF 1 500.- par année civile	aucune
Div. privée	Aucune couverture des frais par Sympany	25% jusqu'à max. CHF 4 500.- par année civile	20% jusqu'à max. CHF 3 000.- par année civile
Participation max. aux frais pour famille*	CHF 3 000.- par année civile	CHF 4 500.- par année civile	CHF 3 000.- par année civile

Cette participation aux frais est également perçue en cas de maternité.

La participation aux frais n'est pas due lorsque des indemnités forfaitaires sont servies par hospita conformément aux présentes conditions d'assurance. En sont exceptées les prestations assurées par hospita à l'étranger. Une participation aux frais correspondante est perçue sur ces prestations.

La participation aux frais peut être adaptée à l'évolution des coûts.

La participation légale aux coûts de l'assurance base est perçue en sus.

* Si deux ou plusieurs personnes vivant dans le même ménage (police familiale) sont assurées selon hospita flex, le remboursement des participations aux frais qui excèdent le montant maximum peut être demandé. Si les personnes regroupées au sein d'une police familiale sont assurées dans différentes variantes flex et avec diverses participations aux coûts, la participation aux coûts maximale de CHF 4500 s'applique.

Table des matières

1	Bases de l'assurance	4	Maternité
1.1	But	4.1	Frais de traitement hospitalier
1.2	Assureur responsable	4.2	Accouchement dans une maison de naissance
1.3	Dispositions communes	5	Assistance à l'étranger
1.4	Personnes assurées	5.1	Prestations d'assistance supplémentaires
1.5	Passage automatique dans les catégories plus, hospita générale et tourist	5.2	Voyage de visite et voyage de retour spécial
1.6	Passage anticipé dans les catégories plus, hospita générale et tourist	5.3	Avance de fonds à un hôpital
1.7	Conditions en matière de prestations	5.4	Information de personnes à domicile
1.7.1	Généralités	5.5	Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger
1.7.2	Hôpital pour soins aigus	5.6	Conseils médicaux par des médecins
1.7.3	Liste d'hôpitaux	5.7	Prestations exclues
1.7.4	Traitement hors canton pour des raisons médicales	5.8	Obligations en cas de sinistre
1.7.5	Hôpitaux avec tarif reconnu	5.8.1	Information de la Helpline 24h/24 en cas d'urgence
1.7.6	Critères indéterminés, tarifs maximaux	5.8.2	Dégagement de l'obligation de garder le secret
2	Traitement ambulatoire	5.8.3	Exercice du droit aux prestations
2.1	Traitement médical hors du lieu de résidence et de travail	5.8.4	Imputation des billets de train ou d'avion
2.2	Traitement d'urgence à l'étranger	6	Complément accident
2.3	Durée des prestations	7	Prévention
3	Traitement hospitalier	7.1	Vaccinations
3.1	Traitement aigu	7.2	Examen gynécologique préventif
3.1.1	Etendue des prestations	7.3	Remise en forme
3.1.2	Traitement dans une division d'hôpital supérieure	7.4	Conserver la forme
3.1.3	Traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste	8	Moyens auxiliaires
3.2	Réadaptation en milieu hospitalier	8.1	Aides visuelles
3.3	Cliniques psychiatriques	8.2	Autres moyens auxiliaires
3.4	Prestations en cas d'urgence à l'étranger	9	Soins dentaires/dents de sagesse
		9.1	Généralités
		9.2	Fournisseurs de prestations et tarif
		9.3	Traitement à l'étranger

10 Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

- 10.1 Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence**
- 10.1.1 Etendue des prestations
- 10.1.2 Quote-part
- 10.1.3 Prestations de tiers

11 Variante salto avec rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

- 11.1 Principe**
- 11.2 Période d'observation**
- 11.3 Niveaux de rabais**
- 11.4 Adaptation du niveau en cas de non-recours aux prestations**
- 11.5 Adaptation du niveau en cas de recours aux prestations**
- 11.6 Prestations de maternité**
- 11.7 Augmentation d'assurance**

1 Bases de l'assurance

1.1 But

L'assurance salto assure les frais non couverts des traitements ambulatoires et hospitaliers ainsi que des cas d'urgence à l'étranger.

salto alloue des prestations pour des traitements médicaux hors du lieu de résidence ou de travail, des vaccinations, des moyens auxiliaires, des extractions de dents de sagesse, des frais de transport, des actions de recherche, de sauvetage et de dégagement et des cours en vue d'acquiescer un comportement favorisant la santé.

salto prend en charge des frais non couverts pour des traitements dans un hôpital en dehors du canton de résidence pour soins aigus en cas de maladie, d'accident et de maternité.

salto alloue en outre des prestations pour des frais non couverts de traitements d'urgence à l'étranger en cas de maladie, d'accident et d'accouchement prématuré ainsi que des prestations de services durant un voyage de vacances ou d'affaires et d'un séjour à l'étranger.

Les prestations de salto sont allouées subsidiairement à toutes les autres catégories d'assurance conclues auprès de Sympany.

salto alloue des prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins (base). Tout au plus la part non couverte par une assurance sociale (y compris l'assurance base auprès d'un autre assureur) sera prise en charge sur la totalité des frais.

1.2 Assureur responsable

L'assureur responsable est Sympany Assurances SA, Bâle (ci-après dénommé «l'assureur»).

1.3 Dispositions communes

Les dispositions communes de Sympany Assurances SA font partie intégrante des Conditions générales d'assurance (CGA) de salto. En cas de divergences, les CGA priment les dispositions communes.

1.4 Personnes assurées

L'assurance salto peut être conclue dès le début de la 19^e année jusqu'à l'âge de 30 ans révolus.

1.5 Passage automatique dans les catégories plus, hospita générale et tourist

L'assurance salto s'éteint le 31 décembre de l'année au cours de laquelle la 32^e année est accomplie. Le passage automatique dans les catégories d'assurance plus, hospita générale et tourist intervient au 1^{er} janvier de l'année suivante. Lors du transfert automatique, aucune déclaration de santé n'est requise, mais les restrictions de couverture existantes selon les dispositions communes sont maintenues sans modification.

1.6 Passage anticipé dans les catégories plus, hospita générale et tourist

Un passage anticipé dans les catégories d'assurance plus, hospita générale et tourist est possible sans nouvelle déclaration de santé pour le 1^{er} janvier d'une année. Le droit de passage est le même en cas de changement dans l'assurance

mondial. En l'occurrence, le passage à l'assurance mondial peut s'effectuer en cours d'année. En cas de grossesse, le passage et le changement sont possibles en cours d'année. Les restrictions de couverture existantes selon les dispositions communes sont maintenues sans modification.

1.7 Conditions en matière de prestations

1.7.1 Généralités

Les prestations ne sont versées que si le traitement s'impose pour des raisons médicales et s'il est effectué par des personnes reconnues pour cela par la caisse. Quant à la reconnaissance de personnes correspondantes, il y aura lieu de se renseigner auprès de la caisse.

En cas de traitement hospitalier, les prestations ne sont versées que dans la mesure et aussi longtemps que la personne assurée nécessite une hospitalisation au sens de base et que le traitement s'effectue dans un hôpital pour soins aigus. Le traitement doit être appliqué par des fournisseurs de prestations reconnus pour cela selon la LAMal.

1.7.2 Hôpital pour soins aigus

Sont réputés hôpitaux pour soins aigus les établissements hospitaliers pouvant fournir les services médicaux et thérapeutiques et disposant des moyens techniques qui sont nécessaires au traitement de maladies, d'accidents et pour les accouchements qui requièrent une surveillance médicale permanente.

1.7.3 Liste d'hôpitaux

Les traitements hospitaliers doivent par ailleurs être administrés dans des hôpitaux figurant sur la liste des hôpitaux du canton de séjour ou de domicile au sens de l'art. 39 de la LAMal. En cas de traitement dans d'autres hôpitaux, les prestations couvertes sont réduites.

1.7.4 Traitement hors canton pour des raisons médicales

Le canton de résidence prend en charge les frais supplémentaires d'une hospitalisation hors canton indiquée pour des raisons médicales, conformément aux dispositions légales (art. 41/3 LAMal).

1.7.5 Hôpitaux avec tarif reconnu

Les hôpitaux conventionnés sont des hôpitaux avec lesquels l'assureur a passé des accords de tarification. La caisse gère une liste de tous les hôpitaux conventionnés. Cette liste peut être consultée à tout moment.

1.7.6 Critères indéterminés, tarifs maximaux

Lorsqu'un hôpital ne connaît pas de critères de classification pour les divisions d'hôpital ou en applique d'autres que ceux mentionnés dans les présentes dispositions, ces divisions seront traitées, sur le plan de l'assurance, comme des divisions privées. Pour la division commune, l'assureur peut fixer des tarifs maximaux qui sont fonction des tarifs et des accords passés avec un hôpital comparable, sis dans la région de résidence de la personne assurée, avec tarif reconnu.

Les tarifs maximaux fixés le cas échéant par l'assureur peuvent être consultés auprès de la caisse.

2 Traitement ambulatoire

2.1 Traitement médical hors du lieu de résidence et de travail

Pour les traitements appliqués par des médecins de caisse admis selon la LAMal et s'effectuant hors du lieu de résidence

ou de travail de la personne assurée, le tarif selon la LAMal applicable au lieu de traitement est couvert intégralement, ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance base.

2.2 Traitement d'urgence à l'étranger

En cas de traitement médical d'urgence à l'étranger, la totalité des frais est couverte par salto, ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance base.

2.3 Durée des prestations

Dans la mesure où les dispositions de salto ne prévoient pas de réglementation contraire, les prestations sont versées sans limite de durée.

3 Traitement hospitalier

3.1 Traitement aigu

3.1.1 Etendue des prestations

L'assurance salto prend en charge, en complément des prestations de l'assurance base, la classe de prestations division commune d'un hôpital pour soins aigus avec tarif reconnu dans toute la Suisse (chambre à plusieurs lits).

N'est pas assurée la participation aux frais à assumer dans l'assurance base, y compris la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier.

3.1.2 Traitement dans une division d'hôpital supérieure

Lorsque le traitement a lieu dans une division d'hôpital supérieure à la division d'hôpital assurée, l'assurance couvre tout au plus les frais qui auraient été occasionnés dans la division d'hôpital assurée. Lorsque ces frais ne peuvent pas être établis, l'assurance salto verse un forfait.

CHF 30.- par jour

3.1.3 Traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste

Lorsque le traitement médical a lieu dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux, l'assurance couvre tout au plus un forfait de

CHF 30.- par jour

3.2 Réadaptation en milieu hospitalier

Lorsque le traitement médical a lieu dans un sanatorium polyvalent reconnu par l'assureur ou respectivement dans une division ou une clinique de réadaptation médicale, l'assurance salto accorde, pour les 60 premiers jours, la pleine couverture des frais selon les dispositions applicables aux traitements aigus.

Les sanatoriums ou établissements de réadaptation reconnus sont mentionnés sur une liste qui peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

3.3 Cliniques psychiatriques

En cas de séjour hospitalier dans une clinique psychiatrique, en cas de traitement psychiatrique dans un hôpital pour soins aigus ou dans une clinique spécialisée, l'assurance salto accorde, pendant 90 jours, la pleine couverture des frais selon les dispositions applicables aux traitements aigus.

Ces prestations sont versées une fois par période de trois années civiles.

3.4 Prestations en cas d'urgence à l'étranger

L'assurance salto prend en charge, en complément des prestations de l'assurance base, l'intégralité des frais occasionnés par le traitement hospitalier d'urgence en division commune dans un hôpital pour soins aigus pendant un séjour temporaire. Si des frais plus élevés sont occasionnés, salto prend en charge par l'assistance les prestations complémentaires.

Les prestations sont allouées tant qu'un transport à domicile ne peut pas être envisagé pour des raisons médicales, mais tout au plus pendant une année. En cas de traitement hospitalier, une demande de prise en charge doit être présentée immédiatement à la caisse, mais au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'entrée à l'hôpital.

4 Maternité

4.1 Frais de traitement hospitalier

L'assurance salto couvre les frais non couverts par l'assurance base, occasionnés par un accouchement en division commune d'un hôpital dans toute la Suisse, pour la mère.

Si le nouveau-né n'est pas au bénéfice d'une propre assurance correspondante, la catégorie d'assurance salto de la mère prend en charge les frais non couverts de l'enfant en division commune d'un hôpital dans toute la Suisse.

4.2 Accouchement dans une maison de naissance

En cas d'accouchement dans une maison de naissance reconnue par la caisse et ne figurant pas sur une liste cantonale des hôpitaux, l'assurance salto prend en charge les montants suivants par accouchement:

90% des frais jusqu'à concurrence de CHF 1 000.-

5 Assistance à l'étranger

5.1 Prestations d'assistance supplémentaires

En cas de voyages d'une durée atteignant jusqu'à 100 jours par année civile, des contributions d'assistance prennent en charge dès le début du voyage une partie des traitements hospitaliers, des voyages de visite et des rapatriements, frais de transport et actions de sauvetage non couverts.

CHF 50 000.- au maximum

En sont exceptées les participations aux frais et les quotes-parts.

5.2 Voyage de visite et voyage de retour spécial

Lorsqu'une personne assurée tombe gravement malade à l'étranger ou y subit un accident grave et qu'elle doit être hospitalisée pour une durée supérieure à 7 jours, l'assureur organise et paie le voyage d'une personne proche de la personne assurée pour lui rendre visite (billet de train en 1^{re} classe, billet d'avion en classe économique).

Lorsqu'une personne assurée doit, en cas de nécessité médicale, être transportée de l'étranger vers un hôpital approprié dans le canton de résidence pour y suivre un traitement hospitalier, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence organise le voyage de retour spécial des membres de la famille voyageant avec elle ou d'une personne proche. Sont couverts les frais supplémentaires qui en résultent.

Lorsqu'une personne assurée tombe malade ou subit un accident et qu'elle ne peut pas effectuer le voyage de retour prévu en raison d'une hospitalisation, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence organise le voyage de retour spécial de la personne assurée, des membres de la famille voyageant avec elle ou d'une personne proche. Sont couverts les frais supplémentaires qui en résultent.

5.3 Avance de fonds à un hôpital

Lorsqu'une personne assurée doit être hospitalisée à l'étranger, l'assureur avance au besoin les frais hospitaliers jusqu'à concurrence du montant suivant:

CHF 20 000.- au maximum

Lorsqu'une partie du montant avancé n'est pas couverte par l'assurance existante, elle sera facturée à la personne assurée. Le montant exigé devra être remboursé dans les 30 jours.

5.4 Information de personnes à domicile

Dans le cas où des mesures auraient été organisées par la Helpline 24h/24 en cas d'urgence, cette dernière renseigne les proches parents de la personne assurée sur l'état des faits et les mesures prises.

5.5 Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger

La Helpline 24h/24 en cas d'urgence fournit à ses assurés au besoin les coordonnées d'un médecin ou d'un hôpital dans la région où ils se trouvent. En présence de difficultés à se faire comprendre, elle assure un service de traduction.

5.6 Conseils médicaux par des médecins

Si une personne assurée, pendant son voyage, nécessite un avis médical qu'il lui est impossible d'obtenir localement, les médecins de la Helpline 24h/24 en cas d'urgence lui donneront des conseils médicaux.

Cette consultation ne doit être considérée que comme conseil et en aucun cas comme diagnostic.

5.7 Prestations exclues

En plus des limitations de prestations prévues par les dispositions communes de Sympany Assurances SA, il n'y a aucun droit aux prestations d'assurance:

- pour les maladies et suites d'accidents qui ont existé au moment d'entreprendre le voyage ou dont la survenance était perceptible pour la personne assurée au moment d'entreprendre le voyage et pour lesquelles un traitement médical était prévisible,
- lorsque la personne assurée s'est rendue à l'étranger, pour y suivre un traitement, y recevoir des soins ou y accoucher,
- pour les actions de recherche, rapatriements, voyages de visite ou voyages de retour spéciaux qui n'ont pas été autorisés au préalable par la Helpline 24h/24 en cas d'urgence.

Lorsque le transport d'urgence ou le rapatriement est rendu impossible par des circonstances extérieures comme des grèves, émeutes, actes de violence, gros sinistres industriels, la radioactivité, des catastrophes naturelles, maladies épidémiques ou la force majeure, l'organisation et l'exécution de ces transports ne peuvent pas être exigées.

5.8 Obligations en cas de sinistre

5.8.1 Information de la Helpline 24h/24 en cas d'urgence

En cas de maladie subite, d'accident et d'accouchement prématuré en Suisse et à l'étranger, qui nécessitent une hospitali-

sation ou des mesures de secours, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence doit, dans tous les cas, être avisée immédiatement.

5.8.2 Dégagement de l'obligation de garder le secret

La personne assurée délève du secret professionnel envers la Helpline 24h/24 en cas d'urgence et de l'assureur les médecins traitants et les autres personnes médicales ainsi que les assureurs.

5.8.3 Exercice du droit aux prestations

La personne assurée doit faire valoir son droit aux prestations dans les plus brefs délais auprès de la caisse et mettre à la disposition de cette dernière toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires. Seules les factures originales détaillées et lisibles sont acceptées. Lorsque les détails de la facture sont insuffisants et si les renseignements complémentaires demandés ne sont pas fournis, les prestations seront fixées d'après une appréciation conforme aux obligations.

5.8.4 Imputation des billets de train ou d'avion

Les billets de train ou d'avion non utilisés doivent être envoyés à la caisse sans qu'elle ait besoin de le demander. Si des billets devenus inutiles sont vendus ou remboursés par des tiers, les indemnités reçues sont imputées sur les prestations d'assurance. En cas d'inobservation de cette obligation, l'assureur peut exiger de l'assuré concerné la restitution du montant fixé d'après son appréciation conforme aux obligations ou compenser ce montant avec le droit aux prestations.

6 Complément accident

Consécutivement à un séjour hospitalier par suite d'accident, les moyens auxiliaires nécessaires au traitement des suites de l'accident sont pris en charge conformément à la pratique de l'assurance-accidents obligatoire.

Sont pris en charge dans la même mesure les frais pour les moyens auxiliaires qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps, si ces moyens ont été endommagés en relation avec un accident ayant nécessité un traitement hospitalier.

Une participation de 10% est perçue sur ces prestations.

7 Prévention

7.1 Vaccinations

Pour les frais de vaccinations qui servent de protection contre les maladies infectieuses, les montants suivants sont remboursés:

90% des frais effectifs, CHF 220.- au maximum par année civile

Toutefois, aucune prestation n'est allouée pour les vaccinations qui sont effectuées pour des raisons professionnelles, dont l'efficacité est contestée sur le plan médical ou qui ne se trouvent qu'au stade de la recherche.

7.2 Examen gynécologique préventif

Par année civile, les frais d'un examen gynécologique préventif sont assurés au tarif LAMal, dans la mesure où aucune prestation correspondante d'une assurance LAMal n'est allouée au cours de cette année civile.

Une participation de 10% est perçue sur cette prestation.

7.3 Remise en forme

Les frais justifiés par un cours reconnu par la caisse pour apprendre un comportement favorable à la santé (p.ex. sevrage antitabagique, école du dos, conseil en diététique) sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants suivants:

CHF 150.- au maximum par année civile

La caisse désigne les cours et institutions reconnus en vue d'acquies un comportement favorisant la santé. La liste des cours et institutions reconnus est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

7.4 Conserver la forme

Des contributions peuvent être versées pour d'autres mesures préventives reconnues, telles que le sport, le fitness et les cours de relaxation jusqu'à concurrence des montants suivants:

CHF 200.- au maximum par année civile

La caisse désigne les institutions, les mesures préventives, les contributions aux frais et les limites de prestations reconnues. La liste des institutions, mesures préventives, contributions aux frais et limites de prestations reconnues est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

8 Moyens auxiliaires

8.1 Aides visuelles

Pour les coûts des verres de lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue, la contribution suivante est versée:

CHF 420.- en 3 années civiles

8.2 Autres moyens auxiliaires

Pour les frais de location ou d'achat de moyens auxiliaires nécessaires et adaptés à l'état de santé pour lesquels aucune prestation n'est allouée dans le cadre de l'assurance base, les frais peuvent être remboursés, en présence d'une indication médicale.

50%, jusqu'à concurrence de CHF 250.- par année civile

La caisse désigne les moyens auxiliaires reconnus. La liste des moyens auxiliaires reconnus est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

Ne sont pas assurés les coûts occasionnés par l'utilisation, l'entretien et la réparation de ces moyens auxiliaires.

9 Soins dentaires/dents de sagesse

9.1 Généralités

L'assurance couvre les frais d'extraction de dents de sagesse. Lorsque le traitement a lieu en milieu hospitalier, les frais sont pris en charge jusqu'à concurrence du forfait journalier conventionnel de la division commune dans le canton de résidence. Une quote-part de 10% est perçue sur ces prestations.

9.2 Fournisseurs de prestations et tarif

Le remboursement a lieu selon le tarif valable pour les prestations dentaires de l'assurance obligatoire des soins. Si le médecin-dentiste applique un tarif supérieur à celui de

l'assurance obligatoire des soins, la différence va à la charge de la personne assurée.

Sont réputés médecins-dentistes les titulaires du diplôme fédéral correspondant ou d'un diplôme équivalent ou les dentistes au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exercer la profession sur la base d'un certificat scientifique.

9.3 Traitement à l'étranger

Les traitements à l'étranger sont pris en charge dans la mesure où les spécialistes médicaux disposent d'une formation équivalente à celle de la Suisse et que les frais ne dépassent pas ceux qui seraient encourus en Suisse.

10 Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

10.1 Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

10.1.1 Etendue des prestations

Pour les frais

- de transports d'urgence médicalement nécessaires dans un moyen de transport adéquat dans l'hôpital approprié le plus proche,
- du transport de retour dans un hôpital approprié sis dans le canton de domicile de la personne assurée en vue du traitement hospitalier,
- d'actions de sauvetage et de dégagement et de recherche, une contribution est versée jusqu'à concurrence de

CHF 40 000.- par année civile

Si des frais plus élevés sont occasionnés, salto alloue via l'assistance des prestations complémentaires pour les frais de transport et les actions de sauvetage.

Les transports dans des aéronefs ne sont pris en charge que dans la mesure où ils sont de toute nécessité sur le plan médical ou technique.

10.1.2 Quote-part

La personne assurée doit assumer elle-même pour chaque cas la franchise suivante:

CHF 100.-

10.1.3 Prestations de tiers

Lorsque la qualité de membre (donateur) existe auprès d'une garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire, les frais ne sont pris en charge que dans la mesure où aucune prestation n'a été servie par ces organisations. Demeurent réservés les accords contractuels contraires.

11 Variante salto avec rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

11.1 Principe

Dans la variante prévoyant un rabais en cas de non-recours aux prestations, un rabais de prime est accordé lorsque la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation.

11.2 Période d'observation

Est considérée comme période d'observation la période du 1^{er} septembre ou à partir du début de l'assurance jusqu'au 31 août suivant. Est déterminante pour le calcul des presta-

tions au cours de la période d'observation la date de traitement d'une facture.

11.3 Niveaux de rabais

Dans la catégorie d'assurance salto, les niveaux de rabais ou primes suivants sont mis en œuvre:

Niveau de rabais RNRP salto	Prime avec rabais en cas de non-recours aux prestations salto
0	Prime ordinaire salto +20%
1	Prime ordinaire salto
2	Prime ordinaire salto -30%

La prime de l'assurance salto avec rabais en cas de non-recours aux prestations est mentionnée sur la police d'assurance. L'assureur peut introduire de nouveaux niveaux de rabais pour le début d'une nouvelle période d'assurance ou adapter les rabais à l'évolution des frais.

11.4 Adaptation du niveau en cas de non-recours aux prestations

Dans l'assurance salto avec rabais en cas de non-recours aux prestations, si la personne assurée bénéficiant du même niveau de rabais pendant trois périodes d'observation successives n'a pas touché de prestations, le niveau de rabais est adapté d'un niveau à partir du 1^{er} janvier de la 4^e année, dans la mesure où la personne assurée ne se trouve pas déjà dans le degré avec rabais maximal.

11.5 Adaptation du niveau en cas de recours aux prestations

Si la personne assurée a sollicité des prestations au cours d'une période d'observation, l'adaptation d'un niveau a lieu au 1^{er} janvier de l'année suivante (au maximum jusqu'au niveau de rabais 0).

11.6 Prestations de maternité

Les frais de traitement hospitalier par suite de maternité n'entrent pas dans le calcul ou ne sont pas considérés comme recours aux prestations et n'ont par conséquent pas d'effet sur l'adaptation du niveau.

11.7 Augmentation d'assurance

Le passage de salto avec rabais en cas de non-recours aux prestations à salto ordinaire n'est possible qu'avec une déclaration sur l'état de santé. En sont exceptés les assurés dans le niveau de rabais maximal n'ayant pas eu recours aux prestations durant la période d'observation actuelle.

Table des matières

1	Bases de l'assurance
1.1	But
1.2	Assureur responsable
1.3	Dispositions communes
1.4	Conclusion de l'assurance
2	Possibilités d'assurance
2.1	Généralités
2.2	Exclusion de la couverture des accidents
2.3	Franchise et quote-part
3	Prestations
3.1	Principe
3.2	Traitement dans le pays de résidence ou à l'étranger
4	Obligations de collaborer
4.1	Obligations de collaborer en cas de maladie et d'accident
4.2	Autres communications

mondial

1 Bases de l'assurance

1.1 But

L'assurance **mondial** a pour but d'assurer les conséquences économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité pour les personnes qui ne sont pas soumises à l'assurance-maladie obligatoire suisse et pour les frontaliers qui sont exemptés de l'obligation de se soumettre à l'assurance-maladie suisse.

1.2 Assureur responsable

L'assureur responsable est Sympany Assurances SA, Bâle (désignée ci-après par assureur).

La caisse servant d'intermédiaire est la caisse-maladie (désignée ci-après par la caisse) mentionnée sur la police d'assurance.

1.3 Dispositions communes

Les dispositions communes de Sympany Assurances SA font partie intégrante des dispositions de **mondial**. En cas de divergences, les dispositions de **mondial** priment les dispositions communes.

1.4 Conclusion de l'assurance

La procédure lors de la conclusion d'assurance selon les dispositions communes est applicable aux nouvelles conclusions. L'âge maximal pour la nouvelle conclusion est de 60 ans.

2 Possibilités d'assurance

2.1 Généralités

L'assurance de base **mondial base** (selon la LCA) ainsi que toutes les catégories d'assurance auxquelles s'appliquent les CGA peuvent être conclues dans le cadre de **mondial**. En sont exceptées les catégories d'assurance *hospita confort* et, pour les personnes n'ayant pas le statut de frontaliers, la catégorie d'assurance *compensa*.

2.2 Exclusion de la couverture des accidents

La couverture des accidents peut être exclue dans **mondial base**.

2.3 Franchise et quote-part

La franchise convenue est valable dans **mondial base**.

Non-frontaliers	
Adultes	CHF 500.- / CHF 1 000.-
Enfants	CHF 200.- / CHF 400.-
Frontaliers	
Adultes	CHF 300.- / CHF 500.- / CHF 1 000.- / CHF 1 500.- / CHF 2 000.- / CHF 2 500.-
Enfants	CHF 0.- / CHF 200.- / CHF 400.- / CHF 600.-

La quote-part et la contribution aux frais de séjour hospitalier sont régies par les dispositions de la LAMal.

3 Prestations

3.1 Principe

La couverture est régie par les dispositions pour les différentes catégories d'assurance et par l'étendue de couverture souscrite.

Dans l'assurance **mondial base** (selon la LCA), le catalogue des prestations de l'assurance base selon la LAMal fait foi. Les

dérogations prévues par les présentes dispositions ou les dispositions communes des Conditions générales d'assurance pour les assurances complémentaires et autres assurances selon la LCA (CGA) priment les réglementations de l'assurance base selon la LAMal.

Pour les traitements dans le pays de résidence de la personne assurée, l'assurance **mondial** peut allouer en faveur des frontaliers des prestations supplémentaires pour le traitement ambulatoire et la prévention, conformément à la liste de l'assureur.

Pour les personnes en Suisse sans autorisation de séjour, l'assurance **mondial** couvre les coûts des traitements médicaux aigus en cas d'urgence. Ne sont pas assurées les maladies et suites d'accidents ayant déjà existé au moment de la conclusion de l'assurance. Ces restrictions ne s'appliquent pas aux personnes qui sont déjà au bénéfice de l'assurance **mondial** à leur domicile étranger.

Sont déterminants les tarifs valables respectivement en Suisse et dans le pays de résidence de la personne assurée ou au lieu de traitement dans l'UE. Les dispositions en matière de prestations allant au-delà de ces normes, prévues dans les différentes catégories d'assurance, demeurent réservées.

Lorsque le traitement a lieu dans une division d'hôpital supérieure à la division assurée, ou lorsque la facturation est manifestement exagérée, l'assureur limite ses prestations aux tarifs valables pour la couverture d'assurance au siège de la caisse.

3.2 Traitement dans le pays de résidence ou à l'étranger

Les traitements non urgents sont également assurés dans le pays de résidence, en Suisse et dans l'UE.

Tous les pays, sauf la Suisse et celui dans lequel la personne assurée est domiciliée, sont considérés comme étranger lorsque les dispositions des différentes catégories d'assurance contiennent des réglementations sur des prestations à l'étranger.

4 Obligations de collaborer

4.1 Obligations de collaborer en cas de maladie et d'accident

Les prestations ne sont allouées que dans la mesure où des factures originales détaillées et contenant les indications suivantes sont présentées à la caisse:

- date du traitement,
- diagnostic,
- genre des thérapies et du traitement,
- nombre de consultations/durée du séjour hospitalier,
- ordonnances originales acquittées,
- taxes journalières et frais annexes (hôpital).

En cas de traitement hospitalier, une demande de garantie de prise en charge doit être présentée à la caisse au plus tard 10 jours après l'entrée à l'hôpital.

4.2 Autres communications

La personne assurée doit indiquer à la caisse une adresse de contact et un compte en Suisse. L'assureur fait ses communications valablement à l'adresse de contact en Suisse.

Table des matières

1	Bases de l'assurance
1.1	But
1.2	Assureur responsable
1.3	Dispositions communes
1.4	Conclusion de l'assurance
1.5	Conditions en matière de prestations
1.6	Traitement à l'étranger
2	Possibilités d'assurance
2.1	dental piccolo
2.1.1	Prestations
2.1.2	Transfert automatique
2.2	dental
2.2.1	Variantes de prestations
2.2.2	Prophylaxie et contrôle
2.2.3	Prestations/période de traitement
2.2.4	Délai d'attente
2.2.5	Exercice du droit aux prestations

dental

1 Bases de l'assurance

1.1 But

L'assurance dental alloue des contributions aux frais de traitements dentaires. Elle encourage en outre les mesures prophylactiques.

1.2 Assureur responsable

L'assureur responsable est Sympany Assurances SA, Bâle (ci-après dénommé «l'assureur»).

1.3 Dispositions communes

Les dispositions communes de Sympany Assurances SA font partie intégrante des dispositions de dental. En cas de divergences, les dispositions de dental l'emportent sur les dispositions communes.

1.4 Conclusion de l'assurance

L'assurance dental peut être conclue jusqu'à l'âge de 60 ans révolus. L'assurance peut être conclue ou gérée uniquement en combinaison avec l'une des catégories d'assurance suivantes:

- base, plus, premium, supplément général, supplément privé, hospita, salto.

Les affections existant au moment de la conclusion de l'assurance, par exemple les dents non assainies ou manquantes, les mauvais positionnements des dents, les anomalies des maxillaires, etc., ne sont pas assurées.

Le dernier examen de contrôle ou traitement dentaire ne doit pas dater de plus d'une année avant le début de l'assurance.

Les enfants qui sont assurés pour les frais de soins dentaires avant leur premier anniversaire sont assurés sans restriction.

Lors de la naissance ou d'une nouvelle admission, tous les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans révolus sont assurés dans dental piccolo sans restriction en matière de prestations, pour autant qu'ils aient également conclu l'assurance plus ou premium auprès de l'assureur.

1.5 Conditions en matière de prestations

Sont assurées les mesures diagnostiques et thérapeutiques, reconnues scientifiquement et nécessaires sur le plan de la médecine dentaire, pour autant que le caractère économique du traitement soit garanti.

Le remboursement a lieu d'après le tarif dentaire SSO à la valeur du point des assurances sociales (selon la LAMal, la LAA, la LAM, la LAI). Est réputé médecin-dentiste le porteur du diplôme fédéral correspondant ou d'un diplôme équivalent ou celui ayant obtenu l'autorisation cantonale d'exercer la profession sur la base d'un certificat de capacité scientifique.

L'assurance dental fournit ses prestations à titre subsidiaire, c'est-à-dire à la suite ou en complément de l'assurance légale des soins ou de l'assurance-accidents ainsi que des prestations allouées par les cantons et les communes. Si d'autres assureurs sont tenus à prestations, la prestation est allouée en proportion.

1.6 Traitement à l'étranger

Les traitements à l'étranger sont pris en charge dans la mesure où les spécialistes médicaux disposent d'une formation équivalente à celle de la Suisse et que les frais ne dépassent pas ceux qui seraient encourus en Suisse.

2 Possibilités d'assurance

Il existe les possibilités d'assurance suivantes:

- dental piccolo jusqu'à l'âge de 15 ans révolus
- dental.

2.1 dental piccolo

2.1.1 Prestations

Pour les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus, les frais d'un examen de contrôle, radiographies incluses, sont remboursés, pour autant qu'aucun traitement dentaire (conservateur, prothétique, etc.) ne doive être appliqué durant la même séance.

Jusqu'à concurrence de CHF 50.- par année civile

2.1.2 Transfert automatique

Après accomplissement de la 15^e année civile, le transfert de dental piccolo dans dental a lieu automatiquement et sans restriction en matière de prestations pour le début de l'année suivante. La personne assurée a toutefois le droit de résilier l'assurance dans les 3 mois qui suivent la communication.

2.2 dental

2.2.1 Variantes de prestations

Variante	Montant maximal du droit aux prestations par année civile	Franchise
dental a	75%, jusqu'à concurrence de CHF 1 000.-	CHF 500.-
dental b	50%, jusqu'à concurrence de CHF 500.-	
dental c	50%, jusqu'à concurrence de CHF 1 000.-	
dental d	75%, jusqu'à concurrence de CHF 1 000.-	
dental e	75%, jusqu'à concurrence de CHF 1 500.-	
dental f	75%, jusqu'à concurrence de CHF 3 000.-	
dental g	75%, jusqu'à concurrence de CHF 5 000.-	CHF 500.-
dental h	75%, jusqu'à concurrence de CHF 5 000.-	

L'assureur peut réduire le montant de la franchise (dans les variantes avec franchise) pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans révolus.

Pour les variantes avec franchise, cette dernière sera perçue une fois par année civile sous la forme d'un montant fixe. Le montant maximal du droit aux prestations par année civile est calculé sur la part qui excède le montant de la franchise.

2.2.2 Prophylaxie et contrôle

Pour autant qu'aucun traitement dentaire (conservateur, prothétique, etc.) ne doive être appliqué durant la période de traitement, l'assurance dental alloue des prestations pour un examen de contrôle, radiographies incluses, et pour la prophylaxie.

Jusqu'à concurrence de CHF 100.- par année civile

La participation aux frais selon la variante de prestations souscrite n'est pas appliquée.

2.2.3 Prestations/période de traitement

Dans le cadre de la classe de prestations choisie, l'assurance englobe tous les frais de traitements dentaires, y compris les frais de laboratoire.

Les montants assurés sont versés une fois par année civile.

2.2.4 Délai d'attente

Le droit aux prestations de l'assurance **dental** prend naissance

- après un délai d'attente de 12 mois pour les mesures prothétiques (telles que les couronnes, ponts, prothèses, dents à pivot, moignons ainsi que les appareils servant au traitement d'anomalies du positionnement des dents et des maxillaires, y compris les provisoires correspondants, les réparations et les traitements et contrôles dentaires s'y rapportant) et
- après un délai d'attente de 6 mois pour tous les autres traitements.

Le délai d'attente doit également être observé en cas d'augmentations d'assurance. Les prestations pour la prophylaxie et le contrôle ne sont pas soumises au délai d'attente.

2.2.5 Exercice du droit aux prestations

Pour faire valoir son droit au remboursement, la personne assurée doit présenter la facture originale détaillée immédiatement à la caisse, mais au plus tard dans les 30 jours de son établissement. La facture doit faire apparaître la durée du traitement ainsi que les différentes prestations énumérées selon le tarif dentaire.

Table des matières

<p>1 Bases de l'assurance</p> <p>1.1 But de l'assurance</p> <p>1.2 Assureur responsable</p> <p>1.3 Dispositions communes</p> <p>2 Conclusion</p> <p>2.1 Personnes assurées</p> <p>2.1.1 Cercle de personnes</p> <p>2.1.2 Personnes seules</p> <p>2.1.3 Familles</p> <p>2.2 Condition</p> <p>3 Prestations</p> <p>3.1 Validité des prestations</p> <p>3.1.1 Validité territoriale des prestations</p> <p>3.1.2 Validité temporelle des prestations</p> <p>3.2 Condition en matière de prestations</p> <p>3.3 Frais de guérison</p> <p>3.4 Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement</p> <p>3.5 Voyage de visite et frais de voyage supplémentaires</p> <p>3.5.1 Visite</p> <p>3.5.2 Voyage de retour spécial</p> <p>3.6 Capitaux assurés</p> <p>3.6.1 tourist 50/100</p> <p>3.6.2 tourist 250/500</p> <p>3.7 Prestations de services</p> <p>3.7.1 Avance de fonds à un hôpital</p> <p>3.7.2 Information de personnes à domicile</p> <p>3.7.3 Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger</p> <p>3.7.4 Conseils médicaux par des médecins</p> <p>3.8 Limitations sur le plan des prestations</p> <p>3.8.1 Principe</p> <p>3.8.2 Prestations exclues</p> <p>3.8.3 Restrictions en matière de prestations</p> <p>3.9 Prescription</p>	<p>4 Participation aux frais</p> <p>5 Obligations en cas de sinistre</p> <p>5.1 Information de la Helpline 24h/24 en cas d'urgence</p> <p>5.2 Dégagement de l'obligation de garder le secret</p> <p>5.3 Exercice du droit aux prestations</p> <p>5.4 Imputation des billets de train ou d'avion</p> <p>6 Prestations de tiers</p> <p>6.1 En général</p> <p>6.2 Renoncement aux prestations</p> <p>6.3 Assurances sociales</p> <p>6.4 Pluralité d'assureurs</p> <p>6.5 Assurances existantes auprès de Sympany Assurances SA</p> <p>6.6 Garde aérienne de sauvetage ou organisations similaires</p>
---	---

1 Bases de l'assurance**1.1 But de l'assurance**

L'assurance sert des prestations pour les frais non couverts, occasionnés par des traitements d'urgence en cas de maladie, d'accident et d'accouchement prématuré respectivement durant un voyage de vacances ou d'affaires ou au cours d'un séjour à l'étranger. Elle alloue en outre des prestations au titre des frais de transport, de recherche, de sauvetage et de dégagement et fournit des prestations de services.

1.2 Assureur responsable

L'assureur responsable est Sympany Assurances SA, Bâle (ci-après dénommé «l'assureur»).

1.3 Dispositions communes

Les dispositions communes de Sympany Assurances SA font partie intégrante des dispositions de **tourist**. En cas de divergences, les dispositions de **tourist** l'emportent sur les dispositions communes.

2 Conclusion**2.1 Personnes assurées****2.1.1 Cercle de personnes**

L'assurance **tourist** peut être conclue par toutes les personnes, sans limite d'âge.

2.1.2 Personnes seules

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

2.1.3 Familles

Sont assurés le preneur d'assurance mentionné sur la police d'assurance ainsi que respectivement le conjoint ou le compagnon / la compagne, et ses enfants jusqu'à l'âge de 25 ans révolus, pour autant qu'ils vivent en ménage commun avec le preneur d'assurance.

2.2 Condition

L'assurance ne peut être conclue et maintenue que conjointement avec l'une au moins des catégories d'assurance suivantes:

- plus, premium, supplément général, supplément privé hospita, salto.

Pour qu'une famille puisse conclure et maintenir l'assurance **tourist**, il faut que l'un des parents au moins soit au bénéfice d'une de ces catégories d'assurance.

3 Prestations**3.1 Validité des prestations****3.1.1 Validité territoriale des prestations**

L'assurance est valable pour les traitements d'urgence appliqués hors du canton de résidence en Suisse et dans le monde entier.

3.1.2 Validité temporelle des prestations

Les prestations ne sont allouées que si un transport à domicile n'est pas envisageable du point de vue médical. L'obligation de verser des prestations pour des maladies et des accidents survenus pendant la durée de l'assurance s'éteint dans tous les

cas au plus tard 91 jours après l'expiration de la durée de séjour choisie (21 ou 42 jours).

3.2 Condition en matière de prestations

Les prestations ne sont versées que si le traitement est approprié et nécessaire pour des raisons médicales et s'il est appliqué par des personnes disposant de l'autorisation requise pour ces soins.

3.3 Frais de guérison

L'assurance prend en charge des prestations pour les frais de guérison en cas de traitement d'urgence ambulatoire et hospitalier, et ce en complément de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, de l'assurance mondial base et de l'assurance-accidents selon la LAA.

La maladie, l'accident et l'accouchement prématuré sont couverts aux tarifs pratiqués localement ou convenus par convention. L'accouchement est réputé prématuré lorsqu'il a lieu de façon imprévue et plus de six semaines avant le terme attesté par le médecin.

La participation légale aux coûts, valable pour la Suisse, n'est pas assurée.

3.4 Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

Lorsqu'une personne assurée tombe gravement malade, subit un accident grave ou décède, l'assureur prend en charge – en se fondant sur un rapport médical – les prestations suivantes organisées par la Helpline 24h/24 en cas d'urgence et paie les frais pour:

- les actions de sauvetage et transports d'urgence médicalement nécessaires par un moyen de transport adéquat vers le lieu de traitement approprié le plus proche;
- les actions de recherche entreprises en vue d'un sauvetage ou d'un dégagement de la personne assurée ainsi que les actions de dégagement:

Jusqu'à concurrence de CHF 20 000.- par personne assurée

- en cas de nécessité médicale, le rapatriement de la personne assurée malade ou accidentée vers un hôpital approprié dans le canton de résidence en vue du traitement hospitalier;
- le rapatriement de la personne décédée à son lieu de domicile.

3.5 Voyage de visite et frais de voyage supplémentaires**3.5.1 Visite**

Lorsqu'une personne assurée tombe gravement malade à l'étranger ou y subit un accident grave et qu'elle doit être hospitalisée pour une durée supérieure à 7 jours, l'assureur organise et paie le voyage d'une personne proche de la personne assurée pour lui rendre visite (billet de train en 1^{re} classe, billet d'avion en classe économique).

3.5.2 Voyage de retour spécial

Lorsqu'une personne assurée doit, en cas de nécessité médicale, être transportée de l'étranger vers un hôpital approprié dans le canton de résidence pour y suivre un traitement hospitalier, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence organise le voyage de retour spécial des membres de la famille assurés voyageant avec elle ou d'une personne proche. Sont couverts les frais supplémentaires qui en résultent.

Lorsqu'une personne assurée tombe malade ou subit un accident et qu'elle ne peut pas effectuer le voyage de retour prévu en raison d'une hospitalisation, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence organise le voyage de retour spécial de la personne assurée, des membres de la famille assurés voyageant avec elle ou d'une personne proche. Sont couverts les frais supplémentaires qui en résultent.

3.6 Capitaux assurés

Les variantes suivantes peuvent être conclues:

3.6.1 tourist 50/100

Le capital assuré se monte pour toutes les prestations à:

CHF 50 000.- au maximum par personne assurée
--

CHF 100 000.- au maximum par famille assurée
--

Les variantes suivantes peuvent être conclues (durée du séjour à l'étranger):

Jusqu'à 21 jours au maximum

Jusqu'à 42 jours au maximum

3.6.2 tourist 250/500

Le capital assuré se monte pour toutes les prestations à:

CHF 250 000.- au maximum par personne assurée

CHF 500 000.- au maximum par famille assurée
--

Les variantes suivantes peuvent être conclues (durée du séjour à l'étranger):

Jusqu'à 21 jours au maximum

Jusqu'à 42 jours au maximum

3.7 Prestations de services

3.7.1 Avance de fonds à un hôpital

Lorsqu'une personne assurée doit être hospitalisée à l'étranger, l'assureur avance au besoin les frais hospitaliers jusqu'à concurrence de CHF 20 000.-. Lorsqu'une partie du montant avancé n'est pas couverte par l'assurance existante, elle sera facturée à la personne assurée. Le montant exigé devra être remboursé dans les 30 jours.

3.7.2 Information de personnes à domicile

Dans le cas où des mesures auraient été organisées par la Helpline 24h/24 en cas d'urgence, cette dernière renseigne les proches parents de la personne assurée sur l'état des faits et les mesures prises.

3.7.3 Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger

La Helpline 24h/24 en cas d'urgence fournit à ses assurés au besoin les coordonnées d'un médecin ou d'un hôpital dans la région où ils se trouvent. En présence de difficultés à se faire comprendre, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence assure un service de traduction.

3.7.4 Conseils médicaux par des médecins

Si une personne assurée, pendant son voyage, nécessite un avis médical qu'il lui est impossible d'obtenir localement, les médecins de la Helpline 24h/24 en cas d'urgence lui donneront les conseils médicaux. Cette consultation ne doit être considérée que comme conseil et en aucun cas comme diagnostic.

3.8 Limitations sur le plan des prestations

3.8.1 Principe

La réglementation relative aux limitations sur le plan des prestations selon les dispositions communes de Sympany Assurances SA ne s'applique pas à l'assurance tourist.

3.8.2 Prestations exclues

Il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance:

- a) pour les maladies et suites d'accidents qui ont existé au moment d'entreprendre le voyage ou dont la survenance était perceptible pour la personne assurée au moment d'entreprendre le voyage et pour lesquelles un traitement médical était prévisible,
- b) lorsque la personne assurée s'est rendue à l'étranger, pour y suivre un traitement, y recevoir des soins ou y accoucher,
- c) pour les maladies et suites d'accidents qui sont exclues de la couverture d'une assurance souscrite par la personne assurée auprès de la caisse servant d'intermédiaire,
- d) pour les actions de recherche, rapatriements, voyages de visite ou voyages de retour spéciaux qui n'ont pas été autorisés au préalable par la Helpline 24h/24 en cas d'urgence,
- e) en cas de participation à des actes de guerre, des désordres et actes similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger,
- f) pour les maladies et les accidents consécutifs à des événements de guerre dont la première apparition date déjà de plus de 14 jours,
- g) pour les maladies et les accidents dus à la participation active à des actes punissables, des bagarres ou à d'autres actes violents,
- h) pour les maladies et accidents provoqués par négligence grave, notamment ceux causés par l'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues,
- i) pour les dommages à la santé dus à une entreprise téméraire, c'est-à-dire lorsque la personne assurée s'expose à un danger, sans prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. En sont exceptés les actes de sauvetage en faveur de personnes. Est notamment considérée comme entreprise téméraire au sens de cette disposition la pratique de sports à risques. Sont également considérées comme entreprise téméraire d'autres activités présentant un risque comparable. La caisse tient une liste avec tous les sports à risques considérés comme entreprise téméraire. La liste n'est pas exhaustive et peut être consultée par les personnes assurées en tout temps,
- j) lorsque le dommage à la santé a été provoqué intentionnellement, également par suite d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'automutilations,
- k) pour les prestations qui sont couvertes par l'assurance sociale ou par mondial base.

Lorsque le transport d'urgence ou le rapatriement est rendu impossible par des circonstances extérieures comme des grèves, émeutes, actes de violence, gros sinistres industriels, la radioactivité, des catastrophes naturelles, maladies épidémiques ou la force majeure, l'organisation et l'exécution de ces transports ne peuvent pas être exigées.

3.8.3 Restrictions en matière de prestations

En cas de facturation manifestement excessive, l'assureur peut réduire ses prestations en conséquence ou faire dépendre son versement de la cession de la créance réduite.

3.9 Prescription

Le droit aux prestations de la personne assurée à l'égard de l'assureur se prescrit par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation de l'assureur.

4 Participation aux frais

Aucune participation aux frais n'est perçue sur les prestations de l'assurance tourist.

5 Obligations en cas de sinistre

5.1 Information de la Helpline 24h/24 en cas d'urgence

En cas de maladie subite, d'accident et d'accouchement prématuré en Suisse et à l'étranger, qui nécessitent une hospitalisation ou des mesures de secours, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence doit, dans tous les cas, être avisée immédiatement.

5.2 Dégagement de l'obligation de garder le secret

La personne assurée délie du secret professionnel envers la Helpline 24h/24 en cas d'urgence et la caisse les médecins traitants et les autres personnes médicales ainsi que les assureurs.

5.3 Exercice du droit aux prestations

La personne assurée doit faire valoir son droit aux prestations dans les plus brefs délais auprès de la caisse et mettre à la disposition de cette dernière toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires. Seules les factures originales détaillées et lisibles sont acceptées. Lorsque les détails de la facture sont insuffisants et si les renseignements complémentaires demandés ne sont pas fournis, les prestations seront fixées d'après une appréciation conforme aux obligations.

5.4 Imputation des billets de train ou d'avion

Les billets de train ou d'avion non utilisés doivent être envoyés à la caisse sans qu'elle ait besoin de le demander. Si des billets devenus inutiles sont vendus ou remboursés par des tiers, les indemnités reçues sont imputées sur les prestations d'assurance. En cas d'inobservation de cette obligation, la caisse peut exiger de l'assuré concerné la restitution du montant fixé d'après son appréciation conforme aux obligations ou compenser ce montant avec le droit aux prestations.

6 Prestations de tiers

6.1 En général

Lorsqu'un tiers assume des obligations pour un cas de maladie ou un accident dûment annoncés sur la base de dispositions légales ou en raison d'une faute imputable, l'assureur n'est pas tenu à prestations ou tout au plus pour la part non couverte.

6.2 Renoncement aux prestations

Lorsque des assurés renoncent sans l'agrément de la caisse à tout ou partie des prestations vis-à-vis d'un tiers, l'assureur est libéré de toute obligation à prestations selon les présentes CGA. La capitalisation d'un droit aux prestations est également considérée comme renoncement.

6.3 Assurances sociales

Aucune prestation ne sera prise en charge lorsque celle-ci va à la charge d'assurances sociales (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI, etc.). Le droit aux prestations doit être annoncé à l'assurance sociale concernée. Dans le cas où une personne assurée ne

serait pas au bénéfice d'une assurance obligatoire des soins en vigueur selon la LAMal ou d'une assurance mondial base, l'assureur servira les prestations comme si cette couverture avait existé.

6.4 Pluralité d'assureurs

En cas de pluralité d'assureurs tenus à prestations, on détermine le coût que chaque assureur aurait dû assumer s'il avait été seul en cause. Ceci est également valable lorsque l'obligation à prestations des autres assureurs n'existe qu'à titre subsidiaire. L'indemnité à fournir selon les présentes CGA se limite à la partie de la somme d'assurance totale qui correspond à cette couverture.

6.5 Assurances existantes auprès de Sympany Assurances SA

Les autres assurances complémentaires existantes auprès de Sympany Assurances SA priment les prestations de tourist.

6.6 Garde aérienne de sauvetage ou organisations similaires

Lorsque la qualité de membre (donateur) existe auprès de la garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire, les frais ne sont pris en charge que dans la mesure où aucune prestation n'a été servie par ces organisations. Les accords contractuels contraires demeurent réservés.

Table des matières

1	Bases de l'assurance
1.1	Assureur responsable
1.2	Dispositions communes
1.3	Contrat collectif
2	Etendue de la couverture
2.1	Bases du contrat
2.2	Litiges assurés
2.3	Subsidiarité
2.4	Litiges non assurés
3	Personnes assurées
4	Début, durée et fin de l'assurance
4.1	En général
4.2	Résiliation du contrat collectif
5	Champ d'application territorial
6	Champ d'application temporel
7	Prestations assurées
8	Cas de protection juridique
8.1	Annonce d'un cas de protection juridique
8.2	Déroulement d'un cas de protection juridique
8.3	Procédure en cas de divergence d'opinion
9	For compétent

1 Bases de l'assurance

1.1 Assureur responsable

L'assureur responsable de l'assurance de protection juridique en matière de santé protect est Coop Protection Juridique SA, Aarau (ci-après «l'assureur»).

1.2 Dispositions communes

Les dispositions communes de Sympany Assurances SA font partie intégrante des dispositions relatives à la protection juridique des patients. En cas de divergences, les dispositions de l'assurance de protection juridique en matière de santé protect l'emportent sur les dispositions communes de Sympany Assurances SA.

1.3 Contrat collectif

La garantie de protection juridique en matière de santé est accordée sur la base du contrat collectif passé entre Sympany Assurances SA et l'assureur.

2 Etendue de la couverture

2.1 Bases du contrat

Le contenu du contrat s'appuie sur les présentes conditions générales d'assurance (CGA) Sympany protect, la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance (LSA) et l'ordonnance sur la surveillance des entreprises d'assurance privées (OS).

2.2 Litiges assurés

Les litiges assurés en relation avec une atteinte à la santé sont les suivants:

- les litiges relevant de la responsabilité civile (par exemple avec des prestataires médicaux, des détenteurs de véhicules après un accident de la route, etc.);
- les litiges relevant du droit des assurances (par exemple avec l'assurance responsabilité civile, accidents, maladie et invalidité, etc.)

2.3 Subsidiarité

Le droit à la protection juridique n'existe que si et dans la mesure où les prestations ne doivent pas être prises en charge par un autre assureur. Sont exclus de ce principe les litiges avec des prestataires médicaux et leurs assurances responsabilité civile.

2.4 Litiges non assurés

Ne sont pas assurés:

- les cas qui ne sont pas expressément mentionnés;
- les cas où l'événement initial est antérieur à l'entrée en vigueur de la présente assurance;
- les litiges qui opposent l'assureur à Coop Protection Juridique SA ou à ses organes ainsi qu'à des avocats et experts intervenant dans un cas de protection juridique assuré;
 - les cas en rapport avec:
 - des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques;
 - le paiement d'honoraires et de factures (sauf si les prestations n'ont pas été fournies);
 - des factures de primes de Sympany;
 - la défense contre des prétentions en dommages-intérêts.

3 Personnes assurées

Sont assurées toutes les personnes qui ont souscrit une assurance protect auprès de Sympany. Sont en outre assurées les personnes couvertes avec la personne mentionnée ci-dessus dans le cadre d'une police commune.

Si une personne assurée décède des suites d'un événement assuré, ses ayants droit sont également couverts pour ce cas d'assurance.

4 Début, durée et fin de l'assurance

4.1 En général

Le début, la durée et la fin de l'assurance sont régis par les dispositions communes de Sympany Assurances SA.

L'assurance ne peut être conclue et maintenue que conjointement avec l'une au moins des catégories d'assurance suivantes:

- plus et premium, supplément général, supplément privé, hospita, salto, dental.

Lorsqu'une personne qui remplit les conditions de protect cesse d'appartenir à la police commune, son assurance protect est maintenue. Toutefois, la personne assurée peut exercer son droit de résiliation dans les 3 mois à compter de la communication.

4.2 Résiliation du contrat collectif

L'assurance s'éteint en cas de résiliation du contrat collectif passé entre l'assureur et Sympany Assurances SA. La résiliation doit être communiquée à la personne assurée par écrit et au plus tard un mois avant l'extinction de la protection d'assurance.

5 Champ d'application territorial

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

6 Champ d'application temporel

L'élément déterminant pour la validité temporelle de la couverture d'assurance est la date de survenance de l'événement initial. Une protection juridique n'est accordée que si l'événement initial est survenu après la souscription de l'assurance protect. L'événement initial est l'événement générateur du sinistre; dans les cas relevant du droit des assurances, c'est la date de survenance de l'événement ouvrant droit aux prestations qui est déterminante et, dans tous les autres cas, la date de la notification à l'origine du litige.

7 Prestations assurées

L'assureur alloue les prestations suivantes:

- la défense des intérêts juridiques par le service juridique de Coop Protection Juridique;
- le versement de CHF 250 000.– maximum (CHF 50 000.– pour les sinistres survenant hors de l'Europe et des pays riverains de la Méditerranée) par cas d'assurance;
 - les frais et honoraires d'avocats mandatés;
 - les frais et honoraires d'experts mandatés;
 - les frais de justice et autres frais de procédure à la charge de la personne assurée;
- les frais de recouvrement de l'indemnité allouée à la personne assurée;
- les dépens que la personne assurée doit payer à la partie adverse.

Ne sont pas pris en charge:

- les dommages-intérêts;
- les frais incombant à un tiers responsable.

Les dépens et frais de procès alloués à la personne assurée doivent être cédés à l'assureur.

8 Cas de protection juridique

8.1 Annonce d'un cas de protection juridique

La survenance d'un cas de protection juridique doit être annoncée immédiatement à l'assureur ou à la caisse et par écrit s'ils en font la demande. La personne assurée doit soutenir l'assureur dans le suivi du cas de protection juridique, donner les procurations et renseignements nécessaires et transmettre sans retard les communications lui parvenant, en particulier celles émanant des autorités. En cas de violation fautive de ces obligations, l'assureur peut réduire ses prestations dans la mesure où des frais supplémentaires en ont résulté. En cas de violation grave, les prestations peuvent être refusées.

8.2 Déroulement d'un cas de protection juridique

Après avoir entendu la personne assurée, l'assureur prend les mesures nécessaires à la défense de ses intérêts. Si l'intervention d'un avocat s'avère nécessaire, notamment dans les procédures judiciaires ou administratives ou lors de la collision des intérêts, la personne assurée peut choisir librement l'avocat.

Le mandat est attribué exclusivement par l'assureur. En cas d'inobservation de cette disposition, l'assureur peut réduire ses prestations. Si la personne assurée change d'avocat sans raison valable, elle doit assumer les frais qui en résultent.

8.3 Procédure en cas de divergence d'opinion

En cas de divergence d'opinion à propos de la marche à suivre, notamment dans des cas où l'assureur estime que la démarche est dépourvue de chances de succès, une procédure arbitrale peut être engagée à la demande de la personne assurée.

La procédure se fonde par ailleurs sur les dispositions du code de procédure civile relatives à l'arbitrage.

L'arbitre est désigné d'un commun accord entre les deux parties. Ensuite, la procédure se déroule conformément aux dispositions du Concordat sur l'arbitrage. Si une personne assurée engage à ses frais un procès, les prestations contractuelles sont allouées si le résultat obtenu sur le fond est meilleur que celui estimé par l'assureur.

9 For compétent

Le for compétent est soit celui du domicile suisse de la personne assurée, soit celui d'Aarau.

capita accident (capital risque en cas de décès ou d'invalidité suite à un accident)

Table des matières

1	Bases de l'assurance	
1.1	Assureur responsable	
1.2	Dispositions communes	
2	Etendue de la couverture	
3	Conclusion	
3.1	Personne assurée	
3.2	Age d'entrée maximal	
3.3	Condition	
4	Début et durée de l'assurance	
4.1	En général	
4.2	Modifications d'assurance	
5	Fin de l'assurance	
5.1	Principe	
6	Champ d'application territorial	
7	Sommes d'assurance	
7.1	Variantes d'assurance	
7.2	Sommes maximales en cas d'accident d'avion	
7.3	Sommes assurables maximales	
7.3.1	Sommes maximales pour enfants	
7.3.2	Sommes maximales dès l'âge de 65 ans	
7.3.3	Somme assurée en cas d'invalidité en âge AVS	
8	Assurance du capital en cas de décès	
8.1	Personnes bénéficiaires	
8.2	Imputation du capital en cas d'invalidité	
9	Assurance du capital en cas d'invalidité	
9.1	Principe	
9.2	Invalidité totale	
9.3	Invalidité partielle	
9.4	Déformation grave	
9.5	Défauts corporels préexistants	
9.6	Indemnité en cas d'invalidité	
10	Limitations sur le plan des prestations	
10.1	Principe	
10.2	Prestations exclues	
10.3	Réductions des prestations	
10.3.1	Facteurs étrangers à l'accident	
10.3.2	Inobservation des obligations en cas de sinistre	
10.3.3	Autres réductions de prestations	
10.4	Décès provoqué par un ayant droit	
11	Frais de reclassement	
12	Comportement en cas de sinistre	
13	Communications à l'assureur	
14	Droit applicable	

capita accident

1 Bases de l'assurance

1.1 Assureur responsable

L'assureur responsable est Sympany Assurances SA, Bâle (ci-après «l'assureur»).

1.2 Dispositions communes

Les dispositions communes de Sympany Assurances SA font partie intégrante des dispositions relatives au capital risque en cas de décès et d'invalidité. En cas de divergences, les dispositions relatives au capital risque en cas de décès et d'invalidité l'emportent sur les dispositions communes de Sympany Assurances SA.

2 Etendue de la couverture

L'assurance couvre tous les accidents professionnels et non professionnels, y compris les maladies professionnelles, dans la mesure où ils sont indemnisables au moment de leur survenance en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (art. 6-9 LAA).

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire. Sont aussi considérés comme accidents, outre les lésions corporelles mentionnées dans les dispositions communes de Sympany Assurances SA:

- les atteintes à la santé dues à l'inhalation involontaire de gaz et de vapeurs et à l'absorption accidentelle de substances toxiques ou corrosives,
- la noyade,
- les atteintes à la santé suivantes, dans la mesure où la personne assurée les subit involontairement et pour autant qu'elles aient été provoquées par un accident assuré: les gelures, les coups de chaleur, l'insolation ainsi que les atteintes à la santé dues aux rayons ultraviolets, à l'exception des coups de soleil.

3 Conclusion

3.1 Personne assurée

Sont assurées les personnes seules qui se sont annoncées pour la conclusion d'une assurance-accidents selon les présentes CGA.

3.2 Age d'entrée maximal

L'assurance peut être conclue jusqu'à l'âge de 65 ans révolus.

3.3 Condition

L'assurance peut être conclue ou gérée uniquement en combinaison avec l'une des catégories d'assurance suivantes:

- plus, premium, supplément général, supplément privé, hospita, salto

4 Début et durée de l'assurance

4.1 En général

Le début et la durée de l'assurance sont régis par les dispositions communes.

Un accident et ses suites ne sont assurés que lorsque l'accident s'est produit pendant la durée de l'assurance.

4.2 Modifications d'assurance

Une augmentation de la somme d'assurance est possible jusqu'à l'âge de 65 ans révolus.

5 Fin de l'assurance

5.1 Principe

Pour la fin de l'assurance, les dispositions communes de Sympany Assurances SA sont applicables.

6 Champ d'application territorial

L'assurance est valable dans le monde entier. En cas de départ à l'étranger, le maintien de l'assurance est régi par les dispositions de mondial.

7 Sommes d'assurance

7.1 Variantes d'assurance

Les sommes d'assurance figurant sur la police d'assurance font foi.

7.2 Sommes maximales en cas d'accident d'avion

En cas d'accident d'avion, la garantie maximale de l'assureur pour une seule et même personne dans le cadre de l'ensemble de ses assurances-accidents en vigueur est limitée à:

CHF 500 000.- en cas de décès

CHF 1 000 000.- en cas d'invalidité totale
(avec réduction correspondante en cas d'invalidité partielle)

7.3 Sommes assurables maximales

7.3.1 Sommes maximales pour enfants

La somme d'assurance maximale en cas de décès s'élève à:

CHF 2 500.- jusqu'à l'âge de 3 ans révolus

CHF 20 000.- jusqu'à l'âge de 15 ans révolus

La somme versée en cas de décès par cette assurance et d'autres assurances ne peut pas excéder:

CHF 2 500.- chez les enfants n'ayant pas encore atteint l'âge de 2½ ans

CHF 20 000.- pour les enfants n'ayant pas encore atteint l'âge de 12 ans

7.3.2 Sommes maximales dès l'âge de 65 ans

Dès le 1^{er} janvier de l'année civile qui suit le 65^e anniversaire, les sommes d'assurance maximales sont les suivantes:

En cas de décès CHF 20 000.-

En cas d'invalidité CHF 60 000.-

Les assurances plus élevées, en vigueur à ce moment-là, sont réduites en conséquence avec effet à cette date.

7.3.3 Somme assurée en cas d'invalidité en âge AVS

Pour les personnes assurées, la progression dans l'assurance en cas d'invalidité est supprimée au 1^{er} janvier de l'année civile qui suit leur 65^e anniversaire. L'indemnisation en pourcent correspond au degré d'invalidité.

8 Assurance du capital en cas de décès

8.1 Personnes bénéficiaires

Si l'accident entraîne la mort de la personne assurée immédiatement ou manifestement dans les cinq ans qui suivent le jour de l'accident, l'assureur verse le capital assuré en cas de décès

aux survivants nommés ci-après et ayant droit dans l'ordre suivant et les proportions suivantes:

- a) Le capital-décès intégral
- au conjoint survivant,
 - à défaut, aux enfants, enfants adoptés et enfants d'un autre lit, à parts égales,
 - à défaut, respectivement aux parents à parts égales ou au parent survivant,
 - à défaut, aux frères et sœurs, dans la mesure où ceux-ci n'avaient pas encore atteint l'âge de 25 ans au moment de l'accident.

Le droit de toutes les personnes et tous les groupes de personnes énumérés ci-dessus s'éteint par l'existence d'une personne ou d'un groupe cités dans l'ordre précédent.

Le conjoint et les enfants d'un mariage contracté après l'accident n'ont aucun droit aux prestations en cas de décès.

- b) En dérogation à la réglementation précitée, la personne assurée peut désigner des bénéficiaires ou exclure des ayants droit par une communication écrite à la caisse. Une telle déclaration peut être révoquée ou modifiée en tout temps par la personne assurée en faisant parvenir une communication écrite à la caisse.
- c) Si les ayants droit selon litt. a et b font défaut, l'assureur prend en charge les frais d'ensevelissement, mais tout au plus:

10% du capital assuré en cas de décès jusqu'à concurrence de CHF 10 000.-

8.2 Imputation du capital en cas d'invalidité

Un éventuel capital en cas d'invalidité déjà versé pour le même accident est imputé sur le capital en cas de décès.

9 Assurance du capital en cas d'invalidité

9.1 Principe

Si l'accident entraîne une invalidité vraisemblablement permanente d'une personne assurée, l'assureur paie la somme d'assurance convenue pour le degré d'invalidité, à savoir le capital intégral en cas d'invalidité totale et, en cas d'invalidité partielle, une part du capital correspondant au dernier degré d'invalidité. Le degré d'invalidité n'est fixé définitivement que sur la base de l'état de la personne assurée, reconnu vraisemblablement comme permanent, mais au plus tard 5 ans après l'accident. A cette fin, le degré d'invalidité actuel est déterminé. Les modifications du degré d'invalidité intervenant après cette fixation, y compris les rechutes et séquelles, ne donnent plus lieu à une indemnisation.

Une éventuelle incapacité de gain ou de travail survenue à la suite de l'accident n'est pas prise en considération lors de la fixation du degré d'invalidité. Seule la personne assurée a droit au capital en cas d'invalidité.

9.2 Invalidité totale

Est réputée invalidité totale

- la perte ou la privation totale de l'usage des deux bras ou des deux mains,
- la perte ou la privation totale de l'usage des deux jambes ou des deux pieds ou la perte d'un bras ou d'une main et, simultanément, d'une jambe ou d'un pied,
- la paralysie totale,
- la cécité totale.

9.3 Invalidité partielle

En cas d'invalidité partielle, il sera versé la part du capital prévu en cas d'invalidité totale correspondant au degré d'invalidité. Le taux est fixé sur la base des pourcentages ci-après:

Perte ou privation totale de l'usage	Pourcentage
de tout le bras	70%
d'un avant-bras	65%
d'une main	60%
d'un pouce avec partie du métacarpe	25%
d'un pouce sans partie du métacarpe	22%
de la première phalange du pouce	10%
d'un index	15%
d'un médius	10%
d'un annulaire	9%
d'un auriculaire	7%
d'une jambe au-dessus du genou	60%
d'une jambe au genou et au-dessous	50%
d'un pied	45%
d'un gros orteil	8%
des autres orteils, chacun	3%
de la vision d'un œil	30%
de la vision de l'autre œil chez un borgne	50%
de l'ouïe des deux oreilles	60%
de l'ouïe d'une oreille	15%
de l'ouïe d'une oreille, si celle de l'autre était déjà complètement perdue avant l'accident	30%
de l'odorat	10%
du goût	10%
d'un rein	20%
de la rate	5%
atteinte très grave et douloureuse à la fonction de la colonne vertébrale	50%

En cas de perte partielle ou de privation partielle de l'usage, le degré d'invalidité est réduit en proportion.

Pour les cas non indiqués ci-dessus, la détermination du degré d'invalidité s'effectue selon les mêmes directives que la détermination de l'atteinte à l'intégrité selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) et l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA). A cette fin sont utilisés, en particulier, les tableaux d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA publiés par la SUVA.

Lorsque plusieurs parties du corps sont atteintes simultanément par suite du même accident, le degré d'invalidité s'obtient en règle générale par l'addition de leurs pourcentages. Le total ne peut toutefois jamais excéder 100%. En cas de perte de tous les doigts d'une main, il sera versé tout au plus le capital en cas d'invalidité prévu pour la perte de la main correspondante.

9.4 Déformation grave

Pour une déformation grave et durable du corps humain provoquée par un accident (dommages esthétiques, p. ex. cicatrices), pour laquelle aucun capital en cas d'invalidité n'est dû, mais qui produit néanmoins une détérioration de la position sociale de la personne assurée, l'assureur verse sur la somme d'assurance convenue pour l'invalidité, au maximum:

- 10% de la somme d'assurance convenue dans la police d'assurance en cas de défiguration et/ou
- 5% en cas de déformation d'autres parties normalement visibles du corps.

La prestation pour les dommages esthétiques est limitée à CHF 20 000.-, et aucune progression n'est accordée sur le degré d'invalidité déterminé.

9.5 Défauts corporels préexistants

Une aggravation des suites de l'accident en raison de défauts corporels préexistants ne donne pas droit à une indemnisation plus élevée (sauf en cas de perte de l'autre œil ou de l'ouïe de l'autre oreille). Si, avant l'accident, des parties du corps étaient déjà partiellement ou totalement mutilées ou privées de leur usage, le degré d'invalidité préexistant, calculé selon les principes énoncés ci-dessus, est déduit lors de la fixation du degré d'invalidité.

Lorsque des maladies ou infirmités préexistantes, qui n'ont pas été causées par le seul accident, ont aggravé considérablement les suites de l'accident, les prestations d'assurance sont réduites en proportion, et ce dès la fixation du degré d'invalidité, sans attendre la détermination du capital en cas d'invalidité.

9.6 Indemnité en cas d'invalidité

Si le degré d'invalidité dépasse 25%, l'indemnité augmente progressivement jusqu'à 350% de la somme d'assurance souscrite.

Degré d'invalidité en %	Indemnité en % de la somme d'assurance souscrite	Degré d'invalidité en %	Indemnité en % de la somme d'assurance souscrite
1	1	28	34
2	2	29	37
3	3	30	40
4	4	31	43
5	5	32	46
6	6	33	49
7	7	34	52
8	8	35	55
9	9	36	58
10	10	37	61
11	11	38	64
12	12	39	67
13	13	40	70
14	14	41	73
15	15	42	76
16	16	43	79
17	17	44	82
18	18	45	85
19	19	46	88
20	20	47	91
21	21	48	94
22	22	49	97
23	23	50	100
24	24	51	105
25	25	52	110
26	28	53	115
27	31	54	120

Degré d'invalidité en %	Indemnité en % de la somme d'assurance souscrite	Degré d'invalidité en %	Indemnité en % de la somme d'assurance souscrite
55	125	78	240
56	130	79	245
57	135	80	250
58	140	81	255
59	145	82	260
60	150	83	265
61	155	84	270
62	160	85	275
63	165	86	280
64	170	87	285
65	175	88	290
66	180	89	295
67	185	90	300
68	190	91	305
69	195	92	310
70	200	93	315
71	205	94	320
72	210	95	325
73	215	96	330
74	220	97	335
75	225	98	340
76	230	99	345
77	235	100	350

10 Limitations sur le plan des prestations

10.1 Principe

La réglementation relative aux restrictions en matière de prestations selon les dispositions communes de Sympany Assurances SA ne s'applique pas à capita accident (capital risque en cas de décès ou d'invalidité par suite d'accident).

10.2 Prestations exclues

Ne donnent pas droit aux prestations d'assurance les accidents:

- suite de faits de guerre, de guerre civile et/ou d'événements similaires
 - en Suisse, dans la Principauté de Liechtenstein et/ou les pays limitrophes,
 - à l'étranger, à moins que l'accident survienne dans les 14 jours qui suivent le début de tels événements dans le pays où séjourne la personne assurée et qu'elle y ait été surprise par l'éclatement de faits de guerre,
- suite de tremblements de terre en Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein,
- suite de dangers extraordinaires. Sont considérés comme tels:
 - le service militaire à l'étranger,
 - la participation à des actes de guerre, à des actes de terrorisme, à la commission de crimes,
 - les suites de désordres de tout genre, à moins que la personne assurée ne prouve qu'elle n'a pas participé activement aux côtés des auteurs de troubles ou en tant qu'instigatrice,
- suite de la commission intentionnelle de crimes et des délits par la personne assurée, lors de la participation de la personne assurée à ces crimes et délits ou lors de leur

- tentative, et ce même si la personne assurée était seulement prête à assumer un tel délit,
- ensuite de l'effet de rayons ionisants et de dommages causés par l'énergie nucléaire,
 - lorsque la personne assurée présente un taux d'alcoolémie de 2‰ ou plus, à moins qu'il n'existe manifestement aucune relation de cause à effet entre l'état d'ébriété et l'accident,
 - ensuite d'entreprises téméraires (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),
 - ensuite d'un suicide ou d'atteintes à la santé que la personne assurée a portées à son propre corps soit intentionnellement, soit dans un état d'incapacité totale ou partielle de discernement,
 - ensuite de l'absorption ou de l'injection intentionnelle de médicaments, de drogues et de produits chimiques,
 - ensuite d'interventions médicales ou chirurgicales qui n'étaient pas nécessaires du fait d'un accident assuré,
 - lors de l'utilisation d'aéronefs comme pilote militaire, autre membre d'équipage militaire et grenadier-parachutiste,
 - lors de sauts en parachute militaires,
 - lors de voyages aériens si la personne assurée viole intentionnellement les prescriptions des autorités ou n'est pas en possession des licences et autorisations officielles,
 - sont également exclues les participations légales et réglementaires aux coûts de la personne assurée dans l'assurance obligatoire des soins.

10.3 Réductions des prestations

10.3.1 Facteurs étrangers à l'accident

Lorsque des facteurs étrangers influencent le cours d'un accident assuré, l'assureur ne verse qu'une partie des prestations convenues qui est à fixer sur la base d'une appréciation médicale. A cet effet, les facteurs étrangers sont déduits dès la fixation du degré d'invalidité, sans attendre la détermination du capital en cas d'invalidité.

10.3.2 Inobservation des obligations en cas de sinistre

Les prestations peuvent être réduites en cas de violation fautive des obligations par la personne assurée.

10.3.3 Autres réductions de prestations

D'autres réductions de prestations sont régies par les dispositions de la LAA, valables au moment de l'accident ou de l'apparition de la maladie professionnelle (art. 37-39 LAA).

10.4 Décès provoqué par un ayant droit

Si une personne bénéficiaire a provoqué intentionnellement le décès de la personne assurée lors de la commission d'un crime ou d'un délit, elle n'a pas droit aux prestations en espèces. Si une personne bénéficiaire a provoqué le décès de la personne assurée par une négligence grave, les prestations en espèces lui revenant sont réduites; dans des cas particulièrement graves, elles peuvent être refusées.

11 Frais de reclassement

Si un reclassement professionnel consécutif à un accident indemnisé par l'assureur s'avère nécessaire, l'assureur prend en charge les frais adéquats, tout au plus jusqu'à concurrence de 10% de la somme assurée en cas d'invalidité.

12 Comportement en cas de sinistre

Tout accident survenu, qui pourrait déclencher l'obligation de prise en charge par l'assureur, doit être annoncé sans délai à Sympany.

Un cas de décès doit être annoncé sans tarder, mais au plus tard dans les 10 jours.

La personne assurée doit se soumettre aux examens et instructions des médecins que l'assureur pourrait mandater à ses frais.

La personne assurée est tenue de donner sans tarder à l'assureur tous les renseignements demandés sur son état de santé présent ou antérieur, ainsi que sur les circonstances de l'accident et le cours de la guérison. Respectivement la personne assurée ou les ayants droit doivent fonder leurs prétentions sur la base de certificats médicaux établis à leurs frais. L'assureur peut également les demander directement.

La personne assurée est tenue de délier tous les médecins qui, à un moment ou un autre, l'ont soignée suite à un accident ou une maladie, du secret professionnel pour tout renseignement demandé par l'assureur.

Si respectivement les personnes assurées ou les ayants droit ne satisfont pas, de façon coupable, à l'une de ces obligations, l'assureur est en droit de réduire les prestations du montant qui aurait été économisé si l'annonce avait été faite à temps, à moins que respectivement les personnes assurées ou les ayants droit ne fournissent la preuve que le comportement contraire aux dispositions contractuelles n'a eu aucune incidence sur les suites de l'accident et leur constatation.

13 Communications à l'assureur

Toute communication et tout avis doivent être adressés à Sympany. L'assureur reconnaît ces communications et avis comme faits à lui-même. Toutes les communications émanant de l'assureur sont envoyées, de manière juridiquement valable, à la dernière adresse en Suisse indiquée par la personne assurée ou par l'ayant droit.

14 Droit applicable

Pour la présente assurance sont applicables au surplus les prescriptions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA).

En cas de doute ou de litige, seule la version allemande fait foi.

