
Assurance maladie et accidents pour les particuliers

Conditions générales d'assurance (CGA)

Edition de septembre 1994 (version 2013)

Organisme d'assurance: Sanitas Assurances privées SA

sanitas

Table des matières

A Conditions communes	3
B Assurance des frais de soins	6
C Assurance d'indemnité d'hospitalisation et de cure	8
D Assurance en cas de perte de gain	8
E Assurance invalidité en cas d'accident	9
F Assurance décès en cas d'accident	11

A Conditions communes

A1 Quelles assurances le contrat comprend-il?

- 1 Le contrat peut comprendre les assurances suivantes:
 - Frais de soins
 - Indemnité hospitalière et de cure
 - Rente pour perte de gain
 - Capital invalidité en cas d'accident
 - Capital décès en cas d'accident
- 2 Les assurances que l'assuré a conclues en tant que preneur d'assurance figurent sur la police.
- 3 Les questions concernant toutes les assurances sont réglées dans ces conditions communes (A); les détails sur les diverses prestations se trouvent dans les conditions correspondantes, lettres B à F.

A2 Qui est assuré?

Sont assurées les personnes dont le nom figure sur la police.

A3 De quelle date à quelle date les assurances sont-elles valables?

- 1 L'assurance entre en vigueur dès qu'une proposition signée parvient à un Service Center de Sanitas, mais au plus tôt à la date convenue sur la proposition.
- 2 La protection d'assurance est d'abord provisoire et comprend les prestations convenues dans la proposition pour les assurances suivantes. Les montants par personne sont cependant limités comme suit:
 - Frais de soins: conformément à la proposition
 - Indemnité hospitalière et de cure: conformément à la proposition
 - Perte de gain ou invalidité: CHF 300 000.– au total
 - Décès: CHF 300 000.–

Il n'existe aucune protection d'assurance provisoire pour:

- Les traitements médicaux suite à une maladie ou à un accident encore en cours lorsque la proposition est parvenue chez Sanitas.
- Les maladies dont l'assuré souffrait déjà avant la conclusion de l'assurance.
- Les séquelles d'accidents survenus avant la réception de la proposition.
- Au demeurant, les conditions s'appliquent à chaque assurance.

La protection d'assurance provisoire s'éteint trois jours après la réception de la communication stipulant que Sanitas doit refuser la proposition, mais au plus tard après trois mois.

La protection d'assurance provisoire devient définitive dès que Sanitas a remis la police à l'assuré, au plus tôt le jour y figurant.

- 3 Le contrat se prolonge tacitement d'une année à la date d'échéance et après chaque année d'assurance suivante.
- 4 L'assurance s'éteint:
 - au décès de l'assuré concerné;
 - lorsque l'assuré atteint l'âge convenu jusqu'auquel Sanitas accorde la protection d'assurance. La date figure sur la police;
 - lors de la résiliation selon A 7;
 - en cas de transfert du domicile à l'étranger selon A 4.1.

A4 Où les assurances sont-elles valables?

- 1 Les assurances sont valables dans le monde entier. Si l'assuré résilie son domicile de droit civil en Suisse, les assurances expirent après six mois.
- 2 Chaque transfert de domicile doit être communiqué par écrit à Sanitas.
- 3 La principauté du Liechtenstein est mise sur pied d'égalité avec la Suisse.

A5 Procédure pour le paiement des primes

- 1 La prime pour la police est due le jour indiqué sur la facture de primes.
- 2 En cas de paiement échelonné, les mensualités non payées d'une prime annuelle restent dues, mais le point A 8 reste toutefois réservé.

A6 Que se passe-t-il si les primes ou les réglementations relatives à la quote-part ont changé?

- 1 Si les primes ou les réglementations tarifaires relatives à la quote-part changent, Sanitas peut adapter le contrat en conséquence. Les nouvelles primes pour l'assurance maladie sont calculées sur la base de la procédure de planification convenue par la FINMA.
- 2 Sanitas communique à l'assuré par écrit toute modification des primes ou des réglementations relatives à la quote-part. S'il n'est pas d'accord avec lesdites réglementations, il peut résilier les assurances concernées ou le contrat entier à la date de la modification. Si Sanitas ne reçoit pas de résiliation de sa part dans les 30 jours, cela signifie qu'il accepte les nouvelles réglementations d'assurance.

Sanitas adapte les primes de l'assuré au tarif pour adultes au 1^{er} janvier suivant l'année où il atteint l'âge de 20 ans. De plus, elle adapte les primes pour le capital invalidité cumulé au tarif de la classe d'âge supérieure au 1^{er} janvier suivant l'année où l'assuré atteint l'âge de 15 ans, puis l'âge de 25 ans.

Une fois l'âge de 20 ans atteint, les enfants sortent de la police familiale. Aussi longtemps que les enfants sont célibataires et vivent en ménage commun avec leurs parents,

ils peuvent rester dans la police familiale jusqu'à l'âge de 25 ans.

- 4 En principe, Sanitas détermine la prime en fonction du domicile de droit civil et en tenant compte de l'activité professionnelle de l'assuré. Si l'assuré change de domicile ou d'activité professionnelle, il doit en informer Sanitas par écrit dans les plus brefs délais. Elle peut adapter les primes en conséquence dès le moment du changement.

A7 Quelle est la procédure en cas de suppression ou de modification des assurances?

- 1 Le preneur d'assurance peut résilier les assurances de chaque assuré en respectant un préavis de trois mois, à la date d'échéance et à la fin de chaque année d'assurance suivante. Les assurances concernées prennent fin à cette date. Si l'assuré tombe malade, les prestations prennent fin après 90 jours. S'il souffre des séquelles d'un accident qui a eu lieu pendant la période d'assurance, Sanitas continue d'allouer des prestations dans le cadre de ces conditions.
- 2 Si la suppression partielle ou la modification de la police entraîne une correction des rabais ou une modification des primes, Sanitas peut adapter la prime restante en conséquence.
- 3 Sanitas renonce à résilier les assurances en cas de maladie ou d'accident, excepté en cas de réticence, d'abus de l'assurance ou de tentative d'abus.

A8 Quand l'assuré a-t-il droit à un remboursement des primes?

- 1 Si l'assuré a payé la prime en avance pour une durée d'assurance déterminée et que le contrat est annulé avant la fin de cette durée pour des raisons légales ou contractuelles, Sanitas lui rembourse la prime pour la durée du contrat non écoulée.
- 2 Toutefois, si son contrat a duré moins d'un an et qu'il en a demandé l'annulation, il doit payer la totalité de la prime pour l'année d'assurance courante.

A9 Médecin, chiropraticien: obligation de garder le secret

- 1 Est considérée comme médecin toute personne autorisée par le canton à exercer, titulaire d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme étranger correspondant et titulaire d'un certificat de capacité de même valeur l'autorisant à exercer à l'étranger.
- 2 Est considérée comme chiropraticien toute personne autorisée à exercer et titulaire d'un certificat établi par le canton et reconnu au niveau fédéral.
- 3 L'assuré doit délier les médecins et les chiropraticiens qui le traitent ou l'ont traité de leur obligation à garder le secret médical à l'égard de Sanitas.

A10 Que faire lorsque l'assuré fait valoir son droit à des prestations?

- 1 Marche à suivre si une maladie ou un accident engendre à priori des prestations:
 - Il faut se soumettre à un traitement médical approprié aussi rapidement que possible. Chaque assuré est tenu de se soumettre à un examen effectué par un des médecins mandatés par Sanitas. Il faut se tenir aux prescriptions des médecins.
 - Le preneur d'assurance ou l'ayant droit doit immédiatement informer Sanitas. En cas de décès, Sanitas doit être informée dans un délai lui permettant d'ordonner une autopsie à ses frais avant les obsèques si le décès pourrait avoir d'autres causes qu'un accident. Les ayants droit survivants doivent autoriser l'autopsie.
- 2 Si les obligations d'aviser ou d'autres obligations commandées par les circonstances sont violées de manière fautive et que l'étendue ou la constatation des suites de la maladie ou de l'accident sont ainsi influencées négativement, Sanitas peut réduire ou refuser d'allouer ses prestations, à moins que le preneur d'assurance ou l'ayant droit ne prouve que la violation des obligations contractuelles n'a aucun effet sur les suites et la constatation de la maladie ou de l'accident.
- 3 Garantie de paiement
Sur demande de l'assuré avant son entrée à l'hôpital, Sanitas lui accorde une garantie de paiement dans le cadre des prestations assurées.

A11 Quelles prestations sont exclues des assurances?

Sont exclus des assurances:

- 1 Les maladies et les accidents résultant de faits de guerre. Si l'assuré est surpris par une guerre en dehors du territoire suisse, la protection d'assurance n'expire que 14 jours après la première manifestation de ces faits.

Si l'assuré est victime d'un détournement d'avion, Sanitas paie les prestations entières, même si l'avion est détourné dans un pays impliqué dans des faits de guerre.

Sanitas n'alloue aucune prestation si l'assuré est victime d'un détournement d'avion qui a lieu plus de 48 heures après le déclenchement d'une guerre

- à laquelle participent la Suisse ou un de ses pays voisins;
- à laquelle participent la Grande-Bretagne, les pays de l'ancienne Union soviétique dans ses frontières définies au 31 décembre 1989, les Etats-Unis ou la République populaire de Chine, sauf si seuls certains pays sont en conflit entre eux ou si l'un de ceux-ci est impliqué dans une guerre avec un Etat européen.

- 2 Les maladies dues à l'abus de médicaments, de drogues ou d'alcool.
- 3 Les accidents
 - survenus avant l'acceptation de la proposition, et leurs séquelles;

- en relation avec l'accomplissement d'un service militaire dans une armée étrangère;
- survenus lors de troubles de tout genre, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas participé à ces troubles du côté des perturbateurs ou qu'il ne les a pas fomentés;
- survenus lorsqu'un crime ou un délit est commis ou lors d'une tentative de commettre un crime ou un délit intentionnellement;
- survenus lors de la participation à des courses de véhicules et de bateaux à moteur ainsi qu'à des courses d'entraînement sur circuit.

A12 Que considère-t-on comme une maladie ou un accident?

- 1 Sont réputés maladie tous les troubles de la santé dont l'assuré souffre involontairement et qui ne sont liés ni à un accident ni à une conséquence d'accident.
- 2 La maternité et l'accouchement sont assimilés à la maladie dans la mesure où la police d'assurance de la mère existe depuis 270 jours au moins au moment de l'accouchement et assure les maladies.
- 3 Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire par une cause extérieure extraordinaire sur le corps humain.
- 4 Les lésions corporelles suivantes, même si elles ne sont pas dues à un facteur extérieur extraordinaire, sont assimilées aux accidents:
 - 41 Les fractures, pour autant qu'elles ne soient pas clairement dues à une maladie
 - 42 Les luxations d'articulations
 - 43 Les déchirures du ménisque
 - 44 Les déchirures musculaires
 - 45 Les élongations musculaires
 - 46 Les déchirures de tendons
 - 47 Les lésions ligamentaires
 - 48 Les lésions du tympan
- 5 Sont également considérés comme des accidents:
 - 51 L'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et la prise accidentelle de substances toxiques ou corrosives
 - 52 Les gelures, coups de chaleur, insolations et atteintes à la santé par le biais de rayons ultraviolets, coups de soleil exceptés
 - 53 La noyade
- 6 Si l'accident n'est que partiellement la cause de l'incapacité de gain, de l'invalidité ou du décès, Sanitas paie simplement une partie des prestations estimées sur la base d'une expertise médicale.
- 7 Le suicide, l'automutilation et la tentative de commettre ces actes sont uniquement considérés comme des accidents si l'assuré était totalement incapable, et sans faute de sa

part, d'agir raisonnablement au moment de son acte ou si l'acte en question était la conséquence évidente d'un accident assuré. Si ces actes sont commis avec une capacité de discernement restreinte, ils sont considérés comme une maladie.

- 8 Sanitas renonce à son droit légal de réduire les prestations lorsque la maladie ou l'accident a été provoqué par une négligence grave.

A13 Assurances pour les nouveau-nés

Il est possible d'assurer un nouveau-né au jour de sa naissance pour les frais de soins sans tenir compte de son état de santé, dans la mesure où l'assurance est conclue avant sa naissance ou dans les 30 jours suivant sa naissance.

Particularité de l'assurance pour frais de soins ainsi que de l'assurance d'indemnité d'hospitalisation et de cure: l'admission de l'enfant sans réserve pour les assurances contre la maladie n'est possible que:

- lorsqu'une même assurance existe depuis un an déjà chez Sanitas pour l'un des parents;
- jusqu'à hauteur des prestations assurées par le biais des parents.

A14 A qui faut-il adresser les communications?

L'assuré peut adresser toutes les communications au Service Center chargé de la gestion de sa police.

A15 Quel droit est valable en plus de ces conditions?

Quels tribunaux peuvent être appelés en cas de litiges?

- La loi fédérale sur le contrat d'assurance s'applique en complément aux conditions d'assurance.
- L'assuré peut déposer plainte contre Sanitas, soit auprès des tribunaux compétents de son domicile suisse, soit à Zurich.

B Assurance pour frais de soins

B1 Quelles sont les prestations?

- 1 L'assuré peut assurer les prestations suivantes:
 - les frais de soins en cas de séjour hospitalier en division demi-privée ou privée ou en cas de séjour de cure;
 - les frais de soins en cas de séjour hospitalier en division demi-privée ou privée ou en cas de séjour de cure ainsi qu'en cas de traitement ambulatoire en raison de maladies et d'accidents. Les maladies et les accidents peuvent également être assurés séparément.
- 2 Il peut assurer ces prestations dans leur totalité chez Sanitas ou en complément aux prestations d'un assureur maladie reconnu ou de l'assurance accidents obligatoire.

B2 Quelles sont les prestations allouées pour les séjours hospitaliers et de cure?

- 1 Sanitas prend en charge les coûts dus pour un séjour hospitalier ou de cure selon les taux usuels locaux ou les tarifs fixés par l'autorité compétente, pour autant qu'au moins une taxe journalière soit facturée, pour toutes les mesures, tous les services et acquisitions, y compris les frais de logement, de nourriture et de soins, prescrits par un médecin, reconnus scientifiquement et médicalement nécessaires.
- 2 Est considéré comme hôpital tout établissement dirigé ou surveillé par un médecin, y compris les cliniques psychiatriques. La police de l'assuré indique si Sanitas prend en charge les coûts pour la division privée ou demi-privée.
- 3 Sont considérés comme des cures les traitements stationnaires dans des établissements spécialisés dirigés et surveillés par des médecins pour des cures balnéaires, de convalescence, de régime et de réhabilitation.

Sanitas paie les coûts si la prescription médicale lui est parvenue trois semaines avant le début de la cure et qu'elle a donné son accord.

- 4 Si le recours au personnel soignant diplômé mis à disposition par une institution permet de réduire ou d'éviter un séjour hospitalier ou de cure (aide et soins à domicile), Sanitas prend en charge les coûts correspondants pendant au maximum 360 jours par maladie ou par accident.

B3 Quelles sont les prestations allouées pour les traitements ambulatoires?

Sanitas prend en charge les coûts pour les traitements ambulatoires selon les taux usuels locaux ou les tarifs fixés par l'autorité compétente pour les patients privés, pour autant que lesdits traitements soient effectués ou prescrits par un médecin ou un chiropraticien, reconnus scientifiquement et médicalement nécessaires.

B4 Quelles sont les prestations supplémentaires?

- 1 En cas de maladie assurée, Sanitas prend en charge les coûts nécessaires suivants, ceci indépendamment des séjours hospitaliers et de cure, pour:
 - 11 les interventions chirurgicales dentaires suite à une maladie;
 - 12 les transports médicalement nécessaires en rapport avec les mesures thérapeutiques, avec des moyens de transport appropriés;
 - 13 la location ou le premier achat d'appareils médicaux (tels que des béquilles, des aides à la marche) et la première prothèse (sans les prothèses dentaires), si ces appareils sont prescrits médicalement;
 - 14 les actions de recherche en vue du sauvetage ou du dégagement de l'assuré jusqu'à CHF 20 000.-;
 - 15 les actions de recherche en faveur de l'assuré;
 - 16 les actions de dégagement et rapatriement du corps.
- 2 Dans le cas d'un accident assuré, Sanitas prend en charge les frais selon B 4.12-16, indépendamment d'un séjour hospitalier et de cure, ainsi que:
 - 21 les mesures thérapeutiques dues à l'accident et prescrites ou effectuées par un dentiste breveté. Si un traitement définitif ne peut pas être effectué, Sanitas prend également en charge les coûts escomptés pour des traitements intermédiaires ainsi que pour la remise en état définitive des dents endommagées;
 - 22 la location ou la première acquisition de lunettes, de lentilles de contact, d'appareils auditifs et de moyens auxiliaires orthopédiques si ces appareils sont prescrits médicalement; les coûts de réparation ou de remplacement (valeur à neuf) de ces objets et de ceux mentionnés sous B 4.13 s'ils ont été endommagés ou détruits lors d'un accident qui engendre des mesures thérapeutiques;
 - 23 tous les services prescrits par un médecin et fournis par du personnel soignant diplômé ou mis à disposition par une institution pendant au maximum 360 jours par accident.

Sanitas décompte les prestations allouées selon B 2.4.

B5 Quelles sont les prestations supplémentaires pour les traitements ambulatoires lorsque seuls les séjours hospitaliers et de cure sont couverts?

- 1 En complément aux prestations d'un assureur maladie ou à l'assurance accidents obligatoire, Sanitas prend en charge les coûts pour les premiers traitements ambulatoires hors du canton de domicile ou à l'étranger, pour autant que ces mesures soient prises en cas d'urgence ou prescrites par un médecin et qu'elles soient scientifiquement reconnues et médicalement nécessaires.
- 2 Si une intervention chirurgicale est effectuée en ambulatoire, Sanitas prend ces coûts en charge ainsi que le suivi postopératoire ayant eu lieu le même jour par le médecin traitant, pour autant qu'un séjour hospitalier généralement nécessaire puisse être évité grâce à cette intervention. Sanitas paie toutefois au maximum les coûts occasionnés pour

la même intervention pendant un séjour hospitalier dans la division assurée. S'il existe une protection d'assurance selon la LAA pour le traitement médical, Sanitas n'alloue aucune prestation.

B6 Quelles sont les prestations maximales?

- 1 Sanitas alloue des prestations de la manière suivante:
 - par maladie et dès le début du traitement médical;
 - par accident, dès la date de l'accident; prestations illimitées pendant 10 ans et ensuite jusqu'au montant figurant sur la police de l'assuré.
- 2 Une maladie liée à une maladie antérieure est considérée comme une nouvelle maladie uniquement si l'assuré n'était plus en traitement médical pour cette maladie pendant un an.
- 3 Lorsqu'un assuré en division demi-privée est hospitalisé en division privée, Sanitas ne prend en charge que les coûts correspondants à la division demi-privée. Si le traitement doit toutefois avoir lieu en division privée pour des raisons médicales, Sanitas prend ces coûts en charge.
- 4 Pour les cures dues à une maladie, les prestations sont limitées à 120 jours en l'espace de 5 ans, indépendamment du nombre de maladies; pour les séjours de convalescence, elles sont limitées à 30 jours en l'espace de 2 ans.

B7 Quelles limitations existent?

- 1 Sanitas ne paie pas les séjours dans les EMS.
- 2 Si l'assuré séjourne dans un établissement hospitalier pour patients à long terme (par exemple dans un EMS, dans un service de soins d'un hospice, dans un service de gériatrie ou de soins d'un hôpital), Sanitas paie seulement les coûts du traitement médical, mais ni le gîte ni le couvert.
- 3 Compte tenu de la quote-part convenue pour la psychothérapie, Sanitas paie, selon B8, les premiers CHF 5000.- par maladie; le reste des coûts est pris en compte pour moitié dans le calcul des prestations.
- 4 Sanitas paie les frais occasionnés à l'étranger selon les taux locaux usuels lorsque l'assuré tombe malade ou est victime d'un accident.
- 5 Sanitas n'alloue aucune prestation pour les défauts physiques existants au début de l'assurance (par exemple myopie, strabisme, pieds plats, défauts cosmétiques).
- 6 Sanitas ne prend pas en charge les frais de soins payés par un tiers responsable ou allant à la charge d'une assurance prescrite par la loi. Si Sanitas alloue des prestations à la place d'un tiers responsable, l'assuré doit lui céder ses droits dans l'étendue des prestations.

B8 Quelle quote-part l'assuré doit-il prendre en charge?

- 1 La police de l'assuré indique s'il doit prendre en charge une quote-part.
 - 11 Quote-part en cas de séjours hospitaliers ou de cure selon B 2 et B 5.2Seulement pour les assurances complètes: la quote-part convenue doit être prise en charge pour chaque maladie ou accident.
 - 12 Quote-part en cas de traitements ambulatoires selon le chiffre B 3
 - Pour les assurances additionnelles: quote-part en pour cent.
 - Pour les assurances globales: quote-part en pour cent, toutefois au minimum le montant convenu (quote-part minimale). Pour le calcul de la quote-part minimale, Sanitas tient compte de tous les cas de maladie dont les traitements médicaux ont débuté au cours d'une même année civile ou tous les accidents survenus au cours d'une même année civile.

Pour les prestations complémentaires selon B 4 et B 5.1, Sanitas ne prélève pas de quote-part.

B9 Quelles prestations Sanitas alloue-t-elle si l'assuré a conclu une assurance pour frais de soins en complément aux prestations d'un assureur maladie reconnu ou de l'assurance accidents obligatoire?

- 1 Si des prestations de l'assurance pour frais de soins sont assurées en complément aux prestations d'une assurance maladie reconnue ou à une assurance accidents obligatoire, Sanitas prend en charge les coûts, dans le cadre des prestations assurées et des conditions B, qui ne doivent pas être assumés par l'assureur maladie, conformément à ses statuts et règlements, ni par l'assureur accidents obligatoire, conformément à la loi.
- 2 Sanitas ne prend pas en charge les quotes-parts, franchises et taxes exigées par l'assureur maladie ou l'assureur obligatoire LAA. Elle ne prend pas non plus en charge la part des rentes d'assurances sociales devant être utilisées pour payer les coûts d'un séjour hospitalier; toutefois, elle paie la déduction des coûts pour les repas demandés par l'assurance accidents obligatoire.
- 3 Sanitas paie intégralement les prestations selon B 4 et B 5.1, pour autant que l'assureur maladie ne doive pas les prendre en charge conformément à ses statuts et règlements.
- 4 Si, pendant la maladie ou au moment de l'accident, aucune assurance n'existe auprès d'un assureur maladie reconnu ou auprès de l'assurance accidents obligatoire, Sanitas prend en charge, dans le cadre des prestations assurées et des conditions B, la moitié des coûts facturés; il en va de même si les accidents sont exclus par l'assureur maladie.

C Assurance d'indemnité d'hospitalisation et de cure

C1 Quelles sont les prestations?

- 1 L'assuré peut inclure les prestations suivantes, de manière individuelle ou ensemble:
 - Indemnité hospitalière et de cure
 - Indemnité hospitalièreen raison de maladies et d'accidents. Les maladies et les accidents peuvent également être assurés séparément.
- 2 Sanitas prend en charge l'indemnité hospitalière ou de cure figurant sur la police pour chaque jour passé à l'hôpital ou en établissement de cure et prescrit par un médecin. Si la personne responsable du ménage est assurée, si elle ou un enfant de moins de 10 ans séjourne à l'hôpital et si d'autres personnes ayant besoin d'assistance vivent dans le même ménage (à l'exception du conjoint et des enfants de 15 ans et plus), Sanitas prend en charge le double de l'indemnité hospitalière assurée pendant au maximum 30 jours par maladie ou accident.
- 3 Les séjours hospitaliers et de cure sont réglés dans B 2.2 et B 2.3.
- 4 Si le recours au personnel soignant diplômé mis à disposition par une institution permet de réduire ou d'éviter un séjour hospitalier ou de cure (aide et soins à domicile), Sanitas prend en charge l'indemnité figurant sur la police pendant au maximum 360 jours par maladie ou par accident.
- 5 Si le recours à une aide ménagère est prescrit par un médecin et permet de réduire ou d'éviter un séjour hospitalier ou de cure, Sanitas prend en charge l'indemnité figurant sur la police pendant au maximum 30 jours par maladie ou par accident. Les personnes s'occupant du ménage de l'assuré contre une rémunération sont considérées comme des aides ménagères.

C2 Quelle est la durée des prestations?

- 1 Sanitas paie les prestations assurées pour une durée illimitée.
- 2 Pour les cures dues à une maladie, les prestations sont limitées à 120 jours en l'espace de 5 ans, indépendamment du nombre de maladies; pour les séjours de convalescence, elles sont limitées à 30 jours en l'espace de 2 ans.

C3 Quelles limitations existent?

- 1 Les séjours dans les EMS ne donnent pas droit à des prestations.
- 2 Sanitas ne prend en charge aucune prestation si l'assuré séjourne dans un établissement hospitalier pour patients à long terme, par exemple dans un EMS, dans le service de soin d'une maison de retraite, dans un service de gériatrie ou de soins d'un hôpital.
- 3 Sanitas ne prend en charge les séjours hospitaliers ou de cure à l'étranger que si l'assuré tombe malade ou est victime d'un accident.

D Assurance en cas de perte de gain

D1 Quelles sont les prestations?

- L'assuré peut inclure les prestations suivantes individuellement ou ensemble:
- Rente en cas de perte de gain avec durée des prestations limitée en jours en cas de maladie ou d'accident; les maladies et les accidents peuvent aussi être assurés individuellement.
 - Rente en cas de perte de gain avec durée de prestations jusqu'à la date convenue en cas d'accident.

Si l'assuré se trouve en incapacité de gain, Sanitas verse la rente figurant sur la police.

D2 Rentes en cas de perte de gain avec durée de prestations limitée en jours

- 1 Lorsque la durée de prestations figure sur la police en nombre de jours, Sanitas paie la rente par maladie ou accident durant le nombre de jours indiqués et au maximum jusqu'à la date convenue. Le délai d'attente figurant sur la police de l'assuré est déduit de la durée des prestations.
- 2 Les jours d'incapacité de gain partielle d'au moins 25% comptent comme jours entiers dans le calcul de la durée des prestations.

D3 Rentes en cas de perte de gain avec durée des prestations jusqu'à la date convenue

Lorsque la durée des prestations ne figure pas sur la police de l'assuré en nombre de jours, Sanitas paie la rente après expiration du délai d'attente et au maximum jusqu'à la date mentionnée.

D4 Quand une rente est-elle payée?

Lorsqu'un assuré se trouve en incapacité de gain d'au moins 25%, Sanitas paie la rente proportionnellement au taux de ladite incapacité; si elle se monte à 66% ou plus, Sanitas paie la rente entière. Elle ne paie aucune rente pour une incapacité de gain inférieure à 25%.

D5 Qu'est-ce qu'un délai d'attente?

- 1 Le délai d'attente débute le premier jour de l'incapacité de gain certifiée par un médecin, mais au plus tôt sept jours avant le premier traitement médical.
- 2 Les jours d'incapacité de gain partielle d'au moins 25% comptent comme jours entiers dans le calcul du délai d'attente.

D6 Qu'est-ce qui constitue une rechute?

En ce qui concerne la durée des prestations, la réapparition d'une maladie (rechute) est considérée comme une nouvelle maladie si l'assuré n'a pas été en incapacité de gain pendant 12 mois pour cette raison.

D7 Qu'est-ce que Sanitas définit comme incapacité de gain?

- 1 Il y a incapacité de gain lorsque l'assuré, à la suite d'une maladie ou d'un accident, est totalement ou partiellement incapable d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative acceptable. Une autre activité est uniquement acceptable si elle est adaptée aux connaissances, capacités et mode de vie actuels de l'assuré.
- 2 Pour les personnes exerçant une activité lucrative, le degré de l'incapacité de gain est déterminé en fonction de la perte de gain subie par l'assuré. Pour ce faire, le revenu touché avant le début de l'incapacité de gain est comparé à celui que l'assuré obtient au début de l'incapacité de gain pour une activité lucrative raisonnable et la différence, exprimée en pour cent, donne le degré de l'incapacité de gain.
- 3 Pour les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative et les enfants, l'étendue des limitations dans le domaine d'activité de l'assuré comparée au moment du début de l'incapacité de gain est déterminante.

D8 Comment la rente assurée est-elle payée? Que faut-il faire lorsque l'étendue de l'incapacité de gain change?

- 1 Si l'assuré se trouve en incapacité de gain, Sanitas verse 1/360 par jour ou 1/12 par mois de la rente figurant sur la police. En cas d'incapacité de gain probablement permanente, le versement de la rente est effectué chaque trimestre en avance.
- 2 Les modifications du degré d'incapacité de gain doivent être communiquées de suite à Sanitas afin que la rente puisse être adaptée. Les éventuelles rentes touchées en trop doivent être restituées à Sanitas. En cas de décès, elle ne demandera pas le remboursement des rentes versées pour le trimestre en cours.

D9 Quelles limitations existent?

- 1 Si l'incapacité de gain n'est pas permanente, Sanitas n'alloue des prestations pendant les séjours de cure suite à une maladie (selon B 2.3) que pendant 30 jours en l'espace de deux ans et seulement si ces séjours ont été prescrits par un médecin et qu'ils ont lieu après une incapacité totale de 30 jours.
- 2 En cas de grossesse et d'accouchement sans complications, Sanitas paie les prestations en cas d'incapacité de gain pendant au maximum 70 jours; si des troubles de la grossesse et des complications à la naissance ont lieu, les principes sous D1 à D8 s'appliquent.

E Assurance invalidité en cas d'accident

E1 Quelles sont les prestations?

L'assuré peut inclure les prestations suivantes:

- Un capital invalidité normal
- Un capital invalidité cumulatif

Si un accident entraîne l'invalidité permanente de l'assuré, Sanitas verse le capital figurant sur la police selon le degré d'invalidité.

E2 Comment l'étendue de l'invalidité est-elle déterminée?

Sanitas verse une indemnité selon l'étendue de l'invalidité:

- 1 Un capital invalidité normal
 - 11 La totalité du capital figurant sur la police en cas d'invalidité complète
 - 12 Le pourcentage figurant sur la police en cas d'invalidité partielle:
 - lorsque la perte de l'organe ou du membre ou la privation de son usage est complète.
 - Un bras au niveau de l'articulation du coude ou au-dessus de l'articulation du coude: 70%
 - Un avant-bras ou une main: 60%
 - Un pouce: 20%
 - Un index: 10%
 - n autre doigt: 5%
 - Une jambe au niveau de l'articulation du genou ou au-dessus de l'articulation du genou: 60%
 - ne jambe au-dessous du genou: 50%
 - Un pied: 40%
 - Vue des deux yeux: 100%
 - Vue d'un œil: 30%
 - Faculté visuelle d'un œil, si celle de l'autre œil était déjà entièrement perdue au moment de l'accident: 70%
 - Ouïe des deux oreilles: 60%
 - Ouïe d'une oreille: 15%
 - Ouïe d'une oreille, si celle de l'autre oreille était déjà entièrement perdue au moment de l'accident: 45%
 - Sens du goût: 10%
 - Odorat: 10%
 - Rate: 10%
 - Un rein: 20%
 - Lorsque la perte de l'organe ou du membre ou la privation de son usage n'est que partielle:
 - un pourcentage proportionnellement inférieur.
- 2 Capital invalidité cumulatif:
 - 21 en cas d'invalidité complète, le montant figurant sur la police multiplié par 3,5;
 - 22 en cas d'invalidité partielle, il faut d'abord déterminer le pourcentage selon E 2.1.12. Ensuite, il s'agit de déterminer l'indemnité en pour cent du capital à l'aide du tableau suivant.

Degré d'invalidité %	Capital %	Degré d'invalidité %	Capital %	Degré d'invalidité %	Capital %	Degré d'invalidité %	Capital %
1	1	26	28	51	105	76	230
2	2	27	31	52	110	77	235
3	3	28	34	53	115	78	240
4	4	29	37	54	120	79	245
5	5	30	40	55	125	80	250
6	6	31	43	56	130	81	255
7	7	32	46	57	135	82	260
8	8	33	49	58	140	83	265
9	9	34	52	59	145	84	270
10	10	35	55	60	150	85	275
11	11	36	58	61	155	86	280
12	12	37	61	62	160	87	285
13	13	38	64	63	165	88	290
14	14	39	67	64	170	89	295
15	15	40	70	65	175	90	300
16	16	41	73	66	180	91	305
17	17	42	76	67	185	92	310
18	18	43	79	68	190	93	315
19	19	44	82	69	195	94	320
20	20	45	85	70	200	95	325
21	21	46	88	71	205	96	330
22	22	47	91	72	210	97	335
23	23	48	94	73	215	98	340
24	24	49	97	74	220	99	345
25	25	50	100	75	225	100	350

- 3 Lorsque plusieurs parties du corps sont atteintes suite à un accident, les taux sont additionnés. Toutefois, le degré d'invalidité ne peut jamais excéder 100%.
- 4 Si l'assuré était invalide avant l'accident, Sanitas paie la différence entre le capital qui résulterait du degré d'invalidité préexistant et le capital calculé sur la base du degré d'invalidité total.
- 5 Si le degré d'invalidité ne peut pas être déterminé selon les principes énoncés au paragraphe E 2.1.12, il est déterminé en fonction de la diminution permanente des fonctions corporelles ou psychiques et de sa répercussion sur les activités extra-professionnelles uniquement; toutefois, chez les enfants n'ayant pas encore atteint l'âge de 20 ans, les conséquences présumées sur leur capacité de gain future sont prises en considération.
- 6 Si l'assuré a déjà atteint l'âge de 65 ans au moment de l'accident, Sanitas verse une rente à vie au lieu du capital. Pour chaque tranche de CHF 1000.- du capital invalidité, elle s'élève annuellement à CHF 93.-. Le montant est calculé en fonction du degré d'invalidité.

F Assurance décès en cas d'accident

F1 Quelles sont les prestations?

Si l'assuré décède suite à l'accident, Sanitas verse le capital figurant sur la police.

F2 Qui touche les prestations?

- 1 Sanitas verse le capital à la personne que le preneur d'assurance a nommée par écrit.
- 2 Si personne n'a été désigné, les bénéficiaires de l'assuré sont les personnes suivantes:
 - le conjoint/la conjointe
 - à défaut, les enfants
 - à défaut, les parents
 - à défaut, les frères et sœurs ou leurs descendants.
- 3 Si aucune des personnes susmentionnées ne figure parmi les survivants, seuls les frais funéraires sont payés jusqu'à hauteur du capital figurant sur la police.

