
Hospital Extra Liberty

Assurance complémentaire au sens de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA)
pour la division demi-privée en chambre à 2 lits dans tous les hôpitaux pour cas aigus
de Suisse reconnus par Sanitas.

Conditions complémentaires (CC)

Edition de juillet 2012

Organisme d'assurance: Sanitas Assurances privées SA

sanitas

But et bases légales

Les frais supplémentaires des séjours et des traitements stationnaires en division demi-privée dans les hôpitaux pour cas aigus de Suisse reconnus par Sanitas sont pris en charge par «Hospital Extra Liberty». Les autres prestations sont répertoriées dans les présentes conditions complémentaires. Les coûts sont remboursés à la suite des prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et des autres assurances sociales au sens du chiffre 2 des conditions générales d'assurance (CGA).

Le risque accidents peut être coassuré.

Les prestations de service supplémentaires en cas de maladie et d'accident à l'étranger sont couvertes par le biais de Sanitas Assistance. Ces prestations de service sont également proposées lorsque le risque accidents n'est pas inclus dans l'assurance. Les conditions de Sanitas Assistance figurant dans le présent document font partie intégrante de ces conditions complémentaires.

Les présentes conditions complémentaires se basent sur les conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances complémentaires selon la LCA.

Prestations

1 Définitions

1 Sont réputés hôpitaux pour cas aigus les établissements de soins et les cliniques dirigés et surveillés par des médecins et accueillant exclusivement des personnes accidentées ou souffrant d'une maladie aiguë. Par analogie, les cliniques d'obstétrique, les maisons de naissance, les cliniques psychiatriques et les cliniques de rééducation sont aussi considérées comme des hôpitaux pour cas aigus.

Ne sont pas réputés hôpitaux pour cas aigus les établissements de cure, les EMS, les homes pour malades chroniques, les centres de soins palliatifs et les autres institutions non prévues pour le traitement de personnes souffrant d'une maladie aiguë.

2 Au sens de l'alinéa 1, sont réputés hôpitaux pour cas aigus les établissements:

- disposant d'un contrat ou d'un tarif reconnu pour l'assurance obligatoire des soins

et

- disposant d'un contrat ou d'un tarif reconnu pour les assurances complémentaires d'hospitalisation de Sanitas pour la division correspondante.

La liste des hôpitaux pour cas aigus non reconnus par Sanitas ou sans couverture intégrale des coûts peut être consultée en tout temps chez Sanitas; un extrait peut aussi être demandé.

3 Sont réputés médecins agréés ceux qui sont autorisés, au sens de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, à exercer dans leur propre cabinet, à traiter leurs patients en stationnaire dans un hôpital pour cas aigus et qui ont conclu un contrat avec l'hôpital concerné pour exercer leur fonction de médecin agréé ou qui ont été accrédités par ce même hôpital.

Ne sont pas réputés médecins agréés ceux qui ont conclu un contrat de travail avec l'hôpital pour cas aigus (médecins salariés).

4 Sur la base de l'article 3 de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), il est question d'un séjour hospitalier stationnaire lorsque le traitement a lieu en stationnaire dans un hôpital pour cas aigus et lorsqu'un lit est occupé pendant au moins une nuit.

5 Un traitement aigu est un traitement laissant espérer une amélioration de l'état de santé.

2 Séjours hospitaliers en Suisse

1 Sont assurés les frais de séjour, de soins et de traitement dans le cadre de traitements aigus stationnaires en division demi-privée dans tous les hôpitaux pour cas aigus de Suisse reconnus par Sanitas au sens du chiffre 1, alinéa 2 une fois que l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal a pris en charge sa part ainsi que les autres assurances sociales au sens du chiffre 2 des conditions générales d'assurance (CGA).

2 En cas de séjour dans une chambre à 1 lit en division privée dans un hôpital pour cas aigus reconnu par Sanitas au sens du chiffre 1, alinéa 2, 75% des frais de séjour, de soins et de traitement au sens du chiffre 1 sont pris en charge une fois que l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal a pris en charge sa part, ainsi que les autres assurances sociales au sens du chiffre 2 des conditions générales d'assurance (CGA).

3 Les frais de séjour, de soins et de traitement décrits aux alinéas 1 et 2 (indépendamment du fait que le traitement soit effectué par un médecin salarié ou un médecin agréé au sens du chiffre 1, alinéa 3) sont pris en charge au maximum à hauteur du tarif reconnu par Sanitas.

La prise en charge des coûts dans le cadre du tarif reconnu par Sanitas figure dans la garantie de paiement selon le chiffre 13, alinéas 2 et 3.

4 Dans les hôpitaux pour cas aigus reconnus par Sanitas et au sens du chiffre 1, alinéa 2, les conditions suivantes s'appliquent en cas d'absence de mandat de prestations cantonal:

- Les prestations selon les alinéas 1 à 3 sont assurées;
- Si la personne assurée a également conclu l'assurance obligatoire des soins auprès de Sanitas, celle-ci prend en charge les coûts que l'assurance obligatoire des soins prendrait en charge dans un hôpital avec un mandat de prestations cantonal au sens des alinéas 1 à 3.

5 En cas de traitements stationnaires aigus en division demi-privée ou privée dans des hôpitaux pour cas aigus non reconnus par Sanitas au sens du chiffre 1, alinéa 2, les frais de séjour, de soins et de traitement ne sont pas pris en charge. Les frais des traitements effectués par des médecins agréés au sens du chiffre 1, alinéa 3 sont soumis aux mêmes règles.

3 Séjours hospitaliers à l'étranger en cas d'urgence

1 Lors de traitements aigus stationnaires d'urgence effectués à l'étranger, les frais de séjour, de soins et de traitement dans un hôpital pour cas aigus sont assurés, au sens du chiffre 1, alinéa 1, pendant 180 jours au maximum, mais tout au plus aussi longtemps que le rapatriement n'est ni possible ni indiqué pour des raisons médicales.

2 La convention valable pour la Suisse en cas de séjours en division privée dans une chambre à un lit au sens du chiffre 2, alinéa 2 s'applique par analogie.

4 Séjours hospitaliers à l'étranger en cas de traitement planifié

Lors de traitements stationnaires planifiés effectués à l'étranger dans un hôpital pour cas aigus au sens du chiffre 1, alinéa 1, les frais de séjour, de soins et de traitement sont assurés jusqu'à CHF 1000 maximum par jour pendant 180 jours au maximum durant une période de 360 jours consécutifs.

5 Cliniques psychiatriques

1 Lors de traitements aigus stationnaires dans une clinique psychiatrique ou dans une division spéciale psychiatrique reconnue par Sanitas au sens du chiffre 1, alinéa 2, les coûts sont pris en charge pendant 180 jours au sens du chiffre 2.

2 A partir du 181^e jour, les frais de traitement ainsi que CHF 100 par jour sont payés à titre de participation aux frais de séjour et de soins au sens du chiffre 2. A l'âge AVS, ces prestations sont encore payées pendant 720 jours au maximum durant une période de 900 jours.

3 Dans les cliniques psychiatriques ou les divisions spéciales psychiatriques reconnues par Sanitas et au sens du chiffre 1, alinéa 2, les conditions suivantes s'appliquent en cas d'absence de mandat de prestations cantonal:

- Les prestations selon les alinéas 1 à 2 sont assurées;
- Si la personne assurée a conclu l'assurance obligatoire des soins auprès de Sanitas, celle-ci prend en charge les coûts que l'assurance obligatoire des soins prendrait en charge dans un hôpital avec un mandat de prestations cantonal, et ce dès le 181^e jour durant une période de 540 jours.

4 Lors de séjours dans des cliniques psychiatriques à l'étranger, les prestations sont prises en charge au sens des chiffres 3 et 4 et imputées à la durée de prestations.

6 Maisons de naissance

Lors de séjours de maternité au sens du chiffre 1, alinéa 2 dans des maisons de naissance reconnues par Sanitas, les frais de séjour, de soins et de traitement sont pris en charge au sens du chiffre 2.

7 Prestations pour nouveau-nés

Les coûts de séjour hospitalier d'un enfant en bonne santé sont payés par la couverture d'assurance de la mère aussi longtemps que la mère et l'enfant sont hospitalisés ensemble.

8 Dépenses privées particulières

Sur présentation des pièces justificatives, au maximum CHF 100 par séjour hospitalier sont payés pour les dépenses privées particulières en relation directe avec un séjour hospitalier stationnaire (frais de taxi pour l'admission et la sortie, frais de téléphone, etc.).

9 Soins médicaux à domicile

1 En cas de nécessité médicale et sur prescription médicale, au maximum les prestations suivantes sont payées pour les soins médicaux à domicile sur la base de factures détaillées mentionnant les jours où les prestations sont dispensées:

- CHF 50 par jour pendant au maximum 90 jours par année civile pour les soins à domicile prodigués par du personnel soignant diplômé. Pour les soins médicaux prodigués par d'autres personnes, il existe un droit à ces prestations si une perte de gain de cet ordre est attestée.

2 Lors d'un accouchement, les prestations mentionnées sont payées pendant 14 jours au maximum dans le mois suivant l'accouchement et imputées à la durée maximale des prestations.

3 Au total, CHF 5000 au maximum par année civile sont alloués pour les frais de soins médicaux à domicile.

10 Aide ménagère

1 En cas de nécessité médicale et sur prescription médicale, au maximum les prestations suivantes sont payées pour les soins à domicile sur la base de factures détaillées mentionnant les jours où lesdites prestations sont dispensées:

- CHF 25 par heure pour l'aide ménagère fournie par une personne ne vivant pas en ménage commun avec la personne assurée. La personne assurée qui tient le ménage a droit à cette prestation immédiatement après un séjour hospitalier ou si un tel séjour peut être évité.

2 Lors d'un accouchement, les prestations mentionnées sont payées pendant 14 jours au maximum dans le mois suivant l'accouchement et imputées à la durée maximale des prestations selon l'alinéa 3.

3 Au total, CHF 750 au maximum sont alloués par année civile pour les frais d'aide ménagère.

11 Cures

1 Les prestations maximales suivantes sont payées pour les frais de cures:

- CHF 90 par jour, pendant 21 jours au maximum par année civile, pour des cures balnéaires stationnaires dans des établissements de cure balnéaire reconnus selon l'article 40 de la LAMal ou dans des établissements de cure balnéaire à Abano et à Montegrotto (Italie) ainsi que pour des cures de convalescence dans des établissements de cure en Suisse dirigés ou surveillés par des médecins.
- CHF 130 par jour, pendant 28 jours au maximum par année civile, pour des cures à la mer Morte, en Israël ou en Jordanie, pour le traitement du psoriasis ou du vitiligo.

- 2 Sanitas peut ordonner qu'un examen soit effectué par un médecin-conseil avant le début d'une cure.
- 3 L'assurance prend en charge une cure au maximum par année civile dans l'étendue mentionnée.

12 Coûts de voyage et de transport, actions de recherche et de sauvetage

Un total de CHF 30 000 au maximum par année civile est pris en charge pour:

- les frais de voyage pour pouvoir suivre des séances de radiothérapie, de chimiothérapie ou d'hémodialyse; les frais au maximum à hauteur du prix du moyen de transport public (billet en 1^{ère} classe);
- les transports d'urgence chez le médecin le plus proche ou à l'hôpital le plus proche pour le traitement approprié, ainsi que les transferts indiqués médicalement, effectués en ambulance;
- les actions de recherche et de sauvetage de personnes accidentées ou atteintes d'une maladie aiguë.

13 Conditions d'octroi des prestations et obligations

- 1 Les prestations assurées en cas de séjour dans un hôpital pour cas aigus au sens du chiffre 1, alinéa 1 de ces conditions complémentaires sont prises en charge:
 - lorsque les prestations allouées respectent le critère d'économicité;
 - tant qu'un séjour en hôpital pour soins aigus est indiqué du point de vue médical.
- 2 Pour la prise en charge des coûts par Sanitas en cas de séjour dans un hôpital pour cas aigus au sens du chiffre 1, alinéa 1 de ces conditions complémentaires, Sanitas doit délivrer une garantie de paiement, qui doit être demandée au plus tard deux semaines avant le début du séjour. Si cette garantie de paiement n'a pas encore été délivrée (pour l'hôpital et la division), Sanitas se réserve le droit de ne rembourser qu'une partie des coûts, voire de n'en rembourser aucun. En cas d'urgence, la garantie de paiement doit être demandée auprès de Sanitas dans les six jours.
- 3 Pour la prise en charge des coûts par Sanitas en cas de séjour stationnaire dans un hôpital pour cas aigus dans lequel le traitement est effectué par un médecin agréé au sens du chiffre 1, alinéa 3, il faut demander un devis au médecin. La garantie de paiement doit être demandée auprès de Sanitas au plus tard deux semaines avant le début du séjour dans un hôpital pour cas aigus au sens du chiffre 1, alinéa 1. Si cette garantie de paiement n'a pas encore été délivrée, Sanitas se réserve le droit de ne rembourser qu'une partie des coûts, voire de n'en rembourser aucun.

- 4 Les prestations de cure ne sont prises en charge que dans les cas suivants:
 - Les cures sont nécessaires d'un point de vue médical et prescrites dans le cadre d'un traitement médical par un médecin autorisé à exercer en Suisse.
 - La prescription de cure parvient à Sanitas deux semaines avant le commencement de celle-ci.
- 5 Lors de cures balnéaires, les prestations ne sont, en outre, payées que si les thérapies ambulatoires ne sont ni prometteuses ni utiles et que des mesures thérapeutiques sont effectuées pendant la cure.

14 Exclusion de prestations

En complément des exclusions de prestations conformément au chiffre 7 des conditions générales d'assurance, aucune prestation n'est payée dans le cadre de cette assurance complémentaire pour les traitements pour lesquels la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) a conclu des forfaits par cas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (p. ex. greffes d'organes).

15 Reconnaissance des fournisseurs de prestations

Pour les traitements en Suisse, seules sont reconnues les factures de personnes titulaires d'un diplôme fédéral ou cantonal ou d'une autorisation cantonale correspondante leur permettant d'exercer leur profession.

Divers

16 Drogations aux conditions générales d'assurance LCA

Les chiffres suivants des conditions générales d'assurance pour les assurances complémentaires selon la LCA sont remplacés par les dispositions suivantes:

• Durée du contrat (chiffre 16)

Ce contrat est conclu pour une durée indéterminée. Si la personne assurée choisit une durée contractuelle fixe de plusieurs années, l'échéance du contrat est mentionnée sur la police. Si le preneur d'assurance n'a pas résilié le contrat dans ce délai, il est automatiquement transformé en un contrat à durée indéterminée qui se renouvelle tacitement chaque année.

• Modification du contrat par Sanitas (chiffre 18, alinéa 3)

Le preneur d'assurance a le droit de résilier l'assurance touchée par l'augmentation des primes pour la date de l'entrée en vigueur de la modification du contrat. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à Sanitas au plus tard le jour précédant l'entrée en vigueur du nouveau contrat. Faute de résiliation, l'adaptation du contrat est considérée comme acceptée par le preneur d'assurance.

- **Résiliation (chiffre 19, alinéa 2)**

Tout en respectant le préavis de trois mois, le preneur d'assurance peut résilier son assurance pour la date d'expiration du contrat ou pour la fin de l'année civile, à condition qu'il s'agisse d'un contrat à durée indéterminée. La résiliation doit parvenir à Sanitas le 30 septembre au plus tard.

- **Changement de classe d'âge, de domicile (chiffre 22) et de durée du contrat**

Le tarif des primes peut prévoir un échelonnement des primes en fonction de l'âge, du sexe, du domicile civil ou de la durée du contrat (le rabais pour le contrat pluriannuel est supprimé après expiration de la durée du contrat convenue). Le changement d'une de ces données peut entraîner une modification des primes. Ceci n'autorise pas le preneur d'assurance à résilier son contrat d'assurance selon le chiffre 18 des CGA LCA, excepté en cas de modification des primes en raison de l'âge.

- **Paiement des primes et échéance (chiffre 23, alinéa 1)**

Les primes doivent être payées le 1^{er} jour de la période facturée. Les paiements peuvent être effectués annuellement, semestriellement, trimestriellement, bimestriellement ou mensuellement, l'année d'assurance commençant au 1^{er} janvier. Pour les modes de paiement non annuels, Sanitas peut prévoir un montant de facturation minimum. Si l'adresse est à l'étranger, seuls les paiements de primes annuels, semestriels ou trimestriels sont possibles.

17 Franchise à option

- 1 Une franchise annuelle à option est perçue par année civile pour toutes les prestations.
- 2 Si le début du contrat se situe entre le 1^{er} janvier et le 30 juin, la franchise annuelle est perçue intégralement; si le début du contrat se situe entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre, la moitié de la franchise annuelle est perçue.
- 3 Si un traitement dure plus de 10 jours au-delà de la fin de l'année, la franchise annuelle doit à nouveau être payée pour l'année suivante.

Conditions de Sanitas Assistance

1 Qu'est-ce que Sanitas Assistance?

Sanitas Assistance est une prestation d'une organisation d'aide d'urgence présente dans le monde entier en faveur de Sanitas; cette organisation est mentionnée sur la police. Ce service comprend l'assistance, le conseil et le transport en cas de maladie ou d'accident à l'étranger.

2 Quelles sont les prestations de service à disposition?

La personne assurée bénéficie des prestations de service suivantes:

- Permanence téléphonique 24 heures sur 24: Sanitas Assistance est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur

7. Des conseils sont donnés en plusieurs langues et incluent l'aide d'un intermédiaire sur place.

- Réseau de soins dans le monde entier: des équipes médicales spécialisées dans les domaines des soins et du transport se chargent de l'assistance sur place et, le cas échéant, du rapatriement.

3 Qui alloue les prestations de Sanitas Assistance?

- 1 L'organisation d'aide d'urgence présente dans le monde entier en faveur de Sanitas mentionnée au chiffre 1 alloue les prestations de Sanitas Assistance.
- 2 Les frais des prestations de service organisées par Sanitas Assistance conformément au chiffre 5 sont payés par l'organisation d'aide d'urgence présente dans le monde entier en faveur de Sanitas mentionnée au chiffre 1, pour autant que cela soit expressément mentionné. Les autres frais sont payés par Sanitas dans le cadre de la couverture d'assurance existante pour la personne concernée.

4 Quand faut-il contacter Sanitas Assistance?

- 1 En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, la permanence téléphonique de Sanitas Assistance doit toujours être contactée en premier. Il faut obligatoirement prendre contact avec elle lorsque des prestations sont exigées conformément au chiffre 5 ci-après.
- 2 Le numéro de téléphone figure sur la Sanitas Card.

5 Quelles sont les prestations de Sanitas Assistance?

- 1 Avant le voyage, Sanitas Assistance fournit des informations sur les formalités d'entrée dans le pays de destination ainsi que sur les vaccinations obligatoires. Toutes les autres prestations sont fournies pendant des vacances ou des voyages d'affaires à l'étranger.
- 2 Lorsque la personne assurée souffre d'une maladie aiguë ou a subi un accident, les prestations suivantes sont couvertes:
 - Organisation de l'assistance médicale et avance sur les coûts pour les traitements d'urgence ambulatoires et stationnaires à l'étranger.
 - Organisation et paiement des transports nécessaires d'un point de vue médical, y compris du rapatriement (avec un accompagnant disposant également de la couverture d'assurance de Sanitas Assistance).
 - Fourniture de médicaments indispensables sur place ou, si nécessaire, envoi par avion et paiement des coûts de transport.
 - Organisation et paiement d'un accompagnant pour les enfants de la personne assurée (jusqu'à 16 ans révolus) lorsque ni celle-ci ni une personne accompagnatrice ne peut s'en charger.
 - Information des membres de la famille (sur demande).
 - Organisation et paiement du voyage et de l'hébergement à l'hôtel (10 nuitées de CHF 200 chacune au maxi-

mun) pour une personne désignée par la personne assurée ou par sa famille si le transport de retour n'est pas possible d'un point de vue médical dans les 10 jours.

- Organisation et paiement du rapatriement du corps de personnes décédées (y compris CHF 800 pour les frais de cercueil) et du rapatriement des membres de la famille accompagnants également assurés. Les membres de la famille accompagnants non assurés reçoivent une avance sur les coûts de CHF 3000.

3 En cas d'hospitalisation imprévue ou de décès d'un des membres de la famille à la maison, Sanitas Assistance organise et paie le rapatriement (avec un accompagnant disposant également de la couverture d'assurance de Sanitas Assistance) ou l'aller-retour (sans accompagnant).

4 Sanitas Assistance fournit les prestations suivantes si les biens de la personne assurée ont subi de graves dommages dus à un vol, un incendie, un dégât des eaux ou aux forces de la nature:

- Conseil à la personne assurée et paiement des frais de rappel par radio, des dépenses supplémentaires entraînées par la nécessité de revenir en Suisse ainsi que des frais d'annulation de séjour dus par contrat pour l'hôtel ou une maison de vacances. En cas de poursuite immédiate du voyage, les coûts de transport pour revenir à l'endroit où le voyage a été interrompu ou à l'endroit où la personne assurée aurait dû se trouver si le voyage n'avait pas été interrompu sont payés. Le montant maximal de la participation aux coûts est de CHF 1500.
- Paiement des coûts de logement supplémentaires (10 nuitées à CHF 150 au maximum) si la personne assurée doit effectuer un séjour impromptu ou doit prolonger son séjour.
- Paiement des frais supplémentaires de transport jusqu'à concurrence de CHF 1500 au maximum si la personne assurée est obligée de modifier son programme de voyage.

5 Si la personne assurée ne peut pas séjourner dans le logement choisi suite à un incendie, à un dégât des eaux ou aux forces de la nature, Sanitas Assistance lui donne des conseils et prend en charge les frais de logement supplémentaires jusqu'à concurrence de CHF 1500 au maximum.

6 Si une grève ou des troubles (touchant la personne assurée sans qu'elle n'en soit responsable), des quarantaines, des épidémies ou des événements dus aux forces de la nature empêchent la personne assurée de poursuivre son voyage, Sanitas Assistance fournit les prestations suivantes:

- Conseil à la personne assurée et paiement des frais supplémentaires pour le retour direct nécessaire ainsi que des frais d'annulation de séjour dus par contrat pour l'hôtel ou une maison de vacances jusqu'à concurrence de CHF 1500.
- Paiement des coûts de logement supplémentaires (10 nuitées à CHF 150 au maximum) si la personne assurée doit effectuer un séjour impromptu ou doit prolonger son séjour.

- Paiement des frais supplémentaires de transport jusqu'à concurrence de CHF 1500 au maximum si la personne assurée est obligée de modifier son programme de voyage.

6 Pendant combien de temps Sanitas Assistance fournit-elle ces prestations?

Sanitas Assistance est valable pour la période durant laquelle la personne concernée bénéficie de l'assurance complémentaire «Hospital Extra Liberty». Elle est valable pour les voyages d'une durée maximale de 12 mois.

7 Quelles sont les limitations à prendre en compte?

1 Sont exclus des prestations de Sanitas Assistance:

- les frais pour des prestations de service qu'une personne assurée a demandées ou payées sans l'accord préalable de Sanitas Assistance;
- les incidents survenus lors de courses ou d'essais avec des véhicules à moteur;
- les conséquences de l'usage de médicaments non prescrits, de drogues ou d'alcool et de tentatives de suicide;
- les maladies ou blessures bénignes;
- les rechutes d'une maladie déclarée ou d'un accident survenu avant le début du voyage ou de maladies pas encore guéries avant le début du voyage;
- les coûts survenus dans la cadre d'une grossesse, à l'exception de complications graves et imprévues jusqu'à la 27^e semaine de grossesse;
- les événements assurés causés volontairement ou par un comportement dolosif de la personne assurée;
- les incidents survenus pendant le voyage qui ne sont pas explicitement mentionnés dans les présentes conditions ainsi que les traitements planifiés.

2 Sanitas Assistance ne peut pas être tenue responsable en cas de retard ou d'absence de prestations si des situations de force majeure gênent l'intervention des secours se présentent dans le pays de destination.

8 La protection d'assurance est-elle valable dans le monde entier?

1 En principe, Sanitas Assistance alloue ces prestations dans le monde entier. En sont toutefois exclus, pour le moment, les régions et pays suivants: Afghanistan, Algérie, Somalie et Sahara occidental.

2 Il en va de même pour les pays en crise ou les Etats en guerre ou en guerre civile. Etant donné que, dans certains pays, la situation peut évoluer rapidement, il est prudent de se renseigner auprès de Sanitas Assistance avant le départ. L'aide à la préparation d'un voyage à l'étranger fait partie des prestations de service essentielles de Sanitas Assistance.

