
Assurances complémentaires collectives s-care/h-care

selon la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA)

Conditions générales d'assurance (CGA) Sanitas Corporate Private Care

Edition de janvier 2005 (version 2013)

Sanitas Assurances privées SA avec siège à Zurich

sanitas

1 Bases du contrat

- 1 Le contrat collectif de l'entreprise assurée avec Sanitas Assurances privées SA (nommée ci-après Sanitas), toutes les déclarations écrites que l'entreprise assurée, l'assuré (auteur de la proposition et/ou assuré) ou leurs représentants font dans la proposition d'assurance ou dans tout autre document écrit forment les bases du contrat.
- 2 Les droits et obligations des parties contractantes sont fixés dans le contrat d'assurance collective, dans les conditions générales d'assurance (CGA), dans les conditions complémentaires (CC) et dans d'éventuelles conditions particulières (CP).
- 3 La Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) est applicable pour les questions qui ne sont pas réglées expressément dans ces documents.
- 4 L'assurance obligatoire des soins selon la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ne peut pas être conclue seule dans cette assurance collective.
- 5 Le texte rédigé au genre masculin s'applique par analogie également aux personnes de sexe féminin.

2 Objet des assurances

- 1 Sanitas assure les suites économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident. Le risque accidents n'est coassuré que s'il figure sur la police.
- 2 Les coûts qui excèdent les prestations de l'assurance maladie selon la LAMal, de l'assurance accidents obligatoire selon la LAA, de l'assurance invalidité fédérale (AI) et de l'assurance militaire fédérale (AM) sont remboursés.

3 Prestations assurées

- 1 L'assuré peut choisir les catégories de prestations et les assurances complémentaires ci-dessous. Tous les produits d'assurance pouvant être conclus figurent dans le contrat collectif de l'entreprise assurée.

Suisse:

- BASIC,
- COMFORT,
- PRIVATE,
- ROYAL.

Etranger:

- ROYAL ÉTRANGER,
- PRIVATE INTERNATIONAL.

- 2 Les prestations sont allouées dans le cadre des coûts non couverts. La date du traitement médical ou la date à laquelle le fournisseur de prestations effectue la prestation assurée est déterminante pour l'obligation d'allouer les prestations de Sanitas.

- 3 Les prestations en cas de maladie, maternité et accident ne sont pas cumulables.
- 4 Le droit aux prestations de maternité commence neuf mois après réception de la proposition par Sanitas.
- 5 Les prestations sont également allouées aux frontaliers et aux membres de leur famille dans la région frontalière étranger/Suisse.
- 6 Sanitas peut vérifier les coûts d'interventions médicales quant à leur efficacité, leur adéquation et leur économie. En outre, la conformité des prestations facturées avec les normes locales est examinée et le montant de l'indemnité est adapté. Dans ce cas, Sanitas entre dans les droits de l'assuré.
- 7 Si les coûts ne sont pas détaillés, Sanitas procède elle-même à la répartition selon son appréciation.

4 Définitions

- 1 Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.
- 2 La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui s'ensuit pour la mère.
- 3 Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les maladies professionnelles et les événements assimilés à un accident sont considérés comme des accidents. Les dispositions de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) sont déterminantes.
- 4 Les collaborateurs sont les personnes qui ont un rapport relevant du droit du travail avec l'entreprise assurée.
- 5 Les membres de la famille sont l'époux/l'épouse ou le compagnon/la compagne du collaborateur et leurs enfants, tant qu'ils vivent en ménage commun.
- 6 Les assurés sont les personnes qui ont un rapport d'assurance avec Sanitas.

5 Champ d'application territorial

- 1 Les assurances sont valables dans le monde entier. Cependant, lors de maladies ou d'accidents nécessitant un traitement d'urgence hors de Suisse, elles ne sont valables que pendant douze mois au maximum. D'éventuelles dérogations sont définies dans les conditions complémentaires.

- 2 Pour les séjours à l'étranger de plus de douze mois ou lors du transfert du domicile à l'étranger, la formule d'assurance PRIVATE INTERNATIONAL est à la disposition des assurés qui ne sont plus soumis à l'obligation de s'assurer selon la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Les assurés encore soumis à l'obligation de s'assurer selon la LAMal peuvent maintenir leur protection d'assurance pendant au maximum six ans dans la catégorie de prestations ROYAL ÉTRANGER. Le pays de séjour est mis sur pied d'égalité avec la Suisse.
- 3 La réglementation suivante s'applique aux travailleurs détachés à l'étranger et aux membres de leur famille (excepté si d'autres accords ont été convenus avec l'entreprise):
- détachement d'une durée maximale de huit mois: COMFORT, PRIVATE ou ROYAL,
 - détachement d'une durée maximale de douze mois: PRIVATE ou ROYAL,
 - détachement d'une durée supérieure à douze mois: ROYAL ÉTRANGER (si la personne est soumise à la LAMal), PRIVATE INTERNATIONAL (si la personne n'est pas soumise à la LAMal).
- 4 Par lieu de résidence ou lieu de domicile, on entend le lieu où l'assuré mène sa vie sociale et professionnelle.

6 Faute grave

Sanitas renonce à son droit de réduire les prestations d'assurance pour faute grave. Toutefois, il n'existe aucun droit à des prestations pour des réductions de prestations d'autres assureurs.

Limitations de l'étendue de l'assurance

7 Exclusions de prestations

A l'exception de toute autre disposition figurant dans les conditions complémentaires (CC), aucune prestation n'est allouée pour les frais de soins et/ou les indemnités journalières dans les cas suivants:

- participations aux coûts et réductions des prestations d'autres assurances,
- affections existant déjà au début du contrat,
- traitements et mesures qui ne sont pas efficaces, appropriés ou économiques, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques,
- interventions destinées à supprimer ou à améliorer des défauts physiques et des malformations, dans la mesure où ces interventions ne sont pas rendues nécessaires par un événement assuré,

- traitements ayant pour but d'approfondir la découverte ou la réalisation de soi-même, la maturation de la personnalité ou d'autres buts ne visant pas le traitement d'une maladie,
- cures d'amaigrissement, conseils nutritionnels, thérapies de musculation (aucune contribution n'est allouée pour les abonnements à des centres de fitness), thérapies cellulaires,
- traitements dentaires, à l'exception de ceux en relation avec une prestation obligatoire de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal,
- mesures ordonnées par une autorité judiciaire ou administrative (thérapie à la place de l'exécution d'une peine, test d'alcoolémie, etc.),
- conséquences de troubles, d'actes de terrorisme, de crimes et de délits de tous genres et des mesures prises pour les combattre, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas activement participé à ces troubles du côté des perturbateurs ou qu'il ne les a pas fomentés,
- traitements pendant le service militaire à l'étranger et/ou traitements subséquents,
- maladies et accidents résultant de faits de guerre
 - en Suisse,
 - à l'étranger, à moins que la maladie ne se déclare ou que l'accident ne se produise dans les 14 jours à compter du début de tels événements dans le pays où séjourne l'assuré et qu'il y ait été surpris par leur déclenchement,
 - pour les expatriés ainsi que pour les assurés qui travaillent à l'étranger pour une courte durée (max. douze mois) sur mandat de leur employeur, l'assurance s'étend également aux accidents résultant de faits de guerre, pour autant que l'assuré ne participe pas aux actes qui y sont liés, ni activement ni de manière séditeuse, et qu'il ne se soit pas rendu intentionnellement dans la région des combats.

Pour certains pays, Sanitas peut suspendre provisoirement cette couverture supplémentaire ou la supprimer totalement, en respectant un préavis de 14 jours.

8 Assurances multiples

S'il existe une couverture d'assurance auprès de plusieurs assureurs pour des coûts ou des pertes de gain, ces prestations ne sont allouées qu'une seule fois au total. Dans de tels cas, Sanitas verse ses prestations uniquement de façon proportionnelle.

9 Prestations de tiers

- 1 Les assurés ont l'obligation d'informer immédiatement Sanitas des prestations de tiers ainsi que des accords sur les indemnités sous forme de capital si Sanitas doit allouer des prestations dans le même cas d'assurance.

- 2 Si Sanitas alloue des prestations à la place d'un tiers, l'assuré doit lui céder ses droits dans l'étendue de ses prestations.
- 3 Les accords conclus par les assurés avec des tiers ne sont pas contraignants pour Sanitas.

Obligations et justification des prétentions

10 Obligations générales

Les assurés doivent se soumettre aux prescriptions des médecins ou à celles d'autres fournisseurs de prestations.

11 Justification des prétentions

- 1 Pour faire valoir un droit à des prestations d'assurance, toutes les factures originales et les pièces justificatives détaillées doivent être adressées à Sanitas.
- 2 Lorsque des prestations sont payées par un autre assureur (p. ex. assurance obligatoire des soins ou assurance accidents obligatoire), les copies des factures et les décomptes détaillés dudit assureur doivent être soumis à Sanitas.
- 3 Pour faire valoir un droit à des prestations d'accident, une déclaration d'accident doit être remplie et adressée à Sanitas.

12 Factures établies à l'étranger

- 1 Les factures et documents provenant de l'étranger doivent être soumis en français, allemand, italien, anglais ou espagnol. Une traduction authentifiée doit être jointe aux factures et documents rédigés dans d'autres langues.
- 2 La conversion est effectuée au cours du jour où la facture a été établie ou sur la base du relevé de la carte de crédit.

13 Violation des obligations

Si l'assuré viole ses obligations vis-à-vis de Sanitas en cas de sinistre, les prestations peuvent être réduites ou refusées.

Début et fin des assurances

14 Conditions d'admission

- 1 Avec l'envoi de la proposition, les médecins, les assureurs précédents et les autres organismes d'assurance sont autorisés à fournir des renseignements à Sanitas et à ses médecins-conseils.

- 2 Sanitas est en droit de demander un examen médical, dont les frais sont à la charge de l'auteur de la proposition. Sanitas peut intervenir dans le choix du médecin.
- 3 Sanitas peut refuser une proposition sans donner de motif ou émettre des réserves.
- 4 Si, lors de la conclusion du contrat, l'assuré a déclaré inexactement ou omis de déclarer un fait important (des maladies et/ou séquelles d'accidents existantes ou ayant existé auparavant) qu'il connaissait ou devait connaître et à propos duquel il a été interrogé par écrit, Sanitas peut résilier le contrat dans les quatre semaines suivant la prise de connaissance de la réticence. L'assurance expire à la fin du mois au cours duquel la résiliation écrite parvient à l'assuré. Celui-ci doit rembourser en totalité les prestations déjà payées lorsque leur survenance ou étendue a été fortement influencée par le fait important qui a été déclaré inexactement ou n'a pas été déclaré.
- 5 L'âge maximal d'admission dans l'assurance complémentaire est fixé à 60 ans révolus. L'âge maximal d'admission dans l'assurance accidents complémentaire est fixé à 65 ans.

15 Début de l'assurance

La protection d'assurance court à partir de la date figurant sur la police ou sur la déclaration d'acceptation. L'assurance peut débuter au plus tôt le jour de l'entrée en fonction dans l'entreprise (cette disposition s'applique par analogie aux membres de la famille).

16 Durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée indéterminée.

17 Modifications de contrat par l'assuré

- 1 En principe, les modifications de contrat sont possibles pour le 1^{er} de chaque mois suivant.
- 2 Pour toute extension d'assurance, l'assuré doit remettre une nouvelle proposition. L'âge maximal pour une extension d'assurance est de 60 ans révolus (dans le domaine de l'assurance accidents complémentaire, 65 ans révolus).
- 3 L'assuré peut communiquer par écrit les réductions de couverture d'assurance (sans nouvelle proposition). La communication, datée et signée, doit mentionner la couverture d'assurance et la date désirées.
- 4 Les dispositions du chiffre 14 des présentes conditions générales d'assurance sont applicables.

18 Dissolution des rapports de travail

Lors de la dissolution des rapports de travail, l'assurance existante de l'ancien collaborateur et des membres de sa famille est maintenue dans le cadre d'une formule d'assurance pour les anciens assurés collectifs (p-care).

19 Retraite

- 1 Lors du départ à la retraite du collaborateur, son assurance existante ainsi que celle des membres de sa famille sont maintenues dans le cadre de l'assurance collective, à condition que les primes puissent être déduites de la rente de la caisse de pension de l'ancien employeur. Si cela s'avère impossible, il faut procéder au passage à la formule d'assurance pour les anciens assurés collectifs (p-care).
- 2 Dans les assurances pour frais de soins, le risque accidents peut être inclus, sans examen de risque, dans un délai de trois mois suivant le début de la retraite.
- 3 La condition est qu'une couverture accidents correspondante ait existé auparavant dans un contrat d'assurance accidents collectif pour l'assuré et que la sortie de ce contrat ait été obligatoire au départ à la retraite.
- 4 Aucune prestation n'est prise en charge pour les accidents qui se sont produits avant l'inclusion du risque accidents.

20 Décès

Les membres de la famille du collaborateur décédé assurés dans le cadre du contrat d'assurance collective peuvent poursuivre l'assurance sans modification. La condition est que les primes puissent être déduites des rentes de survivants de la caisse de pension de l'ancien employeur. Si cela s'avère impossible, il faut procéder au passage à la formule d'assurance pour les anciens assurés collectifs (p-care).

21 Passage de l'assurance collective à p-care

- 1 Les assurés qui sortent de l'assurance collective passent automatiquement dans la formule d'assurance pour les anciens assurés collectifs (p-care).
- 2 L'assurance est maintenue aux prestations assurées jusqu'alors et aux conditions de p-care; aucun examen de l'état de santé n'est effectué. Les primes sont adaptées en conséquence. Le passage permet une résiliation dans les 30 jours après réception de la nouvelle police.
- 3 Les prestations perçues par le biais de l'assurance collective sont déduites du droit à des prestations de p-care. Une éventuelle réserve en cours dans l'assurance collective est maintenue.

22 Résiliation de l'assurance

- 1 Sanitas renonce expressément à son droit de résiliation en cas de sinistre. En cas d'abus ou de tentative d'abus de l'assurance par l'assuré, Sanitas peut résilier le contrat avec effet immédiat.
- 2 Le contrat peut être résilié pour la fin d'une année civile, en observant un préavis d'un mois.
- 3 Lors de la résiliation de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, le passage à la formule d'assurance pour les anciens assurés (p-care) est effectué, les prestations étant réduites en conséquence. Si toutes les assurances complémentaires de la catégorie de prestations assurée sont résiliées, l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal est maintenue dans l'assurance individuelle de Sanitas.

23 Suspension

Les assurances peuvent être suspendues contre une réduction de primes en cas de séjour à l'étranger ou de soumission à l'assurance militaire (au minimum 28 jours de service consécutifs). La suspension s'effectue sur demande préalable et est possible pendant un maximum de 24 mois. Si un cas d'assurance intervient pendant la suspension, aucune prestation n'est versée.

24 Fin de la protection d'assurance

La couverture d'assurance s'éteint le jour où l'annulation du contrat ou l'exclusion de l'assurance prend effet. Les prestations assurées sont dues jusqu'à ce jour-là y compris.

Primes

25 Changement de classe d'âge et de lieu de domicile

- 1 Le montant de la prime se compose d'un tarif de base ainsi que de suppléments selon le lieu de domicile, l'âge effectif et le sexe. L'adaptation des primes en fonction de l'âge se fait au 1^{er} janvier de l'année qui suit les 18, 25 et 40 ans révolus, puis tous les cinq ans. La dernière adaptation des primes en fonction de l'âge se fait au 1^{er} janvier de l'année qui suit les 80 ans révolus.
- 2 Un changement de domicile peut occasionner une modification des primes.

26 Paiement des primes

Les primes d'assurance du collaborateur ainsi que des membres de sa famille sont déduites mensuellement du salaire ou de la rente du collaborateur.

Divers

27 Acceptation de la police

Si le contenu de la police ou des avenants y relatifs ne concorde pas avec les accords passés, l'assuré peut en exiger la correction dans les quatre semaines suivant la réception de la police, faute de quoi le contenu est considéré comme accepté.

28 Saisie et traitement des données

- 1 Sanitas garantit le respect de la protection des données selon les dispositions du droit suisse, notamment de la Loi fédérale sur la protection des données.
- 2 Dans le cadre des dispositions légales et sur la base d'accords contractuels, Sanitas peut se procurer toutes les informations nécessaires à l'exécution de l'assurance, saisir les données sur un support électronique et les transmettre à des tiers pour traitement.

29 Versement de prestations

- 1 Traitements ambulatoires
La carte d'assurance personnelle doit être présentée pour bénéficier de prestations médicales et retirer les médicaments prescrits par un médecin.
- 2 Paiement des factures
Le débiteur d'honoraires d'une facture est le destinataire de celle-ci. Le débiteur doit faire parvenir à Sanitas l'original de la facture pour remboursement des coûts.

- 3 Remboursement des factures payées
Les factures doivent être remises à Sanitas en indiquant le contrat d'assurance collective et le numéro de police ou de personnel de l'assuré. Sanitas verse ses prestations sur un compte postal ou bancaire. Si les versements sont exigés par le biais d'un autre moyen de paiement, Sanitas est en droit de percevoir une indemnité pour les frais supplémentaires occasionnés.

30 Changements de nom ou d'adresse, adresse de contact

- 1 Les changements de nom doivent être communiqués à Sanitas par le collaborateur ou par l'employeur.
- 2 Tous les assurés qui ne résident pas en Suisse pendant plus de trois mois ainsi que les assurés frontaliers doivent communiquer à Sanitas une adresse de contact en Suisse.
- 3 Les changements d'adresse et les annonces d'adresse de contact concernant le collaborateur doivent être transmis à Sanitas par l'employeur; ceux concernant les membres de la famille, par le collaborateur (si un changement d'adresse concernant le collaborateur est transmis à Sanitas, celle-ci part du principe que les membres de la famille sont également concernés, sauf communication contraire). Les communications à la dernière adresse connue sont considérées comme transmises.
- 4 Les communications à Sanitas doivent être effectuées dans les 30 jours.

31 Lieu d'exécution et for juridique

- 1 Les obligations découlant du contrat d'assurance doivent être remplies en Suisse et en monnaie suisse.
- 2 En cas de litige, le tribunal compétent pour les plaintes de l'assuré est le tribunal au domicile en Suisse ou à Zurich; pour les plaintes de Sanitas, le tribunal au domicile de l'assuré en Suisse.

