
Produits Wincare

Diversa Confort

Assurance complémentaire pour la médecine traditionnelle et les prestations complémentaires

Conditions complémentaires (CC)

Édition de janvier 2017 (version 2017)

Assureur: Sanitas Assurances privées SA

sanitas

Généralités

1 Objet de l'assurance

- 1 L'assurance complémentaire Diversa Confort couvre les prestations suivantes en complément de l'assurance de base correspondante:
 - Médicaments non obligatoires
 - Cures balnéaires
 - Cures de convalescence
 - Aides-ménagères
 - Coûts de sauvetage et de transport
 - Traitements orthopédiques de la mâchoire et traitements dentaires spéciaux
 - Lunettes/lentilles de contact
 - Psychothérapie non médicale
 - Vaccins
 - Moyens auxiliaires
 - Traitements non pris en charge par les assureurs maladie
 - Traitements dispensés par des médecins refusant la convention (médecins non conventionnés)
 - Prestations à l'étranger
 - Protection juridique des patients
- 2 L'assurance peut être conclue avec ou sans couverture accidents.

2 Conditions applicables

Pour toute question non réglementée spécifiquement dans les présentes conditions complémentaires (CC), les conditions générales d'assurance (CGA) des produits Wincare pour les assurances complémentaires selon la LCA font foi.

Prestations en Suisse

3 Médicaments non obligatoires

- 1 Sont pris en charge 90% des coûts des médicaments et préparations prescrits par un médecin et ne faisant pas l'objet d'une obligation de prise en charge dans le cadre de l'assurance de base correspondante. Le médicament doit en outre avoir reçu l'autorisation de mise sur le marché de l'office compétent en Suisse et être enregistré pour l'indication médicale correspondante.
- 2 Sont exclus de l'obligation d'allouer des prestations les médicaments et préparations:
 - pour lesquels il existe des limitations dans la liste des spécialités;
 - figurant sur la liste de Sanitas. Cette liste est actualisée périodiquement et un extrait peut également être remis aux assurés qui en font la demande;

- prescrits ou remis dans le cadre de méthodes thérapeutiques complémentaires (naturopathie et médecine empirique) et couverts en principe par l'assurance complémentaire Natura Confort.

4 Cures balnéaires

- 1 Lors de cures balnéaires stationnaires prescrites par un médecin, un montant journalier de CHF 50.– est versé en complément de l'assurance de base correspondante, au maximum pendant 21 jours par année civile.
- 2 Ces prestations ne sont accordées que si un traitement intensif (séjour hospitalier ou thérapies ambulatoires) a précédé la cure ou si une thérapie ambulatoire appropriée n'est pas envisageable. L'établissement de cure balnéaire doit être reconnu en Suisse dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ou, pour ce qui est des autres pays d'Europe, reconnu par Sanitas. De plus, un examen médical doit avoir lieu au début de la cure et les prescriptions balnéaires/physiothérapeutiques doivent être suivies selon le plan de cure.

5 Cures de convalescence

- 1 Un montant journalier de CHF 50.– est versé en complément de l'assurance de base correspondante, au maximum pendant 21 jours par année civile, pour une cure prescrite par un médecin.
- 2 Ces prestations ne sont versées que si la cure de convalescence est destinée à la guérison ou au rétablissement après une maladie grave, un accident ou une opération. La cure doit en outre être effectuée en Suisse dans un établissement de cure reconnu par Sanitas. Une liste peut être remise aux assurés qui en font la demande.

6 Aides-ménagères

- 1 Un montant journalier de CHF 50.– est versé, au maximum pendant 30 jours par année civile, pour une aide-ménagère prescrite par un médecin, dans la mesure où l'assuré se trouve en incapacité totale de travail et qu'il a besoin de cette aide-ménagère en raison de son état de santé et de ses conditions familiales.
- 2 Est considérée comme aide-ménagère toute personne qui, travaillant à son compte ou pour une organisation, se charge des tâches ménagères pour des tiers. Si une autre personne se charge des tâches ménagères, seuls les frais supplémentaires pris en charge par cette personne ou sa perte de gain sont assurés.

7 Coûts de sauvetage et de transport

- 1 Sont remboursés les frais occasionnés en Suisse et non pris en charge par l'assurance de base correspondante pour:
 - La recherche et sauvetage d'assurés accidentés ou atteints d'une maladie aiguë;
 - Les transports médicalement nécessaires jusqu'chez le médecin ou jusqu'à l'hôpital le plus proche, avec un moyen de transport approprié;
 - le dégagement d'une personne décédée.
- 2 Au maximum CHF 20 000.– sont versés pour les frais de recherche et de dégagement.

8 Traitements orthopédiques de la mâchoire et traitements dentaires spéciaux

- 1 Sont pris en charge 75% des frais de traitements ambulatoires non couverts par l'assurance de base correspondante selon le tarif médico-dentaire et le tarif des soins dentaires scolaires déterminants pour les assureurs sociaux.
- 2 Il s'agit des traitements suivants:
 - traitements orthopédiques de la mâchoire pour des raisons de fonction de mastication (correction des malpositions de dents et des déformations de la mâchoire) jusqu'à 22 ans révolus;
 - traitements parodontiques (mesures diagnostiques et thérapeutiques de l'appareil parodontique, à l'exclusion des extractions et des remplacements de dents).

9 Lunettes/lentilles de contact

En complément des prestations de l'assurance de base correspondante, un montant de CHF 200.– est versé pour les verres de lunettes ou les lentilles de contact destinés à la correction d'un trouble de la vue, à raison d'une fois par année civile pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus, et d'une fois par période de 3 années civiles pour les adultes.

10 Psychothérapie non médicale

- 1 Sont pris en charge 75% des frais non couverts par l'assurance de base correspondante, au maximum toutefois CHF 3000.– par année civile, pour les traitements dispensés par des psychothérapeutes non médecins reconnus.
- 2 Sont considérés comme psychothérapeutes non médecins reconnus les psychologues exerçant à leur compte et reconnus par l'association des assureurs maladie suisses (santésuisse).

- 3 Les psychothérapies pratiquées en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité ou d'un tout autre but que le traitement d'une maladie ne sont pas prises en charge.

11 Vaccinations

90% des coûts non couverts par l'assurance de base correspondante sont pris en charge pour les vaccins.

12 Moyens auxiliaires

- 1 75% des coûts, au maximum toutefois CHF 3000.– par moyen auxiliaire prescrit par un médecin, sont pris en charge pour les moyens auxiliaires non couverts par une assurance sociale.
- 2 Il s'agit des moyens auxiliaires suivants:
 - prothèses et appareils de soutien fonctionnel pour les membres, corsets et chaussures orthopédiques, appareils auditifs, appareils orthophoniques, moyens auxiliaires pour les aveugles et les personnes fortement handicapées de la vue, fauteuils roulants, moyens pour faciliter la marche et lits médicalisés.
- 3 Les moyens auxiliaires réutilisables qui sont mis à disposition par la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) sont prêtés gratuitement aux assurés.
- 4 Les frais de service et d'entretien des moyens auxiliaires ne sont pas pris en charge.

13 Traitements non pris en charge par les assureurs maladie

- 1 75% du montant de certains traitements non couverts par l'assurance de base correspondante sont pris en charge, au maximum toutefois CHF 4000.– par traitement.
- 2 Sont assurés en particulier:
 - la correction d'oreilles décollées;
 - les ligatures (vasectomie/stérilisation);
 - les plasties réductrices de la poitrine féminine lors de douleurs prouvées et nécessitant un traitement.
- 3 Les prestations sont versées à condition que:
 - la demande de participation aux coûts ainsi qu'une ordonnance médicale détaillée parviennent à Sanitas au moins 3 semaines avant le début du traitement prévu;
 - le traitement soit recommandé et approprié du point de vue médical;
 - Sanitas ait donné son accord par écrit.

14 Traitements dispensés par des médecins refusant la convention (médecins non conventionnés)

75% des coûts sont pris en charge, au maximum CHF 3000.– par année civile, pour les traitements dispensés par des médecins ayant refusé de fournir leurs prestations selon la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) (médecin refusant la convention).

Prestations à l'étranger

15 Champ d'application territorial et temporel

La couverture d'assurance à l'étranger est valable dans le monde entier pour les séjours inférieurs à 12 mois.

16 Prestations

- 1 En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, les prestations suivantes sont prises en charge en complément de l'assurance de base correspondante:
 - les frais de soins aux tarifs locaux en vigueur pour:
 - les traitements médicaux
 - les médicaments
 - les analyses
 - les traitements auprès de chiropraticiens
 - les traitements dentaires par suite d'accident
 - les traitements stationnaires dans les hôpitaux pour cas aigus;
 - les frais de recherche et de sauvetage d'assurés accidentés ou atteints d'une maladie aiguë;
 - les coûts des transports médicalement nécessaires en rapport avec les mesures thérapeutiques, avec des moyens de transport appropriés (frais de rapatriement compris);
 - les coûts de dégagement et de rapatriement d'une personne décédée.
- 2 Au maximum CHF 20 000.– sont versés pour les frais de recherche et de dégagement.
- 3 Les prestations ne sont versées que pour les traitements effectués dans le pays où est effectué le séjour. Il n'existe aucun droit aux prestations pour les transferts et traitements effectués dans des États tiers.

17 Obligation d'annoncer en cas de maladie ou d'accident à l'étranger

- 1 En cas de maladie subite ou d'accident à l'étranger, il est impératif de contacter immédiatement Sanitas Assistance pour les demandes de prestations suivantes:
 - actions de recherche et de sauvetage;
 - transports et traitements stationnaires dans les hôpitaux pour cas aigus;
 - dégagement et rapatriement d'une personne décédée.

- 2 Sanitas Assistance ordonnera, organisera et se chargera, au besoin, d'apporter l'aide nécessaire. Seuls ces coûts seront pris en charge par Sanitas.

18 Prestation maximale

- 1 Lors d'un traitement ambulatoire, les prestations sont accordées sans limitation de montant.
- 2 Lors d'un traitement stationnaire, les prestations sont accordées sans limitation de montant jusqu'au moment où un retour au domicile ou un transfert jusqu'à un hôpital compétent en Suisse peut être raisonnablement envisagé du point de vue médical, au maximum toutefois pendant 60 jours.

Protection juridique des patients

Assureur: AXA-ARAG

19 Assureur compétent

- 1 L'assureur est AXA-ARAG Protection juridique SA, dont le siège est à Zurich. Les assurés ne peuvent faire valoir les droits découlant de cette assurance de protection juridique qu'envers AXA-ARAG.
- 2 Sanitas ne peut donner à AXA-ARAG aucune instruction concernant le règlement des cas juridiques.

20 Champ d'application personnel

Sont considérés comme personnes assurées:

- toutes les personnes disposant d'une assurance Diversa Confort;
- les successeurs légaux/ayants droit d'un assuré lorsque celui-ci décède à la suite d'un événement assuré.

21 Champ d'application concret

- 1 Est couverte la défense des intérêts juridiques de l'assuré en cas de litige avec un fournisseur de prestations (médecin, dentiste, hôpital, personnel médical) reconnu au sens de la loi sur l'assurance-maladie ou de la loi sur l'assurance-accidents, ou avec d'autres fournisseurs de prestations reconnus par Sanitas, ces litiges portant sur des prestations couvertes par Sanitas.

2 Sont assurés:

- a) Droit de la responsabilité civile: les litiges survenant lors de l'exercice de prétentions légales ou contractuelles en responsabilité civile concernant des dommages corporels ou des préjudices de fortune qui en résultent directement, consécutifs:
- à de possibles erreurs de manipulation, des diagnostics erronés et à une surveillance insuffisante;
 - à la non-exécution d'exams et de traitements;
 - au non-respect du devoir d'information vis-à-vis de l'assuré sur les effets éventuels de mesures médicales;
 - à des informations erronées ou un refus d'information.
- b) Droit des contrats: les litiges contractuels en rapport avec la consultation et la diffusion de dossiers de patients (p. ex. radiographies, anamnèse).
- 3 Ne sont pas assurés les litiges portant sur:
- les prestations psychiatriques ou psychothérapeutiques ainsi que les prestations dentaires non assurées par Sanitas;
 - les honoraires et les factures;
 - les prestations des assurances sociales et privées ainsi que celles des caisses de pensions.

22 Champ d'application temporel

L'assurance couvre les cas juridiques survenant pendant la durée de l'assurance complémentaire Diversa Confort. Un cas juridique est considéré comme survenu:

- en droit de la responsabilité civile (chiffre 21.2a): au moment où le dommage est causé;
- en droit contractuel (chiffre 21.2b): au moment de la première violation, effective ou prétendue, de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles.

23 Champ d'application territorial

L'assurance s'applique exclusivement aux cas juridiques pour lesquels le for est situé en Suisse, pour autant que le droit suisse soit applicable.

24 Prestations assurées

- 1 Dans les cas juridiques assurés, AXA-ARAG prend à sa charge, jusqu'à concurrence d'une somme garantie de CHF 250 000.– par cas juridique:
- le traitement des cas juridiques par AXA-ARAG;
 - les frais résultant du recours, en accord avec AXA-ARAG, à un représentant juridique de l'assuré;
 - les frais d'expertises destinées à éclaircir des points litigieux, pour autant que ces expertises soient effectuées en accord avec AXA-ARAG ou sur requête d'un tribunal;

- les frais de justice et les autres frais de procédure de tribunaux publics et d'autorités incombant à l'assuré;
- les dépens alloués à la partie adverse à la charge de l'assuré;
- les frais d'encaissement des créances dues à l'assuré en raison d'un cas juridique assuré, et ce jusqu'à la délivrance d'un acte de défaut de biens ou jusqu'à la commination de faillite;
- les frais d'une médiation décidée en accord avec AXA-ARAG en lieu et place d'une procédure judiciaire.

2 Si une personne a conclu plusieurs contrats d'assurance auprès d'AXA-ARAG pour le même cas juridique, la somme de garantie est versée au maximum une fois.

3 N'est pas assurée la prise en charge:

- de dommages-intérêts et de réparations morales;
- de frais qui vont à la charge du responsable civil ou d'un assureur responsabilité civile.

25 Annonce d'un cas juridique

1 Tout cas pour lequel un assuré entend bénéficier des prestations d'AXA-ARAG doit être déclaré immédiatement à Sanitas ou à AXA-ARAG.

2 AXA-ARAG peut réduire ses prestations ou refuser de les allouer en cas de violation de l'obligation d'aviser ou d'autres obligations commandées par les circonstances.

26 Règlement des cas juridiques

1 Participation: après avoir annoncé un cas juridique, l'assuré est tenu de fournir à AXA-ARAG tous les renseignements et toutes les procurations nécessaires, ainsi que d'obtenir et de lui transmettre les éléments de preuve et l'adresse actuelle de la partie adverse.

2 Procédure: après examen de la situation juridique, les mesures à prendre sont discutées avec l'assuré. AXA-ARAG mène ensuite les négociations à la place de l'assuré en vue d'obtenir un arrangement à l'amiable. En cas d'échec, AXA-ARAG décide de l'opportunité d'un procès et de la suite à donner à l'affaire.

- 3 Recours à un avocat: AXA-ARAG décide de la nécessité de recourir à un avocat.
- a) L'assuré a toutefois le droit, en accord avec AXA-ARAG, de recourir à un avocat de son choix:
- lorsque, dans le cadre d'une procédure judiciaire ou administrative, un représentant juridique doit être désigné (monopole des avocats);
 - en cas de conflit d'intérêts.
- b) Si aucun accord ne peut être trouvé sur la personne du représentant juridique, AXA-ARAG choisit un représentant parmi trois personnes proposées par l'assuré. Ces personnes ne doivent pas appartenir au même cabinet d'avocats ni à la même association d'avocats.
- c) L'assuré libère l'avocat du secret professionnel envers AXA-ARAG; elle lui enjoint d'informer celle-ci de l'évolution du dossier et de lui fournir en particulier tous les renseignements et documents nécessaires à une prise de position, dès lors qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts et que la transmission à AXA-ARAG des informations demandées n'est pas susceptible de porter préjudice à l'assuré.
- 4 Transactions: AXA-ARAG ne prend en charge les obligations qui lui incombent en vertu d'une transaction que si elle a donné son accord au préalable.
- 5 Dépens alloués aux parties: les indemnités et autres dépens judiciaires ou extrajudiciaires alloués à l'assuré sont acquis à AXA-ARAG ou doivent lui être cédés jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées.
- 6 Chances de succès: si AXA-ARAG refuse d'accorder une prestation concernant une mesure à prendre parce que les chances de succès paraissent insuffisantes, elle doit justifier immédiatement par écrit la solution proposée et attirer l'attention de l'assuré sur la possibilité d'engager une procédure en cas de divergence d'opinion.
- 7 Procédure en cas de divergence d'opinion: en cas de divergence d'opinion sur les mesures à prendre pour le règlement du cas, l'assuré a le droit de faire apprécier lesdites mesures par un expert indépendant, désigné d'un commun accord par les parties. À défaut d'accord, l'expert est désigné par le juge compétent. Les coûts sont avancés pour moitié par chaque partie et vont ensuite à la charge de la partie perdante. Aucuns dépens ne sont alloués aux parties.

- 8 Mesures aux propres frais l'assuré: en cas de divergence d'opinion, l'assuré a également la possibilité de prendre, à ses propres frais, toutes les mesures qui lui semblent adéquates ou utiles. Si, en cas de refus d'une prestation d'assurance, l'assuré engage ou poursuit un procès à ses propres frais et obtient un résultat qui lui est plus favorable que la solution motivée sous forme écrite par AXA-ARAG ou que le résultat de la procédure en cas de divergence d'opinion, AXA-ARAG prend à sa charge les frais ainsi occasionnés jusqu'à concurrence de la somme de garantie maximale.

27 Traitement des données

AXA-ARAG est autorisée à se procurer et à traiter les données nécessaires au règlement des cas juridiques. De même, AXA-ARAG est habilitée à recueillir tous les renseignements utiles auprès de tiers et à consulter les documents officiels. Si cela est requis pour le règlement du cas juridique, des données peuvent être communiquées à des tiers concernés ou transmises à l'étranger. AXA-ARAG s'engage à traiter les informations recueillies en toute confidentialité.