
Produits Wincare

Assurances d'hospitalisation

Assurances complémentaires pour les traitements stationnaires

Conditions complémentaires (CC)

Édition de janvier 2017 (version 2017)

Assureur: Sanitas Assurances privées SA

sanitas

Généralités

1 Objet des assurances

1 Les présentes conditions complémentaires (CC) réglementent les assurances complémentaires ci-après:

- **Division demi-privée et privée**

Assurance complémentaire pour les frais de séjour, de soins et de traitement non couverts par l'assurance de base correspondante pour les séjours en division privée ou demi-privée dans un hôpital pour cas aigus;

- **Hôpital-Confort 1 ou Hôpital-Confort 2**

Assurance complémentaire pour les frais de séjour et de soins non couverts par l'assurance de base correspondante pour un séjour dans une chambre à un ou deux lits dans un hôpital conventionné;

- **Médecin privé**

Assurance complémentaire pour les frais de traitement non couverts par l'assurance de base correspondante avec libre choix du médecin (médecin-chef, médecin responsable, médecin agréé) dans un hôpital conventionné;

- **Hôpitaux figurant sur la liste LAMal (division générale)**

Assurance complémentaire pour les frais de séjour, de soins et de traitement non couverts par l'assurance de base correspondante pour les séjours en division générale dans un hôpital pour cas aigus figurant sur la liste selon la LAMal;

- **Hôpitaux non répertoriés**

Assurance complémentaire pour les coûts de séjour, de soins et de traitement dans un hôpital pour cas aigus répertorié selon la LAMal (confort du séjour, des soins et du traitement conformément à l'assurance d'hospitalisation conclue en complément).

2 Les assurances peuvent être conclues 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.

Définitions

3 Hôpital pour cas aigus

1 Les établissements médicaux ou leurs divisions placés sous direction ou surveillance médicale, servant au traitement stationnaire de cas aigus ou de suites d'accidents ou à l'exécution stationnaire de mesures médicales de réadaptation sont considérés comme hôpitaux pour cas aigus. Ils doivent garantir une assistance médicale suffisante, disposer du personnel qualifié nécessaire et d'équipements médicaux adéquats et assurer la fourniture appropriée de médicaments. Dans ce sens, les cliniques d'obstétrique, les cliniques psychiatriques et les cliniques de rééducation sont aussi considérées comme des hôpitaux pour cas aigus.

2 Ne sont pas considérés comme hôpitaux pour cas aigus les établissements de cure, les EMS, les centres de soins palliatifs et les autres établissements médicaux qui ne sont pas prévus pour le traitement des personnes atteintes de maladies aiguës.

4 Hôpitaux figurant sur la liste LAMal

1 Sont considérés comme hôpitaux figurant sur la liste selon la LAMal les hôpitaux pour cas aigus figurant sur une liste cantonale des hôpitaux au sens de l'art. 39.1 al. e LAMal.

2 Une liste peut être remise aux assurés qui en font la demande.

5 Hôpitaux hors liste

1 Sont considérés comme des hôpitaux hors liste:

- les hôpitaux pour cas aigus ne figurant pas sur une liste cantonale des hôpitaux au sens de l'art. 39.1 al. e LAMal;
- les établissements effectuant des traitements aigus semi-hospitaliers et disposant de lits pour les traitements stationnaires.

2 Une liste peut être remise aux assurés qui en font la demande.

6 Hôpital conventionné

1 Sont considérés comme hôpitaux conventionnés les hôpitaux pour cas aigus qui s'engagent envers Sanitas à reconnaître les assurances Hôpital-Confort et Médecin privé et à établir séparément et selon les tarifs convenus le décompte des prestations Hôpital-Confort et Médecin privé.

2 Une liste peut être remise aux assurés qui en font la demande.

Prestations des assurances en division générale, demi-privée et privée

7 Variantes au niveau de l'assurance

- 1 En fonction des dispositions convenues, le séjour hospitalier est assuré en division générale, demi-privée ou privée.
- 2 Est considérée comme division générale une chambre à plusieurs lits dont le tarif est reconnu par Sanitas.
- 3 Est considérée comme division demi-privée une chambre à deux lits ou, exceptionnellement, plus de deux lits dont le tarif est reconnu par Sanitas.
- 4 Est considérée comme division privée une chambre à un lit ou, exceptionnellement, à deux lits dont le tarif est reconnu par Sanitas.
- 5 Un hôpital pour cas aigus sans critères de répartition ou dont les critères de répartition sont différents de ceux cités ci-dessus est considéré comme étant une division privée.

8 Étendue des prestations

- 1 Lors d'un séjour dans un hôpital figurant sur la liste selon la LAMal: les prestations de la présente assurance sont versées en complément de l'assurance de base correspondante.
- 2 Lors d'un séjour dans un hôpital hors liste: les prestations de la présente assurance sont versées en complément de l'assurance complémentaire pour les hôpitaux hors liste. Si cette assurance complémentaire n'a pas été conclue, on déduit la part que l'assurance obligatoire des soins aurait dû verser pour un séjour dans un hôpital figurant sur la liste selon la LAMal.
- 3 Sont assurés les frais de séjours, de soins et de traitement dans un hôpital pour cas aigus, en fonction de la variante d'assurance convenue (division générale, demi-privée, privée).

9 Étendue des prestations en cas de sous-assurance

- 1 En cas de séjour en division privée, les assurés disposant d'une couverture d'assurance pour la division demi-privée perçoivent 75% des prestations selon la couverture d'assurance pour la division privée.
- 2 En cas de séjour en division privée, les assurés disposant d'une couverture d'assurance pour la division générale perçoivent 20% des prestations relevant de la couverture d'assurance pour la division privée. En cas de séjour en division demi-privée, ils perçoivent 40% des prestations relevant de la couverture d'assurance pour la division demi-privée.

10 Prestations à l'étranger

- 1 Lors d'un séjour stationnaire médicalement nécessaire dans un hôpital pour cas aigus ou une clinique psychiatrique à l'étranger, les frais de séjour, de soins et de traitement non couverts par une autre assurance sont pris en charge.
- 2 Les prestations sont payées au maximum jusqu'au moment où le rapatriement ou le transfert dans un établissement hospitalier en Suisse peut être raisonnablement exigé du point de vue médical. Les transferts et les frais hospitaliers dans des États tiers ne sont pas assurés.
- 3 Aucune prestation n'est versée quand la personne assurée se rend à l'étranger pour y suivre un traitement ou pour y accoucher.
- 4 Pour bénéficier des prestations, l'assuré est tenu de fournir les renseignements médicaux nécessaires et l'original des factures détaillées. Si l'assuré n'est pas en mesure de fournir des factures détaillées, les prestations sont fixées en fonction de la nature, de la gravité et de la durée de la maladie ou des suites de l'accident.

11 Prestations pour les cures de convalescence

- 1 Si, pour la guérison ou le rétablissement suivant une maladie grave, un accident ou une opération, une cure de convalescence est nécessaire et est prescrite par un médecin, les prestations journalières suivantes sont versées pendant 21 jours au maximum par année civile:
 - couverture d'assurance en division générale: CHF 30.–
 - couverture d'assurance en division demi-privée: CHF 50.–
 - couverture d'assurance en division privée: CHF 70.–
- 2 La cure doit être effectuée en Suisse dans un établissement de cure reconnu par Sanitas. Une liste peut être remise aux assurés qui en font la demande.

12 Prestations pour l'aide-ménagère

- 1 Si l'assuré se trouve en incapacité totale de travail, qu'il a besoin d'une aide-ménagère en raison de son état de santé et de ses conditions familiales, et que cette aide-ménagère est prescrite par un médecin, les prestations journalières maximales suivantes sont versées pour les coûts justifiés et non couverts par une autre assurance, au maximum pendant 30 jours par année civile:
 - couverture d'assurance en division générale: CHF 30.–
 - couverture d'assurance en division demi-privée: CHF 50.–
 - couverture d'assurance en division privée: CHF 70.–
- 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.

Prestations de l'assurance Hôpital-Confort

13 Variantes au niveau de l'assurance

En fonction des dispositions convenues, le séjour hospitalier est assuré en chambre à un lit (Hôpital-Confort 1) ou en chambre à deux lits (Hôpital-Confort 2).

14 Étendue des prestations

- 1 Lors d'un séjour dans un hôpital figurant sur la liste selon la LAMal:
les prestations de la présente assurance sont versées en complément de l'assurance de base correspondante.
- 2 Lors d'un séjour dans un hôpital conventionné, considéré comme étant hors liste:
les prestations de la présente assurance sont versées en complément de l'assurance complémentaire pour les hôpitaux hors liste. Si cette assurance complémentaire n'a pas été conclue, on déduit la part que l'assurance obligatoire des soins aurait dû verser pour un séjour dans un hôpital figurant sur la liste selon la LAMal.
- 3 Les frais de séjour et de soins dans un hôpital conventionné sont assurés.
- 4 Les prestations sont versées lorsque l'assuré doit passer au moins une nuit dans un hôpital conventionné.

15 Étendue des prestations en cas de sous-assurance

Pour les assurés bénéficiant d'une couverture d'assurance Hôpital-Confort 2 et qui séjournent dans une chambre selon la couverture Hôpital-Confort 1, seuls les frais d'une chambre selon la couverture Hôpital-Confort 2 sont pris en charge.

Prestations de l'assurance Médecin privé

16 Médecin privé

Sont considérés comme étant des médecins privés les médecins exerçant dans un hôpital conventionnés à un poste à haute responsabilité médicale (médecins-chefs, médecins responsables, médecins agréés).

17 Étendue des prestations

- 1 Lors d'un séjour dans un hôpital figurant sur la liste selon la LAMal:
les prestations de la présente assurance sont versées en complément de l'assurance de base correspondante.
- 2 Lors d'un séjour dans un hôpital conventionné, considéré comme étant hors liste:
les prestations de la présente assurance sont versées en complément de l'assurance complémentaire pour les hôpitaux hors liste. Si cette assurance complémentaire n'a pas été conclue, on déduit la part que l'assurance obligatoire des soins aurait dû verser pour un séjour dans un hôpital figurant sur la liste selon la LAMal.
- 3 Sont assurés les frais supplémentaires résultant du libre choix du médecin pour les traitements (incluant les examens, les interventions chirurgicales et l'assistance médicale) effectués par un médecin privé dans un hôpital conventionné.
- 4 Les prestations selon l'alinéa 3 sont également versées lorsque les frais résultent d'un traitement semi-hospitalier.

Prestations de l'assurance des hôpitaux figurant sur la liste selon la LAMal

18 Étendue des prestations

- 1 Les prestations de cette assurance sont versées en complément de l'assurance obligatoire des soins.
- 2 Les frais de séjour, de soins et de traitement en division générale d'un hôpital figurant sur la liste selon la LAMal sont assurés conformément au tarif reconnu par Sanitas.

19 Étendue des prestations en cas de sous-assurance

En cas de séjour en division demi-privée ou privée, seuls les frais de la division générale sont remboursés aux assurés, en complément de l'assurance obligatoire des soins.

Prestations de l'assurance des hôpitaux hors liste

20 Étendue des prestations

Sont assurés les frais de séjour, de soins et de traitement dans un hôpital hors liste conformément aux tarifs et taxes analogiques reconnus par Sanitas. Les prestations sont versées uniquement si une assurance complémentaire a été conclue auprès de Sanitas pour la division privée, demi-privée ou générale ou pour les hôpitaux figurant sur la liste selon la LAMa. Le confort en matière de séjour, de soins et de traitement est conforme à l'étendue des prestations de l'assurance d'hospitalisation conclue.

Dispositions communes concernant la couverture d'assurance

21 Durée des prestations

- 1 Les prestations assurées sont prises en charge aussi longtemps que le diagnostic et l'ensemble du traitement médical justifient le séjour dans un hôpital pour cas aigus.
- 2 Lors d'un séjour dans une clinique psychiatrique, les prestations assurées sont versées aussi longtemps que le séjour s'avère nécessaire sur le plan médical et qu'il ne s'agit pas d'une maladie chronique, au maximum toutefois pendant 90 jours par année civile.

22 Couverture d'assurance pour les nouveau-nés en bonne santé

Pour les frais d'hospitalisation non couverts pour le nouveau-né en bonne santé et assuré auprès de Sanitas dès sa naissance, les prestations sont versées dans le cadre de l'assurance d'hospitalisation de la mère.

23 Second Opinion

Avant une intervention chirurgicale, les personnes assurées peuvent s'adresser au médecin-conseil de Sanitas pour qu'il évalue ou fasse évaluer par un autre médecin la nécessité de l'intervention (Second Opinion). Les frais en résultant sont alors à la charge de Sanitas.

24 Exclusion de prestations

Ces assurances complémentaires n'allouent aucune prestation en complément aux exclusions de prestations au titre des conditions générales d'assurance (CGA) des produits Wincare pour les assurances complémentaires selon la LCA:

- pour les traitements dentaires qui ne sont pas du domaine des prestations obligatoires de l'assurance obligatoire des soins;
- pour les séjours dans un établissement qui n'est pas considéré comme un hôpital pour cas aigus ou n'est pas adapté, d'un point de vue économique ou médical, aux soins et au traitement nécessaires;
- pour les greffes de moelle ou d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) a prévu des forfaits par cas à la charge de l'assurance obligatoire des soins, sans considération de l'hôpital où l'intervention a lieu;
- dans l'assurance Hôpital-Confort, pour les traitements effectués par des médecins dans le cadre d'un séjour hospitalier;
- dans l'assurance Médecin privé, pour les frais de séjour et de soins, les transports et les prestations techniques.

Franchise à option

25 Franchise à option

- 1 Moyennant une réduction de prime, l'assuré disposant d'une couverture d'assurance en division privée, resp. demi-privée de l'assurance Hôpital-Confort ou Médecin privé a la possibilité d'assumer lui-même les frais à la charge de cette assurance complémentaire jusqu'à concurrence d'un montant fixe par année civile (franchise). La franchise convenue figure dans la police.
- 2 Une nouvelle procédure d'admission au moyen d'une proposition d'assurance est nécessaire en cas de changement pour une franchise inférieure. Ce changement est possible pour le début d'une année civile, la première fois après une durée d'assurance de 3 ans et en respectant un délai de 3 mois.
- 3 Si l'assurance avec franchise à option a duré moins d'une année civile complète, la franchise est prélevée au prorata temporis.
- 4 Lors de séjours hospitaliers de courte durée se prolongeant au-delà de la fin de l'année, la franchise choisie n'est perçue qu'une seule fois. Sont considérés comme séjours hospitaliers de courte durée ceux n'excédant pas 30 jours.

Produits Wincare

Assurances d'hospitalisation en cas d'accident

Assurances complémentaires pour les traitements stationnaires en cas d'accident

Conditions complémentaires (CC)

Édition de janvier 2017 (version 2017)

Assureur: Sanitas Assurances privées SA

Généralités

1 Objet de l'assurance

Les présentes conditions complémentaires (CC) règlent la couverture d'assurance en cas d'accident pour une hospitalisation en division privée ou demi-privée dans tous les établissements hospitaliers de Suisse (hôpitaux figurant sur la liste LAMal et hôpitaux hors liste).

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.

Définitions

3 Hôpital pour cas aigus

- 1 Les établissements médicaux ou leurs divisions placés sous direction ou surveillance médicale, servant au traitement stationnaire de suites d'accidents ou à l'exécution stationnaire de mesures médicales de réadaptation sont considérés comme hôpitaux pour cas aigus. Ils doivent garantir une assistance médicale suffisante, disposer du personnel qualifié nécessaire et d'équipements médicaux adéquats et assurer la fourniture appropriée de médicaments. Les cliniques psychiatriques et de réadaptation sont considérées en ce sens comme des hôpitaux pour cas aigus.
- 2 Ne sont pas considérés comme hôpitaux pour cas aigus les établissements de cure, les EMS, les centres de soins palliatifs et les autres établissements médicaux qui ne sont pas prévus pour le traitement des personnes atteintes de maladies aiguës.

Prestations

4 Variantes au niveau de l'assurance

- 1 En fonction des dispositions convenues, le séjour hospitalier est assuré en division demi-privée ou privée.
- 2 Est considérée comme division demi-privée une chambre à deux lits ou, exceptionnellement, plus de deux lits dont le tarif est reconnu par Sanitas.

- 3 Est considérée comme division privée une chambre à un lit ou, exceptionnellement, à deux lits dont le tarif est reconnu par Sanitas.

- 4 Les divisions d'un hôpital pour cas aigus sans critères de répartition ou dont les critères de répartition sont différents de ceux cités ci-dessus sont considérées par l'assurance comme des divisions privées.

5 Étendue des prestations

- 1 Sont assurés les frais de séjour, de soins et de traitement à la suite d'un accident en division demi-privée ou privée d'un hôpital pour cas aigus (hôpitaux figurant sur la liste LAMal et hôpitaux hors liste), conformément au tarif reconnu par Sanitas.
- 2 Les prestations de la présente assurance sont versées en complément de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'assurance accidents obligatoire selon la loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA).

6 Étendue des prestations en cas de sous-assurance

En cas de séjour en division privée, les assurés disposant d'une couverture d'assurance pour la division demi-privée perçoivent 75% des prestations relevant de la couverture d'assurance pour la division privée.

7 Prestations à l'étranger

- 1 Lors d'un séjour stationnaire médicalement nécessaire dans un hôpital pour cas aigus ou une clinique psychiatrique à l'étranger, les frais de séjour, de soins et de traitement non couverts par une autre assurance sont pris en charge.
- 2 Les prestations sont payées au maximum jusqu'au moment où le rapatriement ou le transfert dans un établissement hospitalier en Suisse peut être raisonnablement exigé du point de vue médical. Les transferts et les frais hospitaliers dans des États tiers ne sont pas assurés.
- 3 Aucune prestation n'est versée quand l'assuré se rend à l'étranger pour y suivre un traitement.
- 4 Pour bénéficier des prestations, l'assuré est tenu de fournir les renseignements médicaux nécessaires et l'original des factures détaillées. S'il n'est pas en mesure de fournir des factures détaillées, les prestations sont fixées en fonction de la nature, de la gravité et de la durée de la maladie ou des suites de l'accident.

8 Prestations pour les cures de convalescence

- 1 Si, pour la guérison ou le rétablissement suivant un accident grave, une cure de convalescence est nécessaire et est prescrite par un médecin, les prestations journalières suivantes sont versées pendant 21 jours au maximum par année civile:
 - couverture d'assurance en division demi-privée: CHF 50.–
 - couverture d'assurance en division privée: CHF 70.–
- 2 La cure doit être effectuée en Suisse dans un établissement de cure reconnu par Sanitas. Une liste peut être remise aux assurés qui en font la demande.

9 Prestations pour l'aide-ménagère

- 1 Si l'assuré se trouve en incapacité totale de travail, qu'il a besoin d'une aide-ménagère en raison de son état de santé et de ses conditions familiales, et que cette aide-ménagère est prescrite par un médecin, les prestations journalières maximales suivantes sont versées pour les coûts justifiés et non couverts par une autre assurance, au maximum pendant 30 jours par année civile:
 - couverture d'assurance en division demi-privée: CHF 50.–
 - couverture d'assurance en division privée: CHF 70.–
- 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.

10 Durée des prestations

- 1 Les prestations assurées sont prises en charge aussi longtemps que le diagnostic et l'ensemble du traitement médical justifient le séjour dans un hôpital pour cas aigus.
- 2 En cas de séjour dans une clinique psychiatrique, les prestations assurées sont versées aussi longtemps qu'un tel séjour est médicalement nécessaire, au maximum toutefois pendant 90 jours par année civile.

11 Second Opinion

Avant une intervention chirurgicale, les personnes assurées peuvent s'adresser au médecin-conseil de Sanitas pour qu'il évalue ou fasse évaluer par un autre médecin la nécessité de l'intervention (Second Opinion). Les frais en résultant sont alors à la charge de Sanitas.

12 Exclusion de prestations

Ces assurances complémentaires n'allouent aucune prestation en complément au chiffre 25 des conditions générales d'assurance (CGA) des produits Wincare pour les assurances complémentaires selon la LCA:

- pour les séjours dans un établissement qui n'est pas considéré comme un hôpital pour cas aigus ou n'est pas adapté, d'un point de vue économique ou médical, aux soins et au traitement nécessaires;
- pour les greffes d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) a prévu des forfaits par cas à la charge de l'assurance obligatoire des soins, sans considération de l'hôpital où l'intervention a lieu.