

p-care

Assurances complémentaires selon
la loi sur le contrat d'assurance (LCA)
Formule d'assurance destinée aux
personnes anciennement assurées
dans un contrat-cadre

Édition de janvier 2023
Version 2023

Organisme d'assurance:
Sanitas Assurances privées SA avec siège à Zurich

1 Bases du contrat

- 1 Le fournisseur d'assurances complémentaires selon la LCA est Sanitas Assurances privées SA, Jägergasse 3, 8004 Zurich. Toutes les déclarations écrites que le preneur d'assurance (auteur de la proposition), la personne assurée ou leur représentant font (ou ont fait) dans la proposition d'assurance et dans d'autres documents ainsi que les rapports médicaux forment les bases du contrat.
- 2 Les droits et obligations des parties contractantes sont fixés dans la police et les éventuels avenants, dans les conditions générales d'assurance (CGA), les conditions complémentaires (CC) et les 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 par ces documents.
- 4 p-care s'adresse aux personnes anciennement assurées dans s-care.
- 5 Dans un souci d'égalité de traitement entre les sexes, la forme masculine s'applique par analogie à tous les sexes. Cet usage n'a que des motifs rédactionnels et ne représente aucun jugement de valeur.

2 Objet de l'assurance

- 1 Sanitas Assurances privées SA (nommée ci-après «Sanitas») assure les suites économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident. Le risque accidents est coassuré s'il figure sur la police.
- 2 Les coûts qui excèdent les prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMAI, 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 Des paquets d'assurance avec les catégories de prestations suivantes sont proposés:
 - Corporate Standard
 - Corporate Extra
 - Corporate TopLes catégories de prestations se composent de deux produits d'assurance ambulatoires (Corporate Alternative Care et Corporate Preventive Care) ainsi que du complément hospitalier correspondant.
- 2 Les prestations sont allouées dans le cadre des coûts non couverts. La date de traitement, respectivement la date à laquelle le fournisseur de prestations fournit la prestation, est déterminante pour l'obligation de Sanitas d'allouer les prestations.
- 3 Les prestations en cas de maladie, de maternité et d'accident ne sont pas cumulables.
- 4 Le droit aux prestations de maternité commence neuf mois après réception de la proposition par Sanitas.
- 5 En cas de factures surfaites, Sanitas fixe les prestations dans le cadre des taux locaux usuels.
- 6 Si les coûts ne sont pas détaillés, Sanitas procède elle-même à la répartition selon son appréciation.

4 Termes

- 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 réputée 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 membres de la famille sont l'époux/l'épouse ou le/la partenaire des personnes anciennement assurées s-care et leurs enfants, tant qu'ils vivent en ménage commun.
- 5 Les personnes assurées sont les personnes qui ont un rapport d'assurance avec Sanitas.
- 6 Est considérée comme une urgence toute situation imprévue dans laquelle l'intégrité physique est menacée.

5 Champ d'application territorial

Les assurances sont valables dans le monde entier.

6 Négligence grave

Sanitas renonce à son droit de réduire les prestations d'assurance en cas de négligence grave. Il n'existe toutefois aucun droit aux prestations pour les réductions de prestations d'autres assureurs.

Limitation de l'étendue de l'assurance

7 Exclusion de prestations

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

- participations aux coûts et réduction des prestations d'autres assurances;
- affections existantes au moment de répondre au questionnaire sur l'état de santé;
- traitements et mesures qui ne sont pas efficaces, appropriés ou économiques, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques;
- interventions destinées à corriger ou à améliorer des défauts physiques et des défigurations, dans la mesure où elles ne sont pas rendues nécessaires par un événement assuré;
- traitements à des fins d'expérience personnelle, de développement personnel ou de maturation de la personnalité, ou à d'autres fins non liées au traitement d'une maladie;
- cures d'amaigrissement, thérapies de renforcement musculaire, 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 terroristes, de crimes et de délits de tout type, y compris les mesures prises par les autorités pour les combattre. Cela ne s'applique pas si la personne assurée est en mesure de prouver qu'elle a été victime de ces actes ou qu'elle n'y a pas activement participé ou qu'elle ne les a pas fomentés;
- traitements suite à une consommation abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool. L'abus de ces substances pouvant entraîner la dépendance n'est expressément pas considéré comme une maladie et ne déclenche donc aucun droit à des prestations;
- traitements pendant le service militaire à l'étranger et/ou les traitements subséquents;
- prestations pour lesquelles l'achat commun de prestations des assureurs maladie ou l'Achat de prestations de Sanitas a conclu des forfaits par cas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal;
- maladies et accidents suite à des événements 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 la personne assurée et qu'elle a été surprise par leur déclenchement;

Sanitas peut suspendre temporairement ou supprimer complètement cette couverture complémentaire pour certains pays moyennant un préavis de 14 jours.

8 Assurances multiples

Si les frais ou la perte de gain sont couverts par plusieurs entreprises d'assurance, les frais ou la perte de gain ne sont remboursés qu'une seule fois au total. Dans ces cas, Sanitas ne paie ses prestations qu'au prorata.

9 Prestations de tiers

- 1 Les personnes assurées sont tenues d'informer immédiatement Sanitas de toute prestation de tiers ainsi que de tout accord sur des sommes d'indemnisation, dans la mesure où Sanitas doit verser des prestations dans le même cas d'assurance.
- 2 Si Sanitas alloue des prestations à la place de tiers, la personne assurée doit lui céder ses droits à Sanitas dans la mesure de l'obligation d'allouer des prestations.
- 3 Les accords passés par les personnes assurées avec des tiers n'engagent pas Sanitas.

Obligations générales et justification des prétentions

10 Obligations générales

Les personnes assurées sont tenues de suivre les prescriptions médicales ou les prescriptions d'autres fournisseurs de prestations.

11 Justification des prétentions

- 1 Pour faire valoir un droit à des prestations d'assurance, les factures originales détaillées et les justificatifs doivent être remis à Sanitas. Les droits aux prestations se prescrivent par cinq ans à compter de la survenance du fait qui fonde l'obligation de prestation. Les prétentions de Sanitas à l'encontre du preneur d'assurances sont soumises à un délai de prescription de deux ans.
- 2 Lorsque des prestations sont versées 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 envoyés à Sanitas.
- 3 Pour faire valoir un droit à des prestations d'accident, le formulaire «Déclaration d'accident» doit être remis à Sanitas.

12 Factures établies à l'étranger

- 1 Les factures et les documents provenant de l'étranger doivent être présentés en allemand, en français, en italien, en anglais ou en espagnol. Les factures et documents rédigés dans d'autres langues doivent être accompagnés d'une traduction authentifiée.
- 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 Non-respect des devoirs et obligations

Si, en cas de sinistre, la personne assurée ne respecte pas ses devoirs et obligations envers Sanitas, celle-ci peut réduire ou refuser ses prestations, sauf si la personne assurée prouve qu'elle n'est pas coupable de ce non-respect ou que la violation des devoirs et obligations n'a eu aucune influence sur la survenance de l'événement redouté et sur l'étendue des prestations dues par Sanitas. Les devoirs et obligations de la personne assurée figurent aux chiffres 9 à 12.

Début et fin de l'assurance

14 Conditions d'admission

- 1 L'assurance est proposée aux personnes soumises à l'obligation de s'assurer selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et qui sont domiciliées ou résident habituellement en Suisse.
- 2 En soumettant la proposition, les médecins, les assureurs précédents et les autres organismes d'assurance sont autorisés à fournir des renseignements à Sanitas ou à ses médecins-conseils.
- 3 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.
- 4 Sanitas peut refuser une proposition sans justification ou émettre des réserves.

Si, au moment de répondre au questionnaire sur l'état de santé dans le formulaire de proposition, le preneur d'assurance ou la personne à assurer a dissimulé ou déclaré inexactement un fait important (maladies existantes ou antérieures et/ou séquelles d'accident) qu'il/elle connaissait ou aurait dû connaître et sur lequel il/elle a été interrogé-e par écrit ou sous une autre forme permettant d'en apporter la preuve par un texte, Sanitas peut résilier le contrat dans les quatre semaines après avoir pris connaissance de la réticence. L'assurance s'éteint à la fin du mois au cours duquel la résiliation écrite parvient au preneur d'assurance. Les prestations déjà payées, dont la survenance ou l'étendue a été influencée par le fait important non déclaré ou incorrectement déclaré, sont réclamées intégralement au preneur d'assurance.

- 5 L'âge limite maximal pour être admis dans l'assurance maladie complémentaire est de 60 ans révolus. L'âge limite maximal pour être admis dans l'assurance accidents complémentaire est de 65 ans révolus.
- 6 Les personnes assurées bénéficiant d'un droit de passage ne sont pas concernées par cette réglementation. Les limites d'âge ont été ajoutées pour les extensions de la couverture d'assurance (sans droit de passage).

15 Renonciation au droit de passage de la formule d'assurance s-care à la formule d'assurance pour les anciens assurés s-care (p-care)

Les personnes assurées qui renoncent à leur droit de passage de la solution d'assurance s-care à p-care ont le droit de résilier par écrit leur assurance dans les 30 jours après réception de la nouvelle police ou de demander le maintien de l'assurance dans l'assurance individuelle de Sanitas. Le maintien s'effectue sans examen de l'état de santé dans le cadre de prestations similaires à celles de la formule d'assurance s-care. La classe d'âge au moment du passage à l'assurance individuelle est déterminante pour la fixation de la prime.

16 Début de l'assurance et révocation

- 1 La couverture d'assurance prend effet à la date mentionnée dans la police ou dans la déclaration d'acceptation.
- 2 Le preneur d'assurance peut révoquer sa proposition de conclure le contrat ou l'acceptation de ce dernier par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.
- 3 Le délai de révocation commence à courir dès que le preneur d'assurance a demandé ou accepté le contrat.
- 4 Le délai est respecté si le preneur d'assurance communique sa révocation à Sanitas ou s'il remet sa déclaration de révocation à la Poste le dernier jour du délai de révocation (le cachet de la Poste faisant foi).
- 5 La révocation a pour effet de rendre la proposition de souscription ou le contrat d'assurance nul et non avenu dès le départ. Les prestations déjà perçues doivent être remboursées.

17 Durée contractuelle

Ce contrat est conclu pour une durée indéterminée.

18 Modifications du contrat par le preneur d'assurance

- 1 En principe, les modifications de contrat sont possibles pour le 1^{er} de chaque mois suivant.
- 2 Le preneur d'assurance doit remettre une nouvelle proposition pour toute extension de la couverture d'assurance. La limite d'âge supérieure pour les extensions de la couverture d'assurance est fixée à 60 ans révolus (65 ans révolus dans le domaine de l'assurance accidents complémentaire).
- 3 Le preneur d'assurance peut communiquer par écrit les réductions de couverture d'assurance (sans nouvelle proposition). La communication doit mentionner la couverture d'assurance souhaitée, la date d'entrée en vigueur souhaitée, la date et la signature.
- 4 Les dispositions du chiffre 14 des présentes conditions générales d'assurance (CGA) s'appliquent.

19 Modifications du contrat par Sanitas

- 1 Si les primes, les suppléments et/ou la réglementation de la quote-part du tarif changent, Sanitas peut exiger que le contrat soit adapté en conséquence. Il en va de même pour les modifications de prestations qui concernent
 - la modification du cercle des fournisseurs de prestations et leurs prestations;
 - les formes de thérapie;
 - de nouveaux progrès médicaux coûteux, ou si le catalogue des prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal est modifié.
- 2 Dans ce cas, Sanitas communique la nouvelle prime ou les nouvelles conditions contractuelles au preneur d'assurance au plus tard 25 jours avant leur entrée en vigueur.
- 3 Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier le contrat pour la partie concernée par les modifications, à la date d'entrée en vigueur des modifications du contrat. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à Sanitas par écrit ou sous une autre forme permettant de la prouver par un texte, au plus tard la veille de l'entrée en vigueur du nouveau contrat. Faute de résiliation, l'adaptation du contrat est considérée comme acceptée par le preneur d'assurance.
- 4 Les rabais sur les primes et autres remises peuvent être réduits ou supprimés à tout moment par Sanitas, unilatéralement et sans condition, au plus tard à l'échéance de la prochaine prime annuelle. La réduction ou la suppression de rabais sur les primes ou d'autres remises ne donnent pas droit à une résiliation par le preneur d'assurance.

20 Résiliation de l'assurance

- 1 Le contrat ou certaines assurances complémentaires peuvent être résiliés par le preneur d'assurance pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis d'un mois. Pour être valable, la résiliation doit être parvenue à Sanitas le 30 novembre au plus tard.
- 2 Après chaque sinistre donnant droit à une prestation, le preneur d'assurance peut se départir du contrat au plus tard 14 jours après le versement de l'indemnité ou de la prise de connaissance correspondante. L'assurance expire 14 jours après la réception de la communication chez Sanitas.
- 3 Sanitas ne dispose ni d'un droit de résiliation ordinaire ni d'un droit de résiliation en cas de sinistre. Reste réservé le droit de résiliation des deux parties au contrat pour motif valable. Est considérée motif valable toute circonstance dans laquelle les règles de la bonne foi ne permettent plus d'exiger la continuation du contrat de la part de la personne qui le résilie.

21 Suspension

Les assurances peuvent être suspendues sur demande et contre une réduction de prime pendant six ans au maximum. Si un cas d'assurance intervient pendant la suspension, aucune prestation n'est versée. La demande de suspension peut être refusée sans aucun motif.

22 Expiration du contrat d'assurance et fin de la couverture d'assurance

- 1 La couverture d'assurance expire:
 - au décès du preneur d'assurance;
 - lorsque l'âge convenu jusqu'auquel Sanitas accorde la couverture d'assurance est atteint;
 - en cas de résiliation par le preneur d'assurance;
 - le contrat d'assurance expire automatiquement quand la personne assurée déplace son domicile de droit civil à l'étranger ou son lieu de résidence habituel pendant plus de trois mois à l'étranger. Lors de séjours à l'étranger de trois à douze mois, la conclusion d'une couverture à l'étranger de l'assurance maladie complémentaire doit faire l'objet d'une demande écrite à Sanitas. Sanitas vérifie cette demande et peut la refuser. Les conditions particulières et la suspension de l'assurance demeurent réservées.
- 2 Un droit à des prestations n'existe que pendant la durée du contrat d'assurance. Il n'y a aucun droit aux prestations pour les coûts survenant après l'expiration du contrat d'assurance. La date du traitement ou le moment du recours à la prestation assurée sont déterminants. Les obligations de fournir des prestations périodiques au sens de l'art. 35c LCA demeurent réservées.

Primes

23 Changement de classe d'âge et du domicile

- 1 Le montant des primes se compose d'un tarif de base ainsi que de suppléments en fonction du lieu de résidence, de l'âge effectif et du sexe. Les adaptations de primes liées à l'âge ont lieu au 1^{er} janvier suivant les 18, 25 et 40 ans révolus, puis tous les cinq ans. La dernière adaptation des primes en fonction de l'âge a lieu au 1^{er} janvier de l'année qui suit le 80^e anniversaire. En règle générale, un changement de classe d'âge entraîne une augmentation des primes.
- 2 Un changement de domicile peut entraîner une modification de la prime. Cette modification ne donne pas droit à une résiliation.

24 Paiement des primes et échéance

- 1 Les primes sont dues au 1^{er} du mois concerné. Les paiements peuvent être effectués annuellement, semestriellement, trimestriellement, bimestriellement ou mensuellement, l'année d'assurance commençant au 1^{er} janvier.
- 2 En cas de résiliation ou de fin prématurée du contrat d'assurance, la prime n'est due que pour la période allant jusqu'à la résiliation du contrat. Cette réglementation ne s'applique pas en cas de résiliation du contrat par le preneur d'assurance à la suite d'un sinistre pendant l'année qui suit la conclusion du contrat.
- 3 Les primes dues ne peuvent pas être compensées par le preneur d'assurance avec des prestations en suspens.

25 Sommation et conséquences du retard

- 1 Si les primes ou les participations aux coûts échues ne sont pas payées dans les délais, Sanitas demande au preneur d'assurance, en lui indiquant les conséquences du retard, de payer les arriérés, y compris les frais de sommation, dans les 14 jours suivant la sommation. Si la sommation reste sans effet, Sanitas se départit du contrat en renonçant à l'encaissement de la prime due ou réclame juridiquement le paiement des arriérés, y compris les frais de poursuite, l'indemnité pour frais administratifs et les intérêts moratoires.
- 2 Si la prime est réclamée par Sanitas ou acceptée ultérieurement, la responsabilité de Sanitas est réactivée au moment où la prime arriérée est payée avec les intérêts et les frais.
- 3 Le preneur d'assurance peut présenter une demande écrite de réactivation du contrat sans nouvel examen de risque dans un délai de quatre mois après l'expiration du délai de sommation. Il doit s'engager à payer la totalité des arriérés sans interruption. Dans ce cas, le droit aux prestations pour les traitements commence le jour où Sanitas reçoit le paiement. La demande peut être refusée sans aucun motif.

Divers

26 Saisie et traitement des données

- 1 Sanitas s'assure que la protection des données est respectée conformément aux dispositions en vigueur du droit suisse, notamment la loi sur la protection des données.
- 2 Dans le cadre des dispositions légales et sur la base d'accords contractuels, Sanitas peut se procurer les informations nécessaires à la réalisation de l'assurance, les saisir par voie électronique et les transmettre à des tiers pour traitement.

27 Versement des prestations

- 1 Traitements ambulatoires
La carte d'assurance doit être utilisée pour bénéficier de prestations médicales et de médicaments prescrits par un médecin.
- 2 Paiement des factures
Le débiteur d'honoraires d'une facture est le destinataire de celle-ci. Pour le remboursement des frais assurés, la facture originale doit être envoyée à Sanitas.
- 3 Remboursement des factures payées
Les factures doivent être remises à Sanitas en indiquant le numéro de client personnel. Sanitas verse ses prestations sur un compte postal ou bancaire. Si des paiements par d'autres moyens de paiement sont exigés, Sanitas peut prélever une indemnité pour les frais supplémentaires occasionnés.
- 4 Sanitas est en droit de compenser ses créances vis-à-vis de la personne assurée avec des prestations.

28 Communication d'un changement de nom ou d'adresse / déménagement à l'étranger

- 1 La personne assurée doit communiquer à Sanitas les modifications de nom ou d'adresse / d'adresse de contact dans les 30 jours à compter du changement, par écrit ou par une autre forme permettant la preuve par un texte. En l'absence d'une telle notification, la dernière adresse connue est considérée comme valable pour la notification de toute la correspondance.
Il faut toujours indiquer une adresse de contact et postale suisse.
- 2 Un départ à l'étranger ainsi qu'un séjour à l'étranger de plus de trois mois doivent être annoncés par écrit à Sanitas par la personne assurée dans les 30 jours précédant le départ à l'étranger.

29 Coassurance du risque accidents lors de frais de soins après le départ à la retraite

- 1 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 départ à la retraite. L'assurance accidents complémentaire peut être conclue dans ce même délai.
- 2 La condition est qu'une couverture accidents correspondante ait existé auparavant dans un contrat d'assurance accidents collectif pour la personne assurée et que la sortie de ce contrat ait été obligatoire au moment du départ à la retraite.
- 3 Aucune prestation n'est allouée pour les accidents qui se sont produits avant l'inclusion du risque accidents, respectivement avant la conclusion de l'assurance accidents complémentaire.

30 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 litiges, le tribunal compétent pour les actions du preneur d'assurance ou de la personne assurée est le tribunal de son domicile en Suisse ou à Zurich; pour les actions de Sanitas, le tribunal au domicile du preneur d'assurance ou de la personne assurée en Suisse.

