

Conditions d'assurance d'Assura - Table des matières

Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins LAMal [Cliquez ici](#)

Conditions spéciales de l'assurance obligatoire des soins LAMal

Basis	Cliquez ici
FeminaVita	Cliquez ici
Hôpital de confiance (édition 2026 et 2027)	Cliquez ici
Médecin de famille	Cliquez ici
MediTel	Cliquez ici
PharMed	Cliquez ici
PreventoMed (édition 2025 et 2027)	Cliquez ici
QualiMed (édition 2026 et 2027)	Cliquez ici
Réseau de soins	Cliquez ici

Conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire LCA [Cliquez ici](#)

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire LCA

Complementa Extra	Cliquez ici
Denta Sana	Cliquez ici
Denta Ortho	Cliquez ici
Hospita	Cliquez ici
Lexa (CGA)	Cliquez ici
Materna Varia	Cliquez ici
Medna	Cliquez ici
Mondia	Cliquez ici
Mondia Plus	Cliquez ici
Natura	Cliquez ici
Optima Flex Varia	Cliquez ici
Optima Plus Varia	Cliquez ici
Optima Varia	Cliquez ici
Pecunia	Cliquez ici
Previsia	Cliquez ici
Previsia Extra	Cliquez ici
Previsia Plus	Cliquez ici
Previsia Maxi (CGA)	Cliquez ici
Previsia Maladie (GCA)	Cliquez ici
Ultra Varia	Cliquez ici

Liste des fournisseurs de soins pour Optima Flex Varia	Cliquez ici
Liste des fournisseurs de soins pour Optima Plus Varia	Cliquez ici
Liste des fournisseurs de soins pour Optima Varia	Cliquez ici

Conditions de l'assistance touristique [Cliquez ici](#)

Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal

Édition 01.2026

Article 1 – Champ d'application des conditions générales

1.1 Les droits et obligations de l'assuré et d'Assura-Basis SA (ci-après « Assura ») sont déterminés en premier lieu par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) et la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) ainsi que leurs ordonnances d'application. Les présentes conditions générales d'assurance s'appliquent en complément et dans le respect de la législation précitée.

1.2 Les présentes conditions générales d'assurance sont applicables à tous les modèles d'assurances offerts par Assura conformément à la LAMal. Les conditions spéciales d'assurances spécifiques à chaque catégorie complètent les obligations à charge de chacune des parties.

1.3 Le terme « assuré » utilisé dans les présentes conditions générales ainsi que dans les conditions spéciales désigne aussi bien les assurés de sexe masculin que de sexe féminin.

1.4 Les présentes conditions générales entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2024 et dès cette date sont automatiquement appliquées à l'ensemble des assurés d'Assura. Elles sont disponibles sur le site internet assura.ch ou peuvent être demandées en tout temps.

1.5 En cas de modification des présentes conditions générales, les assurés sont informés des adaptations avant leur entrée en vigueur par écrit, par exemple au moyen du magazine dédié aux assurés.

Article 2 – Affiliation – début du droit aux prestations

2.1 Les personnes soumises à l'obligation d'assurance (article 3 LAMal) peuvent souscrire une assurance obligatoire des soins en fournissant à Assura tous les renseignements et documents nécessaires à leur affiliation.

2.2 L'assuré reçoit une police d'assurance attestant du modèle et de la franchise choisis.

2.3 Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus par la loi, la couverture d'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse. En cas d'affiliation tardive, la couverture déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable (art. 5 LAMal).

Article 3 – Couverture des accidents

3.1 En principe, l'assurance couvre les risques de maladie et d'accident. Les prestations versées en cas d'accident sont les mêmes qu'en cas de maladie.

3.2 Sur demande de l'assuré et si ce dernier apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA, Assura procède à la suspension du risque accident et réduit la prime en conséquence.

3.3 La suspension de la couverture des accidents prend effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit la réception de la demande de l'assuré.

Article 4 – Devoir de collaborer et de renseigner

4.1 L'assuré est tenu de communiquer à Assura toutes les pièces et informations nécessaires à la détermination de son droit aux prestations. Dans ce but, il délègue dans la mesure nécessaire les fournisseurs de soins du secret professionnel.

4.2 En cas de traitement à l'étranger, l'assuré remet à Assura les factures originales mentionnant les dates des traitements, le diagnostic, les prestations médicales fournies, le montant correspondant à chaque prestation ainsi que les noms, adresses et numéros de téléphone des fournisseurs de soins étrangers.

4.3 Assura peut exiger de l'assuré qu'il fournisse une traduction des pièces qu'il produit, dans l'une des langues nationales suisses ou en anglais.

4.4 Assura a la possibilité de faire examiner, à ses frais, un assuré par son médecin-conseil ou un thérapeute de son choix.

4.5 L'assuré doit informer spontanément Assura des prestations versées par un autre assureur pour un cas d'assurance annoncé à Assura, et qui sont susceptibles d'influer sur les obligations de cette dernière à son égard.

4.6 L'assuré est tenu de communiquer à Assura un compte bancaire ou postal valide sur lequel le remboursement des prestations pourra être effectué. Si Assura doit effectuer un remboursement par chèque postal, elle prélève une contribution forfaitaire pour ses frais à hauteur de CHF 20 par paiement.

4.7 L'assuré doit communiquer sans délai à Assura toutes les modifications des informations le concernant, et qui sont nécessaires à la gestion de sa police d'assurance (coordonnées bancaires, adresse de domicile, fin de la couverture des accidents auprès de l'employeur, etc.).

4.8 Lorsque, par une violation de son devoir de collaborer et / ou de renseigner, l'assuré provoque des frais administratifs supplémentaires, ces derniers peuvent être mis à sa charge.

Article 5 – Paiement des primes et autres créances

5.1 Les primes sont payables d'avance aux échéances convenues.

5.2 Les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires de 5 % par année.

5.3 Le paiement des primes ou de toute autre créance est possible moyennant virement bancaire ou postal. Le paiement en espèce auprès des succursales d'Assura n'est pas accepté. Si l'assuré opte pour un paiement auprès d'un guichet ou d'autres points d'accès physiques de la Poste, Assura peut lui facturer la taxe postale sur les versements au guichet.

5.4 En cas de paiement annuel ou semestriel des primes, Assura peut accorder un escompte à l'assuré. Le rabais n'est pas accordé si l'assuré ne paie pas ses primes à l'échéance convenue.

Article 6 – Demeure de l'assuré

6.1 L'assuré qui, après rappel, ne paie pas ses primes, sa quote-part, sa participation aux coûts ou tout autre montant dû à l'assureur dans le délai imparti reçoit une sommation écrite.

6.2 Si la sommation n'est pas suivie du paiement intégral dans les 30 jours, une procédure de recouvrement par voie de poursuite ou de faillite est introduite.

6.3 En cas de demeure, l'assuré supporte des frais administratifs, notamment de rappel, de sommation et de poursuite. Sont en outre mis à la charge de l'assuré tous les frais payés par Assura dans le cadre d'une procédure de poursuite.

6.4 En fonction des circonstances, Assura peut accepter de demander à l'autorité compétente la radiation d'une poursuite initialement justifiée. Cas échéant, l'assuré paye à Assura un montant forfaitaire de CHF 20 pour couvrir les frais administratifs de cette démarche.

Article 7 – Compensation

7.1 Assura se réserve le droit de compenser ses créances avec les montants dus à l'assuré, sous réserve des créances de prestations, qu'elle doit en tous les cas verser à l'assuré.

7.2 L'assuré ne dispose d'aucun droit de compensation de ses dettes avec ses créances à l'encontre d'Assura.

Article 8 – Voies de droit

8.1 Lorsque l'assuré conteste la position de l'assureur, il peut exiger qu'une décision lui soit notifiée.

8.2 Toute décision peut être attaquée, dans les 30 jours, par voie d'opposition auprès de l'assureur.

8.3 Les décisions rendues sur opposition peuvent être attaquées par la voie du recours de droit administratif. Le recours doit être déposé dans les 30 jours à partir de la notification de la décision rendue sur opposition devant le tribunal des assurances désigné par chaque canton.

Article 9 – Protection des données

9.1 Assura traite les données personnelles de ses assurés (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, numéro AVS, date de naissance, données médicales, données liées à l'état du compte de l'assuré, couverture, etc.), notamment pour établir le droit aux prestations, calculer et percevoir les primes et calculer la compensation des risques (art. 84 LAMal).

9.2 D'autres traitements peuvent être effectués avec l'accord de l'assuré, conformément à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD).

9.3 Assura délègue certaines activités spécifiques et le traitement des données qui y est lié à des sociétés de services externes ou internes au Groupe Assura. La délégation est régie par un contrat de collaboration par lequel les sociétés délégataires s'engagent à respecter la législation sur la protection des données.

9.4 Assura est également autorisée à transmettre les données personnelles de ses assurés à d'autres organes ou autorités chargées de tâches publiques lorsque cela est prévu par la loi (art. 84a LAMal).

Article 10 – Communication

Les communications d'Assura sont valablement effectuées à la dernière adresse postale ou électronique indiquée par l'assuré ou sur l'Espace Client si ce dernier a adhéré à ce mode de communication.

Entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Assurance obligatoire des soins Modèle Basis

Édition 01.2025

TITRE PREMIER – BASES CONTRACTUELLES ET DROIT APPLICABLE

Le modèle Basis est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalière au sens de la LAMal, ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

TITRE 2 – LES FORMES D'ASSURANCE

CHAPITRE PREMIER – L'ASSURANCE OBLIGATOIRE ET ORDINAIRE DES SOINS

Article 1 – Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 – La franchise

- 2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.
- 2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.
- 2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.
- 2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.
- 2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 3 – La quote-part

- 3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10 % des frais qui excèdent le montant de la franchise.
- 3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.
- 3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.
- 3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 4 – La participation maximale de l'assuré

- 4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après « Assura ») paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.
- 4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.
- 4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 – Les prestations

Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

Article 6 – Le changement de modèle

Le passage du modèle Basis à une autre forme d'assurance offerte par Assura impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations est possible à tout moment pour le premier jour du mois suivant.

CHAPITRE 2 – L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS AVEC FRANCHISES A OPTION

Article 7 – Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 8 – Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 9 – Le choix de la franchise

- 9.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

9.2 La franchise pour un adulte et / ou jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

9.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 10 – L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

10.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

10.2 Le passage à une franchise moins élevée ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois. 10.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

TITRE 3 – L'ENTRÉE EN VIGUEUR

Les présentes conditions entrent en vigueur le 01.01.2025.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins Modèle FeminaVita

Edition 01.2026

Titre premier - Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle FeminaVita est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle FeminaVita est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

En souscrivant au modèle FeminaVita, l'assuré accepte, en cas de problème de santé, avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, de consulter, en premier recours, un des premiers points de contacts de son choix suivants :

- le Centre de télémédecine, ou
- son Médecin de famille.

Titre 2 - Les formes d'assurance

Chapitre 1 - L'assurance obligatoire des soins

Article 1- Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 - La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales.

Article 3 - La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise.

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales.

Article 4 - La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après Assura) paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année civile, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'a été facturée, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 - Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de prestations pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

Chapitre 2 - L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 6 - Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 - Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 - Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

8.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 - L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3 - Le modèle FeminaVita

Art. 10 – Principes du modèle

En souscrivant au modèle FeminaVita, l'assuré **accepte**, en cas de problème de santé, avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, **de s'adresser, en premier recours, à l'un des contacts de premier recours listés à l'art. 12.**

Article 11 – Les différents intervenants

11.1 Centre de télémédecine

Par Centre de télémédecine au sens des présentes conditions on entend : une société experte en médecine à distance désignée par Assura comme contact de premier recours et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura.

11.2 Médecin de famille

11.2.1 Par Médecin de famille au sens des présentes conditions on entend : tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont l'assuré aura préalablement communiqué les coordonnées à Assura.

11.2.2 Le changement de Médecin de famille doit être communiqué par l'assuré à Assura avant toute consultation auprès du nouveau Médecin de famille.

11.3 Spécialiste

Par spécialiste au sens des présentes conditions on entend : tout médecin ayant une formation postgrade reconnue dans une spécialité médicale au sens de la Loi sur les professions médicales (LPMéd), ainsi que les hôpitaux et cliniques dans lesquels il exerce.

Article 12 – Obligations de l'assuré

12.1 Principes de l'assurance

Avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, l'assuré, ou son représentant légal, s'engage, en cas de problème de santé, à s'adresser à l'un des contacts de premier recours de son choix suivants :

- le Centre de télémédecine, ou
- son Médecin de famille.

12.2 Centre de télémédecine

12.2.1 Le Centre de télémédecine fournit à l'assuré une consultation médicale et l'oriente, si nécessaire, vers un autre fournisseur de prestations.

12.2.2 Après consultation du Centre de télémédecine, l'assuré peut, pour ce problème de santé, librement choisir, dans les limites des dispositions de la LAMal et pour la suite de son traitement, le fournisseur de prestations ou le spécialiste durant le laps de temps fixé par le Centre de télémédecine. **Si, pour ce problème de santé, la durée du traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé, il doit s'adresser une nouvelle fois au Centre de télémédecine.**

12.2.3 La consultation fournie par le Centre de télémédecine, à titre de contact de premier recours, n'est pas facturée à l'assuré.

12.3 Médecin de famille

Le Médecin de famille décide s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un autre fournisseur de prestations ou à un spécialiste. Dans ce dernier cas, l'assuré s'engage à obtenir de son Médecin de famille un avis de délégation dûment complété, daté et signé et à le transmettre au plus vite à Assura. Après consultation de son médecin de famille, l'assuré peut, pour ce problème de santé, librement choisir, dans les limites des dispositions de la LAMal et pour la suite de son traitement, le fournisseur de prestations ou le spécialiste.

12.4 Exceptions

12.4.1 Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants ou en gynécologie ne sont pas soumises aux obligations de l'art. 12.

12.4.2 En cas d'urgence établie survenue en Suisse ou à l'étranger, l'assuré n'est pas soumis aux obligations de l'art 12.

12.4.3 Il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugé comme pouvant mettre sa vie en danger ou lorsqu'il existe une nécessité de traitement immédiate.

Article 13 – Recommandations médicales et prestations sans franchise

13.1 Recommandations médicales

13.1.1 L'assuré accepte que les contacts de premier recours listés à l'art. 12 ou les éventuels autres fournisseurs de prestations impliqués lui fournissent des recommandations médicales dans un but de promotion de la santé et de prévention.

13.1.2 Ces recommandations peuvent intervenir de manière ponctuelle, sur la base de critères médicaux définis par les contacts de premier recours listés à l'art. 12 ou les éventuels autres fournisseurs de prestation impliqués.

13.1.3 L'assuré n'a pas l'obligation de suivre ces recommandations.

13.2 Prestations sans franchise

Assura peut décider de renoncer au prélèvement de la franchise sur certaines prestations énumérées sur une liste disponible sur le site internet d'Assura et aux conditions de cette dernière. Cette liste peut être modifiée par Assura au début de chaque année civile.

Article 14 – Sanctions

En cas de violation par l'assuré des obligations découlant de l'art. 12 ci-dessus, Assura lui adresse un rappel. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

Article 15 - Entrée dans le modèle FeminaVita

15.1 Le modèle FeminaVita peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans une région de primes où Assura pratique ce modèle.

15.2 Un assuré domicilié dans les régions de primes où Assura pratique le modèle FeminaVita, au bénéfice du modèle Basis (assurance obligatoire des soins), peut en tout temps adhérer au modèle FeminaVita, pour le premier jour du mois suivant.

Article 16 - Sortie du modèle FeminaVita

16.1 Assura peut supprimer ou modifier le modèle FeminaVita pour la fin d'une année civile. En cas de suppression, l'assuré sera alors transféré au 1^{er} janvier de l'année suivante dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans le modèle d'assurance de son choix. Demeure réservé le droit de l'assuré de démissionner aux conditions prévues à l'article 7 LAMal.

16.2 Si l'assuré transfère son domicile dans une région de primes où le modèle FeminaVita n'est pas proposé par Assura il passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura.

16.3 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1^{er} du mois de la survenance de l'événement.

Article 17 - Protection des données

17.1 Principe

Assura traite uniquement les données qui lui sont nécessaires notamment pour calculer et percevoir les primes, évaluer le droit aux prestations d'assurance, traiter les demandes de remboursement de prestations, faire valoir des prétentions récursoires contre le tiers responsable et établir des statistiques.

17.2 Données communiquées au Centre de télémédecine

Assura transmet régulièrement au Centre de télémédecine une liste actualisée des assurés qui ont souscrit au modèle d'assurance FeminaVita, et ce, indépendamment de la survenance d'un cas d'assurance. Cette transmission a pour but de permettre la vérification de la couverture d'assurance par le Centre de télémédecine. Seules les données servant à l'identification de l'assuré et à la détermination de sa couverture d'assurance sont communiquées, à l'exclusion de ses données de santé. La transmission de ces données peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.3 Échanges de données lors de la survenance d'un cas d'assurance

17.3.1 En concluant le modèle FeminaVita, l'assuré autorise des échanges de données entre le Centre de télémédecine et Assura, le Médecin de famille ainsi que les autres fournisseurs de prestations impliqués et Assura. Ces échanges de données doivent être strictement nécessaires pour assurer une coordination optimale du modèle FeminaVita, ceci dans le respect des règles en matière de protection des données.

17.3.2 L'assuré autorise également le Centre de télémédecine, et le Médecin de famille, à échanger les informations médicales nécessaires avec le spécialiste ou le fournisseur de prestations choisi par l'assuré.

17.3.3 Afin de vérifier si l'assuré respecte les conditions d'assurance du modèle FeminaVita, le Centre de télémédecine transmet à Assura les données nécessaires pour une telle vérification.

17.3.4 Les entretiens téléphoniques sont enregistrés et archivés par le Centre de télémédecine. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuves et présentés devant les instances du tribunal en cas de nécessité. En l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par l'assuré, Assura n'a aucun accès direct à ces informations.

17.3.5 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre Assura, le Centre de télémédecine, le Médecin de famille, ainsi que les autres fournisseurs de prestations impliqués peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

Article 18 - Responsabilité

Assura n'assume aucune responsabilité médicale.

Titre 3 - L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins Modèle Assura Hausspital

Edition 01.2026

Titre 1 – Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle Assura Hausspital est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle Assura Hausspital est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal, ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

Les principes particuliers réglant le fonctionnement de ce modèle, l'adhésion et la sortie des assurés ressortent des articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi que des articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.

En souscrivant au modèle Assura Hausspital, l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites dans le chapitre 3 ci-après. En contrepartie, il bénéficie d'un rabais sur ses primes d'assurance.

Titre 2 – Les formes d'assurance

Chapitre 1 – L'assurance obligatoire des soins

Article 1 – Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 – La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales.

Article 3 – La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise (quote-part).

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales.

Article 4 – La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après Assura) paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'a été facturée, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 – Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

Chapitre 2 – L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 6 – Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 – Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 – Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

8.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 – L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3 – Le modèle Assura Hausspital

Article 10 – Principes du modèle

En souscrivant au modèle Assura Hausspital, l'assuré ou son représentant légal accepte, en cas de problème de santé et avant toute consultation médicale et/ou tout traitement ambulatoire ou stationnaire, de s'adresser en premier lieu à l'un des contacts de premier recours désignés à l'art. 12.1, à savoir le Centre de télémédecine ou son Médecin de famille. **Si ce contact de premier recours n'est pas en mesure de fournir l'ensemble des consultations médicales et/ou des traitements ambulatoires ou stationnaires et qu'une consultation auprès d'un autre fournisseur de prestations s'avère nécessaire, l'assuré ou son représentant légal doit impérativement s'assurer d'être orienté vers l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, respectivement vers l'un de ses spécialistes, pour la prise en charge des soins de second recours.** Il accepte également que, à l'exception des consultations fournies par le contact de premier recours, tous les examens et traitements

médicaux ultérieurs soient effectués par les **dispensateurs de soins de second recours**, pour autant que cela soit justifié sur le plan médical et que les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité soient remplis.

Article 11 – Les différents intervenants

11.1 Centre de télémédecine (contact de premier recours)

Par Centre de télémédecine au sens des présentes conditions, on entend : une société experte en médecine à distance désignée par Assura comme contact de premier recours et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura. Le Centre de télémédecine fournit à l'assuré une consultation médicale à distance et lui indique la marche à suivre pour obtenir un traitement approprié.

11.2 Médecin de famille (contact de premier recours)

11.2.1 Par Médecin de famille au sens des présentes conditions on entend : tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont l'assuré aura préalablement communiqué les coordonnées à Assura.

11.2.2 Lors de la conclusion du modèle Assura Hausspital, l'assuré ou son représentant légal choisit son Médecin de famille et communique ses coordonnées à Assura.

11.2.3 Le changement de Médecin de famille doit être communiqué par l'assuré ou son représentant légal à Assura avant toute consultation auprès du nouveau Médecin de famille.

11.3 Hôpital cantonal de Bâle-Campagne (contact de second recours)

En tant que fournisseur de prestations, l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne fournit, sur ses sites de Liestal, Bruderholz et Laufen, des consultations médicales et/ou des traitements ambulatoires et stationnaires à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

11.4 Spécialistes (contact de second recours)

Par spécialiste au sens des présentes conditions on entend : tout médecin ayant une formation postgrade reconnue dans une spécialité médicale au sens de la Loi sur les professions médicales (LPMéd), exerçant à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne ou auquel l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne ou le Centre de télémédecine a adressé l'avis de délégation.

Article 12 – Points de contact et obligations

12.1 Principes de l'assurance

Avant toute consultation médicale et/ou tout traitement ambulatoire ou stationnaire, l'assuré, ou son représentant légal, s'engage à s'adresser à l'un des contacts de premier recours suivants:

- le Centre de télémédecine, ou
- son Médecin de famille.

12.2 Centre de télémédecine

12.2.1 L'assuré ou son représentant légal peut consulter comme contact de premier recours le centre de télémédecine partenaire d'Assura.

12.2.2 Le Centre de télémédecine fournit à l'assuré des conseils médicaux et effectue des consultations médicales à distance. Le cas échéant, il convient avec l'assuré ou son représentant légal d'un traitement approprié, que l'assuré ou son représentant légal s'engage à suivre durant une période déterminée. Si le traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé, il doit s'adresser une nouvelle fois au Centre de télémédecine.

12.2.3 Si la consultation médicale et/ou le traitement nécessitent l'avis d'un médecin généraliste, le Centre de télémédecine oriente l'assuré vers son Médecin de famille.

12.2.4 Si la consultation médicale et/ou le traitement nécessitent l'avis d'un autre fournisseur de prestations, le Centre de télémédecine oriente l'assuré vers l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, respectivement vers les spécialistes de cet hôpital.

12.2.5 Si l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne ne dispose pas d'un spécialiste approprié ou n'offre pas la spécialité médicale requise, le Centre de télémédecine oriente exceptionnellement l'assuré vers un autre fournisseur de prestations que l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne.

12.2.6 La consultation fournie par le Centre de télémédecine, à titre de contact de premier recours, est facturée à l'assuré.

12.3 Médecin de famille

12.3.1 L'assuré ou son représentant légal peut consulter son Médecin de famille comme contact de premier recours.

12.3.2 Le Médecin de famille dispense sa consultation à l'assuré ou à son représentant légal et/ou effectue un traitement. Si une consultation médicale et/ou un traitement ambulatoire ou stationnaire nécessitent l'intervention d'un autre fournisseur de prestations, **l'assuré doit, sous réserve de l'article 12.3.3 ci-après, s'assurer que son Médecin de famille l'adresse à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne ou à ses spécialistes pour bénéficier de cette consultation médicale et/ou de ce traitement ambulatoire ou stationnaire, faute de quoi les conséquences prévues à l'article 14 ci-après s'appliquent.**

12.3.3 Si l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne ne dispose pas d'un spécialiste approprié ou de la spécialité médicale requise, le Médecin de famille adresse exceptionnellement l'assuré à un autre fournisseur de prestations que l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne.

12.3.4 Si, pour des raisons médicales, le Médecin de famille décide d'adresser l'assuré à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, à ses spécialistes ou à d'autres fournisseurs de prestations pour une consultation médicale et/ou un traitement ambulatoire ou stationnaire, l'assuré ou son représentant légal s'engage à se procurer auprès de son Médecin de famille un avis de délégation dûment rempli, daté et signé, et à le transmettre à Assura.

12.3.5 Si le Médecin de famille adresse l'assuré à un autre fournisseur de prestations ou à un spécialiste en dehors de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne pour une consultation médicale et/ou un traitement, alors que

des spécialistes appropriés auraient été disponibles à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne pour cette consultation médicale et/ou ce traitement, les conséquences de l'article 14 ci-dessous s'appliquent.

12.4 Hôpital cantonal de Bâle-Campagne

12.4.1 La consultation et/ou le traitement médical qui n'est pas achevé(e) chez le contact de premier recours doit impérativement être poursuivi(e), sous réserve de l'art. 12.2.3, auprès de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne respectivement de ses spécialistes

12.4.2 L'hôpital cantonal de Bâle-Campagne et ses spécialistes poursuivent la consultation médicale et/ou le traitement commencé(e) par le contact de premier recours en ambulatoire ou en stationnaire et la/le terminent dans un délai médicalement approprié.

12.4.3 La délégation par l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne à d'autres fournisseurs de prestations, resp. à des spécialistes en dehors de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, n'est possible que si l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne et ses spécialistes ne sont pas en mesure de mener à bien la consultation médicale et/ou le traitement médical ambulatoire ou stationnaire dans un délai médicalement raisonnable ou s'ils ne disposent pas d'un spécialiste approprié ou n'offrent pas la spécialité médicale requise. L'assuré ou son représentant légal ne peuvent faire valoir un droit de codécision sur cette délégation.

Article 13 – Exceptions

13.1. Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants ou en gynécologie, ainsi que l'accouchement ne sont pas soumis aux obligations de l'art. 12.

13.2. En cas d'urgence avérée survenue en Suisse ou à l'étranger, l'assuré n'est pas soumis aux obligations de l'art 12.

13.3. Il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugé comme pouvant mettre sa vie en danger ou lorsqu'il existe une nécessité de traitement immédiate.

13.4 Si le traitement prodigué en urgence nécessite un suivi l'assuré doit obligatoirement respecter les engagements pris à l'article 12 ci-dessus, ceci dès que la situation n'est plus considérée comme urgente.

Article 14 – Sanctions

En cas de violation par l'assuré ou par son représentant légal des obligations découlant de l'art. 12 ci-dessus, Assura lui adresse un avertissement. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

Article 15 – Adhésion au modèle Assura Hausspital

15.1 Le modèle Assura Hausspital est réservé aux personnes domiciliées dans les cantons de Bâle-Ville (BS), Bâle-Campagne (BL), Soleure (SO) ou Argovie (AG).

15.2 Tout assuré domicilié dans les cantons de Bâle-Ville (BS), Bâle-Campagne (BL), Soleure (SO) ou Argovie (AG) et ayant souscrit le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) auprès d'Assura peut

adhérer au modèle Assura Hausspital à tout moment, avec effet au premier jour du mois suivant.

15.3 En cas de traitement en cours lors de l'adhésion au modèle Assura Hausspital, l'assuré doit respecter les obligations prévues aux articles 12, 13.2 et 13.4. Sont exclues les interventions stationnaires qui ont été planifiées avant l'adhésion au modèle Assura Hausspital et qui ont lieu dans les deux mois suivant l'adhésion de l'assuré au modèle Assura Hausspital.

Article 16 – Sortie du modèle Assura Hausspital

16.1 Assura peut supprimer ou modifier le modèle Assura Hausspital pour la fin d'une année civile. En cas de suppression, l'assuré sera alors transféré au 1er janvier de l'année suivante dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins), avec une franchise identique, ou dans le modèle d'assurance de son choix. Demeure réservé, le droit de résiliation de l'assuré, tel que prévu à l'article 7 LAMal.

16.2 En cas de fermeture exceptionnelle du modèle Assura Hausspital, l'assuré sera transféré, le lendemain de la fermeture, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins), avec une franchise identique, ou dans le modèle d'assurance de son choix.

16.3 Si l'assuré transfère son domicile dans un autre canton que celui de Bâle-Ville (BS), Bâle-Campagne (BL), Soleure (SO) ou Argovie (AG), il passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura.

16.4 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1er du mois de la survenance de l'événement.

Article 17 – Protection des données

17.1 Vérification de la couverture

A des fins de vérification de la couverture de l'assuré, Assura transmet au Centre de télémédecine les données nécessaires à l'identification de l'assuré (nom, prénom, date de naissance, adresse) et à la détermination de sa couverture d'assurance, à l'exclusion de ses données de santé. La transmission des données d'identification peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.2 Échange de données

17.2.1 En concluant le modèle Assura Hausspital, l'assuré ou son représentant légal autorise l'échange de données médicales entre Assura, le Centre de télémédecine, le Médecin de famille ainsi que l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne. Seules les données strictement nécessaires pour assurer une coordination optimale du modèle Assura Hausspital peuvent être

communiquées, conformément aux règles en matière de protection des données.

17.2.2 L'assuré ou son représentant légal autorise également le Centre de télémédecine et le Médecin de famille à communiquer à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne ou à ses spécialistes les informations médicales nécessaires au traitement.

17.2.3 Pour permettre à Assura de vérifier si l'assuré ou son représentant légal respecte les conditions d'assurance du modèle Assura Hausspital, le Centre de télémédecine transmet à Assura les données nécessaires pour une telle vérification, notamment la liste des consultations, des bons de délégation et le laps de temps fixé pour le traitement ultérieur. À cette même fin, l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne transmet à Assura, si les conditions techniques le permettent, les données nécessaires pour une telle vérification, notamment la liste des consultations et des délégations à d'autres fournisseurs de prestations ou à des spécialistes en dehors de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne.

17.2.4 Les entretiens téléphoniques sont enregistrés, archivés et détruits par le Centre de télémédecine et conformément aux dispositions légales. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuves et, le cas échéant, présentés devant les instances du tribunal. En l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par l'assuré, Assura n'a aucun accès direct à ces informations.

17.2.5 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre Assura et le Centre de télémédecine, ainsi qu'entre Assura et l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.3 Traitement des données par Assura

Assura traite uniquement les données qui lui sont nécessaires pour calculer et percevoir les primes, évaluer le droit aux prestations d'assurance, traiter les demandes de remboursement de prestations, vérifier le respect des conditions du modèle Assura Hausspital, faire valoir des prétentions récursoires contre le tiers responsable et établir des statistiques.

Article 18 - Responsabilité

Assura n'assume aucune responsabilité médicale.

Titre 3 – L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins

Modèle Hôpital de confiance

Edition 01.2027

Titre 1 – Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle Assura Hôpital de confiance est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle Assura Hôpital de confiance est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal, ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

Les dispositions particulières relatives à ce modèle d'assurance de même que l'adhésion et la sortie des assurés découlent des articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi que des articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, il est renvoyé aux principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application.

En souscrivant au modèle Assura Hôpital de confiance, l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites dans le chapitre 3 ci-après. En contrepartie, il bénéficie d'un rabais sur ses primes d'assurance.

Titre 2 – Les formes d'assurance

Chapitre 1 – L'assurance obligatoire des soins

Article 1 – Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, conformément aux conditions fixées aux articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 – La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est tenu par aucune franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 Les prestations spécifiques de maternité sont exemptées de franchise.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales.

Article 3 – La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise (quote-part).

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 Les prestations spécifiques de maternité sont exemptées de quote-part.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales.

Article 4 – La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après Assura) paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année civile, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Une imputation de la franchise et de la quote-part déjà facturée n'est opérée qu'à la condition que l'assuré apporte la preuve de cette facturation.

4.3 Les dates du traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 – Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura prend en charge le coût des traitements ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins autorisés à pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

Chapitre 2 – L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 6 – Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 – Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 – Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

8.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 – L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. Le passage à une franchise plus élevée n'est possible que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3 – Le modèle Assura Hôpital de confiance

Article 10 – Principes du modèle

En souscrivant au modèle Assura Hôpital de confiance, l'assuré ou son représentant légal accepte, en cas de problème de santé et avant toute consultation médicale et/ou tout traitement ambulatoire ou stationnaire, de s'adresser en premier lieu à l'une des instances de premier recours désignées à l'art. 12.1, à savoir le Centre de télémédecine ou son Médecin de famille. **Si cette instance de premier recours n'est pas en mesure de fournir l'ensemble des consultations médicales et/ou des traitements ambulatoires ou stationnaires et qu'une consultation auprès d'un autre fournisseur de prestations s'avère nécessaire, l'assuré ou son représentant légal doit impérativement vérifier qu'il est orienté vers un Établissement agréé par Assura, respectivement vers l'un de ses spécialistes, pour la prise en charge des soins de second recours.** Il accepte également que, à l'exception des consultations fournies par l'instance de premier recours, tous les examens et traitements médicaux ultérieurs soient effectués par **les instances de second recours**, pour autant que cela soit justifié sur le plan médical et que les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité soient remplis.

Article 11 – Les différents intervenants

11.1 Centre de télémédecine (instance de premier recours)

Par Centre de télémédecine au sens des présentes conditions, on entend : une société experte en médecine à distance désignée par Assura comme instance de premier recours et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura. Le Centre de télémédecine fournit à l'assuré une consultation médicale à distance et lui

indique la marche à suivre pour obtenir un traitement approprié.

11.2 Médecin de famille (instance de premier recours)

11.2.1 Par Médecin de famille au sens des présentes conditions, on entend : tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et dont l'assuré aura préalablement communiqué les coordonnées à Assura.

11.2.2 Le changement de Médecin de famille doit être communiqué par l'assuré ou son représentant légal à Assura avant toute consultation auprès du nouveau Médecin de famille.

11.3 Établissements agréés (instance de second recours)

11.3.1 En tant que fournisseurs de prestations, les Établissements agréés fournissent des consultations médicales et/ou des traitements ambulatoires et stationnaires à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

11.3.2 Assura publie sur assura.ch une liste actualisée des Établissements agréés. Assura peut modifier cette liste en tout temps et de manière unilatérale. **Si l'assuré se rend dans un Établissement agréé qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux de son canton de résidence, il peut devoir supporter des frais supplémentaires.**

11.4 Spécialistes (instance de second recours)

Par spécialiste au sens des présentes conditions, on entend : tout médecin ayant une formation postgrade reconnue dans une spécialité médicale au sens de la Loi sur les professions médicales (LPMéd), exerçant auprès de l'Établissement agréé ou auquel l'Établissement agréé ou le Centre de télémédecine ou le Médecin de famille a adressé l'avis de délégation.

Article 12 – Instances de recours et obligations

12.1 Principes de l'assurance

Avant toute consultation médicale et/ou tout traitement ambulatoire ou stationnaire, l'assuré, ou son représentant légal, s'engage à s'adresser à l'une des instances de premier recours suivantes :

- le Centre de télémédecine, ou
- son Médecin de famille.

12.2 Centre de télémédecine

12.2.1 L'assuré ou son représentant légal peut s'adresser au centre de télémédecine partenaire d'Assura comme instance de premier recours

12.2.2 Le Centre de télémédecine fournit à l'assuré des conseils médicaux et effectue des consultations médicales à distance. Le cas échéant, il convient avec l'assuré ou son représentant légal d'un traitement approprié, que l'assuré ou son représentant légal s'engage à suivre durant une période déterminée. Si le traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé, il doit s'adresser une nouvelle fois au Centre de télémédecine.

12.2.3 Si la consultation médicale et/ou le traitement nécessitent l'avis d'un médecin généraliste, le Centre de

télémédecine oriente l'assuré vers son Médecin de famille.

12.2.4 Si la consultation médicale et/ou le traitement nécessitent l'avis d'un autre fournisseur de prestations, le Centre de télémédecine oriente l'assuré vers un Établissement agréé, respectivement vers les spécialistes de cet Établissement.

12.2.5 Si les Établissements agréés ne disposent pas d'un spécialiste approprié ou n'offrent pas la spécialité médicale requise, le Centre de télémédecine oriente exceptionnellement l'assuré vers un autre fournisseur de prestations que vers les Établissements agréés.

12.2.6 La consultation fournie par le Centre de télémédecine, à titre d'instance de premier recours, est facturée à l'assuré.

12.3 Médecin de famille

12.3.1 L'assuré ou son représentant légal peut consulter son Médecin de famille comme instance de premier recours.

12.3.2 Le Médecin de famille dispense sa consultation à l'assuré ou à son représentant légal et/ou effectue un traitement. Si une consultation médicale et/ou un traitement ambulatoire ou stationnaire nécessitent l'intervention d'un autre fournisseur de prestations, **l'assuré doit, sous réserve de l'article 12.3.3 ci-après, s'assurer que son Médecin de famille l'adresse à un Établissement agréé ou à ses spécialistes pour bénéficier de cette consultation médicale et/ou de ce traitement ambulatoire ou stationnaire, faute de quoi les conséquences prévues à l'article 14 ci-après s'appliquent.**

12.3.3 Si les Établissements agréés ne disposent pas d'un spécialiste approprié ou de la spécialité médicale requise, le Médecin de famille adresse exceptionnellement l'assuré à un autre fournisseur de prestations que les Établissements agréés.

12.3.4 Si, pour des raisons médicales, le Médecin de famille décide d'adresser l'assuré à un Établissement agréé, à ses spécialistes ou à d'autres fournisseurs de prestations pour une consultation médicale et/ou un traitement ambulatoire ou stationnaire, l'assuré ou son représentant légal s'engage à se procurer auprès de son Médecin de famille un avis de délégation dûment rempli, daté et signé, et à le transmettre à Assura avant la consultation médicale et/ou le traitement ambulatoire ou stationnaire effectués par l'Établissement agréé, par ses spécialistes ou par un autre fournisseur de prestations que l'Établissement agréé.

12.3.5 Si le Médecin de famille adresse l'assuré à un autre fournisseur de prestations ou à un spécialiste en dehors des Établissements agréés pour une consultation médicale et/ou un traitement, alors que des spécialistes appropriés auraient été disponibles dans les Établissements agréés pour cette consultation médicale et/ou ce traitement, les conséquences de l'article 14 ci-dessous s'appliquent.

12.4 Établissements agréés

12.4.1 La consultation et/ou le traitement médical qui n'est pas achevé(e) auprès de l'instance de premier recours doit impérativement être poursuivi(e) auprès d'un Établissement agréé, respectivement de ses spécialistes, sous réserve de l'art. 12.2.3.

12.4.2 L'Établissement agréé et ses spécialistes poursuivent la consultation médicale et/ou le traitement commencé(e) par l'instance de premier recours en

ambulatoire ou en stationnaire et la/le terminent dans un délai médicalement approprié.

12.4.3 La délégation par l'Établissement agréé à d'autres fournisseurs de prestations, resp. à des spécialistes en dehors de l'Établissement agréé, n'est possible que si l'Établissement agréé et ses spécialistes ne sont pas en mesure de mener à bien la consultation médicale et/ou le traitement médical ambulatoire ou stationnaire dans un délai médicalement raisonnable ou s'ils ne disposent pas d'un spécialiste approprié ou n'offrent pas la spécialité médicale requise. L'assuré ou son représentant légal ne peuvent faire valoir un droit de codécision sur cette délégation.

Article 13 – Exceptions

13.1. Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants ou en gynécologie, ainsi que l'accouchement ne sont pas soumis aux obligations de l'art. 12.

13.2. En cas d'urgence avérée survenue en Suisse ou à l'étranger, l'assuré n'est pas soumis aux obligations de l'art 12.

13.3. Il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugé comme pouvant mettre sa vie en danger ou lorsqu'il existe une nécessité de traitement immédiate.

13.4 Si le traitement prodigué en urgence nécessite un suivi, l'assuré doit obligatoirement respecter les engagements pris à l'article 12 ci-dessus, ceci dès que la situation n'est plus considérée comme urgente.

Article 14 – Sanctions

En cas de violation par l'assuré ou par son représentant légal des obligations découlant de l'art. 12 ci-dessus, Assura lui adresse un avertissement. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

Article 15 – Adhésion au modèle Assura Hôpital de confiance

15.1 Le modèle Assura Hôpital de confiance est réservé aux personnes domiciliées dans une région de primes où Assura propose ce modèle.

15.2 Tout assuré domicilié dans une région de primes où Assura propose ce modèle peut adhérer au modèle Assura Hôpital de confiance à tout moment, avec effet au premier jour du mois suivant.

15.3 En cas de traitement en cours lors de l'adhésion au modèle Assura Hôpital de confiance, l'assuré doit respecter les obligations prévues aux articles 12 et 13.4. Sont exclues les interventions stationnaires qui ont été planifiées avant l'adhésion au modèle Assura Hôpital de confiance et qui ont lieu dans les deux mois suivant l'adhésion de l'assuré au modèle Assura Hôpital de confiance.

Article 16 – Sortie du modèle Assura Hôpital de confiance

16.1 Assura peut supprimer ou modifier le modèle Assura Hôpital de confiance pour la fin d'une année civile. En cas de suppression, l'assuré sera alors transféré au 1er janvier de l'année suivante dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins), avec une franchise identique, ou dans le modèle d'assurance de son choix,

s'il en fait la demande. Demeure réservé, le droit de résiliation de l'assuré, tel que prévu à l'article 7 LAMal.

16.2 En cas de fermeture exceptionnelle du modèle Assura Hôpital de confiance, l'assuré sera transféré, le lendemain de la fermeture, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins), avec une franchise identique, ou dans le modèle d'assurance de son choix, s'il en fait la demande.

16.3 Si l'assuré transfère son domicile dans une région de primes où Assura ne propose pas le modèle Assura Hôpital de confiance, il passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura.

16.4 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1^{er} du mois de la survenance de l'événement.

Article 17 – Protection des données

17.1 Vérification de la couverture

A des fins de vérification de la couverture de l'assuré, Assura transmet au Centre de télémédecine et aux Établissements agréés les données nécessaires à l'identification de l'assuré (nom, prénom, date de naissance, adresse) et à la détermination de sa couverture d'assurance, à l'exclusion de ses données de santé. La transmission des données d'identification peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.2 Échange de données

17.2.1 En concluant le modèle Assura Hôpital de confiance, l'assuré ou son représentant légal autorise l'échange de données médicales entre Assura, le Centre de télémédecine, le Médecin de famille ainsi que les Établissements agréés. Seules les données strictement nécessaires pour assurer une coordination optimale du modèle Assura Hôpital de confiance peuvent être communiquées, conformément aux règles en matière de protection des données.

17.2.2 L'assuré ou son représentant légal autorise également le Centre de télémédecine et le Médecin de famille à communiquer à l'Établissement agréé ou à ses spécialistes les informations médicales nécessaires au traitement.

17.2.3 Pour permettre à Assura de vérifier si l'assuré ou son représentant légal respecte les conditions d'assurance du modèle Assura Hôpital de confiance, le Centre de télémédecine transmet à Assura les données nécessaires pour une telle vérification, notamment la liste des consultations, des bons de délégation et le laps de temps fixé pour le traitement ultérieur. À cette même fin, l'Établissement agréé transmet à Assura, si les conditions techniques le permettent, les données nécessaires pour une telle vérification, notamment la liste des consultations et des délégations à d'autres fournisseurs de prestations ou à des spécialistes en dehors de l'Établissement agréé.

17.2.4 Les entretiens téléphoniques sont enregistrés, archivés et détruits par le Centre de télémédecine et conformément aux dispositions légales. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuves et, le cas échéant, présentés devant les instances du tribunal. En l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par l'assuré, Assura n'a aucun accès direct à ces informations.

17.2.5 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre Assura et le Centre de télémédecine, ainsi qu'entre Assura et les Établissements agréés peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.3 Traitement des données par Assura

Assura traite uniquement les données qui lui sont nécessaires pour calculer et percevoir les primes, évaluer le droit aux prestations d'assurance, traiter les demandes de remboursement de prestations, vérifier le respect des conditions du modèle Assura Hôpital de confiance, faire valoir des prétentions récursoires contre le tiers responsable et établir des statistiques.

Article 18 - Responsabilité

Assura n'assume aucune responsabilité médicale.

Titre 3 – L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins Modèle Médecin de famille

Édition 01.2025

TITRE PREMIER – BASES CONTRACTUELLES ET DROIT APPLICABLE

Le modèle Médecin de famille est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle Médecin de famille est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal, ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

TITRE 2 – LES FORMES D'ASSURANCE

CHAPITRE 1 – L'ASSURANCE OBLIGATOIRE ET ORDINAIRE DES SOINS

Article 1 – Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 – La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 3 – La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10 % des frais qui excèdent le montant de la franchise.

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 4 – La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après « Assura ») paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 – Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

CHAPITRE 2 – L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS AVEC FRANCHISES À OPTION

Article 6 – Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 – Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 – Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

8.2 La franchise pour un adulte et / ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 – L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3 – Le modèle Médecin de famille

Article 10 – Obligations de l'assuré

10.1 En souscrivant au modèle Médecin de famille, l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites ci-après.

10.2 Sauf cas d'urgence établie, l'assuré s'engage à consulter en premier recours le médecin de famille qu'il aura choisi parmi tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont il aura communiqué les coordonnées à Assura. Le médecin de famille est l'interlocuteur de référence de l'assuré. Il coordonne toutes les questions médicales.

10.3 Le médecin de famille décide également s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un spécialiste. Dans ce cas, l'assuré s'engage à obtenir de son médecin de famille un avis de délégation dûment complété, daté et signé préalablement à toute consultation chez un spécialiste. Cet avis de délégation devra ensuite être transmis au plus vite à Assura. Les consultations en ophtalmologie ou gynécologie sont dispensées de ces conditions.

10.4 Le changement de médecin de famille doit être communiqué par l'assuré à Assura avant toute consultation auprès du nouveau médecin de famille.

10.5 Les principes particuliers réglant le fonctionnement de ce modèle, l'adhésion et la sortie des assurés ressortent des articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi qu'aux articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.

Article 11 – Sanctions

En cas de non-respect de l'article 10.3, Assura adresse un rappel à l'assuré de ses obligations. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

Article 12-. Entrée dans le modèle Médecin de famille

12.1 Le modèle Médecin de famille peut être choisi par toutes les personnes domiciliées dans une région de primes où Assura pratique ce modèle.

12.2 Un assuré domicilié dans les cantons où Assura pratique le modèle Médecin de famille, au bénéfice de l'assurance ordinaire des soins et de la franchise ordinaire de CHF 300 pour adultes et / ou jeunes adultes et de CHF 0 pour les enfants, peut en tout temps faire valoir son adhésion au modèle Médecin de famille.

Article 13 - Sortie du modèle Médecin de famille

13.1 Sous réserve des articles 13.2 et 13.3 ci-après, l'abandon du modèle Médecin de famille n'est possible que pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois, et il implique le passage simultané de l'assuré à une autre forme d'assurance obligatoire des soins auprès d'Assura. Cette renonciation ne vaut pas comme décision de démission d'Assura, l'article 7, alinéas 3 et 4, LAMal étant réservé. Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

13.2 Si l'assuré transfère son domicile dans un canton où le modèle Médecin de famille n'est pas proposé par Assura, il passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique.

13.3 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1er du mois de la survenance de l'événement.

TITRE 3 – L'ENTRÉE EN VIGUEUR

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins Modèle MediTel

Edition 01.2027

Titre 1 – Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle MediTel est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle MediTel est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal, ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

En souscrivant au modèle MediTel, l'assuré, respectivement son représentant légal, accepte de se conformer aux conditions particulières décrites dans le chapitre 3 ci-après.

Titre 2 – Les formes d'assurance

Chapitre 1 – L'assurance obligatoire des soins

Article 1 – Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 – La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales.

Article 3 – La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise (quote-part).

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales.

Article 4 – La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après Assura) paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année civile, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'a été facturée, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 – Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de prestations pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

Chapitre 2 – L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 6 – Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 – Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 – Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitement.

8.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 – L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3 – Le modèle MediTel

Article 10 – Principes du modèle

10.1 En souscrivant au modèle MediTel, l'assuré, respectivement son représentant légal, **accepte**, en cas de problème de santé, avant tout traitement médical :

- **de s'adresser, en premier recours, au centre de télémedecine coordinateur,**
- **que le centre de télémedecine coordinateur soit, pour la suite du traitement, chargé de la coordination et du suivi,**
- **de suivre l'ensemble des consignes du centre de télémedecine coordinateur,**
- **d'acheter ses médicaments et/ou toute autre prestation pharmaceutique à charge de l'assurance obligatoire des soins auprès des pharmacies agréées par Assura.**

10.2 L'assuré, respectivement son représentant légal, accepte d'**adhérer à un mode de communication digital avec Assura** (Espace client) et de **participer au contrôle des factures** des traitements dont il a bénéficié.

Article 11 – Les différents intervenants

11.1 Centre de télémedecine coordinateur

Par centre de télémedecine coordinateur au sens des présentes conditions on entend : une société experte en médecine à distance désignée par Assura comme contact de premier recours et coordinateur et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura. Le centre de télémedecine coordinateur peut être modifié en tout temps et unilatéralement par Assura.

11.2 Médecin généraliste

Par médecin généraliste au sens des présentes conditions on entend : tout médecin ayant une formation postgrade reconnue de médecin praticien ou de spécialiste en médecine interne générale, admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

11.3 Médecin spécialiste

Par médecin spécialiste au sens des présentes conditions on entend : tout médecin ayant une formation postgrade reconnue dans une spécialité médicale au sens de la Loi sur les professions médicales (LPMéd), à l'exclusion de celle de « spécialiste en médecine interne générale », admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

11.4 Centre d'expertise indépendant

Par centre d'expertise indépendant au sens des présentes conditions on entend : une société experte dans la recommandation de médecins spécialistes ou d'autres fournisseurs de prestations (établissements hospitaliers ou centres de chirurgie ambulatoire) désignée par Assura et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura. Le centre d'expertise indépendant peut être modifié en tout temps et unilatéralement par Assura.

11.5 Pharmacies agréées

Par pharmacie agréée au sens des présentes conditions on entend : toutes pharmacies en Suisse tenues par un pharmacien admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins désignées par Assura et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura. La liste des pharmacies agréées peut être modifiée en tout temps et unilatéralement par Assura.

11.6 Autres fournisseurs de prestations

Par autres fournisseurs de prestations au sens des présentes conditions on entend : tout fournisseur de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, à l'exception des médecins généralistes et des médecins spécialistes (p. ex. physiothérapeute).

Article 12 – Parcours de traitement et obligations de l'assuré

12.1 Consultations de premier recours auprès du centre de télémedecine coordinateur

12.1.1 Avant toute consultation médicale et/ou tout traitement ambulatoire ou stationnaire, l'assuré s'engage à s'adresser, en cas de problème de santé, au centre de télémedecine coordinateur. Le centre de télémedecine coordinateur fournit à l'assuré des conseils médicaux et/ou effectue des consultations médicales à distance. Les consultations médicales à distance du centre de télémedecine coordinateur sont prises en charge conformément à la LAMal et facturées selon le système du tiers payant.

12.1.2 Le cas échéant, le centre de télémedecine coordinateur convient avec l'assuré d'un traitement approprié, que l'assuré s'engage à suivre durant un laps de temps déterminé (plan de traitement).

12.1.3 Si le parcours de traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur, l'assuré doit s'adresser une nouvelle fois au centre de télémedecine coordinateur qui définira si une

prolongation du laps de temps ou une modification du plan de traitement est judicieuse.

12.2 Consultations auprès d'un médecin généraliste

12.2.1 Si le centre de télémedecine coordinateur détermine que l'assuré doit suivre un traitement auprès d'un médecin généraliste, l'assuré s'engage à consulter, dans le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur, le médecin généraliste dont il a communiqué les coordonnées au centre de télémedecine coordinateur ou, à défaut, respectivement en cas d'indisponibilité de ce médecin généraliste, le médecin généraliste recommandé par le centre de télémedecine coordinateur.

12.2.2 Si le parcours de traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur, l'assuré doit s'adresser une nouvelle fois au centre de télémedecine coordinateur qui définira si une prolongation du laps de temps ou une modification du plan de traitement est judicieuse.

12.2.3 Si le médecin généraliste estime que le plan de traitement défini par le centre de télémedecine coordinateur doit être modifié, l'assuré doit s'adresser au préalable, avant toute nouvelle consultation, au centre de télémedecine coordinateur qui définira si la modification du plan de traitement est judicieuse.

12.2.4 Si le médecin généraliste estime que l'assuré doit suivre un traitement auprès d'un médecin spécialiste ou d'un autre fournisseur de prestations, l'assuré doit s'adresser au préalable, avant toute consultation, au centre de télémedecine coordinateur qui procédera selon l'art. 12.3.

12.3 Consultations auprès d'un médecin spécialiste ou d'un autre fournisseur de prestations

12.3.1 Si le centre de télémedecine coordinateur détermine que l'assuré doit suivre un traitement auprès d'un médecin spécialiste ou d'un autre fournisseur de prestations, l'assuré s'engage à consulter, dans le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur, le médecin spécialiste ou un autre fournisseur de prestations recommandé par le centre de télémedecine coordinateur. Dans ce cadre, le centre de télémedecine coordinateur peut mandater le centre d'expertise indépendant tel que prévu à l'art. 12.3.2.

12.3.2 Le centre de télémedecine coordinateur mandate, s'il le juge nécessaire, le centre d'expertise indépendant pour rechercher le fournisseur de prestations (médecins spécialistes, établissements hospitaliers ou centres de chirurgie ambulatoire) le plus approprié pour le traitement. L'intervention du centre d'expertise indépendant n'est pas facturée à l'assuré.

12.3.3 Cas échéant, l'assuré s'engage à consulter le fournisseur de prestations choisi par le centre de télémedecine coordinateur ou le centre d'expertise indépendant et à se faire traiter par ce spécialiste, dans le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur.

12.3.4 Si le parcours de traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur, l'assuré doit s'adresser une nouvelle fois au centre de télémedecine coordinateur qui définira si une

prolongation du laps de temps ou une modification du plan de traitement est judicieuse.

12.3.5 Si le médecin spécialiste ou un autre fournisseur de prestations estime que le plan de traitement défini par le centre de télémedecine coordinateur doit être modifié, l'assuré doit s'adresser au préalable, avant toute nouvelle consultation, au centre de télémedecine coordinateur qui définira si une modification du plan de traitement est judicieuse.

12.3.6 Sur requête du centre de télémedecine coordinateur ou du centre d'expertise indépendant, l'assuré doit leur remettre les documents médicaux existants utiles pour le problème de santé concerné, tels que rapports médicaux, radiographies, etc.

12.4 Interventions ambulatoires ou stationnaires

12.4.1 Si une intervention en ambulatoire ou en stationnaire est envisagée par le médecin généraliste, le médecin spécialiste ou un autre fournisseur de prestations, l'assuré doit s'adresser une nouvelle fois au centre de télémedecine coordinateur qui définira si une adaptation du plan de traitement est judicieuse. Dans ce cadre, le centre de télémedecine coordinateur peut mandater le centre d'expertise indépendant tel que prévu à l'art. 12.4.2.

12.4.2 Le centre de télémedecine coordinateur mandate, s'il le juge nécessaire, le centre d'expertise indépendant pour rechercher le fournisseur de prestations (médecin spécialiste, établissement hospitalier ou centre de chirurgie ambulatoire) le plus approprié pour l'intervention chirurgicale. L'intervention du centre d'expertise indépendant n'est pas facturée à l'assuré.

12.4.3 Cas échéant, l'assuré s'engage à consulter le fournisseur de prestations choisi par le centre de télémedecine coordinateur ou le centre d'expertise indépendant et à se faire traiter par ce fournisseur de prestations, dans le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur.

12.4.4 Si le parcours de traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé dans le plan de traitement par le centre de télémedecine coordinateur, l'assuré doit s'adresser une nouvelle fois au centre de télémedecine coordinateur qui définira si une prolongation du laps de temps ou une modification du plan de traitement est judicieuse.

12.4.5 Sur requête du centre de télémedecine coordinateur ou du centre d'expertise indépendant, l'assuré doit leur remettre les documents médicaux existants utiles pour le problème de santé.

12.5 Achats de médicaments

12.5.1 Si le centre télémedecine coordinateur ou un médecin généraliste ou un médecin spécialiste définis dans le cadre du plan de traitement prescrit des médicaments, l'assuré s'engage à acheter ses médicaments et/ou toute autre préparation pharmaceutique à charge de l'assurance obligatoire des soins auprès d'une pharmacie agréée.

12.5.2 L'assuré s'engage à recourir à des médicaments génériques ou biosimilaires chaque fois que ceux-ci sont proposés par la pharmacie agréée.

12.6 Participation au contrôle des factures

12.6.1 L'assuré s'engage à répondre à des questions dans le contexte du contrôle de la facturation des traitements dont il a bénéficié (p. ex. la durée des consultations) et à les consigner à l'aide des supports

de communication digitaux mis à disposition par Assura.

12.6.2 La liste des éléments sur lesquels Assura demande une participation de l'assuré au contrôle des factures figure sur le site internet d'Assura.

12.6.3 Cette liste peut être modifiée en tout temps et unilatéralement par Assura.

12.7 – Recommandations médicales

12.7.1 L'assuré accepte que le centre de télémédecine coordinateur, le médecin généraliste, le médecin spécialiste ou les éventuels autres fournisseurs de prestations impliqués lui fournissent des recommandations médicales dans un but de promotion de la santé et de prévention.

12.7.2 Ces recommandations peuvent intervenir de manière ponctuelle, sur la base de critères médicaux définis par le centre de télémédecine coordinateur, le médecin généraliste, le médecin spécialiste ou les éventuels autres fournisseurs de prestation impliqués.

Article 13 – Exceptions

13.1. Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants ou en gynécologie ne sont pas soumis aux obligations de l'art. 12.

13.2. En cas d'urgence établie survenue en Suisse ou à l'étranger, l'assuré n'est pas soumis aux obligations de l'art 12.

13.3. Il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugé comme pouvant mettre sa vie en danger ou lorsqu'il existe une nécessité de traitement immédiate.

13.4 Si le traitement prodigué en urgence nécessite un suivi, l'assuré doit obligatoirement respecter les engagements pris à l'art. 12, ceci dès que la situation n'est plus considérée comme urgente.

Article 14 – Sanctions

14.1 En cas de violation par l'assuré des obligations découlant des art. 12.3.3 et 12.4.3 la prise en charge des frais sera refusée par Assura. Toutefois en cas de refus de prestations d'Assura basé sur le présent article, l'assuré peut demander son transfert rétroactif au 1^{er} janvier de l'année en cours dans le modèle Basis avec une franchise identique et moyennant adaptation de la prime.

14.2 En cas de violation par l'assuré de ses autres obligations découlant des articles 12.1 à 12.5, Assura lui adresse un rappel de ses obligations. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

14.3 En cas de violation par l'assuré de ses obligations découlant de l'article 12.6, Assura lui adresse un rappel de ses obligations. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, l'assuré sera transféré dès le mois suivant dans le modèle Basis avec une franchise identique et moyennant adaptation de la prime.

Article 15 – Entrée dans le modèle MediTel

15.1 Le modèle MediTel peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans une région de primes où Assura pratique ce modèle.

15.2 Un assuré domicilié dans les régions de primes où Assura pratique le modèle MediTel, au bénéfice du modèle Basis, peut en tout temps adhérer au modèle

MediTel, avec une franchise identique, pour le 1^{er} jour du mois suivant.

15.3 En cas de traitement en cours lors de l'adhésion au modèle MediTel, l'assuré doit respecter les obligations prévues aux articles 12 et 13.4. Font exception les interventions qui ont été planifiées avant l'entrée dans le modèle MediTel et qui auront lieu dans les deux mois suivant l'entrée de l'assuré dans le modèle MediTel.

Article 16 – Sortie du modèle MediTel

16.1 Assura peut supprimer ou modifier le modèle MediTel pour la fin d'une année civile. En cas de suppression, l'assuré sera alors transféré au 1^{er} janvier de l'année suivante dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans le modèle d'assurance de son choix. Demeure réservé, le droit de l'assuré de démissionner aux conditions prévues à l'article 7 LAMal.

16.2 En cas de fermeture exceptionnelle du modèle MediTel en cours d'année, l'assuré sera transféré, le lendemain de la fermeture, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans le modèle d'assurance de son choix.

16.3 Si l'assuré transfère son domicile dans une région de primes où le modèle MediTel n'est pas proposé par Assura, il passe par défaut dans le modèle Basis avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura (assurance obligatoire des soins).

16.4 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1^{er} du mois de la survenance de l'événement.

Article 17 – Protection des données

17.1 Vérification de la couverture

A des fins de vérification de la couverture de l'assuré, Assura transmet au centre de télémédecine coordinateur les données nécessaires à l'identification de l'assuré (nom, prénom, date de naissance, adresse) et à la détermination de sa couverture d'assurance, à l'exclusion de ses données de santé. La transmission des données d'identification peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.2 Échange de données

17.2.1 En concluant le modèle MediTel, l'assuré, respectivement son représentant légal, autorise l'échange de données médicales entre Assura, le centre de télémédecine coordinateur, les médecins généralistes et spécialistes de l'assuré et le centre d'expertise indépendant. Seules les données nécessaires pour assurer une coordination et un suivi optimaux des traitements ainsi que pour vérifier le caractère efficace, adéquat et économique de ceux-ci

peuvent être communiquées, conformément aux règles en matière de protection des données.

17.2.2 L'assuré, respectivement son représentant légal, autorise également le centre de télémédecine coordinateur, ses médecins généralistes et spécialistes et le centre d'expertise indépendant à échanger les informations médicales nécessaires au traitement.

17.2.3 Pour permettre à Assura de vérifier si l'assuré, respecte les conditions d'assurance du modèle MediTel, le centre de télémédecine coordinateur transmet à Assura les données nécessaires pour une telle vérification, notamment la liste des consultations, les données d'identification des fournisseurs de prestations et le laps de temps fixé pour le traitement ultérieur.

17.2.4 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre Assura et le centre de télémédecine coordinateur, ainsi qu'entre le centre de télémédecine coordinateur et le centre d'expertise indépendant ou les différents fournisseurs de prestations peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.3 Enregistrement des entretiens téléphoniques

Les entretiens téléphoniques peuvent être enregistrés, archivés et détruits par le centre de télémédecine coordinateur et le centre d'expertise indépendant conformément aux dispositions légales. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuves et, le cas échéant, présentés devant les instances du tribunal. En l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par l'assuré, respectivement son représentant légal, Assura n'a aucun accès direct à ces informations.

17.4 Traitement des données par Assura

Assura traite uniquement les données qui lui sont nécessaires pour calculer et percevoir les primes, évaluer le droit aux prestations d'assurance, traiter les demandes de remboursement de prestations, vérifier le respect des conditions du modèle MediTel, faire valoir des prétentions récursoires contre le tiers responsable et établir des statistiques.

Article 18 - Responsabilité

Assura n'assume aucune responsabilité médicale.

Titre 3 – L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins Modèle PharMed

Édition 01.2025

TITRE PREMIER – BASES CONTRACTUELLES ET DROIT APPLICABLE

Le modèle PharMed est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle PharMed est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal, ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

TITRE 2 – LES FORMES D'ASSURANCE

CHAPITRE 1 – L'ASSURANCE OBLIGATOIRE ET ORDINAIRE DES SOINS

Article 1 – Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 – La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 3 – La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10 % des frais qui excèdent le montant de la franchise.

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 4 – La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après « Assura ») paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 – Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

CHAPITRE 2 – L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS AVEC FRANCHISES À OPTION

Article 6 – Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 – Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 – Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

8.2 La franchise pour un adulte et / ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 – L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

CHAPITRE 3 – LE MODÈLE PHARMED

Article 10 – Obligations de l'assuré

10.1 En souscrivant au modèle PharMed, l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites ci-après.

10.2 Sauf cas d'urgence établie, l'assuré s'engage à consulter en premier recours le médecin de famille qu'il aura choisi parmi tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont il aura communiqué les coordonnées à Assura. Le médecin de famille est l'interlocuteur de référence de l'assuré. Il coordonne toutes les questions médicales.

10.3 Le médecin de famille décide également s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un spécialiste. Dans ce cas, l'assuré s'engage à obtenir de son médecin de famille un avis de délégation dûment complété, daté et signé préalablement à toute consultation chez un spécialiste. Cet avis de délégation devra ensuite être transmis au plus vite à Assura. Les consultations en ophtalmologie ou gynécologie sont dispensées de ces conditions.

10.4 De même, sauf cas d'urgence établie ou de séjours à l'étranger, l'assuré s'engage à acheter ses médicaments et / ou toute autre préparation pharmaceutique à charge de l'assurance obligatoire des soins auprès des officines figurant sur la liste des pharmacies agréées, qui est publiée et accessible sur le site internet d'Assura. Seules ces pharmacies peuvent être considérées comme interlocuteurs de référence. Elles coordonnent toutes les questions relatives aux traitements pharmaceutiques prescrits à l'assuré. La liste des pharmacies agréées peut être modifiée en tout temps et unilatéralement par Assura. L'assuré est informé des éventuelles adaptations de la liste des pharmacies par écrit, par exemple au moyen du magazine dédié aux assurés. Est déterminante la liste des pharmacies agréées valable au moment du traitement.

10.5 Le changement de médecin de famille doit être communiqué par l'assuré à Assura avant toute consultation auprès du nouveau médecin de famille.

10.6 Les principes particuliers réglant le fonctionnement de ce modèle, l'adhésion et la sortie des assurés ressortent des articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi que des articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, les principes

généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.

Article 11 – Sanctions

En cas de non-respect par l'assuré des obligations découlant des articles 10.3 et 10.4, Assura lui adresse un rappel. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

Article 12 – L'entrée et la sortie du modèle PharMed

12.1 Un assuré domicilié dans les cantons où Assura pratique le modèle PharMed, au bénéfice de l'assurance ordinaire des soins et de la franchise ordinaire de CHF 300 pour adultes et / ou jeunes adultes et de CHF 0 pour les enfants, peut en tout temps faire valoir son adhésion au modèle PharMed.

12.2 Sous réserve des articles 12.3 à 12.5 ci-après, l'abandon du modèle PharMed n'est possible que pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois, et il implique le passage simultané de l'assuré à une autre forme d'assurance obligatoire des soins auprès d'Assura. Cette renonciation ne vaut pas comme décision de démission d'Assura, l'article 7, alinéas 3 et 4, LAMal étant réservé. Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

12.3 Si l'assuré transfère son domicile dans un canton où le modèle PharMed n'est pas proposé par Assura, il passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique.

12.4 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1^{er} du mois de la survenance de l'événement.

12.5 Si, suite au retrait d'une pharmacie de la liste des pharmacies agréées, un assuré n'a plus aucune pharmacie agréée à disposition dans sa région, il a la possibilité de demander de passer dans un autre modèle d'assurance de base proposé par Assura avec une franchise identique.

TITRE 3 – L'ENTRÉE EN VIGUEUR

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins Modèle PreventoMed

Edition 01.2025

Titre premier - Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle PreventoMed est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle PreventoMed est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

En souscrivant au modèle PreventoMed, l'assuré accepte, en cas de problème de santé, avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, de consulter, en premier recours, un des contacts de premier recours de son choix suivants :

- le Centre de télémédecine,
- une Pharmacie partenaire, ou
- son Médecin de famille.

Titre 2 - Les formes d'assurance

Chapitre 1 - L'assurance obligatoire des soins

Article 1- Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 - La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales.

Article 3 - La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise.

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales.

Article 4 - La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après Assura) paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année civile, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'a été facturée, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 - Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de prestations pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

Chapitre 2 - L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 6 - Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 - Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 - Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

8.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 - L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3 - Le modèle PreventoMed

Art. 10 – Principes du modèle

En souscrivant au modèle PreventoMed, l'assuré **accepte**, en cas de problème de santé, avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, **de s'adresser, en premier recours, à l'un des contacts de premier recours listés à l'art. 12.**

Article 11 – Les différents intervenants

11.1 Centre de télémédecine

Par Centre de télémédecine au sens des présentes conditions on entend : une société experte en médecine à distance désignée par Assura comme contact de premier recours et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura.

11.2 Pharmacie partenaire

Par Pharmacie partenaire au sens des présentes conditions on entend : toutes officines en Suisse tenues par un pharmacien admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins désignées par Assura comme contact de premier recours et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura.

11.3 Médecin de famille

11.3.1 Par Médecin de famille au sens des présentes conditions on entend : tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont l'assuré aura préalablement communiqué les coordonnées à Assura.

11.3.2 Le changement de Médecin de famille doit être communiqué par l'assuré à Assura avant toute consultation auprès du nouveau Médecin de famille.

11.4 Spécialiste

Par spécialiste au sens des présentes conditions on entend : tout médecin ayant une formation postgrade reconnue dans une spécialité médicale au sens de la Loi sur les professions médicales (LPMéd), ainsi que les hôpitaux et cliniques dans lesquels il exerce.

Article 12 – Obligations de l'assuré

12.1 Principes de l'assurance

Avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, l'assuré, ou son représentant légal, s'engage, en cas de problème de santé, à s'adresser à l'un des contacts de premier recours de son choix suivants :

- le Centre de télémédecine
- une Pharmacie partenaire, ou
- son Médecin de famille.

12.2 Centre de télémédecine

Le Centre de télémédecine fournit à l'assuré une consultation médicale et l'oriente, si nécessaire, vers un autre fournisseur de prestations. Après consultation du Centre de télémédecine, l'assuré peut, pour ce problème de santé, librement choisir, dans les limites des dispositions de la LAMal et pour la suite de son traitement, le fournisseur de prestations ou le spécialiste durant le laps de temps fixé par le Centre de télémédecine. **Si, pour ce problème de santé, la durée du traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé, il doit s'adresser une nouvelle fois au Centre de télémédecine.** La consultation fournie par le Centre de télémédecine, à titre de contact de premier recours, n'est pas facturée à l'assuré.

12.3 Pharmacie partenaire

La Pharmacie partenaire fournit à l'assuré un conseil sur les questions médicales qui relèvent de ses domaines de compétence usuels. **Si le problème de santé ne peut pas être traité définitivement par la Pharmacie partenaire, cette dernière contacte avec l'assuré le Centre de télémédecine.** Après consultation du Centre de télémédecine, l'assuré peut, pour ce problème de santé, librement choisir, dans les limites des dispositions de la LAMal et pour la suite de son traitement, le fournisseur de prestations ou le spécialiste durant le laps de temps fixé par le Centre de télémédecine. **Si, pour ce problème de santé, la durée du traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé, il doit s'adresser une nouvelle fois au Centre de télémédecine.** Le conseil fourni par la Pharmacie partenaire, à titre de contact de premier recours, est remboursé intégralement par Assura. Il en va de même pour la consultation fournie, cas échéant, par le Centre de télémédecine.

12.4 Médecin de famille

Le Médecin de famille décide s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un autre fournisseur de prestations ou à un spécialiste. Dans ce dernier cas, l'assuré s'engage à obtenir de son Médecin de famille un avis de délégation dûment complété, daté et signé et à le transmettre au plus vite à Assura. Après consultation de son médecin de famille, l'assuré peut, pour ce problème de santé, librement choisir, dans les limites des dispositions de la LAMal et pour la

suite de son traitement, le fournisseur de prestations ou le spécialiste.

12.5 Exceptions

12.5.1 Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants ou en gynécologie ne sont pas soumises aux obligations de l'art. 12.

12.5.2 En cas d'urgence établie survenue en Suisse ou à l'étranger, l'assuré n'est pas soumis aux obligations de l'art 12.

12.5.3 Il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugé comme pouvant mettre sa vie en danger ou lorsqu'il existe une nécessité de traitement immédiate.

Article 13 – Recommandations médicales et prestations sans franchise

13.1 Recommandations médicales

13.1.1 L'assuré accepte que les contacts de premier recours listés à l'art. 12 ou les éventuels autres fournisseurs de prestations impliqués lui fournissent des recommandations médicales dans un but de promotion de la santé et de prévention.

13.1.2 Ces recommandations peuvent intervenir de manière ponctuelle, sur la base de critères médicaux définis par les contacts de premier recours listés à l'art. 12 ou les éventuels autres fournisseurs de prestation impliqués.

13.1.3 L'assuré n'a pas l'obligation de suivre ces recommandations.

13.2 Prestations sans franchise

Assura peut décider de renoncer au prélèvement de la franchise sur certaines prestations énumérées sur une liste disponible sur le site internet d'Assura et aux conditions de cette dernière. Cette liste peut être modifiée par Assura au début de chaque année civile.

Article 14 – Sanctions

En cas de violation par l'assuré des obligations découlant des articles 12.2 à 12.4 ci-dessus, Assura lui adresse un rappel. Si l'assuré enfreint à nouveau ses obligations, il est transféré dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique et moyennant adaptation de la prime. Le transfert en question prend effet le 1^{er} jour du mois suivant l'échéance d'un délai de 30 jours après l'envoi de la communication à l'assuré.

Article 15 - Entrée dans le modèle PreventoMed

15.1 Le modèle PreventoMed peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans une région de primes où Assura pratique ce modèle.

15.2 Un assuré domicilié dans les régions de primes où Assura pratique le modèle PreventoMed, au bénéfice de l'assurance ordinaire des soins auprès d'Assura avec une franchise ordinaire de CHF 300 pour les adultes et/ou les jeunes adultes et de CHF 0 pour les enfants, peut en tout temps adhérer au modèle PreventoMed.

Article 16 - Sortie du modèle PreventoMed

16.1 Assura peut supprimer ou modifier le modèle PreventoMed pour la fin d'une année civile. En cas de suppression, l'assuré sera alors transféré au 1^{er} janvier de l'année suivante dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura. Demeure réservé le droit de l'assuré de démissionner aux conditions prévues à l'article 7 LAMal.

16.2 Si l'assuré transfère son domicile dans une région de primes où le modèle PreventoMed n'est pas proposé par Assura il passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura.

16.3 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1^{er} du mois de la survenance de l'événement.

Article 17 - Traitement des données

17.1 Vérification de la couverture

A des fins de vérification de la couverture de l'assuré, Assura transmet au Centre de télémédecine les données nécessaires à l'identification de l'assuré et à la détermination de sa couverture d'assurance, à l'exclusion de ses données de santé. La transmission de ces données peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.2 Échange de données

17.2.1 En concluant le modèle PreventoMed, l'assuré autorise des échanges de données entre le Centre de télémédecine et Assura, ainsi qu'entre la Pharmacie partenaire, le Médecin de famille ainsi que les autres fournisseurs de prestations impliqués et Assura. Ces échanges de données doivent être strictement nécessaires pour assurer une coordination optimale du modèle PreventoMed, ceci dans le respect des règles en matière de protection des données.

17.2.2 L'assuré autorise également le Centre de télémédecine, la Pharmacie partenaire, et le Médecin de famille, à échanger les informations médicales nécessaires avec le spécialiste ou le fournisseur de prestations choisi par l'assuré.

17.2.3 Afin de vérifier si l'assuré respecte les conditions d'assurance du modèle PreventoMed, le Centre de télémédecine transmet à Assura les données nécessaires pour une telle vérification, notamment la liste des consultations et le laps de temps fixé. Dans le même but, la Pharmacie partenaire transmet à Assura, si les conditions techniques le permettent, les données nécessaires pour une telle vérification, notamment la liste des consultations.

17.2.4 Les entretiens téléphoniques sont enregistrés et archivés par le Centre de télémédecine. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuves et présentés devant les instances du tribunal en cas de nécessité. En l'absence d'une procuration correspondante

lui ayant été délivrée par l'assuré, Assura n'a aucun accès direct à ces informations.

17.2.5 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre Assura, le Centre de télémedecine, la Pharmacie partenaire, le Médecin de famille, ainsi que les autres fournisseurs de prestations impliqués peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.3 Traitement des données par Assura

Assura traite uniquement les données qui lui sont nécessaires notamment pour calculer et percevoir les primes, évaluer le droit aux prestations d'assurance, traiter les demandes de remboursement de prestations, faire valoir des prétentions récursoires contre le tiers responsable et établir des statistiques.

Article 18 - Responsabilité

Assura n'assume aucune responsabilité médicale.

Titre 3 - L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins Modèle PreventoMed

Edition 01.2027

Titre premier - Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle PreventoMed est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle PreventoMed est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

En souscrivant au modèle PreventoMed, l'assuré accepte, en cas de problème de santé, avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, de consulter, en premier recours, un des contacts de premier recours de son choix suivants :

- le Centre de télémédecine,
- une Pharmacie partenaire, ou
- son Médecin de famille.

Titre 2 - Les formes d'assurance

Chapitre 1 - L'assurance obligatoire des soins

Article 1- Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 - La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales.

Article 3 - La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise (quote-part).

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales.

Article 4 - La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après Assura) paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année civile, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'a été facturée, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 - Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de prestations pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

Chapitre 2 - L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 6 - Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 - Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 - Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

8.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 - L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3 - Le modèle PreventoMed

Art. 10 – Principes du modèle

En souscrivant au modèle PreventoMed, l'assuré **accepte**, en cas de problème de santé, avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, **de s'adresser, en premier recours, à l'un des contacts de premier recours listés à l'art. 12.**

Article 11 – Les différents intervenants

11.1 Centre de télémédecine

Par Centre de télémédecine au sens des présentes conditions on entend : une société experte en médecine à distance désignée par Assura comme contact de premier recours et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura.

11.2 Pharmacie partenaire

Par Pharmacie partenaire au sens des présentes conditions on entend : toutes officines en Suisse tenues par un pharmacien admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins désignées par Assura comme contact de premier recours et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura.

11.3 Médecin de famille

11.3.1 Par Médecin de famille au sens des présentes conditions on entend : tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont l'assuré aura préalablement à la première consultation communiqué les coordonnées à Assura.

11.3.2 Le changement de Médecin de famille doit être communiqué par l'assuré à Assura avant toute consultation auprès du nouveau Médecin de famille.

11.4 Spécialistes

Par spécialiste au sens des présentes conditions on entend : tout médecin ayant une formation postgrade reconnue dans une spécialité médicale au sens de la Loi sur les professions médicales (LPMéd), ainsi que les hôpitaux et cliniques dans lesquels il exerce.

Article 12 – Obligations de l'assuré

12.1 Principes de l'assurance

Avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, l'assuré, ou son représentant légal, s'engage, en cas de problème de santé, à s'adresser à l'un des contacts de premier recours de son choix suivants :

- le Centre de télémédecine
- une Pharmacie partenaire, ou
- son Médecin de famille.

12.2 Centre de télémédecine

Le Centre de télémédecine fournit à l'assuré une consultation médicale et l'oriente, si nécessaire, vers un autre fournisseur de prestations. Après consultation du Centre de télémédecine, l'assuré peut, pour ce problème de santé, librement choisir, dans les limites des dispositions de la LAMal et pour la suite de son traitement, le fournisseur de prestations ou le spécialiste durant le laps de temps fixé par le Centre de télémédecine. **Si, pour ce problème de santé, la durée du traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé, il doit s'adresser une nouvelle fois au Centre de télémédecine.** La consultation fournie par le Centre de télémédecine, à titre de contact de premier recours, n'est pas facturée à l'assuré.

12.3 Pharmacie partenaire

La Pharmacie partenaire fournit à l'assuré un conseil sur les questions médicales qui relèvent de ses domaines de compétence usuels. **Si le problème de santé ne peut pas être traité définitivement par la Pharmacie partenaire, l'assuré doit prendre contact avec le Centre de télémédecine.** Après consultation du Centre de télémédecine, l'assuré peut, pour ce problème de santé, librement choisir, dans les limites des dispositions de la LAMal et pour la suite de son traitement, le fournisseur de prestations ou le spécialiste durant le laps de temps fixé par le Centre de télémédecine. **Si, pour ce problème de santé, la durée du traitement suivi par l'assuré dépasse le laps de temps fixé, il doit s'adresser une nouvelle fois au Centre de télémédecine.** Le conseil fourni par la Pharmacie partenaire, à titre de contact de premier recours, est remboursé intégralement par Assura. Il en va de même pour la consultation fournie, cas échéant, par le Centre de télémédecine.

12.4 Médecin de famille

Le Médecin de famille décide s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un autre fournisseur de prestations ou à un spécialiste. Dans ce dernier cas, l'assuré s'engage à obtenir de son Médecin de famille un avis de délégation dûment complété, daté et signé et à le transmettre au plus vite à Assura. Après consultation de son médecin de famille, l'assuré peut, pour ce problème de santé, librement choisir, dans les limites des dispositions de la LAMal et pour la

suite de son traitement, le fournisseur de prestations ou le spécialiste.

12.5 Exceptions

12.5.1 Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants ou en gynécologie ne sont pas soumises aux obligations de l'art. 12.

12.5.2 En cas d'urgence établie survenue en Suisse ou à l'étranger, l'assuré n'est pas soumis aux obligations de l'art 12.

12.5.3 Il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugé comme pouvant mettre sa vie en danger ou lorsqu'il existe une nécessité de traitement immédiate.

Article 13 – Recommandations médicales et prestations sans franchise

13.1 Recommandations médicales

13.1.1 L'assuré accepte que les contacts de premier recours listés à l'art. 12 ou les éventuels autres fournisseurs de prestations impliqués lui fournissent des recommandations médicales dans un but de promotion de la santé et de prévention.

13.1.2 Ces recommandations peuvent intervenir de manière ponctuelle, sur la base de critères médicaux définis par les contacts de premier recours listés à l'art. 12 ou les éventuels autres fournisseurs de prestation impliqués.

13.1.3 L'assuré n'a pas l'obligation de suivre ces recommandations.

13.2 Prestations sans franchise

Assura peut décider de renoncer au prélèvement de la franchise sur certaines prestations énumérées sur une liste disponible sur le site internet d'Assura et aux conditions de cette dernière. Cette liste peut être modifiée par Assura au début de chaque année civile.

Article 14 – Sanctions

En cas de violation par l'assuré des obligations découlant des articles 12.2 à 12.4 ci-dessus, Assura lui adresse un rappel. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

Article 15 - Entrée dans le modèle PreventoMed

15.1 Le modèle PreventoMed peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans une région de primes où Assura pratique ce modèle.

15.2 Un assuré domicilié dans les régions de primes où Assura pratique le modèle PreventoMed, au bénéfice du modèle Basis (assurance obligatoire des soins), peut en tout temps adhérer au modèle PreventoMed, avec une franchise identique, pour le 1^{er} jour du mois suivants.

Article 16 - Sortie du modèle PreventoMed

16.1 Assura peut supprimer ou modifier le modèle PreventoMed pour la fin d'une année civile. En cas de suppression, l'assuré sera alors transféré au 1^{er} janvier de l'année suivante dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande,

dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura. Demeure réservé le droit de l'assuré de démissionner aux conditions prévues à l'article 7 LAMal.

16.2 Si l'assuré transfère son domicile dans une région de primes où le modèle PreventoMed n'est pas proposé par Assura il passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura.

16.3 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1^{er} du mois de la survenance de l'événement.

Article 17 - Traitement des données

17.1 Vérification de la couverture

A des fins de vérification de la couverture de l'assuré, Assura transmet au Centre de télémédecine les données nécessaires à l'identification de l'assuré et à la détermination de sa couverture d'assurance, à l'exclusion de ses données de santé. La transmission de ces données peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.2 Échange de données

17.2.1 En concluant le modèle PreventoMed, l'assuré autorise des échanges de données entre le Centre de télémédecine et Assura, ainsi qu'entre la Pharmacie partenaire, le Médecin de famille ainsi que les autres fournisseurs de prestations impliqués et Assura. Ces échanges de données doivent être strictement nécessaires pour assurer une coordination optimale du modèle PreventoMed, ceci dans le respect des règles en matière de protection des données.

17.2.2 L'assuré autorise également le Centre de télémédecine, la Pharmacie partenaire, et le Médecin de famille, à échanger les informations médicales nécessaires avec le spécialiste ou le fournisseur de prestations choisi par l'assuré.

17.2.3 Afin de vérifier si l'assuré respecte les conditions d'assurance du modèle PreventoMed, le Centre de télémédecine transmet à Assura les données nécessaires pour une telle vérification, notamment la liste des consultations et le laps de temps fixé. Dans le même but, la Pharmacie partenaire transmet à Assura, si les conditions techniques le permettent, les données nécessaires pour une telle vérification, notamment la liste des consultations.

17.2.4 Les entretiens téléphoniques sont enregistrés et archivés par le Centre de télémédecine. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuves et présentés devant les instances du tribunal en cas de nécessité. En l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par l'assuré, Assura n'a aucun accès direct à ces informations.

17.2.5 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre Assura, le Centre de télémédecine, la Pharmacie partenaire, le Médecin de famille, ainsi que les autres fournisseurs de prestations impliqués peut s'opérer par

l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

17.3 Traitement des données par Assura

Assura traite uniquement les données qui lui sont nécessaires notamment pour calculer et percevoir les primes, évaluer le droit aux prestations d'assurance, traiter les demandes de remboursement de prestations, faire valoir des prétentions récursoires contre le tiers responsable et établir des statistiques.

Article 18 - Responsabilité

Assura n'assume aucune responsabilité médicale.

Titre 3 - L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins Modèle QualiMed

Edition 01.2026

TITRE PREMIER - BASES CONTRACTUELLES ET DROIT APPLICABLE

Le modèle QualiMed est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle QualiMed est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

Les principes particuliers réglant le fonctionnement de ce modèle, l'adhésion et la sortie des assurés ressortent des articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi que des articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.

En souscrivant au modèle QualiMed, l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites dans le chapitre 3 ci-après. En contrepartie, il bénéficie d'un rabais sur ses primes d'assurance.

TITRE 2 - LES FORMES D'ASSURANCE

CHAPITRE 1 - L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS

Article 1 - Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 - La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales.

Article 3 - La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise.

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales.

Article 4 - La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après Assura) paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'a été facturée, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 - Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

CHAPITRE 2 - L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS AVEC FRANCHISES À OPTION

Article 6 - Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 - Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 - Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

8.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 - L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

CHAPITRE 3 - LE MODÈLE QUALIMED

Article 10 – Les différents intervenants

10.1 Médecins de famille

10.1.1 Par Médecin de famille au sens des présentes conditions on entend : tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont l'assuré aura communiqué les coordonnées à Assura.

10.1.2 Lors de la conclusion du modèle QualiMed, l'assuré choisit un Médecin de famille et communique ses coordonnées à Assura.

10.1.3 Le changement de Médecin de famille doit être communiqué par l'assuré à Assura avant toute consultation auprès du nouveau Médecin de famille.

10.2 Spécialistes

Par spécialiste au sens des présentes conditions on entend : tout médecin ayant une formation postgrade reconnue dans une spécialité médicale au sens de la Loi sur les professions médicales (LPMéd), ainsi que les hôpitaux, cliniques dans lesquels il exerce.

Article 11 Nos Partenaires

11.1 Le Centre de télémédecine

11.1.1 Le Centre de télémédecine, désigné par Assura et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura, fournit un conseil médical et propose des consultations

médicales à distance. Cas échéant, il convient avec l'assuré du traitement adéquat que ce dernier s'engage à suivre.

11.1.2 Les consultations médicales à distance effectuées par un médecin sont prises en charge conformément à la LAMal et facturées selon le modèle du tiers payant.

11.2 Centre d'expertise indépendant

11.2.1 Le Centre d'expertise indépendant, désigné par Assura et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura, est une société experte dans la recommandation de spécialistes.

11.2.2 La liste des spécialisations pour lesquelles l'assuré doit faire appel au Centre d'expertise indépendant figure sur le site internet d'Assura. Elle est en outre également envoyée à l'assuré avec sa police d'assurance.

11.2.3 Cette liste peut être modifiée en tout temps par Assura sur une base unilatérale. Dans un tel cas, l'assuré est informé par écrit et il a la possibilité de demander, dans un délai de 30 jours, à passer dans un autre modèle d'assurance de base proposé par Assura avec une franchise identique.

11.2.4 L'intervention du Centre d'expertise indépendant et la recherche de spécialistes ne sont pas facturées à l'assuré.

Article 12 - Obligations de l'assuré

12.1 Avant tout traitement médical

12.1.1 Avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, l'assuré, ou son représentant légal, s'engage en cas de problème de santé ou en vue d'une prestation de prévention, à s'adresser soit au Centre de télémédecine, soit au Médecin de famille qu'il aura choisi et communiqué à Assura. Il en va de même en cas de traitement en cours lors de l'entrée dans le modèle QualiMed conformément à l'article 14.3.

12.1.2 Les dispositions pour les cas d'urgences et les exceptions figurant à l'article 13 sont réservées.

12.2 Consultation auprès du Centre de télémédecine

12.2.1 Si le Centre de télémédecine constate que l'assuré doit consulter un médecin généraliste, l'assuré devra alors s'adresser au Médecin de famille qu'il aura choisi et suivre la procédure telle que prévue à l'article 12.3 ci-dessous.

12.2.2 Dans les autres cas, le Centre de télémédecine fournit à l'assuré un conseil médical et/ou convient avec l'assuré du traitement adéquat que ce dernier s'engage à suivre. Le Centre de télémédecine définit notamment les fournisseurs de soins et/ou les spécialistes. L'assuré s'engage à les consulter et à se faire traiter par ces derniers, dans les limites des dispositions de la LAMal, sous réserve d'une consultation du Centre d'expertise indépendant (voir article 12.2.3 ci-dessous).

12.2.3 Si l'assuré doit consulter un spécialiste dont la spécialisation est énumérée sur le site internet d'Assura, le Centre de télémédecine l'invitera à s'adresser au Centre d'expertise indépendant, afin d'obtenir trois recommandations de spécialistes. Le Centre d'expertise indépendant formulera ces recommandations notamment sur la base des données reçues de la part du Centre de télémédecine. L'assuré s'engage avant toute autre démarche à consulter l'un des spécialistes recommandés par le Centre d'expertise indépendant et à se faire traiter

par ce spécialiste dans les limites des dispositions de la LAMal.

12.2.4 S'il s'avère nécessaire dans le cadre de la même affection pour l'assuré de consulter un autre fournisseur de soins et/ou un autre spécialiste dont la spécialisation n'est pas énumérée sur le site internet d'Assura, il doit à nouveau prendre contact avec le Centre de télémédecine avant toute consultation, afin de mettre son traitement à jour.

12.2.5 S'il s'avère nécessaire dans le cadre de la même affection de consulter un autre spécialiste dont la spécialisation est énumérée sur le site internet d'Assura, l'assuré doit, avant toute autre démarche et notamment avant toute autre consultation, à nouveau s'adresser au Centre d'expertise indépendant afin d'obtenir la recommandation de trois spécialistes. Le Centre d'expertise indépendant formulera ces recommandations notamment sur la base des données reçues de la part du Centre de télémédecine. **L'assuré s'engage avant toute autre démarche à consulter l'un des spécialistes recommandés par le Centre d'expertise indépendant et à se faire traiter par ce spécialiste, dans les limites des dispositions de la LAMal.**

12.3 Consultation auprès du Médecin de famille

12.3.1 Le Médecin de famille fournit à l'assuré un traitement médical. Il décide également s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un autre fournisseur de soins et/ou à un spécialiste.

12.3.2 Spécialiste dont la spécialisation est énumérée sur le site internet d'Assura :

12.3.2.1 Si l'assuré doit consulter un spécialiste dont la spécialisation est énumérée sur le site internet d'Assura, l'assuré doit s'adresser au Centre d'expertise indépendant, afin d'obtenir trois recommandations de spécialistes.

12.3.2.2 **L'assuré doit pour ce faire requérir de la part de son Médecin de famille une copie de son dossier médical, qu'il devra alors transmettre au Centre d'expertise indépendant. Le Centre d'expertise indépendant formulera ces recommandations notamment sur la base des données reçues de la part de l'assuré, lesquelles pourront donner lieu à une demande de clarification de la part du Centre d'expertise indépendant. Dans ce cas, l'assuré s'engage à collaborer de manière proactive. L'assuré s'engage également avant toute autre démarche à consulter l'un des trois spécialistes recommandés par le Centre d'expertise indépendant et à se faire traiter par ce spécialiste dans les limites des dispositions de la LAMal.**

12.3.2.3 Si le recours à un autre spécialiste dont la spécialisation est énumérée sur le site internet d'Assura s'avère nécessaire dans le cadre de la même affection, l'assuré doit à nouveau s'adresser au Centre d'expertise indépendant avant toute autre démarche et notamment avant toute autre consultation. **L'assuré s'engage avant toute autre démarche à consulter l'un des trois spécialistes recommandés par le Centre d'expertise indépendant et à se faire traiter par ce spécialiste dans les limites des dispositions de la LAMal.**

12.3.3 Spécialiste dont la spécialisation n'est pas énumérée sur le site internet d'Assura ou autre fournisseur de soins :

Si l'assuré doit recourir à un spécialiste dont la spécialisation n'est pas énumérée sur le site internet d'Assura ou à un autre fournisseur de soins, l'assuré s'engage à obtenir de son Médecin de famille un avis de délégation dûment complété, daté et signé préalablement à toute consultation chez ce spécialiste ou ce fournisseur de soins. Cet avis de délégation devra ensuite être transmis à Assura au plus vite.

12.4 Sanctions

12.4.1 **En cas de violation par l'assuré des obligations découlant des articles 12.2.3 et 12.2.5, ainsi que de l'article 12.3.2, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.** Toutefois en cas de refus de prestations d'Assura basé sur le présent article, l'assuré peut demander son transfert rétroactif au 1^{er} janvier de l'année en cours dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique et moyennant adaptation de la prime.

12.4.2 En cas de violation par l'assuré des obligations découlant des articles 12.2.2, 12.2.4 et 12.3.3, Assura lui adresse un rappel de ses obligations. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

Article 13 - Exceptions

13.1 Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants ou en gynécologie ne sont pas soumises aux obligations de l'article 12.

13.2 En cas d'urgence établie survenue en Suisse ou à l'étranger, l'assuré peut faire appel à un fournisseur de soins et/ou un spécialiste sans s'adresser au préalable au Centre de télémédecine ou au Médecin de famille et sans recourir cas échéant aux services du Centre d'expertise indépendant. Si le traitement prodigué en urgence nécessite un suivi, **l'assuré doit obligatoirement respecter les engagements pris à l'article 12 ci-dessus.**

Article 14 - Entrée dans le modèle QualiMed

14.1 Le modèle QualiMed peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans une région de primes où Assura pratique ce modèle.

14.2 Un assuré domicilié dans les régions de primes où Assura pratique le modèle QualiMed, au bénéfice du modèle Basis (assurance obligatoire des soins), peut en tout temps adhérer au modèle QualiMed, pour le premier jour du mois suivant.

14.3 **En cas de traitement en cours lors de l'entrée dans le modèle QualiMed, l'assuré doit respecter les engagements pris aux articles 12 et 13.2.** Font exception à cette règle les interventions qui ont été planifiées avant l'entrée dans le modèle QualiMed et qui auront lieu dans les deux mois suivant l'entrée de l'assuré dans le modèle QualiMed.

Article 15 - Sortie du modèle QualiMed

15.1 Assura peut supprimer le modèle QualiMed pour la fin d'une année civile en respectant un préavis de deux mois. L'assuré sera alors transféré au 1^{er} janvier de l'année suivante dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans

un autre modèle d'assurance proposé par Assura. Demeure réservé le droit de l'assuré de démissionner aux conditions prévues à l'article 7 LAMal.

15.2 Si l'assuré transfère son domicile dans une région de primes où le modèle QualiMed n'est pas proposé par Assura il passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique.

15.3 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1^{er} du mois de la survenance de l'événement.

Article 16 - Traitement des données

16.1 Vérification de la couverture

A des fins de vérification de la couverture de l'assuré, Assura transmet au Centre de télémédecine et au Centre d'expertise indépendant les données nécessaires à l'identification de l'assuré et à la détermination de sa couverture d'assurance, à l'exclusion de ses données de santé. La transmission de ces données peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

16.2 Échange de données

16.2.1 En concluant le modèle QualiMed, l'assuré autorise des échanges de données entre le Centre de télémédecine et Assura, ainsi qu'entre le Centre d'expertise indépendant et/ou les autres fournisseurs de prestations impliqués et Assura. Ces échanges de données doivent être strictement nécessaires pour assurer une coordination optimale du modèle QualiMed et pour déterminer le droit aux prestations, ceci dans le respect des règles en matière de protection des données.

16.2.2 L'assuré autorise le Centre de télémédecine à transmettre au Centre d'expertise indépendant les informations médicales nécessaires permettant au Centre d'expertise indépendant de fournir une prestation de conseil adéquate afin d'optimiser le traitement médical. Dans le même but, l'assuré autorise le Centre d'expertise indépendant à traiter les données transmises et notamment à les transmettre au spécialiste qu'il aura choisi. Le traitement des données de l'assuré par le Centre d'expertise indépendant s'opère également sur la base du consentement exprès de l'assuré qui aura été préalablement requis par ce dernier.

16.2.3 L'assuré autorise le Centre de télémédecine à transmettre à Assura la liste de toutes les consultations dispensées par ses soins et, cas échéant, les délégations émises, permettant à Assura d'effectuer le contrôle des obligations de l'assuré et de la facturation.

16.2.4 L'assuré autorise le Centre d'expertise indépendant à transmettre à Assura la recommandation désignant le spécialiste qu'il aura choisi, permettant à Assura d'effectuer le contrôle des obligations de l'assuré et de la facturation. Le Centre d'expertise indépendant remet également régulièrement à Assura un rapport d'activité anonymisé établi par elle, à des fins statistiques, permettant à Assura d'évaluer l'adéquation du modèle QualiMed.

16.2.5 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre Assura, le Centre de télémédecine, le Centre d'expertise indépendant, ainsi que les autres fournisseurs de prestations impliqués peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

16.3 Enregistrement des entretiens par le Centre de télémédecine

Les entretiens de conseil et les consultations médicales à distance sont enregistrés et archivés par le Centre de télémédecine. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuves et présentés devant les instances judiciaires compétentes en cas de nécessité. Toutefois, en l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par l'assuré, Assura n'a aucun accès direct à ces informations.

16.4 Traitement des données par Assura

Assura traite uniquement les données qui lui sont nécessaires notamment pour calculer et percevoir les primes, évaluer le droit aux prestations d'assurance, traiter les demandes de remboursement de prestations, faire valoir des prétentions récursoires contre le tiers responsable et établir des statistiques.

Article 17 - Responsabilité

Assura n'assume aucune responsabilité médicale.

TITRE 3 - L'ENTRÉE EN VIGUEUR

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins Modèle QualiMed

Edition 01.2027

TITRE PREMIER - BASES CONTRACTUELLES ET DROIT APPLICABLE

Le modèle QualiMed est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle QualiMed est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

Les principes particuliers réglant le fonctionnement de ce modèle, l'adhésion et la sortie des assurés ressortent des articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi que des articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.

En souscrivant au modèle QualiMed, l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites dans le chapitre 3 ci-après. En contrepartie, il bénéficie d'un rabais sur ses primes d'assurance.

TITRE 2 - LES FORMES D'ASSURANCE

CHAPITRE 1 - L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS

Article 1 - Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 - La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales.

Article 3 - La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise (quote-part).

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales.

Article 4 - La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après Assura) paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'a été facturée, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 - Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

CHAPITRE 2 - L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS AVEC FRANCHISES À OPTION

Article 6 - Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 - Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 - Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

8.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 - L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

CHAPITRE 3 - LE MODÈLE QUALIMED

Article 10 – Les différents intervenants

10.1 Médecins de famille

10.1.1 Par Médecin de famille au sens des présentes conditions on entend : tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont l'assuré aura préalablement à la première consultation communiqué les coordonnées à Assura.

10.1.2 Le changement de Médecin de famille doit être communiqué par l'assuré à Assura avant toute consultation auprès du nouveau Médecin de famille.

10.2 Spécialistes

Par spécialiste au sens des présentes conditions on entend : tout médecin ayant une formation postgrade reconnue dans une spécialité médicale au sens de la Loi sur les professions médicales (LPMéd), ainsi que les hôpitaux, cliniques dans lesquels il exerce.

Article 11 - Nos Partenaires

11.1 Le Centre de télémédecine

11.1.1 Le Centre de télémédecine, désigné par Assura et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura, fournit un conseil médical et propose des consultations médicales à distance. Cas échéant, il convient avec l'assuré du traitement adéquat que ce dernier s'engage à suivre.

11.1.2 Les consultations médicales à distance effectuées par un médecin sont prises en charge conformément à la LAMal et facturées selon le modèle du tiers payant.

11.2 Centre d'expertise indépendant

11.2.1 Le Centre d'expertise indépendant, désigné par Assura et dont les coordonnées figurent sur le site internet d'Assura, est une société experte dans la recommandation de spécialistes.

11.2.2 La liste des spécialisations pour lesquelles l'assuré doit faire appel au Centre d'expertise indépendant figure sur le site internet d'Assura. Elle est en outre également envoyée à l'assuré avec sa police d'assurance.

11.2.3 Cette liste peut être modifiée en tout temps par Assura sur une base unilatérale. Dans un tel cas, l'assuré est informé par écrit et il a la possibilité de demander, dans un délai de 30 jours, à passer dans un autre modèle d'assurance de base proposé par Assura avec une franchise identique.

11.2.4 L'intervention du Centre d'expertise indépendant et la recherche de spécialistes ne sont pas facturées à l'assuré.

Article 12 - Obligations de l'assuré

12.1 Avant tout traitement médical

12.1.1 Avant tout traitement médical, ambulatoire ou stationnaire, l'assuré, ou son représentant légal, s'engage en cas de problème de santé ou en vue d'une prestation de prévention, à s'adresser soit au Centre de télémédecine, soit au Médecin de famille qu'il aura choisi et communiqué à Assura. Il en va de même en cas de traitement en cours lors de l'entrée dans le modèle QualiMed conformément à l'article 14.3.

12.1.2 Les dispositions pour les cas d'urgences et les exceptions figurant à l'article 13 sont réservées.

12.2 Consultation auprès du Centre de télémédecine

12.2.1 Si le Centre de télémédecine constate que l'assuré doit consulter un médecin généraliste, l'assuré devra alors s'adresser au Médecin de famille qu'il aura choisi et suivre la procédure telle que prévue à l'article 12.3 ci-dessous.

12.2.2 Dans les autres cas, le Centre de télémédecine fournit à l'assuré un conseil médical et/ou convient avec l'assuré du traitement adéquat que ce dernier s'engage à suivre. Le Centre de télémédecine définit notamment les fournisseurs de soins et/ou les spécialistes. L'assuré s'engage à les consulter et à se faire traiter par ces derniers, dans les limites des dispositions de la LAMal, sous réserve d'une consultation du Centre d'expertise indépendant (voir article 12.2.3 ci-dessous).

12.2.3 Si l'assuré doit consulter un spécialiste dont la spécialisation est énumérée sur le site internet d'Assura, le Centre de télémédecine l'invitera à s'adresser au Centre d'expertise indépendant, afin d'obtenir trois recommandations de spécialistes. Le Centre d'expertise indépendant formulera ces recommandations notamment sur la base des données reçues de la part du Centre de télémédecine. L'assuré s'engage avant toute autre démarche à consulter l'un des spécialistes recommandés par le Centre d'expertise indépendant et à se faire traiter par ce spécialiste dans les limites des dispositions de la LAMal.

12.2.4 S'il s'avère nécessaire dans le cadre de la même affection pour l'assuré de consulter un autre fournisseur de soins et/ou un autre spécialiste dont la spécialisation n'est pas énumérée sur le site internet d'Assura, il doit à nouveau prendre contact avec le Centre de télémédecine avant toute consultation, afin de mettre son traitement à jour.

12.2.5 S'il s'avère nécessaire dans le cadre de la même affection de consulter un autre spécialiste dont la spécialisation est énumérée sur le site internet d'Assura, l'assuré doit, avant toute autre démarche et notamment avant toute autre consultation, à nouveau s'adresser au Centre d'expertise indépendant afin d'obtenir la recommandation de trois spécialistes. Le Centre d'expertise indépendant formulera ces recommandations notamment sur la base des données reçues de la part du Centre de télémédecine. **L'assuré s'engage avant toute autre démarche à consulter l'un des spécialistes recommandés par le Centre d'expertise indépendant et à se faire traiter par ce spécialiste, dans les limites des dispositions de la LAMal.**

12.3 Consultation auprès du Médecin de famille

12.3.1 Le Médecin de famille fournit à l'assuré un traitement médical. Il décide également s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un autre fournisseur de soins et/ou à un spécialiste.

12.3.2 Spécialiste dont la spécialisation est énumérée sur le site internet d'Assura :

12.3.2.1 Si l'assuré doit consulter un spécialiste dont la spécialisation est énumérée sur le site internet d'Assura, l'assuré doit s'adresser au Centre d'expertise indépendant, afin d'obtenir trois recommandations de spécialistes.

12.3.2.2 **L'assuré doit pour ce faire requérir de la part de son Médecin de famille une copie de son dossier médical, qu'il devra alors transmettre au Centre d'expertise indépendant. Le Centre d'expertise indépendant formulera ces recommandations notamment sur la base des données reçues de la part de l'assuré, lesquelles pourront donner lieu à une demande de clarification de la part du Centre d'expertise indépendant. Dans ce cas, l'assuré s'engage à collaborer de manière proactive. L'assuré s'engage également avant toute autre démarche à consulter l'un des trois spécialistes recommandés par le Centre d'expertise indépendant et à se faire traiter par ce spécialiste dans les limites des dispositions de la LAMal.**

12.3.2.3 Si le recours à un autre spécialiste dont la spécialisation est énumérée sur le site internet d'Assura s'avère nécessaire dans le cadre de la même affection, l'assuré doit à nouveau s'adresser au Centre d'expertise indépendant avant toute autre démarche et notamment avant toute autre consultation. **L'assuré s'engage avant toute autre démarche à consulter l'un des trois spécialistes recommandés par le Centre d'expertise indépendant et à se faire traiter par ce spécialiste dans les limites des dispositions de la LAMal.**

12.3.3 Spécialiste dont la spécialisation n'est pas énumérée sur le site internet d'Assura ou autre fournisseur de soins :

Si l'assuré doit recourir à un spécialiste dont la spécialisation n'est pas énumérée sur le site internet d'Assura ou à un autre fournisseur de soins, l'assuré s'engage à obtenir de son

Médecin de famille un avis de délégation dûment complété, daté et signé préalablement à toute consultation chez ce spécialiste ou ce fournisseur de soins. Cet avis de délégation devra ensuite être transmis à Assura au plus vite.

12.4 Sanctions

12.4.1 **En cas de violation par l'assuré des obligations découlant des articles 12.2.3 et 12.2.5, ainsi que de l'article 12.3.2, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.** Toutefois en cas de refus de prestations d'Assura basé sur le présent article, l'assuré peut demander son transfert rétroactif au 1^{er} janvier de l'année en cours dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique et moyennant adaptation de la prime.

12.4.2 En cas de violation par l'assuré des obligations découlant des articles 12.2.2, 12.2.4 et 12.3.3, Assura lui adresse un rappel de ses obligations. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

Article 13 - Exceptions

13.1 Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants ou en gynécologie ne sont pas soumises aux obligations de l'article 12.

13.2 En cas d'urgence établie survenue en Suisse ou à l'étranger, l'assuré peut faire appel à un fournisseur de soins et/ou un spécialiste sans s'adresser au préalable au Centre de télémédecine ou au Médecin de famille et sans recourir cas échéant aux services du Centre d'expertise indépendant. Si le traitement prodigué en urgence nécessite un suivi, **l'assuré doit obligatoirement respecter les engagements pris à l'article 12 ci-dessus.**

Article 14 - Entrée dans le modèle QualiMed

14.1 Le modèle QualiMed peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans une région de primes où Assura pratique ce modèle.

14.2 Un assuré domicilié dans les régions de primes où Assura pratique le modèle QualiMed, au bénéfice du modèle Basis (assurance obligatoire des soins), peut en tout temps adhérer au modèle QualiMed, avec une franchise identique, pour le premier jour du mois suivant.

14.3 **En cas de traitement en cours lors de l'entrée dans le modèle QualiMed, l'assuré doit respecter les engagements pris aux articles 12 et 13.2.** Font exception à cette règle les interventions qui ont été planifiées avant l'entrée dans le modèle QualiMed et qui auront lieu dans les deux mois suivant l'entrée de l'assuré dans le modèle QualiMed.

Article 15 - Sortie du modèle QualiMed

15.1 Assura peut supprimer le modèle QualiMed pour la fin d'une année civile en respectant un préavis de deux mois. L'assuré sera alors transféré au 1^{er} janvier de l'année suivante dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique ou, s'il le demande, dans un autre modèle d'assurance proposé par Assura. Demeure réservé le droit de l'assuré de démissionner aux conditions prévues à l'article 7 LAMal.

15.2 Si l'assuré transfère son domicile dans une région de primes où le modèle QualiMed n'est pas proposé par Assura il passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique.

15.3 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1^{er} du mois de la survenance de l'événement.

Article 16 - Traitement des données

16.1 Vérification de la couverture

A des fins de vérification de la couverture de l'assuré, Assura transmet au Centre de télémedecine et au Centre d'expertise indépendant les données nécessaires à l'identification de l'assuré et à la détermination de sa couverture d'assurance, à l'exclusion de ses données de santé. La transmission de ces données peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

16.2 Echange de données

16.2.1 En concluant le modèle QualiMed, l'assuré autorise des échanges de données entre le Centre de télémedecine et Assura, ainsi qu'entre le Centre d'expertise indépendant et/ou les autres fournisseurs de prestations impliqués et Assura. Ces échanges de données doivent être strictement nécessaires pour assurer une coordination optimale du modèle QualiMed et pour déterminer le droit aux prestations, ceci dans le respect des règles en matière de protection des données.

16.2.2 L'assuré autorise le Centre de télémedecine à transmettre au Centre d'expertise indépendant les informations médicales nécessaires permettant au Centre d'expertise indépendant de fournir une prestation de conseil adéquate afin d'optimiser le traitement médical. Dans le même but, l'assuré autorise le Centre d'expertise indépendant à traiter les données transmises et notamment à les transmettre au spécialiste qu'il aura choisi. Le traitement des données de l'assuré par le Centre d'expertise indépendant s'opère également sur la base du consentement exprès de l'assuré qui aura été préalablement requis par ce dernier.

16.2.3 L'assuré autorise le Centre de télémedecine à transmettre à Assura la liste de toutes les consultations dispensées par ses soins et, cas échéant, les délégations émises, permettant à Assura d'effectuer le contrôle des obligations de l'assuré et de la facturation.

16.2.4 L'assuré autorise le Centre d'expertise indépendant à transmettre à Assura la recommandation désignant le spécialiste qu'il aura choisi, permettant à Assura d'effectuer le contrôle des obligations de l'assuré et de la facturation. Le Centre d'expertise indépendant remet également régulièrement à Assura un rapport d'activité anonymisé établi par le centre, à des fins statistiques, permettant à Assura d'évaluer l'adéquation du modèle QualiMed.

16.2.5 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre Assura, le Centre de télémedecine, le Centre d'expertise indépendant, ainsi que les autres fournisseurs de prestations impliqués peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

16.3 Enregistrement des entretiens

Les entretiens de conseil et les consultations médicales à distance sont enregistrés et archivés par nos partenaires. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuves et présentés devant les instances judiciaires compétentes en cas de nécessité. Toutefois, en l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par l'assuré, Assura n'a aucun accès direct à ces informations.

16.4 Traitement des données par Assura

Assura traite uniquement les données qui lui sont nécessaires notamment pour calculer et percevoir les primes, évaluer le droit aux prestations d'assurance, traiter les demandes de remboursement de prestations, faire valoir des prétentions récursoires contre le tiers responsable et établir des statistiques.

Article 17 - Responsabilité

Assura n'assume aucune responsabilité médicale.

TITRE 3 - L'ENTRÉE EN VIGUEUR

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins Modèle Réseau de soins

Édition 01.2025

TITRE PREMIER – BASES CONTRACTUELLES ET DROIT APPLICABLE

Le modèle Réseau de soins est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle Réseau de soins est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

Les principes particuliers réglant le fonctionnement de ce modèle, l'adhésion et la sortie des assurés ressortent des articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi que des articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.

En souscrivant au modèle Réseau de soins, l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites dans le chapitre 3. En contrepartie, il bénéficiera d'un rabais sur ses primes d'assurance.

TITRE 2 – LES FORMES D'ASSURANCE

CHAPITRE 1 – L'ASSURANCE OBLIGATOIRE ET ORDINAIRE DES SOINS

Article 1 – Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2 – La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de CHF 300, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées

de la franchise en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 3 – La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10 % des frais qui excèdent le montant de la franchise.

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 4 – La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après « Assura ») paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5 – Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

CHAPITRE 2 – L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS AVEC FRANCHISES À OPTION

Article 6 – Le droit applicable

Les dispositions susmentionnées s'appliquent également à l'assurance obligatoire des soins avec franchise à option, sous réserve des règles particulières décrites au présent chapitre 2.

Article 7 – Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés

d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 8 – Le choix de la franchise

8.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

8.2 La franchise pour un adulte et / ou un jeune adulte peut être fixée à CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 ou CHF 2'500.

8.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 ou CHF 600.

Article 9 – L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

9.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

9.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

9.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

CHAPITRE 3 – LE MODÈLE RÉSEAU DE SOINS

Article 10 – Choix du médecin de premier recours

10.1 L'assuré s'engage à choisir un médecin de premier recours (Médecin Choisi) parmi les médecins ayant adhéré au réseau participant au modèle Réseau de soins et figurant sur la liste de médecins, applicable à ce modèle (la Liste de Médecins). Il doit transmettre les coordonnées de ce médecin à Assura, dès qu'il aura fait son choix. Si l'assuré consulte un médecin figurant sur la Liste de Médecins sans l'avoir expressément choisi au préalable, ce médecin consulté sera enregistré comme Médecin Choisi.

10.2 La Liste de Médecins est publiée et accessible depuis le site Internet d'Assura. Est déterminante la Liste de Médecins valable au moment du traitement. Celle-ci peut être adaptée en tout temps unilatéralement par Assura selon l'évolution du cercle des médecins adhérents du réseau participant au modèle Réseau de soins.

10.3 En cas de sortie du Médecin Choisi de la Liste de Médecins, l'assuré doit, dans un délai de 30 jours dès la réception de la notification d'Assura, sélectionner un nouveau médecin figurant sur la Liste de Médecins. Si dans le délai précité aucun nouveau Médecin Choisi n'est communiqué à Assura, l'assuré passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique.

10.4 Le changement de Médecin Choisi doit être communiqué par l'assuré à Assura avant toute consultation auprès du nouveau Médecin Choisi. En cas de changement du Médecin Choisi, l'assuré autorise la transmission de son dossier médical au nouveau Médecin Choisi et libère dans cette mesure l'ancien Médecin Choisi du secret professionnel.

Article 11 – Obligations de l'assuré

11.1 L'assuré s'engage à toujours consulter le Médecin Choisi en premier lieu. Le Médecin Choisi est l'interlocuteur de référence de l'assuré. En cas d'indisponibilité momentanée du Médecin Choisi, le Réseau de soins peut proposer à l'assuré de contacter un Centre de télémédecine dont les coordonnées sont disponibles sur son site en ligne www.reseau-delta.ch. Dans tous les cas, le Médecin Choisi coordonne toutes les questions médicales et suit l'évolution de l'assuré dans toutes les démarches médicales.

11.2 Le Médecin Choisi décide s'il poursuit lui-même le traitement ou s'il y a lieu de recourir à un spécialiste. Dans ce cas, l'assuré s'engage à obtenir du Médecin Choisi un avis de délégation dûment complété, daté et signé préalablement à toute consultation chez un spécialiste. Cet avis de délégation devra ensuite être transmis au plus vite à Assura. L'assuré s'engage expressément à suivre le traitement prescrit.

11.3 Lorsque le Médecin Choisi envoie l'assuré auprès d'un autre fournisseur de soins (institut de radiologie, physiothérapeute, etc.), l'assuré est tenu de poursuivre le traitement auprès du fournisseur de soins désigné par son Médecin Choisi.

11.4 L'assuré s'engage à acheter ses médicaments et / ou toute autre préparation pharmaceutique à charge de l'assurance obligatoire des soins uniquement auprès des officines figurant sur la liste des pharmacies agréées (la Liste de Pharmacies). Seules ces pharmacies peuvent coordonner toutes les questions relatives aux traitements pharmaceutiques prescrits à l'assuré.

11.5 La Liste de Pharmacies est publiée et accessible depuis le site internet d'Assura. Elle peut être modifiée en tout temps et unilatéralement par Assura. L'assuré est informé des éventuelles adaptations de la Liste de Pharmacies par écrit, par exemple au moyen du magazine dédié aux assurés. Est déterminante la Liste de Pharmacies valable au moment du traitement.

11.6 Les dispositions pour les cas d'urgences et les exceptions figurant à l'art. 13 demeurent réservées.

Article 12 – Sanctions

12.1 En cas de non-respect des obligations découlant des articles 11.2 et 11.4, Assura lui adresse un rappel. Pour toute nouvelle infraction durant la même année civile, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

12.2 En cas de violation des autres obligations découlant de l'article 11, la prise en charge des frais sera refusée par Assura.

Article 13 – Exceptions

13.1 En cas d'urgence établie, l'assuré peut faire appel à un autre fournisseur de soins que le Médecin Choisi, respectivement à une pharmacie non agréée. De plus, l'utilisation d'une pharmacie non agréée est possible en cas de séjour à l'étranger.

13.2 Si l'assuré a consulté un autre fournisseur de soins que son Médecin Choisi ou une pharmacie non agréée en vertu de l'alinéa précédent, il est obligé d'en informer le Médecin Choisi dans les meilleurs délais et de poursuivre auprès de lui la suite du traitement, sauf contre-indication de la part du Médecin Choisi.

13.3 Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants ou en gynécologie ne sont pas soumis aux obligations de l'article 11.

Article 14 – Entrée dans le modèle Réseau de soins

14.1 Le modèle Réseau de soins peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans un canton où Assura pratique ce modèle.

14.2 Un assuré domicilié dans les cantons où Assura pratique le modèle Réseau de soins, au bénéfice de l'assurance ordinaire des soins et de la franchise ordinaire de CHF 300 pour les adultes et / ou jeunes adultes et de CHF 0 pour les enfants, peut en tout temps adhérer au modèle Réseau de soins.

Article 15 – Sortie du modèle Réseau de soins

15.1 Sous réserve des chiffres ci-après, l'abandon du modèle Réseau de soins n'est possible que pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois, et il implique le passage simultané de l'assuré à une autre forme d'assurance obligatoire des soins auprès d'Assura. Cette renonciation ne vaut pas comme décision de démission d'Assura, l'article 7 alinéas 3 et 4 LAMal étant réservé. Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

15.2 Si l'assuré transfère son domicile dans un canton où le modèle Réseau de soins n'est pas proposé par Assura il passe par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique.

15.3 Si sur un canton, tous les contrats conclus entre Assura et la ou les sociétés d'exploitation de réseau de médecins participant au modèle Réseau de soins sont résiliés, le modèle Réseau de soins cesse d'exister dans le canton concerné. Dans ce cas, les assurés de ce modèle ayant leur domicile dans le canton concerné sont transférés par défaut dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique.

15.4 En cas d'admission dans un établissement médico-social, d'incarcération dans un établissement pénitentiaire, en cas de séjour de longue durée en milieu hospitalier ou dans toute autre situation similaire, l'assuré peut demander par écrit à Assura son transfert dans le modèle Basis (assurance obligatoire des soins) avec une franchise identique, avec effet rétroactif au 1^{er} du mois de la survenance de l'événement.

15.5 Si, à la suite du retrait d'une pharmacie de la liste des pharmacies agréées, un assuré n'a plus aucune pharmacie agréée à disposition dans sa région, il a la possibilité de demander de passer dans un autre modèle d'assurance de base proposé par Assura avec une franchise identique.

Article 16 – Traitement des données

16.1 Vérification de la couverture

A des fins de vérification de la couverture de l'assuré, Assura transmet au Médecin Choisi du Réseau de soins les données nécessaires à l'identification de l'assuré et à la détermination de sa couverture d'assurance, à l'exclusion de ses données de santé. La transmission de ces données peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

16.2 Échange de données

16.2.1 En concluant le modèle Réseau de soins, l'assuré autorise des échanges de données entre le Centre de télémédecine et Assura, ainsi qu'entre le Médecin Choisi et/ou les autres fournisseurs de prestations du Réseau de soins ou hors réseau impliqués et Assura. Ces échanges de données doivent être strictement nécessaires pour assurer une coordination optimale du modèle Réseau de soins et pour déterminer le droit aux prestations ceci dans le respect des règles en matière de protection des données.

16.2.2 L'assuré autorise également le Médecin Choisi à échanger les informations médicales nécessaires au traitement avec les autres fournisseurs de prestations du Réseau de soins ou hors Réseau de soins, tel que le Centre de télémédecine.

16.2.3 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre le Centre de télémédecine et Assura ainsi qu'entre le Médecin Choisi et Assura, et les autres fournisseurs de prestations impliqués, peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale gérée par un tiers.

16.3 Traitement des données par Assura

Assura traite uniquement les données qui lui sont nécessaires notamment pour calculer et percevoir les primes, évaluer le droit aux prestations d'assurance, traiter les demandes de remboursement de prestations, faire valoir des prétentions récursoires contre le tiers responsable et établir des statistiques.

Article 17 – Responsabilité

La responsabilité pour les prestations diagnostiques et thérapeutiques incombe exclusivement aux fournisseurs de prestations traitant la personne assurée.

TITRE 3 – L'ENTRÉE EN VIGUEUR

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Assura-Basis SA

Conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Édition 07.2015 Mise à jour 01.2022

Article 1 - Le contrat d'assurance et la loi

1.1 Les droits et obligations du preneur d'assurance et de l'assuré, lesquels doivent être domiciliés en Suisse, sont définis dans la police d'assurance et les conditions d'assurance.

1.2 A défaut de disposition contractuelle expresse, c'est la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) qui est applicable.

Article 2 - Les définitions

Au sens du présent contrat, il faut entendre par :

- 2.1 preneur d'assurance, la personne signataire de la proposition qui assume notamment le paiement des primes ;
- 2.2 assuré, la personne qui bénéficie de la couverture d'assurance, en tant que preneur d'assurance ou non ;
- 2.3 CGA, les conditions générales d'assurance complémentaires et, par CSC, les conditions spéciales d'assurance complémentaires ;
- 2.4 maladie, toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail ;
- 2.5 accident, toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ;
- 2.6 **maternité, la grossesse et l'accouchement, ainsi que la fausse-couche et la grossesse extra-utérine ou non-évolutive** ;
- 2.7 établissement hospitalier, les hôpitaux, cliniques, maternités ;
- 2.8 franchise, le montant fixe initial à charge de l'assuré en cas de sinistre, soit par événement, soit par année civile, selon les CSC ;
- 2.9 quote-part, le montant variable à charge de l'assuré exprimé en pour-cent de la prestation d'Assura SA ;
- 2.10 participation, la franchise et la quote-part cumulées ;
- 2.11 conventions, les ententes de droit privé portant sur les modalités et les coûts des prestations des fournisseurs de soins ;
- 2.12 thérapeutes, les médecins, les dentistes, les chiropraticiens, les infirmières, les sages-femmes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les logopédistes/orthophonistes ;
- 2.13 tarif conventionnel SSO-AA/AM/AI, le tarif conventionnel passé entre la Société suisse d'odonto-stomatologie et l'assurance-accident, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité ;
- 2.14 survenance du sinistre, moment où une maladie ou une maternité est constatée par un fournisseur de soins ; en cas d'accident, date à laquelle survient l'événement accidentel ;
- 2.15 affection, altération de la santé ;
- 2.16 LAMal, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 ;
- 2.17 LCA, la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 ;
- 2.18 LAA, la Loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981.

Article 3 - Les risques couverts

3.1 Selon le choix manifesté par le preneur d'assurance dans sa proposition, Assura SA couvre principalement la maladie et l'accident dans les limites des CGA et CSC.

3.2 En outre, l'assureur assume des prestations de **maternité dans les limites des articles 4 des catégories Complémenta et Complémenta Plus, ainsi que dans celles des catégories Materna Eco, Materna Media, Materna Plus et Natura R3.**

Article 4 - La délimitation de la couverture

4.1 Sont exclus de l'assurance :

- 4.1.1 i) les affections faisant l'objet d'une réserve ;
ii) **les affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance ;**
iii) **les suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance ;**
- 4.1.2 les traitements non pris en considération dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Restent réservées les prestations spécifiques allouées au titre des catégories d'assurance complémentaires ;
- 4.1.3 les interventions de chirurgie plastique et **reconstructive, ainsi que leurs suites ;**
- 4.1.4 les conséquences du tabagisme, de l'alcoolisme et de l'usage de stupéfiants, y compris les accidents survenus alors que l'assuré était sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiants ;
- 4.1.5 le suicide et la mutilation volontaire, ainsi que leur tentative ;
- 4.1.6 **l'interruption ou la conservation de la grossesse, les méthodes de procréation assistée et les traitements de la stérilité ;**
- 4.1.7 les maladies et accidents causés volontairement par l'assuré, résultant d'un acte téméraire ou délictueux, d'une faute grave ou survenant dans le cadre d'une bagarre. Il en va de même des **mesures médicales ordonnées par une autorité judiciaire ;**
- 4.1.8 **les accidents survenus lors de compétitions et au cours de l'entraînement lié à celles-ci ;**
- 4.1.9 les cures d'air, de repos, d'ingestion d'eau et de thalassothérapie, les traitements de l'**obésité**, les **corrections des défauts de la vue**, les hospitalisations à caractère médicosocial, ainsi que les séjours justifiés par des **soins palliatifs** en fin de vie, par des mesures diététiques, de **réadaptation**, de **réhabilitation** ou de **traitement de la douleur** ;
- 4.1.10 les **maladies mentales ou nerveuses** ;
- 4.1.11 les frais personnels en cas d'hospitalisation, à savoir tous ceux qui ne sont pas en relation directe avec des buts de guérison (par ex. location de télévision) ;
- 4.1.12 **les frais d'acquisition ou de location d'appareils médicaux, d'articles orthopédiques et de prothèses ;**
- 4.1.13 les opérations de guerre, les émeutes ou les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage ou événements assimilés ;
- 4.1.14 les accidents survenant lors de l'utilisation d'aéronefs et lors de sauts en parachute ou en parapente, si l'assuré viole intentionnellement des prescriptions des autorités ou ne possède pas les permis et licences officiels nécessaires ;
- 4.1.15 les effets de radiations ionisantes. Sont toutefois assurées les atteintes à la santé consécutives à des radiations prescrites par un médecin ;
- 4.1.16 les transplantations d'organes.

4.2 Assura SA renonce à :

4.2.1 son droit de résilier le contrat à la suite d'une fausse déclaration (réticence selon l'article 6 LCA), pour autant que 5 ans au moins se soient écoulés depuis la conclusion ou la modification du contrat ;

4.2.2 invoquer le droit que lui confère l'article 42 LCA de résilier le contrat en cas de sinistre, à moins d'abus ou de tentative d'abus de l'assuré.

Article 5 - L'étendue territoriale

5.1 L'assurance est valable dans le monde entier.

5.2 L'assuré qui transfère son domicile hors de Suisse, du Liechtenstein ou de la zone frontalière perd le bénéfice de l'assurance de plein droit à la fin de la période d'assurance en cours. L'assurance peut, sur demande du preneur d'assurance et aux conditions fixées par Assura SA, être prolongée avec ou sans suspension du droit aux prestations.

5.3 Hors de Suisse, du Liechtenstein ou de la zone frontalière, les cas sont indemnisés jusqu'au terme du traitement médical, au plus cependant durant 90 jours.

5.4 Lorsqu'un assuré malade ou accidenté en Suisse, au Liechtenstein ou dans la zone frontalière se rend à l'étranger, les prestations ne seront versées que si Assura SA a donné préalablement son assentiment écrit.

Article 6 - L'intervention d'autres assureurs ou de tiers

6.1 En cas de concours avec d'autres institutions d'assurance, Assura SA n'alloue ses prestations pour frais que dans la proportion existante entre les prestations assurées par elle et le montant total des prestations garanties par tous les assureurs.

6.2 Lorsque des prestations sont dues en vertu de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal, de l'assurance-accidents au sens de la LAA, de l'assurance militaire fédérale ou de l'assurance invalidité fédérale, Assura SA n'intervient qu'à titre complémentaire.

6.3 Lorsque des frais médicaux, pharmaceutiques ou hospitaliers ont été payés par un tiers responsable ou par son assureur, Assura SA n'intervient pas. Si Assura SA est appelée à répondre en lieu et place du responsable, l'assuré est tenu de lui céder ses droits jusqu'à concurrence du montant payé.

6.4 A défaut de couverture de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal, les prestations du présent contrat sont versées dans la même mesure que si une telle couverture existait.

6.5 Si le preneur d'assurance lors de la conclusion du contrat d'un produit d'assurance ignore qu'il dispose d'une autre assurance qui couvre le même risque, il peut le résilier, dans les quatre semaines suivant la découverte pour autant qu'il s'agisse d'une assurance multiple. Il y a assurance multiple lorsque le même intérêt est assuré contre le même risque, pour la même période, par plus d'une entreprise d'assurance, de telle manière que les sommes assurées réunies dépassent la valeur d'assurance. La résiliation peut se faire par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, en respectant les modalités décrites à l'article 19.2 ci-dessous.

Article 7 - Le début de l'assurance

7.1 L'assurance entre en vigueur à la date indiquée dans la police.

7.2 Les délais d'attente et de carence prévus contractuellement sont réservés.

7.3 Lorsqu'un examen médical est nécessaire, la demande d'adaptation de la police d'assurance est considérée comme acceptée si l'assureur ne la refuse pas dans les quatre semaines après qu'elle lui est parvenue.

Article 8 - La durée du contrat

Sous réserve des articles 9 et 10 ci-après et à l'exception des catégories Previsia, Pecunia, Assuralex et Assura-Serenity le contrat est conclu pour la vie entière de l'assuré.

Article 9 - La résiliation par le preneur d'assurance

9.1 La durée minimale du contrat est de 3 ans, lorsque le contrat a débuté le 1^{er} janvier. Il peut être résilié par le preneur d'assurance pour le 31 décembre de la 3^{ème} année ou de chacune des années suivantes, moyennant un préavis de 3 mois.

9.2 Lorsque le contrat a débuté en cours d'année, il peut être résilié par le preneur d'assurance après une durée minimale de 2 ans pour le 31 décembre de l'année en cours, moyennant un préavis de 3 mois. Il est ensuite résiliable chaque année pour le 31 décembre, moyennant un préavis de 3 mois.

9.3 La résiliation doit parvenir à Assura SA au moins 3 mois avant le 31 décembre. Elle peut être faite par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, en respectant les modalités décrites à l'article 19.2 ci-dessous.

9.4 Les échéances et préavis prévus aux articles 9.1 à 9.3 ci-dessus ne sont pas applicables à la résiliation sur sinistre (article 42 LCA).

Article 10 - La modification du tarif des primes

10.1 Si le tarif des primes change, Assura SA est habilitée à proposer l'adaptation des primes relatives au produit d'assurance concerné avec effet au 1^{er} janvier de l'année civile suivante. Les nouvelles primes seront communiquées au moins 25 jours avant la fin de l'année civile en cours au preneur d'assurance, qui dispose alors du droit de résilier le produit d'assurance concerné, au plus tard le dernier jour de l'année civile en cours.

10.2 La résiliation doit être faite par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, en respectant les modalités décrites à l'article 19.2 ci-dessous.

Article 11 - La fin du droit aux prestations

Le droit aux prestations cesse à la fin du contrat. Demeurent réservées les dispositions particulières des conditions spéciales d'assurance complémentaires, ainsi que les suites d'accident au sens de la LAA.

Article 12 - La prime

12.1 La prime, fixée en fonction de l'âge de l'assuré à la conclusion du contrat, est payable d'avance aux échéances convenues dans la police.

12.2 La première prime est échue le jour d'entrée en vigueur du contrat.

12.3 Les enfants de 0 à 18 ans passent automatiquement au tarif de primes supérieur lorsqu'ils atteignent 19 ans. Il en va de même pour les jeunes adultes de 19 à 25 ans lorsqu'ils atteignent 26 ans, le tarif applicable devenant dès lors définitif.

12.4 Si la prime annuelle est inférieure à CHF 100, elle est perçue sous forme unique au 1^{er} janvier de chaque année. Il en va de même pour la prime annuelle s'échelonnant de CHF 100 jusqu'à CHF 300. Dans ce dernier cas, elle peut cependant être facturée semestriellement à la demande expresse de l'assuré.

Article 13 - La mise en demeure et ses conséquences

13.1 Si la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance est sommé par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation, laquelle lui rappelle les conséquences de son retard.

13.2 Si la sommation reste sans effet, les obligations d'Assura SA sont suspendues à partir de l'expiration du délai mentionné au chiffre précédent.

13.3 Les frais administratifs occasionnés par la procédure de recouvrement de primes impayées sont mis à la charge de l'assuré à raison de CHF 30.

13.4 Les frais administratifs occasionnés par la réquisition d'une poursuite auprès de l'office compétent sont mis à la charge de l'assuré à raison de CHF 80, en sus des frais facturés directement par l'office des poursuites.

Article 14 - L'avis de sinistre

14.1 En cas d'incapacité de travail, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale et de cure balnéaire, l'assuré est tenu d'en informer Assura SA immédiatement, les cas d'urgence demeurant réservés.

14.2 Aucune prestation n'est due dans les cas cités à l'alinéa 1 ci-dessus et consécutifs à des maladies ou des accidents qui n'ont pas été déclarés dans les 3 jours, à moins que le retard ne résulte pas d'une faute de l'assuré.

14.3 Il ne peut pas être prétexté d'un accord téléphonique pour faire valoir un quelconque droit aux prestations.

Article 15 - Les autres obligations de l'assuré

15.1 Dans la mesure où son état le nécessite, l'assuré s'engage à consulter un thérapeute ayant une autorisation de pratiquer.

15.2 L'assuré est tenu de communiquer à Assura SA tous les éléments nécessaires à la liquidation du sinistre. Dans ce but, il délègue au besoin les fournisseurs de soins du secret professionnel.

15.3 Un changement de thérapeute en cours de traitement doit être soumis à l'approbation d'Assura SA.

15.4 A ses frais, Assura SA est en droit de faire examiner l'assuré par son médecin-conseil ou un thérapeute de son choix.

15.5 Lorsque le sinistre relève aussi des obligations d'un autre assureur ou d'un tiers, l'assuré doit fournir à Assura SA tous les éléments d'information établis par l'autre assureur ou le tiers.

15.6 Si l'assuré contrevient à ses obligations, Assura SA est en droit de réduire ou, dans les cas graves, de refuser ses prestations. Aucune sanction ne sera toutefois encourue dans les cas suivants :

- i) il résulte des circonstances que la violation n'est pas imputable au preneur d'assurance ou à l'assuré ;
- ii) le preneur d'assurance apporte la preuve que la violation n'a pas eu d'incidence sur le sinistre et sur l'étendue des prestations dues par Assura SA.

Article 16 - Le paiement des prestations

16.1 Les prestations couvertes sont payables après réception par Assura SA de tous les renseignements et documents qui lui permettent de se convaincre du bien-fondé et de l'importance des prétentions.

16.2 Dans tous les cas, Assura SA n'est en mesure d'établir son décompte que sur la base des factures originales détaillées mentionnant les dates des traitements, le diagnostic, les prestations médicales fournies, le montant correspondant à chaque prestation, ainsi que les noms, adresses et numéros de téléphone des fournisseurs de soins étrangers. A défaut de la communication de tels renseignements dans un délai raisonnable fixé par Assura SA, cette dernière est habilitée à refuser les prestations à l'assuré. En cas de besoin, Assura SA peut exiger une traduction dans une des langues nationales ou en anglais des documents établis dans une autre langue.

16.3 En principe les prestations sont allouées au preneur d'assurance ou à l'assuré à leur domicile en Suisse. Cependant, si, après examen, Assura SA constate qu'un sinistre est couvert par l'assurance, elle s'engage à émettre - sur demande - un certificat de garantie des frais d'hospitalisation, évitant ainsi à l'assuré une avance en espèces. Dans un tel cas, l'assureur s'acquittera de ses obligations en mains du tiers créancier.

16.4 La franchise et la quote-part sont directement déduites des montants dus.

Article 17 - La compensation

Assura SA a le droit de compenser ses prestations échues avec les sommes qui lui sont dues par le preneur d'assurance. En revanche, ce dernier ne peut faire valoir la compensation entre primes impayées et prestations dues par Assura SA.

Article 18 - La cession et la mise en gage

Sans l'assentiment exprès d'Assura SA, le droit aux prestations assurées ne peut être ni cédé, ni constitué en gage.

Article 19 - Les communications

19.1 Toutes les communications à Assura SA doivent être adressées à sa direction à Pully.

19.2 La résiliation par le preneur d'assurance peut être adressée à Assura SA sous pli postal à sa direction à Pully mais également par mail ou par SMS à l'adresse mail/numéro indiqués sur le site internet d'Assura SA, www.assura.ch.

19.3 Les communications d'Assura SA au preneur d'assurance et à l'assuré sont faites valablement à leur dernière adresse connue de la société.

Article 20 - Le règlement d'un litige éventuel

En cas de procédure judiciaire, Assura SA reconnaît comme for son siège social, de même que le domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit.

Assura SA

Conditions générales pour l'assurance capital décès et invalidité par suite de maladie diagnostiquée après le commencement de la couverture d'assurance (CGA Previsia Maladie)

Previsia Maladie

Edition 05.2025

Article 1 - Base de la couverture d'assurance

Pour les prestations de la couverture « Previsia Maladie », **Assura SA** (ci-après « Assura ») a conclu, en tant que **preneur d'assurance**, un contrat d'assurance vie collectif (ci-après « contrat collectif ») avec l'assureur GENERALI Assurances de personnes SA (ci-après « GENERALI »), Soodmattenstrasse 2-4, 8134 Adliswil.

GENERALI est l'assureur de la présente couverture « Previsia Maladie » et, à ce titre, bénéficie seule de la légitimation passive en cas de procédure devant les tribunaux relative aux prestations d'assurance.

Est considérée comme personne assurée toute personne physique qui satisfait aux exigences de l'article 3, remplit volontairement la déclaration d'adhésion à la couverture du contrat collectif intégrée dans la proposition d'assurance complémentaire d'Assura (ci-après « déclaration d'adhésion ») et s'engage à payer la contribution de couverture facturée par Assura. Dans le cas où la personne assurée est mineure ou sous tutelle ou curatelle, la déclaration d'adhésion est remplie par le représentant légal ou le tuteur ou curateur.

Les déclarations écrites (et en particulier la déclaration d'adhésion) de la personne assurée (ou, dans le cas où cette dernière est mineure ou sous tutelle ou curatelle), celles de son représentant légal ou de son tuteur ou curateur, ainsi que toute pièce écrite fournie par ce cercle de personnes constituent les bases de la couverture d'assurance. Les droits et les obligations des parties contractantes en lien avec cette couverture d'assurance sont en outre régis par les présentes conditions générales d'assurance (CGA Previsia Maladie). Les rapports contractuels entre GENERALI et Assura sont régis par le contrat d'assurance vie collectif. Dans le cas où une situation n'est pas expressément réglée par l'un des documents susmentionnés et qu'il existe une disposition légale régissant la question posée, les parties conviennent que la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 s'applique.

Article 2 - Objet de la couverture d'assurance

GENERALI assure, par le versement d'un capital en cas d'invalidité ou de décès, les conséquences économiques d'une maladie que subit la personne assurée pendant la durée de sa couverture d'assurance. D'autres exclusions et restrictions des prestations d'assurance selon l'article 7 et l'article 13.6 demeurent réservées.

Avec Previsia Maladie, la personne assurée peut couvrir soit le risque décès seul, soit le risque d'invalidité seul, soit les deux à la fois. Chaque personne assurée ne peut souscrire qu'une seule fois un risque donné, ce qui exclut tout cumul de couvertures (couverture multiple) pour un même risque.

Article 3 - Les personnes assurées

Les personnes suivantes, dont le domicile civil se trouve en Suisse, qui n'ont pas encore atteint l'âge de 55 ans révolus au commencement souhaité de la couverture et qui ont conclu une assurance maladie obligatoire ou une assurance complémentaire auprès d'Assura-Basis SA ou d'Assura SA au moment de la signature de la déclaration d'adhésion, peuvent bénéficier de la couverture Previsia Maladie avec une déclaration d'adhésion dûment signée :

- les citoyens suisses ;
- les étrangers au bénéfice d'un permis B ou C.

Les travailleurs frontaliers au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins suisse selon la LAMal sont formellement exclus de la couverture d'assurance.

Article 4 - Début et fin de la couverture d'assurance

4.1 Previsia Maladie constitue une couverture, assurée par GENERALI et complémentaire à l'assurance maladie obligatoire souscrite auprès de Assura-Basis SA ou à l'assurance complémentaire souscrite auprès de Assura SA.

La couverture du risque de décès et/ou d'invalidité commence à la date indiquée sur la confirmation de couverture (intégrée à la police d'assurance d'Assura). La confirmation de couverture vaut acceptation de la déclaration d'adhésion.

4.2 La personne assurée est couverte pour la durée initiale définie dans la déclaration d'adhésion. À l'échéance de la durée initiale, la couverture est renouvelée tacitement pour une année supplémentaire, sauf résiliation dans un délai de trois mois avant l'échéance de la couverture en cours. La résiliation doit être faite par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par texte, en respectant les modalités décrites à l'article 13.2. Dans ce cas, la couverture cesse de déployer ses effets à la fin du mois pour lequel la personne assurée a demandé la résiliation de la couverture d'assurance.

4.3 La couverture cesse de déployer ses effets au plus tard à la fin du mois au cours duquel la personne assurée fête son 65ème anniversaire. La couverture expire également un mois après que la personne assurée a transféré son domicile civil hors de Suisse. La couverture d'assurance prend aussi fin dans le cas où Assura résilie le contrat avec la personne assurée en raison d'un retard de paiement (cf. article 12.3).

Article 5 - Couverture d'assurance et définitions

5.1 Seuls les **risques d'invalidité et/ou de décès** par suite de **maladie** sont garantis par la présente couverture d'assurance. On entend par 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 gain.

Sont exclus de la présente couverture les cas de décès ou d'invalidité consécutifs à un accident. On entend par accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, psychique ou mentale ou qui entraîne la mort. **Sont également exclues, y compris de manière indirecte, les affections médicales résultant d'un retour à l'état antérieur équivalent (status quo ante / sine).**

5.2 Aucune augmentation de la couverture assurée ni remise en vigueur de la couverture d'assurance ne sont possibles. En pareil cas, une nouvelle déclaration d'adhésion doit être soumise dans les limites contractuelles générales.

5.3 Il y a invalidité lorsque la personne assurée subit une atteinte à la santé qui entraîne une incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente et se voit reconnaître à ce titre, par une décision entrée en force, le statut d'invalidité au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (AI).

La décision de l'AI ne lie, cependant, pas GENERALI, qui se réserve expressément le droit de faire procéder, à ses frais, à une expertise médicale et/ou économique.

5.4 Les personnes assurées mineures sans activité lucrative sont réputées invalides si elles présentent, à dire d'expert médical, une atteinte à la santé sur la base de signes objectifs médicalement vérifiables et reconnue comme permanente et définitive, qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle lorsqu'elles seront majeures.

Cette incapacité est reconnue dès le moment où la personne assurée mineure remplit les conditions cumulatives suivantes :

- L'affection médicale existe depuis 18 mois au moins au même degré ;
- Aucune mesure médicale n'est susceptible de déboucher sur une amélioration notable de l'état de santé de la personne assurée.

Article 6 - Prestations d'assurance

6.1 Les prestations d'assurance suivantes (capital en cas de décès et d'invalidité) sont une assurance de sommes. Dans le cadre d'une assurance de sommes, la prestation d'assurance est calculée selon une somme déterminée, convenue par contrat. Lorsque le concours avec d'autres prestations conduit à une surindemnisation dans un cas de sinistre, les prestations convenues ne sont pas réduites, dans la mesure où le droit à la prestation a été dûment justifié.

6.2 Décès

Lorsqu'une personne assurée décède des suites d'une maladie pendant la durée de la couverture d'assurance, GENERALI versera alors le capital convenu en cas de décès.

Si un enfant assuré décède avant d'avoir atteint l'âge de deux ans et six mois, le capital que GENERALI est

autorisée à verser est de CHF 2'500 au maximum, en conformité avec l'article 131 de l'ordonnance sur la surveillance des entreprises d'assurance privées (OS). Si l'enfant décède avant d'avoir atteint l'âge de 12 ans révolus, le montant du capital que GENERALI est autorisée à payer en vertu de cette même disposition s'élève au maximum à CHF 20'000.

Si elle dépasse la somme en cas de décès visée aux deux alinéas précédents, la somme des contributions de couverture payées pour l'enfant, majorée d'un intérêt simple de 5%, sera remboursée par GENERALI.

GENERALI versera le capital au bénéficiaire désigné par la personne assurée, soit dans la confirmation de couverture, soit dans une disposition ultérieure. A défaut de désignation expresse, sont considérés comme bénéficiaires dans l'ordre suivant :

- Le conjoint ou le partenaire enregistré ; à défaut :
- Les enfants de la personne assurée ; à défaut :
- Les père et mère de la personne assurée ; à défaut :
- Les autres personnes ayant droit à la succession, à l'exclusion des cantons et communes selon l'article 466 du Code Civil suisse (CC).

6.3 Invalidité

En cas d'invalidité, telle que définie à l'article 5.3, consécutive à une maladie diagnostiquée pendant la durée de la couverture d'assurance et qui a fait l'objet d'une décision entrée en force rendue par l'Assurance Invalidité durant cette même période, GENERALI verse le capital convenu dans la proportion du degré d'invalidité reconnu par l'Assurance Invalidité - ou par les expertises médicale et/ou économique dans l'hypothèse prévue au même article. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne cependant droit à aucun versement.

Le capital est échelonné selon les taux d'invalidité :

Taux d'invalidité	Droit au capital en fraction d'un capital entier
de 40 % à 69 %	en fonction du degré d'invalidité
À partir de 70 %	l'entier du capital assuré

La présente table se applique par analogie aux mineurs, selon l'article 5.4.

Article 7 - Exclusions et restriction de la couverture d'assurance

7.1 Exclusions

• Affections médicales antérieures

Les couvertures d'assurance ne sont pas accordées pour toute altération de l'état de santé (maladie, état maladif et/ou accident) ayant fait l'objet d'un examen médical, d'un diagnostic ou de prescriptions de traitement avant le commencement de la couverture d'assurance et ayant causé directement ou indirectement une invalidité totale ou partielle, ou un décès postérieur à la date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance.

• Affections prénatales et congénitales

Les lésions prénatales, les infirmités congénitales et leurs suites sont expressément exclues de la couverture d'assurance.

• Grossesse et maternité

Les couvertures d'assurance ne sont pas accordées pour les sinistres résultant d'une grossesse ou d'une maternité et de leurs complications possibles.

• Suicide

Le décès par suite de suicide ainsi que l'invalidité résultant de sa tentative ne sont pas couverts pendant les 3 années suivant l'entrée en vigueur de la couverture d'assurance.

• Crimes et délits intentionnels

Les couvertures d'assurance ne sont pas accordées lorsque la personne assurée participe activement ou en qualité d'instigateur à des actions ayant pour but de porter atteinte aux personnes ou aux biens.

• Risques spéciaux

Les couvertures d'assurance ne sont pas non plus accordées dans les cas de sinistres qui résultent de mutilations volontaires ou de l'usage de stupéfiants ou de médicaments à dose non ordonnée médicalement, ainsi que ceux résultant de l'état d'alcoolisme aigu ou chronique.

Il en va de même pour les sinistres liés à des explosions atomiques en général ainsi qu'à l'exposition à des radiations.

La couverture d'assurance est suspendue si la personne assurée séjourne dans un pays en guerre, en guérilla ou soumis à des émeutes.

7.2 Réductions

Si la diminution de la capacité de gain ou le décès n'est dû **qu'en partie** à un événement assuré, les prestations seront réduites proportionnellement en fonction du pourcentage déterminé par une expertise médicale.

Article 8 - Droit de révocation

Les personnes assurées ont le droit de révoquer leur demande d'adhésion à l'assurance dans les 14 jours suivant l'émission de la confirmation de couverture. La révocation doit être adressée par écrit à Assura ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par texte, en respectant les modalités décrites à l'article 13.2. La révocation a pour conséquence que la couverture d'assurance n'a jamais existé et que la contribution de couverture déjà versée est remboursée sans intérêt à la personne assurée.

Article 9 - Obligations en cas de sinistre et exigibilité

9.1 Obligations de la personne assurée ou de l'ayant droit

La personne assurée informe Assura de la survenance du sinistre.

En cas d'invalidité, la personne assurée remettra à ses frais la décision AI, ainsi qu'un certificat médical comportant la date du début de sa maladie, sa nature, son évolution et ses conséquences.

GENERALI se réserve le droit, si cela lui semble utile pour déterminer le droit aux prestations, de faire examiner la personne assurée par un médecin désigné par elle-même et de recueillir des renseignements complémentaires auprès de tiers. A cet effet, la personne assurée devra, au moyen d'une procuration en faveur de GENERALI, délier les médecins qui la

traitent ou l'ont traitée du secret médical à l'égard de GENERALI, et également autoriser la consultation de l'intégralité des dossiers médicaux et administratifs le concernant, constitués tant par l'Assurance Invalidité, Assura ainsi que les médecins traitants.

Si la maladie entraîne immédiatement ou par la suite le décès de la personne assurée, le/les bénéficiaire(s) doivent faire parvenir à leurs frais à GENERALI, par courrier postal à son Siège (GENERALI Assurances de personnes SA, LP-CCCI, Soodmattenstrasse 2-4, 8134 Adliswil) ou par courrier électronique (collective-life.ch@generali.com), un acte officiel de décès de la personne assurée et un rapport médical détaillé du médecin traitant sur la cause, le début et l'évolution de la maladie ou du dommage corporel qui a provoqué le décès.

Si la personne assurée n'était pas en traitement médical au moment de son décès, il y a lieu de produire les documents appropriés en sus du certificat de décès officiel, attestant la cause du décès et le déroulement de l'événement.

9.2 Exigibilité

En cas de décès, le paiement du capital aux ayants droit intervient dans les 4 semaines après que GENERALI a obtenu toutes les indications et les certificats médicaux lui permettant de se convaincre du bien-fondé du droit aux prestations.

En cas d'invalidité, le paiement du capital à la personne assurée intervient dans les 6 mois suivant la décision entrée en force de l'Assurance Invalidité, respectivement la réception de l'expertise médicale indépendante demandée par GENERALI, conformément à l'article 5.3.

A l'exception du capital accordé en cas de décès (cf. article 6.2), la personne assurée est toujours considérée comme l'ayant droit.

La personne assurée ou la personne ayant droit qu'elle a désignée en cas de décès peut faire valoir une créance directe autonome contre GENERALI lors de la survenance d'un sinistre. Aucun intérêt n'est dû pour les prestations dont le versement est retardé par la faute de la personne assurée ou de l'ayant droit. Les prestations versées à tort doivent être remboursées à GENERALI par la ou les personnes qui les ont perçues.

Article 10 - Violation des obligations en cas de sinistre

Lorsque la personne assurée ou l'ayant droit contrevient à ses obligations contractuelles en cas de sinistre et que l'étendue ou la constatation des suites de l'événement assuré en sont influencées négativement, GENERALI peut réduire ses prestations en conséquence, voire les supprimer totalement, à moins que la personne assurée ou l'ayant droit ne prouve que la violation des obligations contractuelles n'a exercé aucune influence sur les suites et la constatation de l'événement assuré. L'obligation de prestation de GENERALI s'éteint par ailleurs en cas de refus d'admettre l'assistance d'un médecin désigné par GENERALI. Dans ce contexte, toute communication à Assura est considérée comme adressée à GENERALI.

Article 11 - Contributions de couverture

11.1 Principe

La personne assurée s'engage envers Assura à s'acquitter d'une contribution de couverture pour participer aux frais, supportés par cette dernière en tant que preneur d'assurance.

11.2 Tarif

La contribution de couverture dépend de la prime d'assurance qu'Assura doit verser à GENERALI. Celle-ci se fonde sur un tarif annuel défini selon le groupe d'âge et le sexe.

11.3 Adaptations tarifaires

En cas d'ajustement éventuel du tarif des primes par GENERALI, Assura adapte la contribution de couverture en conséquence avec effet au premier jour de l'année civile suivante. En pareil cas, Assura porte les nouvelles contributions de couverture à la connaissance de la personne assurée au plus tard 25 jours avant l'expiration de l'année civile en cours. La personne assurée a alors le droit de résilier la couverture d'assurance pour la fin de la même année. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à Assura au plus tard le dernier jour de l'année civile en cours, à défaut de quoi la personne assurée est réputée accepter l'adaptation des contributions de couverture. La résiliation doit être faite par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par texte, en respectant les modalités décrites à l'article 13.2.

11.4 Adaptations à l'âge

Les contributions de couverture se fondent sur le tarif applicable au groupe d'âge correspondant. L'adaptation de la contribution s'opère le 1er janvier de l'année où la personne assurée atteint l'âge anniversaire de 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, et 61 ans.

L'âge de la personne assurée qui est déterminant pour la couverture d'assurance et le calcul des contributions correspond à la différence entre l'année civile et l'année de naissance. Une augmentation des contributions due au passage de la personne assurée à la catégorie d'âge supérieure contractuellement prévue ne constitue pas un juste motif de résiliation au sens de l'article 11.3.

11.5 Dans le cas où une personne assurée décède pendant la durée de la couverture, Assura rembourse au prorata temporis la contribution déjà versée pour la couverture du risque de décès et/ou d'invalidité de la personne assurée. En cas d'échéance du capital d'invalidité pendant la période de protection, Assura rembourse au prorata temporis la contribution déjà versée pour la couverture d'invalidité à la personne assurée.

Article 12 - Échéance de la contribution de couverture et conséquences d'un retard de paiement

12.1 La contribution de couverture doit être versée au plus tard le premier jour du début de la couverture. Assura est le créancier de la contribution de couverture. La personne assurée est le débiteur de la contribution de couverture envers Assura.

12.2 Dans le cas où la contribution de couverture n'est pas payée à l'échéance, la personne assurée est invitée, à ses frais et par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par texte, à s'acquitter de la contribution de couverture due dans un délai de quatorze jours à compter de la date

de sommation lui rappelant les conséquences de son retard.

12.3 Dans le cas où la personne assurée ne paie pas la contribution de couverture due dans le délai imparti, Assura est en droit de résilier le contrat entre elle et la personne assurée deux mois après l'échéance du délai fixé dans la sommation, ce qui entraîne la fin de la couverture Previsia Maladie. Le rétablissement de la couverture d'assurance nécessite une nouvelle déclaration d'adhésion.

12.4 Les frais administratifs supplémentaires occasionnés par la sommation sont facturés à la personne assurée à hauteur de 30.- francs.

En plus des frais perçus par l'office des poursuites, des frais administratifs à hauteur de 80.- francs sont facturés à la personne assurée pour le lancement de la procédure de poursuite.

Article 13 - Dispositions finales

13.1 Cession et mise en gage

Les droits aux prestations assurées ne peuvent être ni cédés ni saisis.

13.2 Communications

A l'exception des annonces décrites à l'article 9, toutes les communications doivent être adressées à Assura. La résiliation par la personne assurée peut être adressée à Assura sous pli postal à sa direction à Pully mais également par E-mail ou par SMS à l'adresse mail ou numéro de téléphone indiqués sur le site internet d'Assura, www.assura.ch. GENERALI reconnaît ces communications comme faites à elle-même. Toutes les communications de la part d'Assura ou de GENERALI se font à la dernière adresse valable indiquée par la personne assurée.

13.3 Valeur de rachat et transformation

Cette couverture d'assurance ne comporte ni valeur de rachat ni valeur de transformation.

13.4 Aucune participation aux excédents pour la personne assurée

Cette couverture d'assurance ne dégage pas de participation aux excédents envers les personnes assurées.

13.5 Protection des données

GENERALI et Assura respectent la loi fédérale sur la protection des données (LPD) et l'ordonnance sur la protection des données (OPD) en lien avec toutes les informations qu'elles collectent et traitent en leur qualité de contrôleurs indépendants pour la personne assurée. En signant la déclaration d'adhésion, la personne assurée autorise GENERALI et Assura à collecter, traiter, transmettre et enregistrer ses données personnelles, dans la mesure où cela est nécessaire pour le contrôle de la déclaration d'adhésion, le traitement et l'administration des engagements contractuels qui en découlent, l'exécution du contrat collectif entre Generali et Assura, et pour satisfaire aux exigences réglementaires et légales.

Les données personnelles transmises à GENERALI et/ou Assura peuvent être utilisées afin de contrôler la déclaration d'adhésion, déterminer la contribution de couverture, gérer le contrat, traiter d'éventuels sinistres, réaliser toutes les activités liées à la fourniture des prestations résultant de la couverture et procéder aux évaluations statistiques de GENERALI et/ou Assura.

Une transmission de ces données à des tiers impliqués en Suisse est autorisée au cas par cas, en particulier à des coassureurs et réassureurs ainsi qu'à d'autres

sociétés du Groupe GENERALI et/ou du Groupe Assura, à des créanciers gagistes, à des autorités et à des avocats. Une éventuelle transmission à des tiers impliqués à l'étranger est uniquement autorisée dans le cas où les conditions de l'art. 16 de la loi fédérale sur la protection des données et l'annexe 1 de l'ordonnance sur la protection des données sont remplies pour garantir une protection appropriée des données.

En lien avec un événement assuré (p. ex., en cas de sinistre), la personne assurée ou la personne ayant droit libère donc expressément le personnel soignant de son obligation de confidentialité envers GENERALI. Si nécessaire, Generali peut demander une autorisation supplémentaire pour la collecte ou le traitement des données.

Aux fins de contrôle de la couverture et des prestations, la personne assurée autorise notamment Assura à transmettre à GENERALI les données nécessaires à son identification (données de base et de couverture) ainsi que toutes les données nécessaires à l'exécution du cas de prestation concerné, à l'exception de ses données de santé.

Les données sont conservées physiquement ou électroniquement par GENERALI et Assura sous une forme protégée et confidentielle. Elles sont stockées au moins dix ans après la résiliation du contrat ou après le règlement d'un cas de sinistre. **La personne assurée a le droit d'exiger d'Assura et GENERALI les renseignements prévus par la loi relatifs au traitement des données la concernant et d'exercer les droits que lui confère la LPD.** De plus amples informations sur la protection des données sont disponibles sur <https://www.generali.ch/fr/informations-juridiques/protection-des-donnees> et <https://www.assura.ch/fr/protection-des-donnees-d-assura>.

13.6 Sanctions économiques, commerciales ou financières

GENERALI n'est pas tenue de payer un sinistre ou de fournir toute autre prestation dans le cadre du contrat collectif et de la couverture liée si des sanctions commerciales, financières ou économiques, des lois ou règlements, des interdictions, des restrictions ou des résolutions de l'ONU, de l'UE, du Royaume-Uni, des États-Unis ou de la Suisse (p. ex., conformément à la LEmb, la liste complète des personnes, entreprises et organisations sanctionnées du Secrétariat d'État à l'économie SECO) l'en empêchent. La liste actuelle des dispositions relatives aux sanctions et des domaines pour lesquels un paiement n'est pas possible en raison d'une restriction géographique est disponible sur [generali.ch/sanctions](https://www.generali.ch/sanctions). Dans ce cas, l'obligation de prestation est suspendue et reprend lorsque l'interdiction est levée.

13.7 Lieu d'exécution, compétence juridictionnelle et for
Les obligations découlant du rapport contractuel entre Assura et la personne assurée, les obligations des personnes assurées et les prestations d'assurance de GENERALI au titre de « Previsia Maladie » doivent être exécutées sur le territoire suisse et en monnaie suisse. Le for compétent pour les litiges résultant du contrat entre Assura et la personne assurée en lien avec la contribution de couverture est celui du siège d'Assura à Pully ou éventuellement celui du domicile de la personne assurée.

Le for compétent pour les litiges entre la personne assurée ou la personne ayant droit et GENERALI en lien avec les prestations d'assurance de « Previsia Maladie » est celui du siège de GENERALI à Horgen ou éventuellement celui du domicile de la personne assurée ou de la personne ayant droit.

**Generali Assurances de personnes SA
Assura SA**

Conditions générales pour l'assurance accidents individuelle pour adultes et enfants

Previsia Maxi

Edition 01.2020 – Mise à jour 01.2022

DÉFINITIONS

- LAMal** : Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994
- LAA** : Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981
- LAI** : Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959
- LAM** : Loi fédérale sur l'assurance-militaire du 19 juin 1992
- LCA** : Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908

ETENDUE DE L'ASSURANCE

Article 1 - La base de la couverture

1.1 Les droits et obligations du preneur d'assurance, de l'assuré et de l'ayant-droit sont définis dans la police d'assurance et les présentes conditions générales d'assurance.

1.2 A défaut de disposition contractuelle expresse, la LCA est applicable.

Article 2 - Le champ des prestations

La personne désignée nominativement est assurée conformément aux prestations stipulées dans la police.

Article 3 - Les événements assurés

Sont assurés dans les limites des conditions prévues ci-après :

- les accidents professionnels au sens de la LAA
- les accidents non professionnels au sens de la LAA
- les maladies professionnelles au sens de la LAA
- la noyade
- les gelures
- les lésions assimilées à des accidents au sens de la LAA.

Article 4 - Les exclusions de la couverture

4.1 Sont exclus de la présente assurance les accidents survenant :

- lors d'événements de guerre en Suisse
- lors d'événements de guerre dans d'autres pays à moins que l'accident ne survienne dans les 14 jours depuis le début des hostilités
- lors de troubles intérieurs (actes de violence contre des personnes et des choses, à l'occasion d'attroupements, de bagarres ou d'émeutes) et de mesures prises pour y remédier, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas participé activement à ces troubles aux côtés des perturbateurs ou qu'il ne les a pas fomentés lors de tremblements de terre.

- survenus lors de l'exercice d'un sport, motorisé ou non, pour lequel l'assuré est rémunéré.
- à l'occasion d'un acte téméraire. Constitue un acte téméraire, celui par lequel l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener celui-ci à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. La jurisprudence et la doctrine applicables dans le cadre de l'Ordonnance sur l'assurance accidents (OLAA) sont applicables par analogie pour déterminer l'existence ou non d'un acte téméraire.
- au service d'une armée étrangère
- lors de crimes ou de délits commis par l'assuré
- suite à des radiations ionisantes de toute nature
- à la suite d'interventions médicales ou chirurgicales sauf si celles-ci ont été rendues nécessaires par un accident assuré
- suite à l'absorption ou l'injection de médicaments, drogues ou produits chimiques non ordonnés médicalement
- lors de l'utilisation par l'assuré, en tant que conducteur, de moyens de transport alors qu'il n'est pas en possession des licences et autorisations requises par les autorités.

4.2 Les suites d'accidents survenus avant la conclusion du contrat d'assurance sont exclues de l'assurance.

Article 5 - Le droit aux prestations après l'extinction de la couverture d'assurance

Assura SA continue à fournir ses prestations dans les cas d'accidents en cours à l'extinction de la couverture d'assurance.

Article 6 - L'étendue territoriale

Dans le monde entier. Toutefois en cas de voyages et de séjours à l'étranger, elle n'est valable que pendant 12 mois.

PRESTATIONS ASSURÉES

Article 7 - Le décès

7.1 Si l'accident a comme conséquence le décès de l'assuré, Assura SA verse le capital convenu au bénéficiaire désigné par le preneur d'assurance, soit dans la police, soit dans une disposition ultérieure. A défaut de désignation expresse sont considérés comme bénéficiaires dans l'ordre suivant :

- le conjoint ou partenaire enregistré
- les enfants y compris les enfants adoptifs
- les père et mère
- les frères et sœurs.

A défaut de survivants des catégories mentionnées ci-dessus, Assura SA paie la moitié de la somme assurée :

- aux grands-parents.

S'il n'existe aucun ayant droit survivant (pas de bénéficiaire désigné, ni de bénéficiaire dans les catégories susmentionnées), Assura SA paie uniquement les frais d'enterrement, au maximum jusqu'à concurrence de 10 % de la somme assurée.

7.2 Lorsque les bénéficiaires sont les enfants encore à charge du preneur d'assurance, Assura SA verse une seconde fois la somme convenue pour le cas de décès et ce à parts égales à ces enfants si le même événement entraîne le décès de l'assuré et de son conjoint.

7.3 N'a pas droit au capital, celui qui a causé la mort de l'assuré par un crime ou un délit commis intentionnellement.

7.4 Le capital éventuel pour invalidité payé pour le même accident sera déduit de celui dû en cas de décès.

7.5 Assura SA est autorisée à payer un capital de CHF 2'500 au maximum si l'assuré décède avant d'avoir atteint l'âge de 2 ans et six mois, et de CHF 20'000 au maximum pour tous les contrats faits sur la tête de l'enfant s'il décède avant d'avoir atteint l'âge de 12 ans révolus.

Article 8 - L'invalidité

8.1 Si l'événement accidentel a pour conséquence une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique de l'assuré, Assura SA paiera, en cas d'invalidité totale, un capital correspondant au montant total de la somme assurée et, en cas d'invalidité partielle, un capital réduit au montant correspondant au degré de l'invalidité. Lorsque ce même événement donne droit simultanément à des prestations selon la LAA et les ordonnances y relatives, le taux d'invalidité médico-théorique retenu par l'assureur LAA en application de l'art. 24 LAA s'applique par analogie pour la détermination de l'atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Dans les autres cas, l'invalidité médico-théorique se détermine selon l'art. 8.2 ci-après.

8.2 Calcul et exigibilité du capital en cas d'invalidité : les principes suivants sont applicables au calcul du degré de l'invalidité :

8.2.1 sont considérées comme cas d'invalidité totale la perte ou l'impotence fonctionnelle complète des deux jambes ou des deux pieds, des deux bras ou des deux mains, de même que la perte ou l'impotence fonctionnelle complète d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied, la cécité complète, la paralysie complète, les troubles mentaux incurables excluant toute activité professionnelle ;

8.2.2 en cas d'invalidité partielle, le degré d'invalidité est déterminé par les pourcentages suivants de l'invalidité totale :

- perte ou impotence fonctionnelle complète 70 %
- d'un bras au coude ou au-dessus 60 %
- d'un avant-bras ou d'une main 60 %
- d'un pouce 22 %
- d'un index 15 %
- d'un autre doigt 8 %
- d'une jambe au-dessus du genou 60 %
- d'une jambe au genou ou au-dessous 50 %
- d'un pied 40 %
- d'un gros orteil 8 %
- d'un autre orteil 3 %
- de la vue d'un œil 30 %
- de la vue du second œil pour les borgnes 50 %
- de l'ouïe des deux oreilles 60 %

- de l'ouïe d'une oreille 15 %
- de l'ouïe d'une oreille lorsque celle de l'autre oreille avait déjà complètement disparu avant l'accident 30 % ;

8.2.3 en cas de perte ou d'impotence fonctionnelle partielle, le degré d'invalidité correspondant est réduit proportionnellement ;

8.2.4 en cas de perte ou d'impotence fonctionnelle simultanée de plusieurs parties du corps, les pourcentages correspondants sont additionnés. Cependant, aucune invalidité de plus de 100 % ne sera admise ;

8.2.5 dans les cas non prévus ci-dessus, le degré d'invalidité sera déterminé par le médecin, en tenant compte des pourcentages susmentionnés. En cas de désaccord sur les conclusions du médecin, Assura SA se réserve le droit de mandater un expert ;

8.2.6 si des parties du corps touchées par l'accident étaient déjà mutilées ou frappées d'une impotence fonctionnelle complète ou partielle, il en sera tenu compte, lors de la fixation de l'invalidité assurée, par la déduction du degré de l'invalidité préexistante, calculée d'après les principes ci-dessus.

8.3 Le capital-invalidité, dû au titre de l'art. 8.1 ou 8.2 ci-dessus, est déterminé selon le barème suivant :

- variante I (invalidité progressive) pour les assurés qui au moment de l'accident n'ont pas encore atteint l'âge de 65 ans ;
- variante II (invalidité proportionnelle) pour les assurés qui au moment de l'accident ont dépassé l'âge de 65 ans.

Capital			Capital			Capital			Capital		
Degré Variante			Degré Variante			Degré Variante			Degré Variante		
Inv.	I	II	Inv.	I	II	Inv.	I	II	Inv.	I	II
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Article 9 - L'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail

9.1 En cas d'incapacité totale de travail, Assura SA verse pour chaque jour de l'année l'indemnité journalière convenue, pendant la durée de l'incapacité de travail attestée médicalement.

9.2 En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est réduite d'un montant correspondant au degré de la capacité de travail.

9.3 Aucune prestation n'est versée pour le jour de l'accident. Le délai d'attente convenu débute le jour où l'incapacité de travail a été constatée médicalement, au plus tôt cependant le jour qui suit l'accident.

9.4 La durée du droit aux prestations est au maximum de 720 jours par cas d'accident dans les 5 ans à partir du jour de l'accident. Pour le calcul du délai d'attente, les jours d'incapacité de travail totale ou partielle sont comptés comme jours entiers et ne sont pas imputés sur la durée des prestations.

9.5 En ce qui concerne la durée des prestations et le délai d'attente, les suites d'un accident sont considérées comme nouveau cas si la personne assurée n'a pas été en incapacité de travail suite à cet accident au cours des 12 mois précédents la rechute. En cas de rechute dans les 12 mois, le délai est supprimé et les prestations déjà perçues sont prises en compte pour le calcul de la durée maximale des prestations.

Article 10 - L'allocation journalière en cas d'hospitalisation

10.1 Pendant la durée médicalement nécessaire de l'hospitalisation mais au maximum pendant cinq ans à compter du jour de l'accident, Assura SA verse l'allocation journalière convenue.

10.2 Assura SA verse également cette allocation en cas de cures ordonnées médicalement et suivies avec l'assentiment d'Assura SA, dans un établissement spécialisé.

10.3 En cas de séjours de convalescence ordonnés médicalement à la suite d'une hospitalisation, Assura SA verse le 50 % de l'allocation journalière d'hospitalisation convenue pendant 4 semaines au maximum.

10.4 Si l'assuré est soigné à domicile par un service d'assistance médicale et que de ce fait un séjour à l'hôpital peut être évité ou raccourci, Assura SA verse le 50 % de l'allocation journalière en cas d'hospitalisation convenue pendant une période limitée à 180 jours.

10.5 L'allocation journalière en cas d'hospitalisation au sens de l'art. 10.1 est doublée :

- pour les accidents qui surviennent à l'étranger aussi longtemps qu'une hospitalisation sur place est médicalement nécessaire ;
- en cas d'hospitalisation simultanée de l'assuré et de son conjoint à la suite du même accident.

Article 11 - Les frais de guérison et frais divers

11.1 Assura SA supporte sans limite de durée et de montant les frais suivants, sous réserve de ceux qui font l'objet d'une limite de somme :

11.1.1 Frais médicaux en Suisse

Les frais pour les traitements nécessaires appliqués ou ordonnés par un médecin, un chiropraticien ou un dentiste, de même que les frais pour le traitement, le séjour et la pension en division privée (chambre à un lit) d'un hôpital ou en clinique.

11.1.2 Frais médicaux à l'étranger

Assura SA prend en charge, sur présentation d'une facture détaillée le traitement nécessaire ambulatoire et hospitalier lorsque l'accident assuré survient à l'étranger.

Sur présentation d'une facture détaillée établie par un fournisseur de soins exerçant dans un des pays de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), Assura SA prend également à sa charge toute participation pécuniaire supportée par l'assuré (franchise, quote-part, etc.), en application de la législation du pays de villégiature.

11.1.3 Prestations spécifiques lorsque l'accident survient à l'étranger.

Lorsque l'assuré est hospitalisé à l'étranger et que pour des raisons médicales il ne peut être transféré en Suisse, Assura SA paie les frais supplémentaires pour

- la prolongation du séjour d'un membre de la famille, respectivement d'une personne qui accompagne l'assuré au lieu d'hospitalisation
- le transport et le séjour d'un membre de la famille proche de l'assuré (conjoint, père/mère, frère/sœur, fils/fille ou concubin/e) jusqu'au lieu d'hospitalisation lorsque l'hospitalisation dure plus de 7 jours.

11.1.4 Contribution pour frais d'entretien

Assura SA rembourse la contribution de l'assuré due selon la LAA et la LAM pour les frais d'entretien en cas de séjour dans un établissement hospitalier.

11.1.5 Frais de médecine alternative

Assura SA prend en charge les thérapies admises suivantes (liste exhaustive) :

- Acupressure
 - Acupuncture
 - Aromathérapie
 - Biorésonance
 - Drainage lymphatique
 - Etiopathie
 - Fasciathérapie - pulsologie
 - Homéopathie
 - Iridologie
 - Kinésiologie
 - Médecine chinoise
 - Mesothérapie
 - Orthobionomy
 - Ostéopathie
 - Phytothérapie
 - Réflexologie
 - Serocytothérapie
 - Shiatsu
 - Sophrologie curative
 - Sympathicothérapie
 - Thérapie cranio-sacrée
 - Thérapie neurale
- Uniquement sur prescription médicale
- Eurythmie curative
 - Eutonie

Cette prise en charge est subordonnée au fait que les thérapies en question soient prodiguées par des membres d'associations ou thérapeutes reconnus et mentionnés dans l'Annexe 1 aux présentes conditions générales d'assurance. Ladite annexe fait partie intégrante du contrat. Elle peut faire l'objet d'une modification unilatérale de l'assureur, notamment pour s'aligner sur une modification du cercle des fournisseurs de prestations. Dans ce cas, il n'en résulte aucun droit de résiliation pour les assurés. L'annexe peut être obtenue en tout temps sur le site Internet d'Assura SA ou, sur demande, par téléphone ou dans les succursales d'Assura SA.

11.1.6 Soins à domicile

Assura SA alloue un montant maximum de CHF 300 par jour lorsque l'assuré reçoit des soins ordonnés par un médecin, prodigués par un service d'assistance médicale.

11.1.7 Aide de ménage

Lors d'une incapacité de travail d'au moins 50 % et attestée par le médecin, les frais pour la tenue du ménage par un service d'assistance sont pris en charge jusqu'à concurrence de CHF 80 par jour mais au maximum CHF 6'000 par cas.

11.1.8 Garde d'enfants

Lorsqu'une personne assurée adulte est hospitalisée, les frais de garde, assumée par un organisme officiel, pour un enfant jusqu'à 15 ans vivant dans le même ménage sont assurés jusqu'à concurrence de CHF 80 par jour mais au maximum CHF 6'000 par cas.

11.1.9 Frais d'accompagnement à l'hôpital

Lorsqu'un enfant assuré mineur est hospitalisé, Assura SA prend en charge les frais de nuitée facturés par l'hôpital jusqu'à concurrence de CHF 100 par jour mais au maximum CHF 3'000 par cas. Il en va de même des frais pour un enfant âgé de moins de 5 ans qui doit séjourner à l'hôpital avec son père ou sa mère accidenté.

11.1.10 Surveillance à domicile des enfants

Lorsque l'enfant assuré est soigné à domicile, sont également couvertes, pendant 6 mois, les dépenses supplémentaires pour les services d'un surveillant fourni par un organisme jusqu'à concurrence de CHF 80 par jour. De plus, si l'enfant est scolarisé, celui-ci doit être dans l'incapacité de se rendre à l'école.

11.1.11 Cures et séjours de convalescence

Les frais pour le traitement ordonné médicalement sont pris en charge sans limite en Suisse et à l'étranger. Les frais supplémentaires pour le séjour et la pension sont indemnisés jusqu'à concurrence de CHF 200 par jour mais au maximum CHF 6'000 par cas.

11.1.12 Moyens auxiliaires

Dans l'hypothèse où l'accident a nécessité un traitement médical par un médecin ou un séjour à l'hôpital, Assura SA prend en charge les frais de première acquisition de prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens auxiliaires orthopédiques, ainsi que les frais de réparation ou de remplacement de ceux-ci lorsqu'ils sont endommagés ou détruits lors d'un accident assuré. Les frais de location de mobilier de malade sont également couverts.

11.1.13 Traitement dentaire

Assura SA assume les frais de traitement appliqué ou ordonné par un dentiste. Pour les enfants, Assura SA supporte les frais pour le traitement provisoire ainsi que pour la remise en état définitive. Ces frais sont pris en charge à condition que le traitement soit effectué avant que l'assuré ait 22 ans révolus.

11.1.14 Intervention de chirurgie esthétique

Assura SA couvre jusqu'à concurrence de CHF 60'000 par cas les dépenses pour des interventions de chirurgie esthétique à condition qu'elles s'avèrent médicalement nécessaires à la suite de l'accident.

11.1.15 Frais de recherche et de sauvetage

Les frais nécessaires sont couverts jusqu'à concurrence de CHF 60'000.

11.1.16 Les frais de transport

Assura SA assume les frais d'un transport médicalement nécessaire et adapté à la situation médicale, pour autant que l'état de santé de l'assuré ne permette pas l'utilisation d'un moyen de transport usuel public ou privé. Les transports effectués par des membres de la famille ne sont pas indemnisés.

11.1.17 Transport de la dépouille mortelle

Assura SA assume les frais de transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu du domicile suisse de l'assuré. Les frais de formalités officielles et administratives pour l'éventuel rapatriement du corps sont également couverts.

11.1.18 Dommages matériels

Dans l'hypothèse où l'accident a nécessité un traitement médical par un médecin ou un séjour à l'hôpital, Assura SA assume les dépenses pour le nettoyage, la réparation ou le remplacement (valeur à neuf) d'habits ou d'autres effets personnels de l'assuré endommagés lors d'un accident assuré jusqu'à concurrence de CHF 6'000 par sinistre. Sont également couverts les frais de nettoyage de véhicule ou d'autres objets appartenant à des personnes privées, qui se sont occupées du sauvetage et du transport du blessé.

11.1.19 Assistance scolaire

Lorsque l'assuré mineur n'est pas en mesure de suivre le programme scolaire pendant un mois ou plus, Assura SA prend en charge les frais de leçons de rattrapage scolaire données par une personne qualifiée. La contribution d'Assura SA s'élève à CHF 50 par jour, au maximum à CHF 3'000 par année civile.

11.1.20 L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CGA. 11.2 Les prestations décrites à l'art. 11 relèvent d'une assurance dommage et ne seront pas prises en charge par Assura SA que sur présentation de factures et dans les limites des frais effectifs supportés par le preneur d'assurance, respectivement l'assuré. 11.3 Lorsqu'une assurance sociale prend en charge les coûts (LAMal, LAA, LAI, LAM notamment), Assura SA n'intervient qu'en complément.

11.4 Les franchises et les participations à charge de l'assuré portées en compte selon la LAMal ne sont pas indemnisées par Assura SA.

11.5 Les réductions de prestations selon la LAA ne sont pas compensées. 11.6 S'il existe d'autres assurances accidents selon la LCA, Assura SA réduit proportionnellement ses prestations.

Article 12 - L'intervention d'autres assureurs ou de tiers

Si des frais ont été payés par un tiers responsable ou son assureur, ils ne sont pas remboursés sur la base du présent contrat. Si Assura SA est appelée à répondre en lieu et place du responsable, l'assuré est tenu de lui céder ses droits jusqu'à concurrence du montant payé par elle.

Article 13 - La gestion du sinistre

13.1 Lorsqu'un accident est survenu, Assura SA doit en être informée immédiatement.

13.2 L'assuré ou l'ayant droit doit prendre toutes les mesures utiles pour éclaircir les circonstances de l'accident et ses suites ; l'assuré doit notamment délier les médecins qui l'ont traité du secret professionnel à l'égard d'Assura SA et autoriser les médecins mandatés par cette dernière à l'examiner.

13.3 L'assuré ou l'ayant droit doit transmettre à Assura SA des copies des décomptes et factures, ainsi que de tout autre document, établis par ou pour les assureurs LAMal, LAA, LAI et LAM.

13.4 Dans tous les cas, Assura SA n'est en mesure d'établir son décompte que sur la base de factures détaillées mentionnant les dates de traitement, le diagnostic, les prestations médicales fournies, le montant correspondant à chaque prestation, ainsi que les noms, adresses et numéros de téléphone des fournisseurs de soins étrangers éventuels. A défaut de la communication de tels renseignements dans un délai raisonnable fixé par Assura SA, cette dernière est habilitée à refuser les prestations à l'assuré. Assura SA est en droit de demander les factures originales et en cas de besoin, peut exiger une traduction dans une des langues nationales ou en anglais des documents établis dans une autre langue, aux frais de l'assuré.

13.5 En cas de mort consécutive à l'accident, qu'elle survienne immédiatement ou par la suite, Assura SA doit en être prévenue dans les 30 jours par téléphone ou par courriel. Assura SA peut demander, à ses frais, une autopsie avec l'assistance d'un médecin de son choix.

Article 14 - Le concours de circonstances étrangères à l'accident

Lorsque l'accident assuré n'est que partiellement la cause du décès ou de l'invalidité, les prestations sont réduites proportionnellement, si nécessaire sur la base d'une expertise médicale.

Article 15 - La faute grave

Assura SA renonce au droit que lui confère la loi de réduire ses prestations.

DÉBUT, DURÉE ET FIN DE L'ASSURANCE

Article 16 - Le début et la fin de la garantie d'assurance

16.1 Le droit aux prestations débute à la date fixée dans la police d'assurance. Est déterminant pour le droit aux prestations des art 7 et 8 ci-dessus, le fait que l'accident à l'origine de l'invalidité, respectivement du décès, soit intervenu après la conclusion du contrat d'assurance.

16.2 A l'échéance de la durée contractuelle initiale mentionnée dans la police, l'assurance se renouvelle tacitement d'année en année.

Article 17 - Le transfert du domicile hors de Suisse

En cas de transfert du domicile de l'assuré hors de Suisse, l'assuré perd le bénéfice de l'assurance de plein droit à la date de départ du territoire suisse annoncée à l'autorité communale ou cantonale compétente.

Article 18 - La résiliation du contrat

18.1 Par le preneur d'assurance :

- A la fin de la durée contractuelle initiale et ultérieurement à la fin de chaque année civile, moyennant une résiliation envoyée par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, en respectant les modalités décrites à l'article 24.2 ci-dessous, et reçue par Assura SA au moins trois mois avant ladite échéance.
- Après chaque cas de sinistre pour lequel une prestation est versée par Assura SA. La résiliation doit intervenir par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, en respectant les modalités décrites à l'article 24.2 ci-dessous, au plus tard dans les 14 jours après que le preneur d'assurance a eu connaissance du paiement. En cas de résiliation, le contrat cesse de déployer ses effets 14 jours après la notification de la résiliation à Assura SA.

18.2 Par l'assureur :

- Assura SA renonce à invoquer le droit que lui confère l'art. 42 LCA de résilier le contrat en cas de sinistre, sauf en cas de réticence, en cas d'abus ou de tentative d'abus de l'assuré.

PRIMES

Article 19 - La prime

19.1 La prime est payable d'avance aux échéances convenues dans la police. Le paiement se fait selon les modalités indiquées par Assura SA.

19.2 La première prime est échue le jour de l'entrée en vigueur du contrat.

19.3 Si le contrat est annulé, Assura SA rembourse la part de prime pour la période non-courue et renonce à réclamer les fractions de primes échéants ultérieurement. En cas de résiliation du contrat à la suite d'un sinistre par l'assuré, l'art. 42 LCA est réservé.

Article 20 - La mise en demeure et ses conséquences

20.1 Si la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance est sommé par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation, laquelle lui rappelle les conséquences de son retard. Le preneur d'assurance supporte les frais administratifs de cette sommation par CHF 10.

20.2 Si la sommation reste sans effet, les obligations d'Assura SA sont suspendues à partir de l'expiration du délai mentionné à l'art. 20.1 ci-dessus. La suspension perdure jusqu'au paiement complet de la prime, des frais et des intérêts moratoires. Un avis de suspension est adressé au preneur d'assurance afin de lui confirmer les conséquences de son absence de paiement et lui octroyer un ultime délai de 10 jours pour éviter une procédure de poursuite ou la résiliation de son contrat. Le preneur d'assurance supporte les frais administratifs de cet avis de suspension par CHF 30.

20.3 Les frais administratifs occasionnés par la réquisition d'une poursuite auprès de l'office compétent sont mis à la charge du preneur d'assurance à raison de CHF 80, en sus des frais facturés directement par l'office des poursuites.

20.4 En fonction des circonstances, Assura SA peut accepter de demander à l'autorité compétente la radiation d'une poursuite initialement justifiée. Cas échéant, le preneur d'assurance paie à Assura SA un montant forfaitaire de CHF 20 pour couvrir les frais administratifs de cette démarche.

Article 21 - La libération du paiement des primes

Si, pendant la durée de l'assurance, le preneur d'assurance décède, Assura SA assume le paiement des primes futures relatives à la catégorie Previsia Maxi de l'enfant assuré jusqu'à la cessation de la couverture au terme de la police, mais au plus tard jusqu'à la fin l'année civile au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 18 ans révolus.

Article 22 - Le changement de classe d'âge

Une adaptation de prime en fonction du critère de l'âge s'opère le 1^{er} janvier de l'année qui suit celle durant laquelle l'assuré atteint l'âge de 18 ans. L'art. 23 ci-dessous est alors applicable.

Article 23 - La modification des primes

23.1 Les primes sont en principe définies en fonction de critères tels que l'âge de l'assuré, sa profession et son sexe.

23.2 Assura SA peut adapter le tarif des primes en fonction de l'évolution des coûts, des sinistres et des modifications légales.

23.3 Lorsque la prime est modifiée en raison d'un changement de tarif ou de critère, Assura SA est habilitée à adapter la prime pour le début de l'année civile.

23.4 La nouvelle prime est communiquée au moins 25 jours avant son entrée en vigueur au preneur d'assurance. Ce dernier dispose en cas d'augmentation de la prime du droit de résilier le contrat pour la fin de l'année civile. La résiliation doit être faite par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, en respectant les modalités décrites à l'article 24.2 ci-dessous, et réceptionnée par Assura SA au plus tard le jour précédent l'entrée en vigueur de la nouvelle prime, soit au plus tard le 31.12.

DISPOSITIONS FINALES

Article 24 - Les communications

24.1 Toutes les communications à Assura SA doivent être adressées à son siège social.

24.2 La résiliation par le preneur d'assurance peut être adressée à Assura SA sous pli postal à sa direction à Pully mais également par mail ou par SMS à l'adresse mail/numéro indiqués sur le site internet d'Assura SA, www.assura.ch.

24.3 Les communications d'Assura SA au preneur d'assurance et à l'assuré sont faites valablement à la dernière adresse connue d'Assura SA.

Article 25 - Le règlement d'un litige éventuel

En cas de procédure judiciaire, Assura SA reconnaît comme for son siège social, de même que le domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit.

Assura SA

ANNEXE 1 aux Conditions générales pour la catégorie Previsia Maxi

Les associations et thérapeutes reconnus (ch.11.1.5 CGA)

- ASCA, Fondation suisse pour les médecines complémentaires
Titre exigé : pratique d'une thérapie figurant sous lettre A ci-dessus
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTN)
Titre exigé : diplôme membre A
- Schweizer Verband der anerkannten Naturheil-praktikerinnen und Naturheilpraktiker (SVANAH)
Titre exigé : membre A
- Internationaler Therapeutenverband APM nach Penzel und energetische Medizin e.V.
Titre exigé : membre A
- Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (acupuncture)
Titre exigé : diplôme ou doctorat
- Association internationale de drainage lymphatique manuel selon la méthode originale du docteur Emile Vodder (AID-MOV)
Titre exigé : certificat thérapeutique
- Fédération suisse des ostéopathes (FSO)
Titre exigé : membre ordinaire
- Association Suisse d'Homéopathie (ASH)
Titre exigé : membre actif
- KineSuisse, association professionnelle de kinésiologie
Titre exigé : membre A
- Association Suisse pour la Kinésiologie non médicale (ASKNM)
Titre exigé : membre A
- Organisation professionnelle suisse de médecine traditionnelle chinoise (OPS-MTC)
Titre exigé : membre A
- Association suisse d'Ortho-Bionomy (ASOB)
Titre exigé : membre A
- Associations cantonales des infirmières réflexologues
Titres exigés : diplôme d'infirmière et certificat de réflexologue
- Association suisse de réflexologie plantaire (ASRP)
Titres exigés : diplômes d'infirmière et de l'association
- Association suisse de Shiatsu (ASS)
Titre exigé : membre A
- Association Romande de Sophrologie-bio-Dynamique
Titre exigé : diplôme de sophrologie médicale thérapeutique ou éducative
- HEBV Association professionnelle pour l'eurythmie thérapeutique
Titre exigé : membre A
- Association suisse d'eutonie Gerda Alexander (ASEGA)
Titre exigé : diplôme
- Cranio Suisse (Société Suisse de Thérapie Craniosacrale)
Titre exigé : membre praticien en thérapie craniosacrale
- OSTEO-SWISS
Titre exigé : membre actif
- Association Suisse des Fasciathérapeutes (ASFascia)
Titre exigé : membre actif
- Sophrologie Suisse
Titre exigé : diplôme en sophrologie médicale
- Schweizerische Gesellschaft für Energie-, Bioresonanz- und Informationsmedizin (SEBIM)
Titre exigé : membre ordinaire
- Akademie für Naturheilkunde Basel
Titre exigé : diplômé

A titre individuel, sont également reconnus les chiropraticiens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers et infirmières autorisés à pratiquer qui bénéficient, de surcroît, d'une formation spécialisée au moins équivalente à celle exigée par les associations professionnelles précitées.

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Complementa Extra

Assurance complémentaire étendue

Édition 07.2015

Article 1 – Le traitement médical

1.1 En complément aux prestations versées par la LAMal, LAA, LAI ou LAM, Assura SA garantit, en cas de maladie et d'accident, la couverture intégrale des frais consécutifs à une hospitalisation en division générale ou à un traitement semi-hospitalier ou ambulatoire dans l'ensemble des hôpitaux publics de Suisse.

1.2 L'assuré doit se faire traiter dans un établissement hospitalier correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs de l'hôpital public adéquat le plus proche de son lieu de séjour.

1.3 Les soins prodigués en milieu hospitalier sont servis sans limite de durée.

1.4 Lorsqu'un assuré hospitalisé en division générale d'un hôpital public peut choisir son médecin et qu'il découle conventionnellement de ce choix une facturation supplémentaire d'honoraires médicaux, Assura SA prend en charge ladite majoration.

1.5 En complément à l'assurance obligatoire des soins, Assura SA prend également en charge la différence de tarif lorsque l'assuré suit un traitement ambulatoire hors de son canton de domicile.

Article 2 – Le remboursement des médicaments hors liste

Assura SA prend en charge les médicaments vitaux, prescrits par un médecin, pour autant qu'il n'existe pas d'équivalent dans la Liste des spécialités (LS) et qu'ils ne relèvent pas de l'assurance obligatoire des soins. Cette prise en charge intervient à condition que le médicament ait été enregistré par Swissmedic. Le total brut des prestations assurées s'élève à CHF 50'000 au maximum pour la durée du contrat.

Article 3 – L'aide-ménagère

Durant l'hospitalisation de l'assuré et jusqu'au 15^e jour qui suit l'hospitalisation, les frais pour la tenue du ménage par un service d'assistance sont pris en charge jusqu'à concurrence de CHF 50 par jour, au maximum pendant 30 jours par année civile.

Article 4 – Les frais d'accompagnement

Durant l'hospitalisation d'un assuré mineur, Assura SA prend en charge les frais d'hébergement de l'accompagnant facturés par l'établissement hospitalier, à concurrence de CHF 70 par jour, au maximum pendant 10 jours par année civile.

Article 5 – La garde d'enfants

Durant l'hospitalisation d'un assuré adulte, la garde d'enfants fournie par un organisme officiel est prise en charge jusqu'à concurrence de CHF 70 par jour, au maximum pendant 21 jours par année civile, à condition que l'enfant soit âgé de 15 ans au plus et fasse ménage commun avec l'assuré.

Article 6 – L'assistance scolaire

Lorsque l'assuré mineur, malade ou accidenté, n'est pas en mesure de suivre le programme scolaire pendant un mois, Assura SA prend en charge les frais certifiés de leçons de rattrapage scolaire données par une personne qualifiée. La contribution d'Assura SA s'élève à CHF 50 par jour, au maximum à CHF 3'000 par année civile.

Article 7 – Les frais de garde spéciale

Assura SA prend en charge les frais de garde spéciale en cas d'hospitalisation jusqu'à concurrence d'une facturation de CHF 1'000 par année civile.

Article 8 – Les soins à domicile

8.1 À la condition expresse qu'une telle mesure permette de remplacer une hospitalisation qui médicalement aurait été rendue indispensable sans cela, Assura SA alloue un montant maximum de CHF 200 par jour, pendant 21 jours au maximum, lorsque l'assuré, sur prescription médicale préalable, reçoit des soins prodigués par un service d'assistance médicale agréé par l'assureur.

8.2 Les prestations prévues au chiffre 8.1 ci-dessus sont versées en complément des prestations reconnues au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Article 9 – Les psychothérapeutes non-médecins et les psychologues indépendants

Sur la base du tarif applicable et jusqu'à concurrence de 100 % d'une facturation brute de CHF 1'500 par année civile, Assura SA prend à sa charge, en dérogation au chiffre 4.1.10 CGA, les frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits et prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants figurant sur la liste établie par l'organisation faîtière des assureurs-maladie suisses. Le tarif de référence est celui appliqué dans le canton de domicile de l'assuré pour la psychothérapie déléguée.

Article 10 – Les soins dentaires

10.1 Lorsqu'ils découlent d'une atteinte dentaire survenue postérieurement à l'entrée en vigueur contractuelle de la présente couverture d'assurance, les soins dispensés par un médecin-dentiste autorisé à pratiquer en Suisse ou en zone frontalière sont indemnisés, après déduction d'une franchise annuelle de CHF 500, jusqu'à concurrence d'une facturation annuelle de CHF 1'500.

10.2 Le tarif conventionnel « SSO-AA/AM/AI » est déterminant pour le calcul des prestations.

10.3 Est exclue de la présente catégorie d'assurance toute mesure visant à remédier à un état déficient de la denture qui était préexistant au moment de l'entrée en vigueur contractuelle de la couverture. En cas de doute, l'avis du dentiste-conseil d'Assura SA est déterminant.

10.4 Les soins d'orthodontie sont exclus de la présente couverture.

Article 11 – Les verres de lunettes ou les lentilles de contact

11.1 Sous déduction des prestations reconnues au titre de l'assurance obligatoire des soins, Assura SA prend en charge les frais d'acquisition de verres de lunettes ou de lentilles de contact médicalement nécessaires à concurrence de CHF 100 par année civile.

11.2 En cas d'absence de prestations versées au titre du chiffre 11.1 ci-dessus, le montant maximal annuel défini au chiffre 11.1 est cumulable année après année, jusqu'à concurrence toutefois d'une somme maximale de CHF 500.

Article 12 – La chirurgie corrective de la vue

12.1 Lorsque l'assuré présente un défaut de vision, Assura SA participe aux coûts de l'opération de chirurgie corrective à concurrence de CHF 100 au maximum par année civile.

12.2 En cas d'absence de prestations versées au titre du chiffre 12.1 ci-dessus, le montant maximal annuel défini au chiffre 12.1 est cumulable année après année, jusqu'à concurrence toutefois d'une somme maximale de CHF 500.

Article 13 – Les moyens auxiliaires

En dérogation au chiffre 4.1.12 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA) et sous déduction des prestations reconnues au titre de l'assurance obligatoire des soins, Assura SA prend en charge, jusqu'à concurrence d'une facturation brute de CHF 500 par année civile, les frais d'acquisition ou de location d'appareils médicaux et d'articles orthopédiques prescrits par le médecin-traitant.

Article 14 – Les frais de transport

14.1 En Suisse, Assura SA assume les frais d'un transport médicalement nécessaire et adapté à la situation médicale, pour autant que l'état de santé de l'assuré ne permette pas l'utilisation d'un moyen de transport usuel public ou privé.

14.2 Les prestations prévues au chiffre 14.1 ci-dessus sont versées en complément des prestations reconnues au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Article 15 – La recherche et le sauvetage

15.1 En Suisse, Assura SA assume les frais engagés pour rechercher et sauver l'assuré, disparu dans une situation de danger imminent, ceci à concurrence d'une facture brute de CHF 20'000.

15.2 Les prestations prévues au chiffre 15.1 ci-dessus sont versées en complément des prestations reconnues au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Article 16 – Les cures balnéaires

16.1 Pour autant que la cure ait été préalablement prescrite par un médecin et qu'elle s'inscrive dans le cadre du traitement d'une affection en cours, Assura SA contribue aux frais de soins et de bains d'une cure balnéaire effectuée en Suisse, à concurrence d'une facturation brute de CHF 1'000 par année civile.

16.2 À l'étranger et dans la mesure où une telle affection ne peut pas être médicalement traitée en Suisse, cette allocation est de CHF 500 au maximum par année civile.

Article 17 – Les cures de convalescence

Sur demande préalable, Assura SA contribue aux frais d'une cure de convalescence ordonnée par un médecin à la suite d'un séjour hospitalier en soins aigus et suivie dans un établissement placé sous contrôle médical et agréé par Assura SA.

Sa contribution journalière est de CHF 40 pendant 21 jours au maximum par année civile.

Article 18 – La libération des primes en cas de chômage

18.1 Conditions d'octroi

Pour pouvoir bénéficier de la libération de la prime, l'assuré doit, à la date de signature de la proposition :

- exercer à titre principal une activité professionnelle salariée, non saisonnière et non temporaire ;
- être titulaire depuis au moins douze mois d'un contrat de travail à durée indéterminée dans une même entreprise ne faisant pas l'objet, à sa connaissance, d'une ouverture ou d'une liquidation de faillite, ni d'une procédure ou d'un sursis concordataire ;
- ne pas faire l'objet, à sa connaissance, d'une procédure de licenciement à titre individuel ou collectif.

Les garanties prennent effet, pour chaque assuré, à compter de 120 jours après la date d'entrée en vigueur de la présente catégorie (délai d'attente de 120 jours).

18.2 Prestations

À la suite d'un licenciement et après une période de 90 jours consécutifs d'interruption totale et continue de travail suivant la fin du délai de congé, Assura SA règle, sans effet rétroactif, l'entier des primes de toutes les catégories LCA figurant sur la proposition au moment de la conclusion de la présente catégorie et venant à échéance à partir du 91^e jour (délai d'attente de 90 jours).

18.3 Autres membres de la famille

À la condition que le bénéficiaire de la présente catégorie soit soutien de famille (revenu principal de la famille), sont libérées également les primes de toutes les catégories LCA figurant sur la proposition par laquelle les autres membres de la famille faisant ménage commun avec le soutien de famille (conjoint et enfants, y compris les enfants majeurs âgés de 25 ans au maximum qui sont aux études ou en formation) souscrivent la présente catégorie.

Lorsque la famille bénéficie d'un revenu d'appoint assuré par l'activité du conjoint ou des enfants précités, la garantie est réduite proportionnellement.

18.4 Pièces justificatives

Pour faire valoir un droit à la prestation assurée, les pièces suivantes doivent être produites par l'assuré à Assura SA :

- la lettre de licenciement remise par l'employeur au salarié ;
- la copie du contrat de travail ;
- la notification d'inscription et de prise en charge par l'Assurance-chômage ;
- les décomptes des indemnités versées par l'Assurance-chômage pendant la période considérée.

Si, par sa faute, l'assuré a omis d'annoncer à Assura SA sa perte d'emploi à la suite d'un licenciement dans les délais prévus, Assura SA peut refuser toute indemnité pour le laps de temps écoulé jusqu'à réception de la demande.

18.5 Restrictions

Sont exclus de la libération de la prime :

- les licenciements pour justes motifs au sens de l'art. 337 du Code des obligations, démissions, résiliations de contrat de travail en période d'essai, départs ou mises en retraite anticipée ou en préretraite, chômage partiel ou technique ;
- les contrats de travail à durée déterminée ainsi que les contrats conclus pour la durée d'un chantier ;
- les indemnités partielles par l'Assurance chômage en cas de faute de l'assuré ;
- les personnes non domiciliées sur le territoire suisse.

18.6 Limitation des garanties

La prise en charge par sinistre ne peut dépasser une durée maximale de 12 mois, le délai d'attente de 90 jours étant applicable à chaque sinistre. Dans le cas de plusieurs sinistres, la durée totale indemnisée ne peut dépasser 24 mois.

18.7 Cessation de la libération des primes

La couverture cesse :

- dès que l'assuré reprend une activité rémunérée, quelles que soient la nature et l'importance de la rémunération ;
- dès que l'assuré est en incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident et qu'à ce titre les allocations chômage sont suspendues.

Article 19 – La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'art. 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts, de même que les **maladies psychiques conformément à l'article 9 ci-dessus**. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'art. 2.6 CGA et selon les cas de l'art. 4.1.6 CGA).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire

Assura Denta Sana

Édition 03.2024

Assurance complémentaire pour les traitements dentaires et prophylactiques

Article 1 - Champ des prestations

1.1 Mesures thérapeutiques

1.1.1 Assura SA rembourse les mesures thérapeutiques nécessaires et adéquates, prodiguées par des médecins-dentistes diplômés et autorisés à pratiquer en Suisse ou dans un pays limitrophe à la Suisse (ci-après « Médecins-dentistes »), dans les limites ainsi qu'aux conditions fixées aux points 1.1.2 et 1.4.

1.1.2 Les mesures thérapeutiques sont prises en charge conformément à la convention tarifaire SSO AA/AM/AI, en tenant compte d'une valeur du point à CHF 3.10, ou DENTOTAR, en tenant compte d'une valeur du point à CHF 1.00, étant précisé que les mesures thérapeutiques prodiguées par des Médecins-dentistes installés dans un pays limitrophe à la Suisse sont remboursées au maximum au montant qu'elles auraient coûté en Suisse.

1.2 Prestations de technique dentaire

1.2.1 En plus des honoraires des Médecins-dentistes, les prestations de technique dentaire nécessaires au traitement et liées à une pathologie ou une atteinte dentaire sont remboursées dans les limites et aux conditions fixées au point 1.4.

1.2.2 Les prestations de technique dentaire prodiguées dans un pays limitrophe à la Suisse sont remboursées au maximum au montant qu'elles auraient coûté en Suisse.

1.3 Prophylaxie dentaire

Assura SA participe une fois par année civile jusqu'à concurrence d'un montant maximal de CHF 80 aux frais prophylactiques, tels que les examens de contrôle, les détartrages ou les radiographies (Bitewing) pour le diagnostic des caries. Ce montant est exempté de participation aux coûts et n'est pas compris dans la limite fixée au point 1.4.

1.4 Montant maximal et participation aux coûts

Le produit d'assurance Assura Denta Sana (ci-après Denta Sana) couvre le 75% des frais énoncés aux points 1.1 et 1.2 sur un montant annuel maximal brut de CHF 8'000, ce qui correspond à un montant annuel maximal net de CHF 6'000 en faveur de l'assuré.

1.5 Orthodontie

Les traitements d'orthodontie (orthopédie dento-faciale) ne sont pas pris en charge et ne donnent droit à aucune indemnisation.

Article 2 - Droit aux prestations

2.1 Pour faire valoir son droit aux prestations, l'assuré doit remettre à Assura SA une note d'honoraires détaillée établie par un Médecin-dentiste, un hygiéniste dentaire pratiquant en Suisse ou dans un pays limitrophe à la Suisse ou un laboratoire dentaire sis en Suisse ou dans un pays limitrophe à la Suisse.

2.2 Si l'assuré bénéficie d'une couverture d'assurance de la gamme Complementa (p.ex Complementa Extra, Complementa Plus, Complementa Maxi, etc) auprès d'Assura SA, les prestations accordées dans le cadre du présent produit d'assurance sont versées prioritairement.

Article 3 - Délai de carence

Le droit aux prestations débute après un délai de carence de 6 mois à compter de l'entrée en vigueur du contrat. La date de début du traitement est déterminante pour établir la naissance du droit aux prestations. En particulier, les mesures et traitements dentaires débutés durant le délai de carence et qui se poursuivent au-delà de la fin de ce délai de carence sont exclus de la présente couverture. Aucun délai de carence ne s'applique aux prestations de prophylaxie prévues à l'art. 1.3.

Article 4 - Conditions de souscription

4.1 Denta Sana ne peut être souscrit que moyennant la remise d'un questionnaire dentaire dûment complété par le Médecin-dentiste traitant, précisant l'état de la dentition du proposant. En plus du questionnaire dentaire, des radiographies (Bitewing) doivent être remises à Assura SA.

4.2 En cas de conclusion du présent produit d'assurance, Assura SA alloue à l'assuré, une indemnité jusqu'à concurrence d'un montant maximal de CHF 100, à titre de participation à la note d'honoraires du Médecin-dentiste traitant qui a rempli le questionnaire dentaire et effectué les radiographies.

4.3 En dérogation à l'article 5 CGA LCA, l'assuré qui transfère son domicile hors de Suisse, y compris au Liechtenstein ou en zone frontalière, perd le bénéfice de l'assurance de plein droit à la fin de la période d'assurance en cours.

Article 5 - Prime d'assurance

5.1 En dérogation de l'article 12 CGA LCA, la prime d'assurance augmente en règle générale en fonction de l'âge réel de l'assuré.

5.2 L'adaptation de la prime s'opère le 1^{er} janvier de l'année où l'assuré atteint l'âge anniversaire de 6, 11, 16, 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86, 91 et 96 ans.

Article 6 - La délimitation de la couverture

En complément de l'article 4 CGA LCA, sont aussi exclus de l'assurance :

6.1 les mesures et traitements qui visent à remédier à une lésion dentaire préexistante à l'entrée en vigueur de la présente couverture ;

6.2 les traitements et les travaux de technique dentaire effectués pour des raisons esthétiques ;

6.3 l'élimination et le remplacement d'obturations à l'amalgame motivés par une allergie supposée ou réelle ;

6.4 la détérioration fautive, à savoir celle ne découlant pas de l'usure normale, et/ou la perte de prothèses ;

6.5 le coût des attelles de protection pour le sport ;

6.6 les coûts d'une anesthésie générale, à l'exception de celles prodiguées aux enfants âgés de moins de 6 ans.

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire

Assura Denta Ortho

Édition 04.2025

Assurance complémentaire pour les traitements d'orthodontie (orthopédie dento-faciale)

Article 1 - Champ des prestations

1.1 Traitements d'orthodontie

1.1.1 L'orthodontie (orthopédie dento-faciale) est la discipline de la médecine dentaire qui traite des malpositions maxillaires et dentaires dans le but d'atteindre une situation harmonieuse et d'améliorer le fonctionnement du système masticatoire.

1.1.2 Assura SA rembourse les traitements adéquats d'orthodontie prodigués par des médecins-dentistes et des médecins-dentistes spécialisés en orthodontie, diplômés et autorisés à pratiquer en Suisse ou dans un pays limitrophe à la Suisse, (ci-après : Médecins-dentistes ou Médecin-dentiste), dans les limites ainsi qu'aux conditions fixées aux articles 1.1.3 et 1.3 ci-dessous.

1.1.3 Les traitements d'orthodontie sont pris en charge conformément à la convention tarifaire SSO AA/AM/AI, en tenant compte d'une valeur du point à CHF 3.10, ou DENTOTAR, en tenant compte d'une valeur du point à CHF 1.00, étant précisé que les traitements d'orthodontie prodigués par des Médecins-dentistes installés dans un pays limitrophe à la Suisse sont remboursés à concurrence du montant maximal qui aurait été remboursé en Suisse.

1.2 Frais de laboratoire et prestations de technique dentaire

1.2.1 En plus des honoraires des Médecins-dentistes, les frais de laboratoire et de technique dentaire nécessaires au traitement d'orthodontie sont remboursés dans les limites ainsi qu'aux conditions fixées aux articles 1.2.2 et 1.3 ci-dessous.

1.2.2 Les frais de laboratoire et de technique dentaire prodigués dans un pays limitrophe à la Suisse sont remboursés à concurrence du montant maximal qui aurait été remboursé en Suisse.

1.3 Montant maximal et participation aux coûts

1.3.1 Assura Denta Ortho (ci-après Denta Ortho) couvre le 75% des frais de traitement énoncés à l'article 1.1 et des frais de laboratoire et de technique dentaire énoncés à l'article 1.2 ci-dessus, dans les limites prévues à l'article 1.3.2 ci-dessous.

1.3.2 L'assuré peut choisir parmi plusieurs montants d'assurance (à savoir le montant annuel maximal versé à l'assuré après déduction de la participation à sa charge de 25%). Le montant d'assurance applicable est celui figurant sur la police d'assurance.

1.3.3 L'assuré peut modifier le montant d'assurance (upgrade ou downgrade) choisi en cours de contrat.

1.3.4 Une demande d'augmentation de couverture (upgrade) est possible en tout temps moyennant la remise d'un questionnaire dentaire dûment complété par le Médecin-dentiste traitant, précisant l'état de la dentition de l'assuré, et des radiographies (Bitewing). Celle-ci est soumise à acceptation expresse d'Assura SA. En cas d'acceptation, un nouveau contrat est conclu avec adaptation de la classe d'âge, de la prime et entrée en vigueur d'un nouveau délai de carence conformément à l'article 4 ci-dessous.

1.3.5 Une demande de diminution de couverture (downgrade) est possible uniquement avec effet au 1^{er} janvier de l'année suivante. La remise d'un questionnaire dentaire ou de radiographies n'est pas nécessaire. Un nouveau contrat est conclu avec adaptation de la classe d'âge et de la prime. Le délai de carence prévu à l'article 4 ci-dessous n'est pas applicable.

Article 2 - Dispositions applicables

Les Conditions générales pour l'assurance-maladie complémentaire (CGA LCA) et subsidiairement les dispositions légales en vigueur, notamment la Loi sur le contrat d'assurance (LCA), s'appliquent à titre supplétif pour toutes questions non expressément réglées dans les présentes CSC. En cas de contradiction entre les CGA et les CSC, les présentes CSC priment.

Article 3 - Droit aux prestations

Pour faire valoir son droit aux prestations, l'assuré doit remettre à Assura SA une note d'honoraires détaillée établie par un Médecin-dentiste pratiquant en Suisse ou dans un pays limitrophe à la Suisse ou un laboratoire dentaire sis en Suisse ou dans un pays limitrophe à la Suisse.

Article 4 - Délai de carence

Le droit aux prestations débute après un délai de carence de 12 mois à compter de l'entrée en vigueur du contrat. La date de début du traitement est déterminante pour établir la naissance du droit aux prestations. En particulier, les traitements d'orthodontie débutés durant le délai de carence et qui se poursuivent au-delà de la fin de ce délai de carence sont exclus de la présente couverture.

Article 5 - Conditions de souscription

5.1 Denta Ortho ne peut être souscrit que moyennant la remise d'un questionnaire dentaire dûment complété par le Médecin-dentiste traitant, précisant l'état de la dentition du proposant. En plus du questionnaire dentaire, des radiographies (Bitewing) doivent être remises à Assura SA. L'âge à partir duquel l'assuré doit fournir un questionnaire dentaire, respectivement des radiographies, est précisé dans la proposition d'assurance.

5.2 En cas de conclusion du présent produit d'assurance ou d'augmentation de couverture acceptée (upgrade), Assura SA alloue à l'assuré, une indemnité jusqu'à concurrence d'un montant maximal de CHF 100, à titre de participation à la note d'honoraires du Médecin-dentiste traitant qui a rempli le questionnaire dentaire et effectué les radiographies. En cas de souscription simultanée avec un autre produit dentaire Assura, l'indemnité n'est allouée qu'une fois.

5.3 En dérogation à l'article 5 CGA LCA, l'assuré qui transfère son domicile hors de Suisse, y compris au Liechtenstein ou en zone frontalière, perd le bénéfice de l'assurance de plein droit à la fin de la période d'assurance en cours.

Article 6 - Prime d'assurance

6.1 La prime est fixée en fonction de l'âge, du canton de domicile et du sexe de l'assuré au moment de la conclusion du contrat, ceci sous réserve des articles 6.2 et 6.3 ci-dessous.

6.2 Les enfants de 0 à 18 ans passent automatiquement au tarif de primes supérieur le 1er janvier de l'année où ils atteignent l'âge de 19 ans. Il en va de même pour les jeunes adultes de 19 à 25 ans, ils passent automatiquement au tarif de primes supérieur le 1er janvier de l'année où ils atteignent l'âge de 26 ans. La classe d'âge dès 26 ans est alors acquise définitivement.

6.3 La prime est adaptée en cas de changement de domicile dans une nouvelle région de prime. Si l'assuré omet d'aviser Assura SA ou le fait tardivement, Assura SA peut adapter la prime avec effet rétroactif. En cas d'augmentation de la prime, l'assuré dispose du droit de résilier le présent produit d'assurance au plus tard dans les trois mois qui

suivent l'avis de la nouvelle prime ; la démission sera effective le 1er jour du mois suivant la réception de la résiliation.

Article 7 - La délimitation de la couverture

En complément de l'article 4 CGA LCA, sont aussi exclus de l'assurance :

- 7.1 l'extraction d'une ou de plusieurs dent(s) de sagesse ;
- 7.2 les mesures et traitements qui visent à remédier à un problème orthodontique préexistant à l'entrée en vigueur de la présente couverture ;
- 7.3 les traitements et les prestations de technique dentaire, y compris les frais de laboratoire, qui ne relèvent pas de l'orthodontie ;
- 7.4 la prophylaxie dentaire ;
- 7.5 la détérioration fautive, à savoir celle ne découlant pas de l'usure normale, et/ou la perte d'un appareil dentaire ;
- 7.6 le coût des attelles de protection pour le sport ;
- 7.7 les coûts d'une anesthésie générale

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance de capital en cas d'hospitalisation

Hospita

Assurance de capital en cas d'hospitalisation

Édition 07.2015

Article 1 – Le but

Assura SA prend en charge, en cas de maladie et d'accident, toutes les conséquences économiques liées à une hospitalisation de plus de 24 heures, à l'exclusion de la perte de gain, ceci dans les limites du capital souscrit.

Article 2 – Le capital

2.1 Le capital assuré est, au choix, de CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000, CHF 2'500 ou CHF 3'000.
2.2 Lorsque l'assuré, au bénéfice d'une couverture d'assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée auprès d'Assura SA, choisit délibérément de séjourner en division générale d'un établissement public suisse ou subventionné par les pouvoirs publics, un capital complémentaire de CHF 500 est alloué pour un mineur et de CHF 1'000 pour un adulte.

Article 3 – Le droit aux prestations

3.1 Le capital est versé en cas d'hospitalisation pour une durée supérieure à 24 heures en division de soins aigus.
3.2 Le capital est versé à l'assuré – ou aux ayants droit – sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier dans lequel il a séjourné.
3.3 Le capital est servi une fois par année civile.
3.4 En sus des exclusions prévues au chiffre 4.1 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), le capital souscrit n'est pas versé pour les séjours hospitaliers dictés par une affection relevant des obligations de la LAA, LAI ou LAM.
3.5 On entend par « capital » au sens des chiffres 3.1 à 3.4 ci-dessus, le capital souscrit selon le chiffre 2.1, ainsi que le capital complémentaire prévu au chiffre 2.2.

Article 4 – Étendue territoriale de la couverture

La présente couverture est valable dans le monde entier.

Article 5 – La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les cas liés à des traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts, sous réserve des articles 3.3 et 3.4. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **maladies psychiques**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**.

N'est également pas couverte **la maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA

Informations clients selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA)

Assura Lexa

Edition 09.2024

Assurance de protection juridique privée, du patient et de la circulation

Informations clients selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA)

Qui est l'assureur ?

L'assureur est Orion Assurance de Protection Juridique SA, (ci-après « Orion »), sise à Bâle, et soumise à la surveillance de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers FINMA (Laupenstrasse 27, 3003 Berne).

Orion exerce son activité uniquement en Suisse (hors Liechtenstein). Les preneurs d'assurance qui ont leur domicile / siège en dehors de la Suisse ne peuvent souscrire aucune assurance chez Orion. Toute assurance existante cesse au moment du déménagement ou du départ de la Suisse.

En tant qu'assureur, Orion est votre interlocuteur exclusif pour l'annonce des sinistres et la gestion des prétentions juridiques découlant de votre contrat d'assurance de protection juridique Assura Lexa.

Quel est le rôle d'Assura ?

Orion a conclu avec Assura SA (ci-après : Assura) un contrat de collaboration déléguant à Assura la gestion administrative de l'ensemble du portefeuille Assura Lexa (souscription, gestion du portefeuille et encaissement des primes).

Dans ce contexte, Assura agit notamment en qualité d'**intermédiaire liée à Orion** au sens de Loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance (LSA) et de son ordonnance (OS).

Assura est également votre interlocuteur exclusif pour les questions concernant la gestion du contrat d'assurance (souscription, modification et résiliation) ainsi que pour le paiement des primes.

Quelle est la base du contrat ?

Votre contrat d'assurance de protection juridique Assura Lexa se base sur la police d'assurance, les présentes conditions générales d'assurance (ci-après : CGA), la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), la loi sur la surveillance des assurances (LSA) et son ordonnance (OS).

Quels sont les risques assurés et quelle est l'étendue de la couverture d'assurance ?

Assura Lexa vous soutient en tant qu'assurance dommages en cas de problèmes juridiques. Pour adapter au mieux votre couverture d'assurance à vos besoins, vous avez le choix entre plusieurs modules, à savoir « Droit Privé » (disponible en variante « Base » ou « Maxi »), « Droit du Patient » (uniquement en

combinaison du module « Droit privé »), et « Droit de la Circulation ».

Voici un bref aperçu des domaines juridiques couverts par ces différents modules (et selon la variante choisie) :

1. **Module « Droit Privé »** : Litiges en tant que particulier en matière de dommages-intérêts, droit pénal, droit des assurances, droit du travail, droit des contrats, et droit du bail (uniquement en option pour la variante « Maxi »).

Avec la **variante « Maxi »** sont aussi couverts les litiges en matière de droit des successions, droit matrimonial, droit fiscal, droit d'auteur, protection juridique en matière d'Internet et de voyage à l'étranger. Avec cette variante, vous pouvez encore rajouter à votre couverture (moyennant le paiement d'une prime supplémentaire) l'option « Droit immobilier » qui vous couvre en qualité de propriétaire pour les litiges liés à votre immeuble.

2. **Module « Droit du Patient »** : Litiges en tant que patient avec des médecins, avec des hôpitaux et autres institutions médicales, ou tout autre fournisseur de soins. Ce module ne peut être choisi qu'en combinaison avec le module « Droit Privé ». **La suppression de ce dernier entraîne, automatiquement celle du module « Droit du Patient ».**
3. **Module « Droit de la Circulation »** : Litiges relatifs à la mobilité, par exemple en cas d'accident de la circulation, en cas de procédures pénales ou administratives de retrait de permis de conduire ou encore en cas de litiges contractuels relatifs à des véhicules.

Vous trouverez plus d'informations sur les domaines assurés, la validité territoriale et les sommes d'assurance dans les art. B1, C1 et D1 des CGA.

Quelle est la prime due ?

Le montant de votre prime dépend des domaines juridiques assurés que vous avez choisi d'inclure dans votre police d'assurance. Toutes les données relatives à votre couverture d'assurance, à la prime et aux frais éventuels (p.ex. taxe, paiement par acomptes) figurent dans les documents contractuels. Vous devez payer d'avance la prime d'assurance selon l'échelonnement de paiement prévu par votre contrat d'assurance (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel). Votre prime peut être modifiée pour la prochaine année civile. Dans ce cas, vous pouvez résilier votre contrat d'assurance, conformément aux CGA.

Quelles sont vos autres obligations ?

Vos obligations découlent des CGA et de la LCA. Les principales sont les suivantes :

- Déclarer immédiatement par écrit l'événement assuré à Orion ;
- Participer aux clarifications exigées par Assura et Orion (en cas de sinistre, en cas de modifications des risques, etc.) ;
- Signaler immédiatement les changements dans les faits qui ont été déclarés à Assura et Orion ;
- Signaler immédiatement les changements de votre situation à Assura (mariage, déménagement, etc.) ;

Quel est le délai pour envoyer un avis de sinistre ?

Vous devez annoncer, immédiatement et par écrit, l'événement assuré à Orion.

Quand l'assurance débute-t-elle et quand prend-elle fin ?

Votre assurance est valable dès le jour indiqué dans la police. Orion peut refuser la proposition jusqu'à la remise de la police ou d'une confirmation de couverture définitive. Les CGA définissent les cas pour lesquels un délai de carence est applicable. Orion vous fournit ses prestations au plus tôt lorsque vous avez payé la prime due selon l'échelonnement de paiement prévu dans votre contrat d'assurance.

Votre assurance est valable pour les cas juridiques qui surviennent et qui ont été déclarés à Orion pendant la durée de validité de votre contrat d'assurance. Chacune des parties peut le résilier pour la fin d'une année civile, par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, moyennant un préavis de trois mois. Durant les trois premières années d'assurance, cette résiliation est uniquement possible pour la fin de la 3^{ème} année civile, moyennant un préavis de trois mois.

Si le contrat n'est pas résilié à son échéance, il se renouvelle tacitement d'année en année.

D'autres possibilités de résiliation du contrat découlent des CGA et de la LCA.

Que se passe-t-il si le contrat de collaboration entre Assura et Orion prend fin ?

Si le contrat de collaboration entre Assura et Orion prend fin, votre contrat d'assurance sera automatiquement résilié pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois. Dans ce cas, Assura se réserve le droit de vous proposer une nouvelle offre (équivalente ou similaire) de contrat d'assurance de protection juridique auprès de son nouveau partenaire.

Le contrat peut-il être révoqué ?

Le preneur d'assurance peut révoquer auprès d'Assura SA, sise à 1009 Pully, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70, la proposition de conclusion du contrat ou son acceptation par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, dans un délai de 14 jours.

Le délai est respecté lorsque le preneur d'assurance fait part de sa révocation à Assura (Assura SA, sise à 1009 Pully, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70) ou lui remet sa déclaration de révocation par la poste le dernier jour du délai de rétractation.

Comment Orion et Assura traitent-elles les données personnelles ?

Orion et Assura traitent vos données personnelles notamment aux fins de la conclusion du contrat, de son exécution et ainsi qu'à des fins commerciales et statistiques.

Aux fins de l'exécution du contrat Assura est notamment susceptible de communiquer à Orion des informations relatives aux couvertures d'assurance souscrites, aux questionnaires d'affiliation, aux éventuelles réserves d'assurance apposées, ainsi qu'au paiement des primes. De son côté, Orion est susceptible de communiquer à Assura des informations sommaires relatives aux réserves d'assurance et aux sinistres annoncés dans le cas d'une réticence.

Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement des données (notamment les finalités, les destinataires, la conservation, les droits des personnes concernées et sur la protection des données en général) :

- pour Orion : dans la déclaration de protection des données disponible sur www.orion.ch/fr/protection-des-donnees. Vous pouvez également l'obtenir auprès d'Orion Assurance de Protection Juridique SA, Protection des données, case postale, CH 4002 Bâle, datenschutz@orion.ch.
- pour Assura : dans la déclaration de protection des données disponibles sur www.assura.ch/fr/protection-des-donnees-d-assura. Vous pouvez également l'obtenir en vous adressant par écrit au du Conseiller à la Protection des données d'Assura SA à l'Avenue C.-F. Ramuz 70, CP531, à 1009 Pully.

Le broker / courtier (intermédiaire non lié) reçoit-il une rémunération ?

Si un tiers, par exemple un intermédiaire non lié (broker / courtier), se charge des intérêts du preneur d'assurance dans le cadre de la conclusion ou du suivi du contrat d'assurance, il est possible qu'Assura le rémunère pour son activité, sur la base d'une convention. Si le preneur d'assurance souhaite de plus amples renseignements, il peut s'adresser à ce tiers qui est tenu de le renseigner.

Contenu du contrat d'assurance

La police d'assurance vous renseigne notamment sur :

- les personnes assurées ;
- les modules choisis, à savoir « Droit Privé » (y compris la variante « Base » ou « Maxi » et les options choisis), « Droit du Patient », et/ou « Droit de la Circulation » ;
- les sommes d'assurance ;
- le début et la durée du contrat d'assurance ;
- l'échéance de la prime
- les conditions particulières

Conditions générales d'assurance (CGA)

Assura Lexa

Edition 09.2024

Assurance de protection juridique privée, du patient et de la circulation

Table de matières

A Etendue de l'assurance	4
A1 Qui est assuré	
A2 Quelles sont les qualités assurées	
A3 Où l'assurance est-elle valable	
A4 Quelles sont les sommes assurées	
B Module « Droit Privé »	6
B1 Quels sont les domaines juridiques assurés, les sommes assurées et les validités territoriales	
C Module « Droit du Patient »	16
C1 Quels sont les domaines juridiques assurés, les sommes assurées et les validités territoriales	
D Module « Droit de la Circulation »	17
D1 Quels sont les domaines juridiques assurés, les sommes assurées et les validités territoriales	
E Dispositions communes	19
E1 Quelles sont les prestations fournies	
E2 Quels sont les cas exclus de l'assurance	
E3 Renonciation à la réduction des prestations	
E4 Quand l'assurance déploie-t-elle ses effets	
E5 Comment un cas juridique assuré se règle-t-il	
E6 Divergences d'opinion	
E7 Comment le contrat est-il résilié en cas de survenance d'un cas juridique	
E8 Droit de révocation et ses effets	
E9 Qu'en est-il des primes	
E10 Violation des obligations	
E11 Communication	
E12 Que se passe-t-il en cas de changement de domicile	
E13 Rémunération du courtier	
E14 Protection des données	
E15 Quel est le for	
E16 Que se passe-t-il si le contrat de collaboration entre Assura et Orion prend fin	
E17 Quelles sont les dispositions légales applicables	
E18 Sanctions	

A Etendue de l'assurance

A1 Qui est assuré

Personnes assurées :	Personne individuelle	Assurance pour plusieurs personnes
1 Le preneur d'assurance ;	X	X
2 les enfants mineurs du preneur d'assurance vivant seul, pour autant qu'ils vivent en ménage commun avec lui ou qu'ils regagnent régulièrement son ménage la semaine ou le week-end ;	X	X
3 les enfants mineurs du preneur d'assurance vivant seul pendant la durée de leur visite au parent assuré ;	X	X
4 toutes les personnes vivant en ménage commun avec le preneur d'assurance ou regagnant régulièrement son ménage la semaine ou le week-end ;		X
5 dans la protection juridique en matière de circulation : outre les personnes déjà mentionnées, tous les conducteurs d'un véhicule à moteur immatriculé au nom de l'assuré et non utilisé à titre professionnel ou les passagers lors de trajets effectués avec ce véhicule.	X	X

A2 Quelles sont les qualités assurées

Qualités assurées :	Droit Privé	Droit de la Circulation
1 En tant que particulier, travailleur salarié, membre de l'armée suisse, de la protection civile ou des sapeurs-pompiers ;	X	
2 en tant que cycliste (y compris vélo électrique), conducteur d'un cyclomoteur et en tant que conducteur d'un véhicule à moteur qui ne doit pas être obligatoirement immatriculé ;	X	X
3 en tant que piéton, cavalier, utilisateur d'appareils et de moyens auxiliaires assimilés à des véhicules et servant à la mobilité ou au déplacement, tels que skateboards, roller blades, trottinettes et skis : – sans rapport avec une collision avec un véhicule ; – en rapport avec une collision avec un véhicule ;	X X	X
4 en tant que propriétaire, détenteur ou utilisateur de bateaux, planches de surf, aéronefs, appareils volants (avions modèles, drones, multicoptères, etc.) et objets volants pour lesquels aucune assurance responsabilité civile n'est exigée par la loi ou pesant au maximum 30 kg ;	X	X
5 en tant que passager d'un véhicule à moteur, d'un véhicule nautique, d'un aéronef, d'un véhicule ferroviaire ou de transports publics ;	X	X
6 en tant que conducteur d'un véhicule à moteur quelconque n'appartenant pas à une personne assurée et d'un poids total de 3 500 kg ;	X	X
7 en tant que propriétaire, détenteur, locataire ou conducteur d'un véhicule à moteur, y compris remorques et caravanes non fixées, ou d'un véhicule nautique, ainsi qu'en tant que conducteur d'un véhicule ferroviaire ou de véhicules de transports en commun ;		X
8 en tant que conducteur d'un aéronef (protection juridique des pilotes) et en tant que propriétaire, détenteur ou locataire d'un aéronef jusqu'à 5,7 tonnes de MTOW ;		X

9 en tant que locataire d'un appartement, d'une maison ou de biens-fonds situés en Suisse et utilisés pour ses propres besoins (non à titre professionnel) ; Uniquement avec option « Droit du bail » pour la variante « Maxi »	X	
10 en tant que propriétaire d'un bien immobilier (appartement ou maison) pour l'adresse de domicile officielle du preneur d'assurance ; Uniquement avec l'option « Droit immobilier » pour la variante « Maxi »	X	
11 en tant que patient avec des médecins, avec des hôpitaux et autres institutions médicales, ou tout autre fournisseur de soins. Uniquement avec le module « Droit du Patient »	X	

Les véhicules automoteurs (également appelés « véhicules autonomes ») sont assimilés aux véhicules énumérés ci-dessus.

A3 Où l'assurance est-elle valable

- La validité territoriale est indiquée pour chaque domaine juridique assuré dans les tableaux ci-après, respectivement aux art. B1, C1 et D1.
- On entend par :

Suisse	Couverture Suisse. La Principauté du Liechtenstein est assimilée à la Suisse ainsi que les enclaves Büsingen et Campione.
Pays limitrophes	Allemagne, France, Italie et Autriche.
Europe	Europe géographique jusqu'à l'Oural et les Etats riverains de la Méditerranée.
Monde	Couverture mondiale.

- Indépendamment du lieu où l'événement s'est produit, les cas d'assurance sont assurés si les conditions suivantes sont cumulativement réunies :
 - le for judiciaire se trouve dans la zone géographique assurée;
 - le droit national correspondant est applicable ; et
 - le for judiciaire de l'exécution se trouve également dans la zone géographique assurée.
- Les mesures de recouvrement ne sont engagées que dans les limites de la validité territoriale applicable au cas en cause.
- Les procédures d'arbitrage ne sont assurées que si le for judiciaire est en Suisse et si le droit suisse est applicable.

A4 Quelles sont les sommes assurées

- La somme d'assurance par cas est indiquée dans les tableaux ci-après, respectivement aux art. B1, C1 et D1.
- Quel que soit le nombre de cas, pour tous les cas survenus au cours de la même année d'assurance, la somme assurée est accordée une seule fois.
- Tous les litiges ayant la même origine ou étant en relation directe ou indirecte avec le même événement sont considérés comme un seul cas assuré. La somme assurée n'est octroyée qu'une fois par cas, même si des domaines juridiques différents sont en cause. Les sûretés et les avances sont imputées entièrement sur la somme assurée. Les avances et les sûretés doivent être remboursées à Orion.

B Module « Droit Privé »

B1 Quels sont les domaines juridiques assurés, les sommes assurées et les validités territoriales

Domaine juridique :	Délai de carence (voir aussi Art. E4 ch. 3) :	Sommes assurées (en CHF) et validités territoriales :	Un cas est réputé réalisé :	En plus des exclusions visées à l'art. E2, la couverture d'assurance est exclue :
1 Dommages-intérêts Prétentions civiles extracontractuelles en dommages-intérêts pour des dommages matériels et corporels (lésions corporelles / décès) ainsi que pour des préjudices de fortune qui en résultent directement. Implication de l'assuré dans une procédure pénale en tant que partie civile, si une telle intervention est nécessaire pour faire valoir des prétentions. La procédure visant à faire valoir des prétentions en vertu des dispositions légales relatives à l'aide aux victimes d'infractions est également assurée ; Limitations particulières de la couverture : Concernant la propriété immobilière, seulement dans le cadre de l'art. B1 ch. 11.	Aucun	Variante « Base » : 100'000 en Suisse Variante « Maxi » : 600'000 en Suisse et en Europe ; 150'000 dans le monde entier	Lorsque le dommage a été causé.	– dans les cas en relation avec les atteintes à l'honneur ; – pour des prétentions en dommages-intérêts et intérêts consécutives à un événement survenu alors que l'assuré conduisait un véhicule à moteur ; – en relation avec les dommages causés par des attaques aux systèmes informatiques ou la perte de données ;
2 Défense pénale Défense des intérêts juridiques de l'assuré lors d'une procédure pénale ou pénale administrative engagée contre lui lorsqu'il est prévenu de violation par négligence de prescriptions légales ; Limitations particulières de la couverture : Concernant le droit d'auteur, seulement dans le cadre de l'art. B1 ch. 7.	Aucun	Variante « Base » : 100'000 en Suisse Variante « Maxi » : 600'000 en Suisse et en Europe ; 150'000 dans le monde entier	Lorsqu'une infraction aux dispositions pénales a été effectivement ou prétendument commise pour la première fois.	– lors d'une inculpation pour violation intentionnelle de dispositions légales. Les frais seront remboursés en cas de décision de non-lieu ou d'acquittement entrée en force concernant la totalité des infractions reprochées à l'assuré. Aucun remboursement ne sera accordé si la procédure prend fin en raison du versement d'une indemnité à la partie lésée ou si l'action pénale est prescrite ou en cas d'infractions contre le patrimoine, dans les cas en relation avec les atteintes à l'honneur et en cas de retrait réciproque de plaintes pénales ;

				- dans les procédures consécutives à un événement dans lequel l'assuré était le conducteur ou détenteur d'un véhicule à moteur ; - pour les cas issus du droit des étrangers ; - pour les cas relatifs à la loi sur la protection des données ; - pour les cas relevant du droit de la propriété intellectuelle (tel que le droit des brevets, le droit des designs et le droit des marques) ;
3 Droit de la propriété et droits réels Litiges résultant de la propriété, de la possession ou d'autres droits réels concernant des objets mobiliers et des animaux ;	Aucun	Variante « Base » : 100'000 en Suisse Variante « Maxi » : 600'000 en Suisse et en Europe ; 150'000 dans le monde entier	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait le déceler est déterminant.	
4 Droit des assurances Litiges du droit des assurances sociales avec des institutions d'assurances publiques suisses (AVS / AI, SUVA, etc.), caisses-maladie et caisses de pension ainsi que litiges résultant d'un contrat d'assurance avec des institutions d'assurances privées ; Limitations particulières de la couverture : Concernant la propriété immobilière, seulement dans le cadre de l'art. B1 ch. 11.	Aucun Pour les litiges du droit des assurances sociales : 1 mois	Variante « Base » : 100'000 en Suisse Variante « Maxi » : 600'000 Suisse et en Europe	- En cas de dommages corporels : lorsque se produit la première atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail ou une invalidité ; - en cas de litige fondé sur une réticence: au moment de la signature de la proposition ; - dans tous les autres cas: lorsque se produit la	

			première fois l'événement qui déclenche le droit aux prestations auprès de l'assurance.	
5 Droit du travail a. Litiges en qualité d'employé résultant de rapports de travail régis par le droit privé ou public avec un employeur en Suisse ou dans un pays limitrophe ; b. Litiges en qualité d'employeur d'une aide-ménagère ou d'un gardien d'enfants occupés dans son ménage privé ;	Variante « Base » : 3 mois Variante « Maxi » : 1 mois	Variante « Base » : 100'000 en Suisse Variante « Maxi » : 600'000 en Suisse et pays limitrophes	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait le déceler est déterminant.	– pour les membres de la direction qui ont une influence importante sur les décisions opérationnelles de l'employeur ou percevant un salaire annuel brut (y compris les bonus, gratifications, etc.) supérieur à CHF 200 000 ; – pour les membres du conseil d'administration ;
6 Autres contrats Litiges découlant de contrats relevant du droit des obligations non énumérés séparément, comme par ex. contrat de vente, mandat simple, contrat d'entreprise portant sur des objets mobiliers, contrats innommés ; Les contrats conclus sur Internet sont également assurés ; Limitations particulières de la couverture : – les litiges liés à la propriété immobilière du preneur d'assurance ne sont couverts qu'avec l'option « Droit immobilier » (art. B1 ch. 11 CGA) – dans la mesure où la valeur litigieuse ne dépasse pas CHF 500, l'assuré ne peut prétendre qu'à une seule demande de renseignements auprès d'Orion; – les litiges découlant de prêts ne sont assurés	Variante « Base » : 3 mois Variante « Maxi » : 1 mois	Variante « Base » : 100'000 en Suisse Variante « Maxi » : 600'000 en Suisse et en Europe ; 150'000 dans le monde entier	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait le déceler est déterminant.	– en cas de litiges relatifs à l'achat d'un bien-fonds ainsi qu'à de nouvelles constructions, rénovations et travaux d'agrandissement ; – en cas de litiges résultant de contrats de time-sharing ; – en cas de litiges en rapport avec la constitution de gages immobiliers d'immeubles et de biens-fonds ; – en cas de litiges concernant des résultats d'examen et des décisions de promotion ; – en cas de litiges relatifs au commerce d'objets d'art ; – en cas de litiges avec des avocats, des notaires, des conseillers fiscaux et des fiduciaires ;

que s'ils ont été convenus par écrit et ceci entre des personnes privées.				
7 Droit d'auteur (uniquement avec variante « Maxi ») Défense contre les prétentions d'autrui en cas de violation du droit d'auteur par l'assuré ; Exercice par l'assuré de prétentions en dommages-intérêts en cas de violation de ses droits d'auteur ; Limitations particulières de la couverture : – cette couverture n'est que subsidiaire, c'est-à-dire si les conditions d'assurance d'une assurance responsabilité civile privée existante ou d'une assurance spéciale Internet ne prévoient pas de couverture pour faire valoir ces prétentions; – validité territoriale: Europe.	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : 1 mois	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : 5'000 en Europe	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait le déceler est déterminant.	– dans les cas où la personne assurée a enregistré un nom de domaine identique à une marque connue, de sorte que le détenteur de la marque concernée ne puisse pas établir sa présence sur Internet sous l'adresse Internet en question (Domain Name Grabbing) ;
8 Protection juridique en matière d'Internet (uniquement avec variante « Maxi ») Protection juridique en tant que victime dans les cas suivants : 1. Phishing et hacking ; 2. Abus de cartes de crédit. Si un soutien juridique s'avère infructueux dans les 60 jours suivant la déclaration du cas, Orion peut, au lieu de fournir d'autres services conformément à l'art. E1, prendre en charge les dommages prouvés qui découlent d'une utilisation non autorisée par un tiers du compte de l'assuré sous forme d'une réduction du solde ou en cas d'abus de cartes de crédit, jusqu'à concurrence de CHF 1 000 ;	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : 1 mois	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : 5'000 dans le monde entier	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait le déceler est déterminant.	

Limitations particulières de la couverture : – la couverture est donnée, à condition que l'abus de cartes de crédit ait été commis sur Internet ; – la somme visant à réparer le dommage financier est accordée au maximum une fois par année d'assurance. Les indemnités des autres assurances (par exemple assurance inventaire du ménage) ont la primauté sur ces frais pris en charge. Orion se réserve le droit de demander une copie de la police d'assurance.				
9 Protection juridique contre le harcèlement Protection juridique en tant que victime en cas de violations des droits de la personnalité (par exemple cybermobbing, menace, contrainte, extorsion) commises via des médias électroniques de manière discernable par des tiers. Les cas suivants sont assurés (liste exhaustive) : – l'appel à mettre fin aux attaques sous peine de conséquences judiciaires ; – le dépôt d'une plainte pénale ; – la défense des intérêts de droit civil en matière de protection de la personnalité ; – l'exercice des droits visant à demander la cessation de l'atteinte et les prétentions en dommages-intérêts à l'encontre de l'agresseur et de l'exploitant des sites Internet ; – en imputation sur la somme d'assurance les coûts d'un prestataire de services spécialisés seront pris en charge jusqu'à CHF 1 000 pour la suppression du contenu Internet	6 mois	Variante « Base » : 1'000 en Suisse Variante « Maxi » : 5'000 en Suisse et les pays limitrophes	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait le déceler est déterminant.	– pour les cas provoqués par la personne assurée. Cette exclusion s'applique même si elle a riposté à une provocation précédente de la personne incriminée ; – pour les cas contre des personnes ayant provoqué, au cours des deux dernières années avant la conclusion de l'assurance, une personne assurée ; – en réaction à un crime de la personne assurée, pour lequel il existe un jugement exécutoire ; – pour les atteintes à la personnalité dans la presse, à la télévision, à la radio ainsi que sur leurs éditions électroniques ;

portant atteinte à la personne. Cette somme est accordée au maximum une fois par année d'assurance ; Limitations particulières de la couverture : La couverture n'est donnée que si le for judiciaire et le domicile, respectivement le siège de la personne inculpée sont situés en Suisse (ou dans un pays limitrophe dans la variante « Maxi »).				
10 Droit du bail (en option dans la variante « Maxi ») Protection juridique pour locataires ou preneurs de bail à ferme a. Orion accorde la protection juridique en cas de litiges résultant d'un contrat de bail ou de bail à ferme en rapport avec des immeubles, des locaux ou des biens-fonds utilisés pour ses propres besoins et non à titre professionnel et situés en Suisse ; b. Orion accorde la protection juridique en cas de litiges de droit civil avec ses voisins directs survenant au domicile suisse de la personne assurée et concernant – le droit de vue, – l'entretien et l'implantation en limite d'arbres et de haies, – les immissions (comme p. ex. bruit, fumées, odeurs, ombres) ; c. Orion accorde la protection juridique en cas de litiges découlant	Variante « Base » : a et b : 3 mois ; c : 1 année Variante « Maxi » : a et b : 1 mois ; c : 1 année	Variante « Base » : 100'000 en Suisse ; limite de 10'000 pour b et c Variante « Maxi » : 600'000 en Suisse ; limite de 10'000 pour b et c	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait le déceler est déterminant.	– en cas de litiges liés au dépassement des valeurs limites d'exposition conformément à l'ordonnance sur la protection contre le bruit ; – c : en cas de litiges relatifs à des projets de construction dont les coûts totaux dépassent CHF 100 000 – c : en cas de litiges liés à l'amiante ;

du contrat d'entreprise avec des artisans et portant sur des vices de construction sur l'immeuble qui constitue le domicile suisse du preneur d'assurance et qu'il n'occupe pas à titre professionnel ;				
11 Option « Droit immobilier » (uniquement avec variante « Maxi »), lorsque le « Droit immobilier » est également assuré. Protection juridique pour propriétaires de biens-fonds et propriétaires d'étages La protection juridique accordée par Orion en relation avec la propriété foncière et la propriété par étages se limite aux litiges concernant le bien-fonds que le preneur d'assurance habite lui-même et non à titre professionnel et où il a son domicile suisse, dans les domaines juridiques suivants (énumération exhaustive) : a. les litiges de droit civil découlant du droit de voisinage avec les voisins directs et concernant les propriétaires par étage de communautés de propriétaires d'étages: – le droit de vue, – l'entretien et l'implantation en limite d'arbres et de haies, – les immissions (comme p.ex. bruit, fumées, odeurs, ombres); b. les litiges portant sur un permis de construire concernant des projets de construction des voisins directs; c. les différends relatifs à l'expropriation formelle; d. les litiges avec des assurances;	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : 1 mois ; b, c et f: 1 année	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : 1'000'000 en Suisse	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait le déceler est déterminant.	– en cas de litiges liés au dépassement des valeurs limites d'exposition conformément à l'ordonnance sur la protection contre le bruit; – en cas de litiges non désignés comme étant assurés, comme par ex. litiges portant sur les coûts communs de la propriété par étages, sur le fonds de rénovation, concernant des mesures de construction ou autres sur concernant des parties communes de l'immeuble, sur la copropriété, sur l'administration, etc.; – f : en cas de litiges relatifs à des projets de construction dont les coûts totaux dépassent CHF 100 000 – f : en cas de litiges liés à l'amiante;

e. les litiges résultant de servitudes actives et passives, charges foncières et bornages de même que les prétentions extracontractuelles en dommages-intérêts pour des préjudices matériels qui concernent le bien-fonds assuré; f. les litiges découlant d'un contrat d'entreprise avec des artisans concernant des vices de construction; Remarque : Les parcelles limitrophes à un bien-fonds assuré et non bâties, utilisées par le preneur d'assurance comme jardin ou pour son autoapprovisionnement et lui appartenant sont aussi assurées. Limitations particulières de la couverture : let. B : pour le même projet de construction, la somme d'assurance n'est octroyée qu'une seule fois, également pour les demandes de construction modifiées ; – si un litige avec des tiers concerne des parties communes d'un immeuble constitué en propriété par étages, les frais seront pris en charge proportionnellement à la part appartenant à l'assuré par rapport à la valeur du bien-fonds. En cas de propriété commune, les frais sont répartis de façon analogue ;				
12 Droit des successions (uniquement avec la variante « Maxi ») Litiges en matière de droit des successions ; Remarque : S'il n'y a pas de litige, la couverture ne s'applique pas, sous réserve des conseils juridiques par	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : 1 année	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : 3'000 en Suisse	Au jour du décès du défunt	

téléphone (Orionline) selon art. E1 ch. 2). Limitations particulières de la couverture : La somme assurée n'est octroyée qu'une fois par succession ;				
13 Droit matrimonial / Partenariat enregistré (uniquement avec la variante « Maxi ») Orion accorde la protection juridique en cas de problèmes découlant du droit matrimonial / d'un partenariat enregistré ; ceci au choix sous la forme d'une médiation ou de l'aide à l'établissement d'une convention de divorce ou de séparation ; Limitations particulières de la couverture : - la somme d'assurance est de CHF 3'000 par partenaire assuré. En cas de litiges entre les mêmes partenaires, la somme d'assurance n'est octroyée qu'une seule fois ;	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : 1 année	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : 3'000 en Suisse	Date à laquelle l'un ou les deux époux demande pour la première fois le divorce, la séparation ou des mesures protectrices de l'union conjugale ou la date à laquelle ils ont cessé de vivre en ménage commun. Le premier cas survenu est déterminant.	
14 Droit fiscal (uniquement avec la variante « Maxi ») Orion accorde une protection juridique dans les procédures d'appel à l'encontre d'une décision sur opposition en cas de litiges devant les autorités fiscales suisses concernant l'impôt sur le revenu, sur la fortune, sur les gains immobiliers, les droits de mutation et l'impôt sur les immeubles;	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : 1 année	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : 3'000 en Suisse	Au moment de la première décision de taxation de l'administration fiscale.	- en cas des procédures relatives à de arriérés d'impôts et amendes fiscales ; - pour la procédure d'opposition auprès de l'administration fiscale.
15 Protection juridique de voyage à l'étranger (uniquement avec la variante « Maxi ») Orion accorde la protection juridique en complément partiel à l'art. B1 ch. 6 pour les litiges résultant des événements survenus pendant les voyages à l'étranger dans les domaines suivants (liste exhaustive) :	Variante « Base » : pas couvert Variante « Maxi » : Aucun	Variante « Base » : Pas couvert Variante « Maxi » : 600'000 en Europe ; 150'000 dans le monde entier	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques	- en cas de litiges liés au transport d'un véhicule acheté à l'étranger à des fins d'importation en Suisse;

a. location, prêt et consignation d'un bien mobilier à l'étranger; b. contrat de transport et d'acheminement des bagages et / ou d'un véhicule automobile à / vers l'étranger; c. réparation d'un véhicule automobile pendant un voyage à l'étranger; d. contrats concernant les voyages à forfait à l'étranger (y compris contrats avec des écoles de langues étrangères), location d'un véhicule automobile à l'étranger ou location temporaire d'un appartement resp. maison de vacances à l'étranger pour une durée de six mois au maximum (indépendamment du lieu de réservation – même si le for se trouve en Suisse); Limitations particulières de la couverture : Ces prestations ne sont fournies que subsidiairement à d'autres assurances.			pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait le déceler est déterminant.	
16 Protection juridique de conducteur Litiges en tant que conducteur d'un véhicule à moteur quelconque n'appartenant pas à une personne assurée et d'un poids total de 3 500 kg au max. dans le cadre de l'art. D1 ch. 1 à 3 et 5 à 6 ; Limitations particulières de la couverture : Ces prestations ne sont fournies que subsidiairement à d'autres assurances.	Aucun	Variante « Base » : Pas couvert Variante « Maxi » : 100'000 en Suisse	En fonction du domaine assuré concerné conformément à l'art. D1.	

C Module « Droit du Patient »

C1 Quels sont les domaines juridiques assurés, les sommes assurées et les validités territoriales

Domaine juridique :	Délai de carence (voir aussi Art. E4 ch. 3) :	Sommes assurées (en CHF) et validités territoriales :	Un cas est réputé réalisé :	En plus des exclusions visées à l'art. E2, la couverture d'assurance est exclue :
Droit des patients Litiges en tant que patient avec des médecins, avec des hôpitaux et autres institutions médicales a. en Suisse; b. à l'étranger, seulement en cas de traitements médicaux qui doivent être effectués d'urgence. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour préalable en Suisse n'est pas approprié ; Le module « Droit du Patient » n'est disponible qu'à la condition de bénéficier aussi du module « Droit Privé ». La suppression du module « Droit Privé » entraîne automatiquement celle du module « Droit du Patient ».	1 mois, hors traitements d'urgence	200'000 en Suisse ; 150'000 dans le monde entier (en cas d'urgence)	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait le déceler est déterminant.	– lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement ; – en cas de litiges en rapport avec des interventions esthétiques, sauf s'il s'agit d'une intervention médicale devenue nécessaire à la suite d'un accident ou d'une maladie ;

D Module « Droit de la Circulation »

En général, il n'y a pas de délai de carence pour le Droit de la Circulation.

D1 Quels sont les domaines juridiques assurés, les sommes assurées et les validités territoriales

Domaine juridique :	Sommes assurées (en CHF) et validités territoriales :	Un cas est réputé réalisé :	En plus des exclusions visées à l'art. E2, la couverture d'assurance est exclue :
1 Dommages-intérêts Prétentions civiles extracontractuelles en dommages-intérêts pour des dommages matériels et corporels (lésions corporelles / décès) ainsi que pour des préjudices de fortune qui en résultent directement ; Implication de l'assuré dans une procédure pénale en tant que partie civile, si une telle intervention est nécessaire pour faire valoir des prétentions. La procédure pour faire valoir les prétentions en vertu des dispositions légales relatives à l'aide aux victimes est également assurée ;	600'000 en Suisse et en Europe ; 150'000 dans le monde entier	Lorsque le dommage a été causé.	– dans les cas en relation avec les atteintes à l'honneur ; – pour les litiges en qualité de conducteur d'un véhicule d'un tiers pour les dommages à ce véhicule ;
2 Défense pénale Lors de procédures pénales ou pénales administratives engagées contre l'assuré, à la suite d'un accident de la circulation ou en cas d'infraction aux règles de la circulation ;	600'000 en Suisse et en Europe ; 150'000 dans le monde entier	Lorsqu'une infraction aux dispositions pénales a été effectivement ou prétendument commise pour la première fois.	– dans les cas en relation avec les atteintes à l'honneur ; – en cas de dénonciation pour inobservation des règles de la circulation applicables aux véhicules en stationnement (arrêt interdit, parage, etc.) ;
3 Retrait de permis et imposition des véhicules Lors de procédures concernant le retrait du permis de conduire ou de circulation et également dans le cadre de l'imposition cantonale des véhicules assurés ; Limitations particulières de la couverture : Validité territoriale : Suisse	600'000 en Suisse	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales a été effectivement ou prétendument commise pour la première fois.	– lors de procédures visant à l'obtention ou à la conversion d'un permis de conduire, de même que pour la restitution d'un permis retiré par une décision entrée en force ;
4 Droit de la propriété et droit réels Litiges résultant de la propriété, de la possession ou d'autres droits réels concernant un véhicule assuré ;	600'000 en Suisse et en Europe ; 150'000 dans le monde entier	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré	– en cas d'achat / vente de véhicules, lorsque l'assuré exerce cette activité à titre professionnel ;

		pouvait raisonnablement le déceler est déterminant.	
5 Droit des assurances Litiges du droit des assurances sociales avec des institutions d'assurances publiques suisses (AI, SUVA, etc.), caisses-maladie et caisses de pension ainsi que litiges résultant d'un contrat d'assurance avec des institutions d'assurances privées ;	600'000 en Suisse et en Europe ; 150'000 dans le monde entier	– dommages corporels : lorsque se produit la première atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail ou une invalidité ; – en cas de litige fondé sur une réticence : au moment de la signature de la proposition ; – dans tous les autres cas : lorsque se produit la première fois l'événement à l'origine du droit aux prestations auprès de l'assurance.	
6 Droit des patients Litiges avec des médecins, hôpitaux et autres institutions médicales concernant des lésions dues à un accident de la circulation assuré ;	600'000 en Suisse et en Europe ; 150'000 dans le monde entier	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait raisonnablement le déceler est déterminant.	
7 Contrats en rapport avec un véhicule Litiges en relation avec un véhicule assuré résultant des contrats suivants (y compris leurs accessoires, comme sièges pour enfant, autoradio, etc.) : achat, vente, location, prêt, leasing, dépôt, ordre de réparation (énumération exhaustive) ;	600'000 en Suisse et en Europe ; 150'000 dans le monde entier	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait le déceler est déterminant.	– en cas d'achat / vente de véhicules et d'accessoires de véhicule, lorsque l'assuré exerce cette activité à titre professionnel ; – en cas de litiges contractuels en relation avec des véhicules nautiques avec un prix de catalogue supérieur à CHF 150 000.
8 Location d'un garage Litiges en tant que locataire de longue durée d'un garage ou d'une place de parc pour un véhicule assuré.	600'000 en Suisse	Lorsque la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que l'assuré puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où l'assuré pouvait raisonnablement le déceler est déterminant.	–

E Dispositions communes

E1 Quelles sont les prestations fournies

1. Dans les cas assurés, Orion prend en charge jusqu'à concurrence des sommes assurées indiquées aux art. A4 et B1 :
 - a. le traitement des cas par Orion,
 - b. les frais d'avocat, d'assistance en cas de procès ou d'un médiateur ainsi qu'en dérogation à l'art. E5 ch. 2 les frais jusqu'à concurrence de CHF 2 000 pour un avocat de la première heure en tant que prévenu dans une procédure pénale pour le premier interrogatoire par la police. En revanche, si l'assuré est accusé d'avoir agi de manière délibérée, il devra rembourser ces frais à Orion,
 - c. les frais d'expertises ordonnées avec l'accord d'Orion resp. par un tribunal,
 - d. les émoluments de justice ou autres frais de procédure mis à la charge de l'assuré, y compris des avances,
 - e. les dépens alloués à la partie adverse et mis à la charge de l'assuré, y compris les sûretés,
 - f. l'encaissement d'une créance revenant à l'assuré suite à un cas assuré dans la mesure où le débiteur la conteste (p. ex. selon le droit suisse à partir de l'opposition au commandement de payer). Et ce jusqu'à la présentation d'un acte de défaut de biens, d'une demande de sursis concordataire, d'une condamnation de faillite ou d'un acte d'insuffisance de gage,
 - g. les avances de cautions pénales après un accident pour éviter le placement de la personne assurée en détention préventive,
 - h. les frais de traduction et de déplacements nécessaires pour une action judiciaire à l'étranger jusqu'à concurrence de CHF 5 000.
2. Conseils juridiques par téléphone (Orionline) : les assurés peuvent bénéficier de conseils juridiques par téléphone, y compris pour les domaines juridiques non-mentionnés.
3. Ne sont pas pris en charge de façon générale :
 - a. les amendes,
 - b. les frais d'analyses en rapport avec la présence d'alcool dans le sang ou de drogues, des examens médicaux ou psychologiques ainsi que des mesures d'éducation routière, ordonnés en matière de circulation,
 - c. les dommages-intérêts,
 - d. en matière de circulation les frais et émoluments issus de la première décision pénale (par ex. ordonnance pénale, prononcé d'amende, etc.) ou administrative (par ex. avertissement, retrait de permis de conduire, etc.). Ces derniers demeurent à la charge de l'assuré même dans l'éventualité d'un recours,
 - e. les frais et honoraires dont la prise en charge incombe à un tiers ou qui sont mis à la charge d'une personne civilement responsable ou d'un assureur responsabilité civile ; dans de tels cas, Orion ne verse que des avances,
 - f. les frais et honoraires dans des procédures de faillite et de procédures concordataires ainsi

que dans des actions en revendication, en contestation de revendication et en contestation d'états de collocation. En cas de faillite de l'assuré, l'obligation d'Orion d'accorder sa prestation s'éteint dès l'ouverture de la faillite également pour les sinistres déjà survenus.

4. Si un événement implique plusieurs assurés d'un même contrat ou de contrats différents, Orion a le droit de limiter les prestations à la défense des intérêts hors procès jusqu'à ce qu'un procès-pilote soit mené par des avocats qu'elle a choisis. Pour tous les assurés d'un même contrat, les prestations sont en outre additionnées.

E2 Quels sont les cas exclus de l'assurance

Ne sont pas assurés (toutes les exclusions suivantes priment les dispositions de l'art. B1, C1 et D1 :

Exclusions générales :

1. toutes les personnes, véhicules et domaines juridiques qui ne sont pas énumérés comme assurés aux arts A1, A2, B1, C1 et D1 ;
2. litiges résultant de prétentions et obligations qui en vertu du droit successoral ou par cession/reprise de dette ont été transférées à l'assuré ;
3. la défense contre des prétentions en dommages-intérêts non contractuelles formulées par des tiers. C'est le rôle d'une assurance responsabilité civile ;
4. les cas en relation avec des faits de guerre, d'émeutes, de grèves, de lock-out, les dommages causés par l'énergie nucléaire, rayonnement radioactif, des conséquences dues à des accidents de nature chimique, ainsi que ceux dus aux modifications génétiques des aliments, des plantes et des animaux ;
5. litiges résultant de la participation à des rixes et des bagarres ;
6. cas contre une autre personne assurée par le présent contrat ou son assurance responsabilité civile (cette exclusion ne s'applique pas au preneur d'assurance lui-même ni aux cas visés à l'art. B1 ch. 13) ;
7. litiges entre concubins et personnes vivant sous le même toit, conjoints et personnes liées par un partenariat enregistré (exception : droit matrimonial / partenariat enregistré conformément à l'art. B1 ch. 13) ;
8. litiges en relation avec le recouvrement de créances non contestées ou des cas découlant des encaissements de créances de débiteurs surendettés (par exemple présentation d'un acte de défaut de biens ou de dettes incontestables) ou de créances prescrites ;
9. litiges en matière de droit des poursuites et des faillites (restent assurées les mesures d'encaissement selon art. E1 ch. 1 lit. F) ;
10. litiges avec Orion, ses organes, ses collaborateurs, ainsi qu'avec des avocats, des notaires, des agents d'affaires, des médiateurs ou des experts désignés par Orion ou par l'assuré ;

Exclusions supplémentaires pour la protection juridique privée :

11. litiges contractuels et autres en rapport avec une activité professionnelle ou lucrative indépendante (même accessoire) ainsi que les actes préparatoires y afférents ;

12. litiges en rapport avec le travail au noir (par ex. absence d'assurances sociales, autorisation de travail);
13. les cas résultant des contributions publiques (exception: droit fiscal conformément à l'art. B1 ch. 14) et du droit sur la planification;
14. litiges en relation avec l'exercice rémunéré d'un sport ou l'activité rémunérée d'entraîneur à partir d'une valeur litigieuse de CHF 30 000. La valeur litigieuse déterminante correspond à l'ensemble des créances (y compris demande reconventionnelle) et non à des demandes portant sur une partie de la créance;
15. à l'exception de la protection juridique de voyages à l'étranger conformément à l'art. B1 ch. 15 litiges en qualité de propriétaire, détenteur, conducteur (exception: protection juridique de conducteur conformément à l'art. B1 ch. 16), emprunteur, locataire, preneur de leasing, acheteur ou vendeur de véhicules automobiles de tous genres (cyclomoteurs exceptés), de véhicules sur rails de même que d'aéronefs ou de bateaux qui doivent être obligatoirement immatriculés;
16. les cas en relation avec le droit des sociétés y compris les prétentions en responsabilité formulées contre les organes d'une société;
17. litiges résultant de l'achat et de la vente de papiers valeurs ainsi que de participations financières à des entreprises, de la gestion de fortune et d'opérations de bourse, d'opérations spéculatives ou à terme, d'autres opérations financières ou d'investissement ainsi que des litiges qui s'y rapportent avec des intermédiaires ou mandataires éventuels;

Exclusions supplémentaires pour la protection juridique de circulation, de conducteur et de voyages à l'étranger :

18. lorsque le conducteur utilise un véhicule qui n'est pas admis à la circulation routière, qu'il n'est pas autorisé à conduire le véhicule, qu'il n'est pas en possession d'un permis de conduire valable ou conduisait un véhicule qui n'était pas muni de plaques d'immatriculation valables;
19. litiges résultant de la participation active à des concours ou à des courses de véhicules à moteur (y compris les courses non autorisées sur routes publiques), y compris à des entraînements;
20. les cas en qualité de propriétaire / détenteur de véhicules utilisés à titre professionnel (des recettes sont constamment générées sur les courses), tels que taxis, bus, véhicules de livraison, camions de sociétés de transport, voitures d'auto-école, etc.;
21. en cas d'inculpation en raison d'un dépassement de la vitesse maximale autorisée dès 30 km/h en localité, dès 40 km/h hors localité et sur semi-autoroute, dès 50 km/h sur autoroute;
22. lors de la récidive d'un cas, en relation avec les événements suivants: l'inculpation pour conduite en état d'ébriété, le refus de se soumettre à une analyse du sang ainsi que la consommation de stupéfiants;
23. litiges en tant que propriétaire, détenteur ou conducteur d'aéronefs;

24. pour litiges en relation avec des accidents de la circulation qui ont été délibérément causés par un assuré.

E3 Renonciation à la réduction des prestations

Orion renonce au droit qui lui est conféré par la loi sur le contrat d'assurance de réduire ses prestations en cas de sinistre causé par une faute grave, sauf en cas de condamnation passée en force de chose jugée pour inaptitude de conduire parce que l'assuré est sous l'effet de l'alcool, des drogues ou des médicaments ainsi qu'en cas de refus de se soumettre à une prise de sang.

E4 Quand l'assurance déploie-t-elle ses effets (validité temporelle)

1. Votre assurance est valable dès le jour indiqué dans la police. Orion peut refuser la proposition jusqu'à la remise de la police ou d'une confirmation de couverture définitive. Les CGA définissent les cas pour lesquels un délai de carence est applicable. Orion vous fournit ses prestations au plus tôt lorsque vous avez payé la prime due selon l'échelonnement de paiement prévu dans votre contrat d'assurance. Votre assurance est valable pour les cas juridiques qui surviennent et qui ont été déclarés à Orion pendant la durée de validité de votre contrat d'assurance. Chacune des parties peut le résilier pour la fin d'une année civile, par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, moyennant un préavis de trois mois. Durant les trois premières années d'assurance, cette résiliation est uniquement possible pour la fin de la 3ème année civile, moyennant un préavis de trois mois.

Si le contrat n'est pas résilié à son échéance, il se renouvelle tacitement d'année en année.

D'autres possibilités de résiliation du contrat découlent des CGA et de la LCA.

La résiliation du preneur d'assurance doit être adressée à Assura SA, sise à 1009 Pully, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70.

2. Etant donné que les personnes assurées continuent à bénéficier de la couverture d'assurance le contrat d'assurance ne peut pas être résilié en cas de dépôt des plaques d'immatriculation.
3. L'assurance est valable pour les cas d'assurance qui surviennent pendant la durée du contrat, respectivement après l'échéance du délai de carence mentionné aux art. B1 (Module « Droit Privé ») et C1 (Module « Droit du patient »), pour autant que le besoin en protection juridique se réalise également pendant la durée du contrat et que le cas soit annoncé pendant cette période. Ce délai de carence n'est pas applicable en cas de couverture similaire auprès d'un assureur précédent lors d'un transfert sans interruption, sauf toutefois en cas d'extension de couverture. La couverture n'est pas accordée lorsqu'un cas est annoncé après l'annulation de la police ou de la couverture complémentaire correspondante.

E5 Comment un cas juridique assuré se règle-t-il

1. Lorsque se réalise un cas d'assurance pour lequel un assuré entend solliciter les services d'Orion, il doit l'en aviser immédiatement par écrit.
2. Orion détermine la marche à suivre conformément aux intérêts de l'assuré. Elle conduit, le cas échéant, les pourparlers en vue d'un règlement amiable du cas et propose dans les cas appropriés une médiation. La décision de recourir à un avocat ou à un médiateur ainsi que de procéder à une expertise est du ressort d'Orion. Elle peut limiter la garantie de prise en charge quant au contenu et quant à la somme. L'assuré s'engage à ne pas mandater d'avocat sans avoir obtenu au préalable le consentement écrit d'Orion. Si l'assuré mandate un avocat, respectivement un représentant de procès, un expert ou un médiateur avant la déclaration du cas à Orion, les frais survenus avant la déclaration du cas à Orion ne sont assurés que jusqu'à concurrence de CHF 300. Pour autant que rien d'autre ne soit convenu, Orion fera le décompte avec l'avocat (y compris en cas de procédure judiciaire) selon ses charges. Si l'assuré convient avec l'avocat d'une prime en cas de succès, celle-ci n'est pas prise en charge par Orion.
3. Orion se réserve le droit, en lieu et place de la prise en charge des frais sur la base de l'art. E1 de verser à l'assuré une indemnité pour le dommage subi. Celle-ci sera allouée en fonction de la valeur litigieuse et tiendra compte des risques de procédure et d'encaissement.
4. Orion accorde à l'assuré le libre choix de l'avocat lorsqu'un tel représentant doit être mandaté en vue d'une action judiciaire civile ou administrative, ainsi qu'en cas de conflit d'intérêts. Orion se réserve le droit de refuser l'avocat proposé par l'assuré. Celui-ci peut alors proposer trois autres mandataires de cabinets différents établis au for de l'action judiciaire, parmi lesquels Orion choisira celui chargé du cas. Ceci vaut même si l'assuré avait le libre choix du mandataire ou si Orion avait consenti à mandater un représentant pour d'autres raisons. Le refus d'un avocat ne doit pas être justifié. En cas de changement de mandataire par l'assuré, celui-ci devra prendre en charge les frais supplémentaires qui en résultent.
5. L'assuré ou son conseil doit fournir à Orion les renseignements et procurations nécessaires. Toutes les pièces en rapport avec le cas, tels que procès-verbaux d'amende, citations à comparaître, jugements, échanges de lettres, etc. doivent être transmises immédiatement à Orion. Si un avocat est mandaté, l'assuré doit l'autoriser à informer Orion du déroulement du cas et en particulier à mettre à sa disposition les pièces lui permettant d'examiner la couverture d'assurance ou les chances de succès d'un procès.

E6 Divergences d'opinion

1. En cas de divergences d'opinion concernant la marche à suivre dans un cas couvert ou concernant les chances de succès du cas d'assurance, Orion avise immédiatement l'assuré en motivant sa position juridique et l'informe de la possibilité qui lui est conférée de requérir dans les 20 jours une procédure arbitrale. S'il ne requiert

pas la procédure arbitrale pendant ce délai, il est réputé y renoncer. A compter de la réception du refus, l'assuré devra prendre lui-même toutes les mesures nécessaires pour la défense de ses intérêts. Orion ne sera pas responsable des conséquences résultant de mesures inadéquates prises par l'assuré, en particulier s'agissant d'éventuelles inobservations de délais. Les frais de cette procédure arbitrale doivent être payés par avance par les parties à raison de moitié et seront à la charge de la partie qui succombe. Si l'une des parties ne verse pas l'avance de frais, elle est réputée reconnaître la prise de position de l'autre partie.

2. Les parties choisissent d'un commun accord un arbitre unique. La procédure se limitera à un unique échange d'écriture comprenant les demandes fondées des parties et leurs moyens de preuve, sur la base desquels l'arbitre statuera. Pour le surplus, les dispositions du code de procédure civile (CPC).
3. Si, en cas de refus de prestations d'assurance, l'assuré engage un procès à ses frais et obtient un résultat qui lui est plus favorable que la position motivée sous forme écrite par Orion ou que le résultat de la procédure arbitrale, Orion prend à sa charge les frais dans le cadre des conditions d'assurance ainsi encourus, comme si elle l'avait approuvé.

E7 Comment le contrat est-il résilié en cas de survenance d'un cas juridique

1. En cas de survenance d'un cas juridique assuré, pour lequel Orion est tenue de fournir une prestation, les deux parties sont autorisées à résilier par écrit le contrat d'assurance au plus tard au moment de la dernière prestation. La couverture d'assurance prend fin 14 jours après la communication de la résiliation à l'autre partie.
2. Orion conserve son droit à la prime pour l'année d'assurance en cours, si le preneur d'assurance résilie le contrat durant l'année qui suit sa conclusion.
3. La consultation par téléphone via le service téléphonique Orionline n'est pas considérée comme un cas juridique assuré et ne donne pas le droit de résilier le contrat.

E8 Droit de révocation et ses effets

1. Le preneur d'assurance peut révoquer auprès d'Assura SA, sise à 1009 Pully, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70, la proposition de conclusion du contrat ou son acceptation par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.
2. Le délai de révocation est de 14 jours et court dès que le preneur d'assurance remet sa proposition de conclusion ou accepte le contrat.
3. Le délai est respecté lorsque le preneur d'assurance fait part de sa révocation à Assura (Assura SA, sise à 1009 Pully, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70) ou lui remet sa déclaration de révocation par la poste le dernier jour du délai de rétractation.
4. La révocation a pour effet que la proposition de conclusion ou la déclaration d'acceptation du

preneur d'assurance est réputée nulle dès le départ.

5. Les parties doivent rembourser les prestations déjà perçues.
6. Le preneur d'assurance n'est pas tenu de verser une indemnisation supplémentaire à Orion.

E9 Qu'en est-il des primes

1. La première prime est exigible lors de la remise de la police.
2. Les primes ultérieures échoient à la date indiquée dans la police.
3. Lorsque la prime n'a pas été réglée dans les délais, Assura est en droit de percevoir des frais de rappel.
4. Les modifications apportées aux tarifs des primes et aux nouvelles Conditions générales d'assurance sont notifiées au preneur d'assurance lors de la facturation, au plus tard 25 jours avant la fin d'une année civile. Elles sont réputées acceptées par le preneur d'assurance et valables dès l'année d'assurance suivante, s'il ne résilie pas son contrat avant la fin de l'année d'assurance en cours. Il n'existe pas de droit de résiliation en cas de modification de composants de la prime non imputables à Orion ou à Assura (par exemple en cas de modification du droit de timbre fédéral ou de frais liés à la perception des primes) ou de changement de la prime en raison de la situation personnelle du preneur d'assurance (par exemple octroi ou suppression de rabais liés à l'âge, changement d'assurance individuelle à assurance pour plusieurs personnes ou inversement).
5. L'assuré ne peut conclure des transactions comportant des obligations pour Orion qu'avec l'accord de cette dernière.
6. Les indemnités judiciaires et dépens alloués à l'assuré (judiciairement ou extrajudiciairement) reviennent à Orion jusqu'à concurrence des prestations fournies.

E10 Violation des obligations

En cas de violation fautive du devoir d'information ou de collaboration (p. ex. information volontairement incomplète ou fausse), Orion peut réduire ou refuser ses prestations.

E11 Communication

1. Les déclarations de sinistre doivent être adressées à un des bureaux juridiques énumérés ci-dessous, toutes les autres communications au siège d'Orion à Bâle.
2. Toutes les communications (y compris la procédure d'arbitrage) doivent avoir lieu dans la langue du contrat d'assurance.
3. Lorsque la personne ou l'entreprise assurée ne l'interdit pas expressément, Orion et Assura ont le droit de communiquer avec celles-ci ainsi qu'avec les autres parties par le biais de moyens de communication électroniques, par exemple par e-mail. Orion et Assura n'assument aucune responsabilité quant à la réception, la lecture, le transfert, la copie, l'utilisation ou la manipulation non autorisée d'informations et de données transmises de toutes sortes.

E12 Que se passe-t-il en cas de changement de domicile

Les changements de l'adresse et le transfert du domicile civil doivent être communiqués Assura dans les 30 jours. Si le preneur d'assurance transfère son domicile civil à l'étranger, la couverture d'assurance cesse à la date de départ annoncée à l'autorité suisse compétente.

E13 Rémunération du courtier (intermédiaire non lié)

Si un tiers, par exemple un intermédiaire non lié (broker / courtier), se charge des intérêts du preneur d'assurance dans le cadre de la conclusion ou du suivi du contrat d'assurance, il est possible qu'Assura le rémunère pour son activité, sur la base d'une convention. Si le preneur d'assurance souhaite de plus amples renseignements, il peut s'adresser à ce tiers.

E14 Protection des données

1. Orion et Assura respectent la vie privée et traitent les données à caractère personnel dans le respect absolu des prescriptions et principes de la loi fédérale sur la protection des données. Elles prennent les mesures techniques et organisationnelles nécessaires afin de garantir une protection des données moderne et appropriée.
2. Orion et Assura traitent notamment vos données à caractère personnel dans le cadre de la conclusion et de l'exécution du contrat. Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement des données par Orion et Assura (les finalités, destinataires des données, l'enregistrement et les droits des personnes concernées) ainsi que sur la protection des données en général dans leurs politiques de protection des données respectives, qui sont disponibles pour Orion sur www.orion.ch/fr/protection-des-donnees, et pour Assura sur www.assura.ch/fr/protection-des-donnees-d-assura. Elle peuvent également être obtenues pour Orion auprès d'Orion Assurance de Protection Juridique SA, protection des données, case postale, CH 4052 Bâle, datenschutz@orion.ch, et pour Assura auprès d'Assura SA, sise à 1009 Pully, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70.

E15 Quel est le for

Pour les litiges résultant du présent contrat, Orion reconnaît le for au domicile de l'assuré en Suisse. Lorsque ce dernier n'a pas de domicile en Suisse, le for est au siège d'Orion à Bâle.

E16 Que se passe-t-il si le contrat de collaboration entre Assura et Orion prend fin ?

Si le contrat de collaboration entre Assura et Orion prend fin, votre contrat d'assurance sera automatiquement résilié pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois. Dans ce cas, Assura se réserve le droit de vous proposer une nouvelle offre (équivalente ou similaire) de contrat d'assurance de protection juridique auprès de son nouveau partenaire.

E17 Quelles sont les dispositions légales applicables

Pour tout ce qui n'est pas expressément réglé dans les CGA, la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 s'applique.

E18 Sanctions

Nonobstant toute autre disposition contractuelle, l'obligation de fournir des prestations ne s'applique pas dans la mesure où et tant que des sanctions légales, économiques, commerciales ou financières s'opposent à la prestation découlant du contrat d'assurance.

Conditions spéciales pour l'assurance complémentaire

Materna Varia

Assurance complémentaire en cas de maternité (séjour en division privée d'un hôpital ou d'une clinique avec limitation du choix de l'établissement et prestations ambulatoires étendues) avec prime évolutive selon l'âge réel de l'assurée.

Edition 09.2021

Article 1 – But et principes

1.1. L'assurance « Materna Varia » couvre les frais de maternité aux conditions indiquées ci-après. En complément des prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, de toute autre assurance sociale et des assurances complémentaires d'Assura SA, les frais sont remboursés conformément aux conditions générales pour l'assurance-maladie complémentaire (ci-après : CGA LCA) et aux présentes conditions spéciales d'assurance (ci-après : CSC).

1.2. Par ailleurs, les CGA LCA sont applicables dans la mesure où les présentes conditions spéciales d'assurance n'y dérogent pas. En particulier, les articles 2.6, 2.7, 3.2, 5.1, 5.3 et 5.4 des CGA LCA ne sont pas applicables.

Article 2 – Définitions

Les présentes conditions spéciales d'assurance prennent en compte les définitions suivantes :

2.1 Maternité

Terme générique désignant la grossesse et l'accouchement, y compris les complications de tous types qui y sont liées, jusqu'à huit semaines après la naissance.

2.2 Fournisseurs de soins agréés

Les fournisseurs de soins agréés sont les fournisseurs de soins agréés par Assura SA qui peuvent être appelés à dispenser des soins et prodiguer des traitements et qui figurent sur la liste des fournisseurs de soins agréés. Il peut notamment s'agir des établissements hospitaliers agréés, selon l'article 2.2.1 CSC, et des médecins agréés, selon l'article 2.2.2 CSC.

2.2.1 Le terme « établissements hospitaliers agréés » désigne les hôpitaux, les cliniques et les maisons de naissance agréés par Assura SA.

2.2.2 Le terme « médecins agréés » désigne les médecins agréés par Assura SA, qui sont autorisés à exercer dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, qui exercent au sein de leur propre cabinet, qui traitent leurs patients en stationnaire dans un établissement hospitalier figurant dans la liste des établissements hospitaliers agréés par Assura SA, et qui ont un contrat de médecin agréé avec l'établissement hospitalier concerné pour y exercer leur activité ou qui ont été accrédités par l'établissement hospitalier concerné.

Article 3 – Étendue territoriale

Contrairement à ce que prévoient les articles 5.1, 5.3 et 5.4 des CGA LCA, l'assurance est valable uniquement en Suisse.

Article 4 – Événement assuré

Est assurée la maternité qui survient pendant la durée du contrat. Demeurent réservés l'article 6 CSC et l'article 11 CGA LCA.

Article 5 – Prestations

Sont assurées les prestations suivantes médicalement nécessaires, en complément de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Les prestations selon les articles 5.1, 5.2, 5.3 et 5.4 sont dues par cas de grossesse.

5.1 Prestations stationnaires pour la mère

Sont pris en charge les frais de séjour, de soins et de traitements dans une chambre à un lit en division privée de tous les établissements hospitaliers agréés par Assura SA en Suisse pour cause de maternité.

Aucune prestation n'est fournie pour les traitements liés à des maladies ou des accidents qui n'ont pas de rapport avec la maternité.

5.2 Accouchement ambulatoire

Si l'accouchement a lieu en ambulatoire dans un établissement hospitalier agréé par Assura SA ou à domicile, Assura SA verse un forfait unique d'accouchement à hauteur de CHF 1'500. Le forfait n'est versé qu'une seule fois en cas de naissances multiples.

5.3 Prestations ambulatoires pour la mère

- Sont assurés 75% des coûts, jusqu'à un maximum de CHF 2'000 par maternité et pour l'ensemble des prestations suivantes :
- Test prénatal non invasif (TPNI, test sanguin de la mère pour détecter une éventuelle trisomie 21, 13 ou 18 de l'enfant). Le test est pris en charge lorsqu'il existe pour l'enfant, selon la procédure d'examen de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SGGO), un risque de trisomie combiné attesté et que l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal ne prend pas le test en charge.
- Examens de contrôle pendant la grossesse (y compris une échographie).
- Un examen de contrôle médical nécessaire neuf à douze semaines après l'accouchement, en lien avec la maternité.
- Un cours de préparation à l'accouchement, lorsque celui-ci est reconnu par l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.
- Un cours de gymnastique postnatale ou un cours pour la rééducation après une grossesse.
- Transport d'urgence médicalement nécessaire lié à la maternité vers l'établissement hospitalier le plus proche figurant dans la liste des établissements agréés.

- Indemnité d'allaitement de CHF 200 lorsque le ou les nouveau-né(s) est (sont) allaité(s) pendant six mois. Une attestation d'un médecin, d'une sage-femme ou d'un centre de puériculture doit être présenté.

5.4 Prestations pour les nouveau-nés

Assura SA prend en charge les frais de traitements médicaux et paramédicaux du ou des nouveau-né(s) en bonne santé en complément des prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal au titre de l'assurance « Materna Varia » de la mère, à la condition que le nouveau-né soit également assuré chez Assura-Basis SA. Ces prestations ne sont allouées que pendant la durée du séjour de la mère dans un établissement hospitalier agréé, mais au plus pendant 10 jours à partir de la naissance du nouveau-né.

5.5 Tarifs

5.5.1 Les frais de séjour, de soins et de traitements auprès et/ou par un fournisseur de soins agréé, notamment un établissement hospitalier agréé ou un médecin agréé, sont assurés à concurrence des tarifs reconnus par Assura SA par convention tarifaire signée ou à concurrence des tarifs maximums fixés par Assura SA par publication.

5.5.2 Sont déterminants les tarifs valables au moment du traitement.

5.6 Liste des fournisseurs de soins agréés

5.6.1 Assura SA tient une liste à jour des fournisseurs de soins agréés et/ou non agréés. Cette liste peut être obtenue sur demande de l'assuré à tout moment et gratuitement auprès d'Assura SA ou consultée sur le site www.assura.ch.

5.6.2 Assura SA peut réduire ou étendre unilatéralement la liste des fournisseurs de soins agréés et/ou non agréés en cours de contrat à tout moment. La modification de la liste ne confère aucun droit de résiliation pour la personne assurée.

5.6.3 Est déterminante la liste valable au moment du traitement.

5.6.4 Aucune prestation n'est fournie en cas de traitement par un fournisseur de soins non agréé, notamment en cas de séjour dans un établissement hospitalier non agréé. L'article 8 demeure réservé.

Article 6 – Délai de carence

Les frais de maternité sont pris en charge après un délai de carence de douze mois à compter de l'entrée en vigueur de l'assurance « Materna Varia ». Ce n'est qu'après expiration de ce délai de carence que les prestations de maternité sont prises en charge.

Article 7 – Limite d'âge

Cette assurance prend fin automatiquement à la fin de l'année au cours de laquelle l'assurée atteint l'âge de 50 ans.

Article 8 – Urgence médicale

Si, en raison d'une urgence médicale liée à l'événement assuré « maternité », la personne assurée n'est pas en mesure de s'adresser à un fournisseur de soins agréé (établissement hospitalier agréé ou médecin agréé), elle a droit au remboursement des prestations qu'Assura SA aurait dû prendre en charge normalement. Les prestations sont alors calculées suivant les tarifs reconnus par Assura SA de l'établissement hospitalier agréé le plus proche.

Article 9 – Prime d'assurance

9.1 Les primes d'assurance sont déterminées notamment en fonction de l'âge et du canton de domicile de l'assurée.

9.2 L'adaptation des primes en fonction de l'âge intervient le 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assurée atteint l'âge anniversaire de 26, 31, 36, 41 et 46 ans.

9.3 L'adaptation des primes en fonction du canton de domicile de l'assurée s'opère avec effet au moment du changement de domicile. Si l'assurée omet d'aviser Assura SA ou le fait tardivement, Assura SA est en droit d'adapter la prime de manière rétroactive.

9.4 En cas d'augmentation de la prime en fonction de l'âge, l'article 10 des CGA LCA est applicable.

9.5 En cas d'augmentation de la prime liée à un changement de domicile, l'assurée dispose du droit de résilier la présente couverture d'assurance dans les trois mois après l'annonce de la nouvelle prime. La démission sera effective le premier jour du mois suivant la réception de la résiliation.

Article 10 – Délimitation de la couverture

En dérogation à l'article 4.1.6 des CGA LCA, les traitements en lien avec la conservation de la grossesse ou l'interruption de la grossesse sont pris en charge. En revanche, **les méthodes de procréation assistée et les traitements de la stérilité ne sont pas couverts**. Par ailleurs, les cas mentionnés à l'article 4 des CGA LCA ne sont pas pris en charge, en particulier **les cas liés à des maladies mentales ou nerveuses**.

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Medna

Assurance des frais de médecines complémentaires pratiquées par des médecins

Édition 07.2015

Article 1 – Les prestations

1.1 À la condition qu'elles tendent à des buts diagnostiques ou thérapeutiques et dans la mesure où elles ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, les prestations garanties par la présente catégorie sont allouées en cas de recours de l'assuré à des traitements de médecine complémentaire prodigués par des médecins.

1.2 Sous déduction d'une franchise de CHF 200 par année civile, Assura SA rembourse, à concurrence de CHF 80 la séance, les frais de traitements ambulatoires prodigués selon les thérapies énumérées à l'article 2 et le 80 % des médicaments prescrits par les médecins dans le cadre des thérapies énoncées à l'article 2, à concurrence d'un montant maximum prévu au chiffre 1.4 ci-après.

1.3 Les médicaments prescrits dans le cadre des thérapies énoncées à l'article 2, non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins et indemnisés au titre de la présente catégorie, doivent être enregistrés par Swissmedic.

1.4 Le total brut des prestations assurées au titre des médicaments s'élève à CHF 2'000 au maximum par année civile.

Article 2 – Les thérapies

2.1 Les traitements de médecine complémentaire suivants, prodigués par des médecins au bénéfice du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral, conformément à la LAMal, sont indemnisés au titre de la présente catégorie :

- médecine anthroposophique
- médecine chinoise
- homéopathie
- thérapie neurale
- phytothérapie

2.2 Les traitements de médecine complémentaire suivants, prodigués par des médecins au bénéfice du diplôme fédéral, pour autant qu'il ne s'agisse pas de traitements ou de cours effectués en groupe, sont indemnisés au titre de la présente catégorie :

- biorésonance
- médecine ayurvédique
- acupressure
- sophrologie
- training autogène
- hypnose médicale

Pour ces traitements, il est dérogé au chiffre 4.1.10 des conditions générales d'assurance complémentaires (CGA).

Article 3 – Complémentarité

Dans la limite des prestations définies aux articles 1 et 2 ci-dessus, la présente catégorie prend de surcroît totalement en charge l'éventuelle franchise relative à des prestations indemnisées partiellement ou totalement par une autre catégorie d'assurance proposée par Assura SA.

Article 4 – La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts, de même que les **maladies psychiques** conformément à l'art. 2.2 ci-dessus. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **soins palliatifs** et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Mondia

Assurance complémentaire pour voyages et vacances

Édition 07.2015

Article 1 – Le but de l'assurance

1.1 Lors d'un séjour temporaire à l'étranger d'un assuré dont la durée n'excède pas 45 jours consécutifs, les frais de traitements scientifiquement reconnus au sens du droit suisse et survenus en cas d'urgence sont pris en charge au tarif local en vigueur, et ce en sus des prestations prévues par la LAMal et en complément aux assurances conclues auprès d'Assura SA et sous réserve de l'article 5 ci-après.

1.2 L'assuré qui prévoit un séjour temporaire à l'étranger d'une durée supérieure à 45 jours consécutifs et qui désire bénéficier des prestations de la présente catégorie au-delà de cette période initiale, doit déposer une demande préalable auprès d'Assura SA. Une extension de la couverture à la durée effective du séjour temporaire à l'étranger pourra être offerte.

Article 2 – La couverture de la participation mise à la charge de l'assuré au bénéfice des Accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes conclus entre la Suisse et l'UE, respectivement l'AELE

2.1 Sur présentation d'une facture détaillée établie par un fournisseur de soins exerçant dans un des pays de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), Assura SA prend à sa charge toute participation pécuniaire supportée par l'assuré (franchise, quote-part, etc.), en application de la législation du pays de villégiature.

2.2 La prestation offerte au chiffre 2.1 ci-avant ne s'adresse qu'aux seuls assurés bénéficiant des Accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes conclus entre la Suisse et l'UE, respectivement l'AELE.

Article 3 – Les frais de transport à l'étranger

À l'étranger, Assura SA prend en charge les frais d'un transport médicalement nécessaire et adapté à la situation médicale, pour autant que l'état de santé de l'assuré ne permette pas l'utilisation d'un moyen de transport usuel public ou privé.

Article 4 – L'assistance à l'étranger et le rapatriement

4.1 Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

4.2 L'assistance et le rapatriement sont garantis pour la durée effective du séjour à l'étranger.

Article 5 – La délimitation de la couverture

5.1 Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

5.2 En complément à l'article 4 CGA, les maladies ou les accidents préexistants lors du départ de l'assuré sont exclus de la présente catégorie.

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Mondia Plus

Assurance complémentaire pour voyages et vacances

Édition 06.2017

A. – ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DES SOINS

Article 1 – Le but de l'assurance complémentaire des soins

1.1 Pour l'assuré qui prévoit un séjour temporaire à l'étranger (hors de Suisse), dont la durée n'excède pas 45 jours consécutifs, les prestations ci-après (art. 2-5) sont prises en charge, en cas d'urgence, sous réserve de l'article 6 ci-après.

1.2 L'assuré qui prévoit un séjour temporaire à l'étranger d'une durée supérieure à 45 jours consécutifs et qui désire bénéficier des prestations ci-après (art. 2-5) au-delà de cette période initiale, doit déposer une demande préalable auprès d'Assura SA. Une extension de la couverture à la durée effective du séjour temporaire à l'étranger pourra être offerte.

Article 2 – Frais de traitement

2.1 Les frais de traitements scientifiquement reconnus au sens du droit suisse et survenus en cas d'urgence sont pris en charge au tarif local en vigueur, et en complément des prestations prévues par la LAMal et en complément aux assurances conclues auprès d'Assura SA et sous réserve de l'article 6 ci-après.

Article 3 – La couverture de la participation mise à la charge de l'assuré au bénéfice des Accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes conclus entre la Suisse et l'UE, respectivement l'AELE

3.1 Sur présentation d'une facture détaillée établie par un fournisseur de soins exerçant dans un des pays de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), Assura SA prend à sa charge toute participation pécuniaire supportée par l'assuré (franchise, quote-part, etc.), en application de la législation du pays de villégiature.

3.2 La prestation offerte au chiffre 3.1 ci-avant ne s'adresse qu'aux seuls assurés bénéficiant des Accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes conclus entre la Suisse et l'UE, respectivement l'AELE.

Article 4 – Les frais de transport à l'étranger

À l'étranger, Assura SA prend en charge les frais d'un transport médicalement nécessaire et adapté à la situation médicale, pour autant que l'état de santé de l'assuré ne permette pas l'utilisation d'un moyen de transport usuel public ou privé.

Article 5 – L'assistance à l'étranger et le rapatriement

5.1 Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément aux conditions de l'assistance touristique qui font partie intégrante des présentes CSC et qui sont convenues entre Assura SA et l'organisme d'assistance.

5.2 L'assistance et le rapatriement sont garantis pour la durée effective du séjour à l'étranger.

Article 6 – La délimitation de la couverture

6.1 Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

6.2 En complément à l'article 4 CGA, les maladies ou les accidents préexistants lors du départ de l'assuré, sont exclus de la présente catégorie.

B. – ASSURANCE FRAIS D'ANNULATION

Article 7 – Buts de l'assurance frais d'annulation

7.1 L'EUROPÉENNE Assurance Voyages SA (ERV ou l'assureur) offre une assurance frais d'annulation à tous les assurés disposant d'une assurance maladie complémentaire Mondia Plus par l'intermédiaire d'un contrat collectif d'assurance voyage.

7.2 L'assurance est valable dans le monde entier (y compris en Suisse), pour tout voyage dont la durée n'excède pas 45 jours consécutifs. Un voyage dont la durée est supérieure à 45 jours est couvert par la présente assurance frais d'annulation si Assura SA a accordé une extension de la couverture conformément à l'art. 1.2 du chapitre A des Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire Mondia Plus.

7.3 La couverture d'assurance déploie ses effets pendant toute la durée de validité de l'assurance complémentaire pour voyage et vacances Mondia Plus.

Article 8 – Événements assurés – Protection de voyage et protection loisirs

8.1 L'ERV accorde sa couverture d'assurance lorsque la personne assurée doit renoncer en tout ou en partie à sa prestation de voyage ou loisir réservée, à la suite d'un événement mentionné ci-après, s'il est survenu après la conclusion de l'assurance :

8.1.1 maladie grave et imprévisible, lésion corporelle grave, ou décès :

- a) d'une personne assurée,
- b) d'une personne qui participe au voyage ou à la prestation loisir,
- c) d'une personne qui ne participe pas au voyage ou à la prestation loisir et qui est très proche de l'assuré,
- d) du remplaçant direct du poste de travail si, dans ce cas, la présence de la personne assurée sur le lieu de travail devient indispensable ;

8.1.2 grèves (sous réserve de la participation active) sur le trajet prévu à l'étranger, troubles de tout genre, une quarantaine, des épidémies ou des dommages causés par les forces de la nature à la destination du voyage, s'ils mettent concrètement en danger la vie et les biens de la personne assurée ;

8.1.3 grave atteinte aux biens de la personne assurée à son domicile causée par un incendie, les forces de la nature, un vol ou un dégât des eaux, nécessitant sa présence à son domicile ;

8.1.4 le non-fonctionnement ou le retard dû à un défaut technique d'un moyen de transport public à utiliser pour se rendre au lieu de départ officiel du pays de domicile (aéroport, gare de départ, port ou lieu d'embarquement dans le car) ;

8.1.5 Le non-fonctionnement (véhicule hors d'état de marche) suite à un accident ou une panne (panne d'essence ou de clé exclues) du véhicule privé ou taxi utilisé pendant le trajet d'arrivée à la destination du voyage ;

8.1.6 Si, dans les 30 jours précédant le départ, la personne assurée entre de façon inattendue dans un rapport d'emploi permanent (les promotions, etc., en sont exclues) auprès d'un nouvel employeur ou que le contrat de travail de la personne assurée est résilié par son employeur sans que la faute ne puisse lui être imputée ;

8.1.7 Faits de guerre ou actes de terrorisme, pendant 14 jours dès le début de l'événement et pour autant que la personne assurée ait été surprise par de tels faits à l'étranger ;

8.1.8 En cas de vol de titres de transport, de passeport ou de carte d'identité ;

8.2 Si la personne qui provoque l'annulation du fait d'un événement assuré n'est ni parente, ni parente par alliance de la personne assurée, une indemnisation n'est possible que si la personne assurée aurait dû accomplir seule le voyage.

Article 9 – Prestations assurées – protection de voyage

9.1 L'événement qui provoque l'annulation, le retard du début ou le retour anticipé de la prestation de voyage est déterminant pour l'évaluation du droit aux prestations. Des événements antérieurs ou ultérieurs ne sont pas pris en considération.

9.2 Annulation

9.2.1 L'ERV rembourse les frais d'annulation survenus effectivement (taxes de sécurité et taxes d'aéroport exclues) en raison de l'événement assuré.

9.2.2 La prestation totale est limitée au prix de l'arrangement ou à la somme assurée (art. 9.5). Les taxes administratives récurrentes ou disproportionnées ne sont pas assurées.

9.3 Début de voyage retardé

9.3.1 L'ERV rembourse les frais supplémentaires dus au début du voyage retardé, si le voyage ne peut pas être entrepris selon l'horaire prévu en raison de l'événement assuré.

9.3.2 Cette prestation est limitée par événement au prix du voyage ou au maximum à CHF 5'000 par personne. Au cas où des frais supplémentaires font l'objet d'une demande de prise en charge, le droit aux frais d'annulation selon l'art. 9.2 est supprimé.

9.4 Retour anticipé

L'ERV paie les frais supplémentaires dus à un retour anticipé et le remboursement proportionnel des coûts du séjour non-utilisé (sans frais de transport) en raison de l'événement assuré.

a) les frais supplémentaires nécessités par un voyage de retour non prévu en 1^{re} classe en train et en classe économique en avion ;

b) les frais correspondant à la partie non utilisée du séjour (sans les frais du voyage de retour réservé à l'origine). Cette prestation est limitée au prix du voyage ou à la somme assurée selon l'art. 9.5.

9.5 Limite de la prestation

Les prestations sont limitées à maximum CHF 15'000 par événement et à maximum deux événements par année.

Article 10 – Prestations assurées – protection loisirs

10.1 L'événement qui provoque l'annulation de la prestation loisir est déterminant pour l'évaluation du droit aux prestations. Des événements antérieurs ou ultérieurs ne sont pas pris en considération. Une prestation loisir est une activité limitée à une journée sans nuitée qui implique un paiement d'entrée ou de frais de participation, tel qu'une excursion d'une journée, un cours de formation continue, un ticket de concert, un forfait de ski, des frais d'inscription à un événement sportif, etc.

10.2 Annulation

L'ERV rembourse les frais d'annulation survenus en raison de l'événement assuré, mais au maximum le prix de la prestation loisir correspondante, et en aucun cas plus que la somme assurée (art. 10.3).

10.3 Limite de prestation

Les prestations dans le cadre de la protection loisir sont limitées à CHF 100 par année.

Article 11 – Délimitation de la couverture

Sont exclus toutes les prestations :

11.1 Énumérées au chapitre A, art. 6 des Conditions spéciales pour l'assurance complémentaire pour voyage et vacances Mondia Plus ;

11.2 Lorsque le prestataire (voyagiste, bailleur, organisateur, etc.) annule la prestation convenue ou aurait dû l'annuler pour des raisons objectives ;

11.3 En cas d'annulation concernant les dispositions sous ch. 8.1.1 sans indication médicale et si aucun certificat médical n'a été établi lors d'un constat le plus immédiat possible de l'incapacité de voyager ;

11.4 Les événements consécutifs à des maladies et accidents qui n'ont pas été constatés par un médecin et justifiés au moyen d'un certificat médical au moment de leur survenance ;

11.5 Les événements faisant l'objet d'une déclaration établie par une personne (expert, médecin, etc.) qui est parente ou parente par alliance de la personne assurée et qui avantagerait la personne assurée ;

11.6 Consécutives à un enlèvement ;

11.7 Consécutives à une décision prise par les autorités (détention ou interdiction de sortie du territoire, fermeture de l'espace aérien, etc.) ;

11.8 Résultant de la conduite d'un véhicule automobile ou d'un bateau sans posséder le permis de conduire exigé par la loi ou sans être accompagné conformément aux prescriptions légales.

Article 12 – Subrogation et subsidiarité

12.1 L'ERV est subrogée à concurrence des prestations versées, dans tous les droits d'Assura SA, respectivement de la personne assurée, à l'égard de tiers.

12.2 Les prestations selon les présentes conditions sont allouées subsidiairement à toute assurance publique ou obligatoire existante.

Article 13 – Sinistre

13.1 En cas de sinistre reportez-vous au document joint aux présentes conditions. Vous pouvez également accéder à toutes ces informations et télécharger les formulaires d'annonce de sinistre depuis le site wassura.ch

13.2 La personne assurée doit prendre toutes les mesures nécessaires, avant et après le sinistre, afin d'éviter ou d'atténuer les conséquences du sinistre et d'élucider ses circonstances.

13.3 L'assureur doit recevoir immédiatement les renseignements demandés, les documents nécessaires et les coordonnées bancaires (IBAN du compte bancaire ou postal) – à défaut d'une indication y relative, les frais de virement de CHF 20 sont à la charge de la personne assurée.

13.4 En cas de maladie ou d'accident, il convient de consulter immédiatement un médecin, de l'informer du voyage prévu et de suivre ses prescriptions. La personne assurée / l'ayant droit doit délier les médecins qui l'ont traité(e) de leur secret professionnel vis-à-vis de l'assureur.

13.5 En cas de violation fautive des obligations lors d'un sinistre, l'assureur est autorisé à réduire son indemnité dans la proportion du montant dont celle-ci aurait été réduite si les obligations avaient été observées.

13.6 Aucune prestation de l'assureur n'est exigible si on déclare sciemment des faits inexacts, on tait des faits ou l'assuré omet de remplir les obligations (notamment rapport de police, procès-verbal de constatation, confirmation et quittances), et qu'il en résulte un préjudice pour l'assureur.

Article 14 – Relation entre Assura SA et ERV

14.1 Par dérogation à l'art. 20 des CGA, le for juridique pour toute prétention découlant de la présente assurance frais d'annulation de voyage est soit le siège de l'EUROPÉENNE Assurance de Voyages SA à Bâle soit le domicile suisse de la personne assurée.

14.2 Assura SA se réserve le droit de changer en tout temps de partenaire pour le risque des frais d'annulation. Dans la mesure du possible, les prestations énumérées ci-dessus seront alors maintenues.

14.3 En cas de changement de partenaire pour le risque des frais d'annulation, Assura SA notifiera, au moins 30 jours avant le changement effectif de prestataire, à la personne assurée par courrier toutes les informations utiles concernant les prestations et le nouveau fournisseur des prestations (son nom, ses données de contact en cas de sinistre) et les CSC. La personne assurée dispose alors du droit de résilier le contrat, mais uniquement pour la catégorie Mondia Plus. Une telle résiliation doit être faite par écrit et reçue par Assura SA au plus tard le jour précédent le changement effectif de prestataire.

Article 15 – Glossaire

15.1 Frais d'annulation

Si le voyageur se retire du contrat, le voyageur perd son droit au prix de voyage convenu. Il peut cependant demander une indemnisation appropriée. Le montant de cette indemnisation dépend du prix du voyage après déduction de la valeur des dépenses économisées par le voyageur et de celle qu'il pourra obtenir par une autre utilisation des prestations de voyage.

15.2 Dommages causés par les forces de la nature

Phénomène naturel, imprévisible et soudain revêtant un caractère de catastrophe. L'événement causant le dommage est déclenché par des processus géologiques ou météorologiques.

15.3 Épidémie

Une épidémie est une maladie infectieuse qui touche un nombre très élevé de personnes avec une période et une zone géographique restreintes (p. ex. grippe).

15.4 Moyens de transport public

Les moyens de transport public sont tous les véhicules aériens, terrestres ou nautiques autorisés pour le transport public de personnes. Ne sont pas considérés comme moyens de transport public les moyens de transport utilisés pour des excursions ainsi que les voitures de location ou les taxis.

15.5 Prestations de voyage

Sont considérés comme prestations de voyage par exemple la réservation d'un vol, d'un voyage en bateau, en car ou en train, d'un transfert par car de voyage ou d'un autre moyen de transport vers le lieu de villégiature et retour, et / ou la réservation sur place d'une chambre d'hôtel, d'un appartement de vacances, d'un camping-car, d'une péniche habitable ou le charter d'un yacht.

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Natura

Assurance complémentaire des frais des médecines alternatives

Édition 07.2015

Article 1 - Le champ des prestations

1.1 A la condition qu'elles tendent à des buts diagnostiques ou thérapeutiques, les prestations garanties par la présente catégorie sont allouées en cas de recours de l'assuré à des traitements prodigués par des thérapeutes non autorisés à pratiquer au titre de l'assurance obligatoire des soins.

1.2 Sous déduction d'une franchise de CHF 200, Assura SA rembourse 90% des frais de traitements ambulatoires prodigués selon les méthodes énumérées dans l'annexe remise à l'assuré à la conclusion du contrat. Ces prestations sont allouées selon les dispositions tarifaires contenues dans ladite annexe.

1.3 Sont reconnus comme thérapeutes, au sens de la présente catégorie d'assurance, les fournisseurs de soins pouvant justifier d'une formation adéquate et qui sont membres d'une association professionnelle reconnue par Assura SA.

1.4 Lorsqu'un traitement entrepris chez un thérapeute n'aboutit pas à la guérison, après un nombre de séances stipulé dans l'annexe précitée, le traitement ne peut se poursuivre que sur autorisation formelle d'Assura SA.

Article 2 - Le bonus

Si, pendant 5 ans, Assura SA n'a pas eu à verser de prestations pour les frais de traitement ici visés, la franchise prévue au chiffre 1.2 ci-avant n'est pas perçue lors du premier traitement qui suit cette période.

Article 3 - Les documents justificatifs

Pour prétendre au remboursement de ses frais de traitement, l'assuré doit fournir une note d'honoraires ou une facture dûment établie par le thérapeute qui doit mentionner l'indication du traitement, la nature des thérapies dispensées, ainsi que les dates et la durée des consultations.

Article 4 - La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **maladies psychiques** les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'article 2.6 CGA et selon les cas de l'article 4.1.6 CGA).

Annexe aux conditions spéciales Natura

A. LES THÉRAPIES ADMISES (CH. 1.2 CSC)

- Acupressure
- Acupuncture
- Aromathérapie
- Biorésonance
- Drainage lymphatique
- Etiopathie
- Fasciathérapie - pulsologie
- Homéopathie
- Iridologie
- Kinésiologie
- Médecine chinoise
- Mesothérapie
- Orthobionomy
- Ostéopathie
- Phytothérapie
- Réflexologie
- Serocytothérapie
- Shiatsu
- Sophrologie curative
- Sympathicothérapie
- Thérapie cranio-sacrée
- Thérapie neurale

Uniquement sur prescription médicale

- Eurythmie curative
- Eutonie

B. LES ASSOCIATIONS ET THÉRAPEUTES RECONNUS (CH. 1.3 CSC)

- ASCA, Fondation pour la reconnaissance et le développement des thérapies alternatives et complémentaires
ASCA, Stiftung zur Anerkennung und Entwicklung der Alternativ- und Komplementärmedizin
ASCA, Fondazione per il riconoscimento e lo sviluppo delle terapie alternative e complementari
Titre exigé : pratique d'une thérapie figurant au chiffre 1.2 CSC ci-dessus
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTn)
- Naturärzte - Vereinigung der Schweiz (NVS)
Titre exigé : diplôme membre A
- Associazione ticinese naturopati & terapisti (ATNT)
Titre exigé : membre A
- Schweizer Verband der approbierten NaturärztInnen und NaturheilpraktikerInnen (SVANAH)
Titre exigé : membre A

- Verband energetische Therapie (VeT)
Titre exigé : membre A
 - Internationaler Therapeutenverband Akupunkt-Massage nach Penzel, Sektion Schweiz
Titre exigé : membre A
 - Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (acupuncture)
Titre exigé : diplôme ou doctorat
 - Association internationale de drainage lymphatique manuel (AIDMOV)
Titre exigé : certificat thérapeutique
 - Fédération suisse des ostéopathes (FSO)
Schweizerischer Verband der Osteopathen (SVO)
Federazione svizzera degli osteopati (FSO)
Titre exigé : membre ordinaire
 - Association genevoise d'ostéopathie (AGO)
Titre exigé : diplôme
 - Association suisse des ostéopathes (ASO)
Titre exigé : certificat d'études supérieures de biomécanique
 - Foederatio Osteopathicum Helveticorum (FOH)
Fédération des ostéopathes suisses
Verbindung der Schweizer Osteopathen
Federazione degli osteopati svizzeri
Titre exigé : diplôme de l'Ecole d'ostéopathie de Belmont
 - Registre des ostéopathes de la Confédération helvétique (ROCH)
Titre exigé : diplôme
 - Registre suisse des ostéopathes (RSO)
Schweizerische Register der Osteopathen
Registro Svizzero degli Osteopati
Titre exigé : diplôme ou doctorat
 - Société suisse des physiothérapeutes diplômés en ostéopathie (SSPDO)
Titres exigés : diplômes en physiothérapie et ostéopathie
 - Swiss Association of Osteopathic Medicine (SAOM)
Schweizer Verband für Osteopathie
Association suisse de la médecine ostéopathique
Titre exigé : membre A
 - Association professionnelle suisse méthode Danis Bois (APSMDB)
Titre exigé : membre actif
 - Homöopathie Verband Schweiz (HVS)
Titre exigé : membre actif
 - Verband Klassischer HomöopathInnen (VKH)
Association des Homéopathes Unicistes (AHU)
Associazione degli Omeopati Classici (AOC)
Association for Classical Homeopaths (ACH)
Titre exigé : membre A
 - KineSuisse
Titre exigé : membre A
 - Association professionnelle suisse de kinésiologie (I-ASK)
Schweizerischer Berufsverband für Kinesiologie
Associazione professionale svizzera di chinesiologia
Titre exigé : diplôme membre A
 - Association professionnelle suisse des kinésologues (APSK)
Schweizerischer Berufsverband der Kinesiologinnen und Kinesiologen (SBVK)
Associazione professionale svizzera dei chinesologi
Titre exigé : formation degrés 3 et 4
 - Association professionnelle suisse romande de kinésiologie (APSRK)
Titre exigé : formation degré 3
 - Schweizerischer Verband Nicht-Medizinische Kinesiologie (SVNMK)
Association Suisse pour la Kinésiologie non médicale (ASKNM)
Associazione Svizzera della Kinesiologia non Medicinale (ASKNM)
Titre exigé : membre A
 - Association mondiale de médecine traditionnelle chinoise, branche helvétique (AMMTCH)
Titre exigé : membre A
 - Fédération de médecine chinoise (FMC)
Titre exigé : membre actif
 - Organisation professionnelle suisse de médecine traditionnelle chinoise (OPS-MTC)
Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Chinesische Medizin (SBO-TCM)
Organizzazione professionale svizzera della medicina tradizionale cinese (OPS-MTC)
Titre exigé : membre A
 - Association suisse d'Ortho-Bionomy (ASOB)
Associazione svizzera d'Ortho-Bionomy (ASOB)
Schweizerischer Verband für Ortho-Bionomy (SVOB)
Titre exigé : membre A
 - Associations cantonales des infirmières réflexologues
Titres exigés : diplôme d'infirmière et certificat de réflexologue
 - Schweizerischer Verband für Fussreflexzonen – Massage (SVFM)
Titres exigés : diplômes d'infirmière et de l'association
 - Verband Reflexzonentherapie am Fuss (VRZF)
Titre exigé : membre A
 - Shiatsu Gesellschaft Schweiz (SGS)
Titre exigé : membre A
 - Association suisse des sophrologues caycédiens agréés
Titre exigé : diplôme en sophrologie médicale
 - Sophrologues issus de l'Ecole de sophrologie de Genève
Titre exigé : diplôme de sophrologie médicale thérapeutique ou éducative
 - Verband diplomierter Heileurythmisten in der Schweiz (HEBV)
Association suisse des eurythmistes thérapeutiques diplômés
Titre exigé : membre A
 - Association suisse d'eutonie Gerda Alexander (ASEGA)
Titre exigé : diplôme
 - Société Suisse de Thérapie Craniosacrale (Cranio Suisse)
Titre exigé : membre praticien en thérapie craniosacrale
 - Schweizerische Gesellschaft für Bioresonanztherapie (SGBT)
- A titre individuel, sont également reconnus les chiropraticiens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers et infirmières autorisés à pratiquer qui bénéficient, de surcroît, d'une formation spécialisée au moins équivalente à celle exigée par les associations professionnelles précitées.

C. L'ÉTENDUE DU REMBOURSEMENT (CH. 1.2 CSC)

Sous déduction de la franchise annuelle de CHF 200, Assura SA assume au maximum 90% des montants stipulés ci-après.

Première consultation / bilan de santé :

- jusqu'à 30 minutes : CHF 50
- par ¼ heure supplémentaire : CHF 20
- maximum par séance : CHF 130

Consultation / séances ultérieures :

- jusqu'à 30 minutes : CHF 50
- par ¼ heure supplémentaire : CHF 20
- maximum par séance : CHF 110

Examens de laboratoire et remèdes prescrits :

Maximum annuel : CHF 800

Durée du traitement et changement de thérapeute

Sans requête préalable, Assura SA garantit annuellement la prise en charge de 12 consultations ou séances au maximum. Toute séance supplémentaire et/ou prolongation du traitement au-delà d'une année doivent être préalablement autorisées par Assura SA. Il en va de même en cas de changement de thérapeute.

Assura SA

NB : Les frais consécutifs aux soins dispensés dans un but essentiellement préventif, d'entretien ou de confort, sont exclus de cette couverture d'assurance.

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Optima Flex Varia

Assurance complémentaire pour l'hospitalisation avec choix de la division
(privée, semi-privée ou commune) parmi une liste de fournisseurs de soins agréés

Édition 09.2019

Article 1 – But de l'assurance et principes

1.1 L'assurance Optima Flex Varia couvre, aux conditions ci-après, les conséquences économiques d'un traitement stationnaire hospitalier consécutif à une maladie ou un accident et survenant durant la période pour laquelle l'assurance est conclue.

1.2 L'assuré peut choisir librement, pour chaque traitement stationnaire hospitalier, dans quelle division (privée, semi-privée ou commune) d'un établissement **agréé** par Assura SA il entend se faire soigner, et paie une participation aux coûts différente selon la division choisie.

1.3 La prise en charge d'un traitement stationnaire hospitalier et des soins médicaux au sens de la présente assurance est assumée sans limite de durée.

1.4 Est considérée comme un seul traitement stationnaire hospitalier un séjour ininterrompu au sein d'un ou de plusieurs établissements agréés (séjour de réadaptation compris).

1.5 La couverture du risque « accidents » peut être incluse contractuellement moyennant surprime. Si la couverture du risque « accidents » n'est pas souscrite, les prestations de la présente assurance ne sont pas octroyées en cas de traitement stationnaire hospitalier lié à un accident ou à ses suites (notamment en cas de rechute ou d'effet tardif). L'assuré qui souhaite inclure le risque « accidents » en cours de contrat doit remplir un questionnaire médical fourni par Assura SA. Celle-ci se réserve alors le droit d'accepter ou de refuser la couverture du risque, de demander un examen médical auprès de son médecin-conseil, ou de formuler des réserves.

1.6 Pour le surplus, les conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire d'Assura SA sont applicables dans la mesure où les présentes conditions spéciales n'y dérogent pas.

Article 2 – Conditions de prise en charge

2.1 L'assuré qui doit être hospitalisé informe Assura SA, par écrit, **avant l'hospitalisation**, de la division dans laquelle il souhaite séjourner. L'information doit être communiquée à Assura SA au plus tard le jour précédant le début de l'hospitalisation ou, en cas d'urgence, au plus tard le jour de l'admission.

2.2 À défaut de choix préalablement formulé **clairement et par écrit**, l'assuré ne peut prétendre qu'à la prise en charge d'une hospitalisation en chambre commune. Il en va de même lorsque l'assuré n'est pas lui-même en mesure de choisir pour des raisons médicales la division lors de son admission.

2.3 Les prestations ne sont versées qu'en cas de traitement stationnaire hospitalier médicalement nécessaire, notamment pour autant qu'il soit **efficace, approprié et économique**.

2.4 Il incombe à l'assuré de se renseigner, avant son hospitalisation, si le fournisseur de soins qu'il a choisi est agréé par l'assureur au sens de l'article 7 ci-après.

2.5 Les prestations sont versées uniquement lorsqu'une assurance sociale (notamment l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal ou l'assurance-accidents selon la LAA) intervient et en complément de celle-ci.

2.6 L'assurance ne couvre pas les participations aux coûts qui incombent à l'assuré au titre de la LAMal (quote-part, franchise et contribution aux frais de séjour).

2.7 L'assurance est subsidiaire à la participation cantonale aux frais d'hospitalisation due en vertu de la LAMal.

Article 3 – Les soins durant l'hospitalisation

3.1 Assura SA assume la prise en charge des actes médicaux et paramédicaux nécessaires à l'assuré pendant son hospitalisation lorsque ces soins sont prodigués par un fournisseur de soins agréé par Assura SA.

3.2 Si l'assuré n'a pas recours à un fournisseur de soins agréé par Assura SA, les frais de traitement non couverts par une assurance sociale sont remboursés à hauteur d'un montant maximal de CHF 300 par jour.

Article 4 – Le séjour hospitalier

4.1 Assura SA assume la prise en charge du séjour hospitalier et de l'encadrement médical et paramédical forfaitaire facturés par un établissement hospitalier agréé, en fonction de la division choisie par l'assuré avant son séjour.

4.2 Pour les établissements hospitaliers non agréés, les frais hôteliers non pris en charge par une assurance sociale sont couverts jusqu'à concurrence d'un montant maximal de CHF 200 par jour.

Article 5 – Participations aux coûts et indemnités

5.1 En fonction de la division choisie pour son traitement stationnaire hospitalier, l'assuré participe aux coûts à hauteur des montants suivants :

Division choisie	Participation de l'assuré
Division commune	CHF 0
Division semi-privée	CHF 100 / jour durant 15 jours au maximum par année civile
Division privée	CHF 300 / jour durant 15 jours au maximum par année civile

5.2 Si au cours d'une année civile, l'assuré subit plusieurs traitements stationnaires hospitaliers dans des divisions différentes, les participations dues pour la division semi-privée et privés sont cumulées jusqu'à hauteur d'un montant maximal de CHF 4'500.

5.3 L'assuré hospitalisé en division commune d'un établissement agréé peut bénéficier d'une indemnité de CHF 250 par jour d'hospitalisation, durant 15 jours au maximum par année civile, **pour autant qu'il en fasse la demande écrite à Assura SA avant son hospitalisation ou au plus tard dans les trois mois qui suivent la fin de son hospitalisation.**

5.4 Dans le calcul du nombre de jours d'hospitalisation soumis à participation, le jour d'entrée et le jour de sortie sont considérés comme des jours entiers, lorsqu'ils sont facturés par l'établissement hospitalier.

5.5 En cas de recours à des prestataires de soins non agréés au sens des articles 3.2 et 4.2, aucune participation au sens de l'article 5.1 n'est prélevée et aucune indemnité au sens de l'article 5.3 n'est versée.

Article 6 – Les traitements à l'étranger

6.1 En dérogation à l'article 2.4, moyennant l'accord préalable d'Assura SA, celle-ci peut participer aux frais d'une hospitalisation à l'étranger à hauteur d'un montant maximal de CHF 500 par jour, durant deux jours au maximum, pour autant qu'aucune assurance sociale n'intervienne. Dans ce cas, aucune participation au sens de l'article 5.1 n'est prélevée et aucune indemnité au sens de l'article 5.3 n'est versée.

6.2 Les hospitalisations d'urgence à l'étranger ne sont pas couvertes par la présente assurance.

Article 7 – La liste des fournisseurs de soins agréés

7.1 Seuls les fournisseurs de soins agréés par Assura SA peuvent être appelés à dispenser des soins, prodiguer des traitements ou accueillir des patients. À cet effet, l'assureur s'engage à remettre à l'assuré une liste à jour des **fournisseurs de soins agréés (notamment établissements hospitaliers et / ou médecins)**. La liste peut également être obtenue gratuitement et en tout temps auprès d'Assura SA.

7.2 Assura SA peut modifier la liste des fournisseurs de soins agréés en cours de contrat. Dans le délai d'un mois à compter du moment où il a été informé d'une modification de la liste des fournisseurs de soins agréés, l'assuré peut demander d'étendre sa couverture d'assurance à la catégorie d'assurance complémentaire Ultra Varia, sans remplir de questionnaire médical, moyennant l'adaptation correspondante de sa prime.

Article 8 – La prime d'assurance

8.1 Les primes d'assurance sont définies en fonction de l'âge, du canton de domicile et du sexe de l'assuré.

8.2 L'adaptation de la prime en fonction de l'âge s'opère le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge anniversaire de 6, 11, 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86, 91, 96 ans.

8.3 L'adaptation de la prime en fonction du domicile de l'assuré s'opère avec effet au moment du changement de domicile. Si l'assuré omet d'aviser Assura SA ou le fait tardivement, Assura SA peut adapter la prime avec effet rétroactif.

8.4 En cas d'augmentation de la prime en fonction de l'âge, l'article 10 des conditions générales est applicable.

8.5 En cas d'augmentation de la prime en fonction du domicile, l'assuré dispose du droit de résilier la présente couverture d'assurance au plus tard dans les trois mois qui suivent l'avis de la nouvelle prime ; la démission sera effective le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la résiliation.

Article 9 – La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **maladies psychiques**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Optima Plus Varia

Assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou en clinique, avec limitation du choix de l'établissement et prime évolutive selon l'âge réel de l'assuré

Édition 07.2015

Article 1 – Le traitement hospitalier (chambre à 1 lit)

1.1 En division privée d'un établissement agréé par Assura SA et en complément des prestations prises en compte par l'assurance obligatoire des soins, l'assureur assume la prise en charge, au sens des articles 2 et 3 ci-après, du traitement et du séjour hospitalier.

1.2 La prise en charge du traitement et du séjour est assumée sans limite de durée.

1.3 L'assuré doit se faire traiter dans un établissement hospitalier ou une division hospitalière correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs de l'hôpital public adéquat le plus proche de son lieu de domicile.

1.4 Cette catégorie d'assurance ne s'étend pas aux obligations de prise en charge par les cantons, au sens de la LAMal, des frais hospitaliers et semi-hospitaliers hors du lieu de résidence de l'assuré.

1.5 Lorsque l'assuré choisit délibérément en lieu et place de la division privée de séjourner en division générale d'un établissement public ou subventionné par les pouvoirs publics, Assura SA lui alloue une indemnité journalière d'hospitalisation de CHF 100, mais au maximum un montant de CHF 1'000.

Article 2 – Les soins médicaux

2.1 Assura SA assume la prise en charge des actes médicaux et paramédicaux nécessaires à l'assuré pendant son hospitalisation lorsqu'ils sont prodigués par un fournisseur de soins agréé.

2.2 Si l'assuré n'a pas recours à un fournisseur de soins agréé, les frais de traitement sont remboursés jusqu'à CHF 300 par jour.

2.3 L'encadrement paramédical facturé forfaitairement est pris en charge au titre du séjour hospitalier (art. 3 ci-après).

Article 3 – Le séjour hospitalier

3.1 Assura SA assume la prise en charge du séjour hospitalier (chambre à 1 lit) et de l'encadrement médical forfaitaire facturés par un établissement hospitalier agréé.

3.2 Pour les établissements hospitaliers non agréés, les frais hôteliers sont couverts jusqu'à concurrence de CHF 300 par jour.

Article 4 – Les frais de garde spéciale

Assura SA prend en charge les frais de garde spéciale en cas d'hospitalisation jusqu'à concurrence d'une facturation par année civile de CHF 1'000.

Article 5 – Les traitements à l'étranger

Sur accord préalable d'Assura SA et de son médecin-conseil, le traitement à l'étranger est pris en charge lorsque son coût est inférieur à celui facturé selon le tarif usuel privé applicable dans le canton de domicile de l'assuré.

Article 6 – L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

Article 7 – La liste des fournisseurs de soins agréés

7.1 Les prestations de la présente catégorie d'assurance étant garanties en nature et non en espèces, seuls les fournisseurs de soins agréés par Assura SA peuvent être appelés à dispenser des soins, prodiguer des traitements ou accueillir des patients. À cet effet, l'assureur s'engage à remettre à l'assuré une liste à jour des fournisseurs de soins agréés.

7.2 Dans le délai d'un mois à compter du moment où il a connaissance d'une modification de la liste des fournisseurs de soins agréés, l'assuré peut demander l'étendue de sa couverture d'assurance à la catégorie d'assurance complémentaire Ultra Varia, moyennant l'adaptation correspondante de sa prime.

Article 8 – L'urgence et la nécessité médicale

L'assuré qui n'est pas en mesure de choisir un fournisseur de soins agréé par suite d'urgence ou de nécessité médicale peut prétendre au remboursement des prestations à concurrence de ce qu'Assura SA aurait assumé comme prise en charge en circonstance normale.

Article 9 – La prime d'assurance

9.1 En dérogation de l'article 12 des CGA, la prime d'assurance varie en fonction de l'âge réel de l'assuré.

9.2 L'adaptation de la prime s'opère le 1^{er} janvier de l'année où l'assuré atteint l'âge anniversaire de 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 et 91 ans.

Article 10 – La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **maladies psychiques**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Optima Varia

Assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou en clinique, avec limitation du choix de l'établissement et prime évolutive selon l'âge réel de l'assuré

Édition 07.2015

Article 1 – Le traitement hospitalier (chambre à deux lits)

1.1 En division privée d'un établissement agréé par Assura SA et en complément des prestations prises en compte par l'assurance obligatoire des soins, l'assureur assume la prise en charge, au sens des articles 2 et 3 ci-après, du traitement et du séjour hospitalier. Lorsque l'établissement utilise le terme de « demi-privé », c'est cette notion qui s'applique.

1.2 La prise en charge du traitement et du séjour est assumée sans limite de durée.

1.3 L'assuré doit se faire traiter dans un établissement hospitalier ou une division hospitalière correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs de l'hôpital public adéquat le plus proche de son lieu de domicile.

1.4 Cette catégorie d'assurance ne s'étend pas aux obligations de prise en charge par les cantons, au sens de la LAMal, des frais hospitaliers et semi-hospitaliers hors du lieu de résidence de l'assuré.

1.5 Lorsque l'assuré choisit délibérément en lieu et place de la division privée de séjourner en division générale d'un établissement public ou subventionné par les pouvoirs publics, Assura SA lui alloue une indemnité journalière d'hospitalisation de CHF 100, mais au maximum un montant de CHF 1'000.

Article 2 – Les soins médicaux

2.1 Assura SA assume la prise en charge des actes médicaux et paramédicaux nécessaires à l'assuré pendant son hospitalisation lorsqu'ils sont prodigués par un fournisseur de soins agréé.

2.2 Si l'assuré n'a pas recours à un fournisseur de soins agréé, les frais de traitement sont remboursés jusqu'à CHF 300 par jour.

2.3 L'encadrement paramédical facturé forfaitairement est pris en charge au titre du séjour hospitalier (art. 3 ci-après).

Article 3 – Le séjour hospitalier

3.1 Assura SA assume la prise en charge du séjour hospitalier (chambre à deux lits) et de l'encadrement médical forfaitaire facturés par un établissement hospitalier agréé.

3.2 Lorsqu'un assuré ayant souscrit cette couverture est hospitalisé en chambre à un lit, il assume la différence des frais résultant de ce choix.

3.3 Pour les établissements hospitaliers non agréés, les frais hôteliers sont couverts jusqu'à concurrence de CHF 200 par jour.

Article 4 – Les frais de garde spéciale

Assura SA prend en charge les frais de garde spéciale en cas d'hospitalisation jusqu'à concurrence d'une facturation par année civile de CHF 500.

Article 5 – Les traitements à l'étranger

Sur accord préalable d'Assura SA et de son médecin-conseil, le traitement à l'étranger est pris en charge lorsque son coût est inférieur à celui facturé selon le tarif usuel semi-privé applicable dans le canton de domicile de l'assuré.

Article 6 – L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

Article 7 – La liste des fournisseurs de soins agréés

7.1 Les prestations de la présente catégorie d'assurance étant garanties en nature et non en espèces, seuls les fournisseurs de soins agréés par Assura SA peuvent être appelés à dispenser des soins, prodiguer des traitements ou accueillir des patients. À cet effet, l'assureur s'engage à remettre à l'assuré une liste à jour des fournisseurs de soins agréés.

7.2 Dans le délai d'un mois à compter du moment où il a connaissance d'une modification de la liste des fournisseurs de soins agréés, l'assuré peut demander l'étendue de sa couverture d'assurance à la catégorie d'assurance complémentaire Ultra Varia, moyennant l'adaptation correspondante de sa prime.

Article 8 – L'urgence et la nécessité médicale

L'assuré qui n'est pas en mesure de choisir un fournisseur de soins agréé par suite d'urgence ou de nécessité médicale peut prétendre au remboursement des prestations à concurrence de ce qu'Assura SA aurait assumé comme prise en charge en circonstance normale.

Article 9 – La prime d'assurance

9.1 En dérogation de l'article 12 des CGA, la prime d'assurance varie en fonction de l'âge réel de l'assuré.

9.2 L'adaptation de la prime s'opère le 1^{er} janvier de l'année où l'assuré atteint l'âge anniversaire de 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 et 91 ans.

Article 10 – La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **maladies psychiques**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Pecunia

Assurance d'indemnités journalières pour perte de gain

Édition 07.2015 Mise à jour 01.2022

Article 1 - Le champ des prestations

1.1 En contrepartie d'une perte de salaire ou de gain consécutive à une incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident, Assura SA alloue, selon la couverture choisie par l'assuré, une ou des indemnités journalières au sens des dispositions ci-après. Ces prestations sont allouées jusqu'à concurrence de la perte économique réelle de l'assuré.

1.2 En principe, l'assuré fixe, selon son statut professionnel, le montant maximal assuré et le paiement des indemnités au 31ème, 61ème, 91ème, 121ème, 151ème, 181ème, 271ème, 361ème ou 721ème jour d'incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident.

1.3 Le montant maximal assuré et le paiement des indemnités peuvent être modifiés en cours de contrat en vertu de l'évolution de la situation économique et du changement de statut professionnel de l'assuré.

1.4 En dérogation au chiffre 4.1.10 des CGA, lorsque l'assuré souffre de dépression nerveuse, une indemnité journalière d'un montant maximum de CHF 150 lui est allouée pendant une période de 60 jours dès l'échéance du délai d'attente.

Article 2 - Le droit aux prestations

2.1 L'ouverture du droit aux prestations est déterminée par la survenance d'une incapacité de travail entraînant une perte de gain. Le délai d'attente prévu au chiffre 1.2, ci-dessus, court pour chaque incapacité de travail.

2.2 Pour faire valoir son droit aux prestations, l'assuré doit remettre à Assura SA un certificat médical d'incapacité de travail.

2.3 L'assuré doit également fournir à Assura SA une déclaration de perte de gain attestée par son employeur ou une déclaration personnelle s'il est indépendant. En cette dernière occurrence, les revenus déclarés à l'AVS, à défaut ceux déclarés à l'administration fiscale, servent de base pour le calcul de la perte de gain.

2.4 Lorsqu'une incapacité de travail n'est que partielle - mais d'au moins 50 % - le dommage économique résultant de la perte de gain ne donne droit qu'à une indemnité proportionnelle.

2.5 Une déclaration expresse doit être faite dès le début de l'incapacité de travail sans tenir compte du différé choisi selon le chiffre 1.2, ci-dessus. Les avis d'hospitalisation ou les déclarations d'accident ne valent pas comme annonce d'incapacité de travail. Si l'annonce est tardive par sa faute, l'assuré encourt, à titre de sanction, une réduction de l'indemnité journalière proportionnée à la faute commise. Dans tous les cas, les prestations ne sont pas allouées pour les jours qui précèdent l'avis d'incapacité de travail.

2.6 Le droit aux prestations est suspendu si l'assuré ne suit pas un traitement médical adéquat ou s'il ne se conforme pas aux prescriptions de son médecin traitant. Un changement de praticien au cours de la période d'incapacité de travail ne peut se faire qu'avec le consentement d'Assura SA.

2.7 Lorsque l'assuré atteint l'âge prévu pour le droit à une rente de vieillesse de l'AVS, l'indemnité assurée est automatiquement supprimée.

2.8 A partir du 361ème jour d'incapacité de travail partielle ou totale, Assura SA alloue ses prestations complémentaires à celles de l'assurance-invalidité (AI).

Article 3 - La durée des prestations

3.1 Le droit aux prestations s'éteint définitivement lorsque l'assuré a touché l'équivalent de 720 indemnités souscrites.

3.2 Si un assuré n'est que partiellement incapable de travailler et que l'indemnité est réduite en conséquence, le droit aux prestations est prolongé proportionnellement à la réduction opérée.

3.3 Lorsque s'éteint le droit aux prestations d'un assuré, sa police d'assurance est modifiée et ses primes diminuées en conséquence.

3.4 En dérogation à l'article 11 CGA, Assura SA renonce à mettre un terme à ses obligations existantes de fournir des prestations dues à la suite d'une incapacité de travail entraînant une perte de gain et qui est en cours à la fin du contrat. Une éventuelle rechute ne donne droit à aucune prestation.

Article 4 - L'étendue territoriale

En dérogation au chiffre 5.1 des CGA, seules les incapacités de travail survenues et suivies sur le territoire suisse sont indemnisées.

Article 5 - La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les incapacités de travail liées à des traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couvertes, de même que les cas liés à des dépressions nerveuses conformément à l'article 1.4 ci-dessus. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les autres **maladies psychiques**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'art. 2.6 CGA et selon les cas de l'art. 4.1.6 CGA).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance en cas de décès et d'invalidité à la suite d'accident

Previsia

Assurance complémentaire en cas de décès et d'invalidité à la suite d'accident

Edition 08.2007 – Mise à jour 01.2012

Article 1 Le contrat d'assurance et la loi

1.1 Les droits et obligations du preneur d'assurance et de l'assuré sont définis dans la police d'assurance et les conditions d'assurance.

1.2 A défaut de disposition contractuelle expresse, c'est la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) qui est applicable.

Article 2 - Le champ des prestations

Au titre de la présente catégorie d'assurance, sont allouées des prestations en cas d'invalidité ou de décès survenu(e) à la suite d'un accident.

Article 3 - Les personnes assurées

Toute personne assurée auprès d'Assura SA, âgée de moins de 65 ans, peut bénéficier des prestations complémentaires définies dans les présentes conditions pour autant qu'elle en fasse expressément la demande au moyen de la formule d'adhésion adéquate.

Article 4 - Le début de la garantie d'assurance

La garantie d'assurance débute à la date fixée dans la police d'assurance.

Article 5 - La fin de la garantie d'assurance

5.1 Elle prend fin lorsque l'assuré a résilié valablement sa couverture.

5.2 Pour un enfant, elle s'éteint automatiquement à la fin de l'année civile durant laquelle il achève sa 18ème année.

Article 6 - Le genre de prestations et les sommes d'assurance

L'assurance couvre, selon la combinaison de sommes choisie:

- un capital en cas de décès (art. 7 ci-dessous) ;
- un capital en cas d'invalidité (art. 8 ci-dessous).

Article 7 - Le décès

7.1 Si l'accident a comme conséquence le décès d'un assuré, Assura SA verse le capital convenu pour le cas de décès aux bénéficiaires dans l'ordre suivant :

- a) le conjoint ;
- b) les enfants y compris les enfants adoptifs ;
- c) les père et mère ;

d) les frères et sœurs.

A défaut de survivants des catégories mentionnées ci-dessus, Assura SA paie la moitié de la somme assurée,

e) aux grand-parents.

S'il n'existe aucun ayant droit survivant des catégories mentionnées, Assura SA paie uniquement les frais d'enterrement, au maximum jusqu'à concurrence de 10 % de la somme assurée.

7.2 N'a pas droit au capital, celui qui a causé la mort de l'assuré par un crime ou un délit commis intentionnellement.

7.3 Les conjoints et enfants d'un mariage conclu après l'accident n'ont pas droit au capital.

7.4 Le capital éventuel pour invalidité payé pour le même accident sera déduit de celui dû en cas de décès.

Article 8 - L'invalidité

8.1 Si l'événement accidentel a pour conséquence une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique de l'assuré, Assura SA paiera, en cas d'invalidité totale, un capital correspondant au montant total de la somme assurée et, en cas d'invalidité partielle, un capital réduit au montant correspondant au degré de l'invalidité. Lorsque ce même événement donne droit simultanément à des prestations selon la Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA) et les ordonnances y relatives, le taux d'invalidité médico-théorique retenu par l'assureur LAA en application de l'article 24 LAA s'applique par analogie pour la détermination de l'atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Dans les autres cas, l'invalidité médico-théorique se détermine selon le chiffre 8.2 ci-après.

8.2 Calcul et exigibilité du capital en cas d'invalidité : les principes suivants sont applicables au calcul du degré de l'invalidité :

8.2.1 sont considérés comme cas d'invalidité totale la perte ou l'impotence fonctionnelle complète des deux jambes ou des deux pieds, des deux bras ou des deux mains, de même que la perte ou l'impotence fonctionnelle complète d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied, la cécité complète, la paralysie complète, les troubles mentaux incurables excluant toute activité professionnelle;

8.2.2 en cas d'invalidité partielle, le degré d'invalidité est déterminé par les pourcentages suivants de l'invalidité totale : perte ou impotence fonctionnelle complète :

- | | |
|-----------------------------------|-----|
| - d'un bras au coude ou au-dessus | 70% |
| - d'un avant-bras ou d'une main | 60% |
| - d'un pouce | 22% |
| - d'un index | 15% |
| - d'un autre doigt | 8% |
| - d'une jambe au-dessus du genou | 60% |

-d'une jambe au genou ou au-dessous	50%
-d'un pied	40%
-d'un gros orteil	8%
-d'un autre orteil	3%
-de la vue d'un œil	30%
-de la vue du second œil pour	
- les borgnes	50%
-de l'ouïe des deux oreilles	60%
-de l'ouïe d'une oreille	15%
- de l'ouïe d'une oreille lorsque celle de l'autre oreille avait déjà complètement disparu avant l'accident	30%

8.2.3 en cas de perte ou d'impotence fonctionnelle partielle, le degré d'invalidité correspondant est réduit à due concurrence;

8.2.4 en cas de perte ou d'impotence fonctionnelle simultanée de plusieurs parties du corps, les pourcentages correspondants sont additionnés. Cependant, aucune invalidité de plus de 100% ne sera admise ;

8.2.5 dans les cas non prévus ci-dessus, le degré d'invalidité sera déterminé par le médecin, en tenant compte des pourcentages susmentionnés ;

8.2.6 si des parties du corps touchées par l'accident étaient déjà mutilées ou frappées d'une impotence fonctionnelle complète ou partielle, il en sera tenu compte, lors de la fixation de l'invalidité assurée, par la déduction du degré de l'invalidité préexistante, calculée d'après les principes ci-dessus ;

8.2.7 le capital invalidité est déterminé selon le barème suivant:

- variante I (invalidité progressive) pour les assurés qui au moment de l'accident n'ont pas encore atteint l'âge de 65 ans ;
- variante II (invalidité proportionnelle) pour les assurés qui au moment de l'accident ont dépassé l'âge de 65 ans.

Degré Variante Inv.			Degré Variante Inv.			Degré Variante Inv.			Degré Variante Inv.		
I	II	%	I	II	%	I	II	%	I	II	%
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Article 9 – Le concours de circonstances étrangères à l'accident

9.1 Si l'accident n'est que partiellement la cause du décès ou de l'invalidité, la part des prestations assurées en cas de décès ou d'invalidité sera déterminée sur la base d'une expertise médicale.

9.2 Si l'atteinte à la santé n'est due qu'en partie à un accident assuré, les prestations sont réduites proportionnellement.

Article 10 – L'étendue territoriale

En dérogation à l'article 5.1 des CGA, la présente catégorie d'assurance déploie ses effets dans le monde entier, pour autant que le séjour hors de Suisse ne dépasse pas 12 mois.

Article 11 – La gestion du sinistre

11.1 En cas d'accident, Assura SA doit en être informée immédiatement par écrit.

11.2 En cas de mort consécutive à l'accident, qu'elle survienne immédiatement ou par la suite, Assura SA doit en être prévenue dans les 48 heures par téléphone ou par télégramme. Assura SA peut demander, à ses frais, une autopsie avec l'assistance d'un médecin de son choix.

11.3 Aussitôt après l'accident, un médecin diplômé doit être appelé et toutes les mesures utiles au rétablissement de l'assuré doivent être prises. L'aggravation des conséquences d'un accident, du fait que l'assuré néglige de suivre un traitement régulier, n'est pas supportée par l'assurance.

Article 12 – Les expertises

Si les parties ne peuvent se mettre d'accord sur le montant du dommage, celui-ci est fixé obligatoirement pour les deux parties par des experts. Chaque partie nomme un expert, les deux experts nomment un tiers expert. S'ils ne peuvent s'entendre sur le choix du tiers expert, celui-ci est nommé par le Président du Tribunal compétent du lieu de domicile suisse de l'assuré. Les experts appliquent le Concordat sur l'arbitrage. Ils communiquent leur décision, accompagnée d'un bref exposé des motifs, à chacune des deux parties par écrit. Les frais de l'évaluation du dommage incombent à la partie qui succombe.

Article 13 – L'inobservation des obligations contractuelles

Si l'ayant droit ne se conforme pas aux obligations qui lui incombent, Assura SA sera libérée de ses engagements, à moins que l'ayant droit ne prouve qu'il a enfreint ses obligations sans sa faute ou que cette inobservation n'a exercé aucune influence sur le dommage ou sur les droits et obligations d'Assura SA.

Article 14 – La faute grave

Assura SA renonce à invoquer le droit que lui confère la loi de réduire ses prestations si elles deviennent exigibles par suite d'une faute grave de l'assuré ou de l'ayant droit :

- en cas de décès : uniquement à l'égard du conjoint et des enfants,
- en cas d'invalidité : à l'égard de l'assuré.

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance accidents individuelle pour adultes et enfants

Previsia Extra

Édition 04.2016

Article 1 - La base de la couverture

1.1 En complément des présentes conditions spéciales, les conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire d'Assura SA (CGA) sont applicables à l'exception des art. 2.5 CGA, art. 4.1.2 à 4.1.16 CGA et de l'art. 8 CGA.

1.2 A défaut de disposition contractuelle expresse, la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) est applicable.

Article 2 - Le champ des prestations

La personne désignée nominativement est assurée conformément aux prestations stipulées dans la police.

Article 3 - Les événements assurés

Sont assurés dans les limites des conditions prévues ci-après :

- les accidents professionnels au sens de la LAA ;
- les accidents non professionnels au sens de la LAA ;
- les maladies professionnelles au sens de la LAA ;
- la noyade ;
- les gelures ;
- les lésions assimilées à des accidents au sens de la LAA.

Article 4 - Les exclusions de la couverture

4.1 Les exclusions d'assurance prévues à l'art. 4.1.2 à 4.1.16 CGA ne sont pas applicables aux présentes conditions spéciales.

4.2 Sont exclus de la présente assurance les accidents survenant :

- lors d'événements de guerre en Suisse ;
- lors d'événements de guerre dans d'autres pays à moins que l'accident ne survienne dans les 14 jours depuis le début des hostilités ;
- lors de troubles intérieurs (actes de violence contre des personnes et des choses, à l'occasion d'attroupements, de bagarres ou d'émeutes) et de mesures prises pour y remédier, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas participé activement à ces troubles aux côtés des perturbateurs ou qu'il ne les a pas fomentés ;
- lors de tremblements de terre en Suisse ;
- lors de participation à des compétitions motorisées ainsi que lors de courses d'entraînement ;
- au service d'une armée étrangère ;
- lors de crimes ou de délits commis par l'assuré ;
- suite à des radiations ionisantes de toute nature ;
- à la suite d'interventions médicales ou chirurgicales sauf si elles sont rendues nécessaires par un accident assuré ;

- suite à l'absorption ou l'injection de médicaments, drogues ou produits chimiques non ordonnés médicalement ;
- lors de l'utilisation par l'assuré, en tant que conducteur, de moyens de transport alors qu'il n'est pas en possession des licences et autorisations requises par les autorités.

4.3 Les suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance sont exclues de l'assurance.

Article 5 - Le début et la fin de la garantie d'assurance

5.1 Le droit aux prestations débute à la date fixée dans la police d'assurance. Est déterminant pour le droit aux prestations des art. 7 et 8 ci-après, le fait que l'accident à l'origine de l'invalidité, respectivement du décès, soit survenu après la signature de la proposition d'assurance.

5.2 Le preneur d'assurance peut résilier la présente couverture conformément aux modalités prévues à l'art. 9 CGA. Dans ce cas, elle prend fin à l'échéance du délai de résiliation.

5.3 Lorsque l'enfant assuré atteint la majorité, Assura SA adapte automatiquement les capitaux. L'assuré a alors la possibilité de modifier sa couverture ou de la résilier. L'article 11 CGA est applicable par analogie.

Article 6 - Le droit aux prestations après l'extinction de la couverture d'assurance

En dérogation à l'art. 11 CGA, Assura SA continue à fournir ses prestations dans les cas d'accidents en cours à l'extinction de la couverture d'assurance.

Article 7 - Le décès

7.1 Si l'accident a comme conséquence le décès d'un assuré, Assura SA verse le capital convenu pour le cas de décès aux bénéficiaires dans l'ordre suivant :

- a) le conjoint ou partenaire enregistré ;
- b) les enfants y compris les enfants adoptifs ;
- c) les père et mère ;
- d) les frères et sœurs.

A défaut de survivants des catégories mentionnées ci-dessus, Assura SA paie la moitié de la somme assurée,

e) aux grands-parents.

S'il n'existe aucun ayant droit survivant des catégories mentionnées, Assura SA paie uniquement les frais d'enterrement, au maximum jusqu'à concurrence de 10 % de la somme assurée.

7.2 N'a pas droit au capital, celui qui a causé la mort de l'assuré par un crime ou un délit commis intentionnellement.

7.3 Le capital éventuel pour invalidité payé pour le même accident sera déduit de celui dû en cas de décès.

7.4 Assura SA est autorisée à payer un capital de CHF 2'500 au maximum si l'assuré décède avant d'avoir atteint l'âge de 2 ans et six mois, et de CHF 20'000 au maximum pour tous les contrats faits sur la tête de l'enfant s'il décède avant d'avoir atteint l'âge de 12 ans révolus.

Article 8 - L'invalidité

8.1 Si l'événement accidentel a pour conséquence une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique de l'assuré, Assura SA paiera, en cas d'invalidité totale, un capital correspondant au montant total de la somme assurée et, en cas d'invalidité partielle, un capital réduit au montant correspondant au degré de l'invalidité. Lorsque ce même événement donne droit simultanément à des prestations selon la Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA) et les ordonnances y relatives, le taux d'invalidité médico-théorique retenu par l'assureur LAA en application de l'article 24 LAA s'applique par analogie pour la détermination de l'atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Dans les autres cas, l'invalidité médico-théorique se détermine selon le chiffre 8.2 ci-après.

8.2 Calcul et exigibilité du capital en cas d'invalidité : les principes suivants sont applicables au calcul du degré de l'invalidité :

8.2.1 sont considérés comme cas d'invalidité totale la perte ou l'impotence fonctionnelle complète des deux jambes ou des deux pieds, des deux bras ou des deux mains, de même que la perte ou l'impotence fonctionnelle complète d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied, la cécité complète, la paralysie complète, les troubles mentaux incurables excluant toute activité professionnelle ;

8.2.2 en cas d'invalidité partielle, le degré d'invalidité est déterminé par les pourcentages suivants de l'invalidité totale : perte ou impotence fonctionnelle complète :

- d'un bras au coude ou au-dessus 70%
- d'un avant-bras ou d'une main 60%
- d'un pouce 22%
- d'un index 15%
- d'un autre doigt 8%
- d'une jambe au-dessus du genou 60%
- d'une jambe au genou ou au-dessous 50%
- d'un pied 40%
- d'un gros orteil 8%
- d'un autre orteil 3%
- de la vue d'un œil 30%
- de la vue du second œil pour les borgnes 50%
- de l'ouïe des deux oreilles 60%
- de l'ouïe d'une oreille 15%
- de l'ouïe d'une oreille lorsque celle de l'autre oreille avait déjà complètement disparu avant l'accident 30%

8.2.3 en cas de perte ou d'impotence fonctionnelle partielle, le degré d'invalidité correspondant est réduit à due concurrence ;

8.2.4 en cas de perte ou d'impotence fonctionnelle simultanée de plusieurs parties du corps, les pourcentages correspondants sont additionnés. Cependant, aucune invalidité de plus de 100% ne sera admise ;

8.2.5 dans les cas non prévus ci-dessus, le degré d'invalidité sera déterminé par le médecin, en tenant compte des

pourcentages susmentionnés. En cas de désaccord sur les conclusions du médecin, Assura SA se réserve le droit de mandater un expert ;

8.2.6 si des parties du corps touchées par l'accident étaient déjà mutilées ou frappées d'une impotence fonctionnelle complète ou partielle, il en sera tenu compte, lors de la fixation de l'invalidité assurée, par la déduction du degré de l'invalidité préexistante, calculée d'après les principes ci-dessus ;

8.2.7 le capital invalidité est déterminé selon le barème suivant :

- variante I (invalidité progressive) pour les assurés qui au moment de l'accident n'ont pas encore atteint l'âge de 65 ans ;
- variante II (invalidité proportionnelle) pour les assurés qui au moment de l'accident ont dépassé l'âge de 65 ans.

Capital Degré Variante Inv.			Capital Degré Variante Inv.			Capital Degré Variante Inv.			Capital Degré Variante Inv.		
%	I	II	%	I	II	%	I	II	%	I	II
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Article 9 - L'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail

9.1 En cas d'incapacité totale de travail, Assura SA verse pour chaque jour de l'année l'indemnité journalière convenue, pendant la durée de l'incapacité de travail attestée médicalement.

9.2 En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est réduite d'un montant correspondant au degré de la capacité de travail.

9.3 Aucune prestation n'est versée pour le jour de l'accident. Un délai d'attente convenu débute le jour où l'incapacité de travail a été constatée médicalement, au plus tôt cependant le jour qui suit l'accident.

9.4 La durée du droit aux prestations est au maximum de 720 jours par cas d'accident dans les 5 ans à partir du jour de l'accident. Pour le calcul du délai d'attente, les jours d'incapacité de travail totale ou partielle sont comptés comme jours entiers et ne sont pas imputés sur la durée des prestations.

9.5 En ce qui concerne la durée des prestations et le délai d'attente, les suites d'un accident sont considérées comme nouveau cas si la personne assurée n'a pas été en incapacité de travail suite à cet accident au cours des 12 mois précédant la rechute. En cas de rechute dans les 12 mois, le délai est supprimé et les prestations déjà perçues sont prises en compte pour le calcul de la durée maximale des prestations.

Article 10 - Capital en cas d'hospitalisation

10.1 Lors de la survenance d'un événement assuré, Assura SA verse un capital déterminé en cas de séjour stationnaire, médicalement nécessaire, dans un hôpital en division de soins aigus.

10.2 A l'étranger, le capital susmentionné est versé en cas de séjour stationnaire, médicalement nécessaire, dans un hôpital, s'il dure au moins trois jours.

10.3 Le capital assuré est déterminé dans la police d'assurance.

10.4 Lorsque l'assuré, au bénéfice d'une couverture d'assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée auprès d'Assura SA, choisit délibérément de séjourner en division générale d'un établissement répertorié selon l'art. 39 LAMal, un capital complémentaire de CHF 500 est alloué pour un assuré mineur et de CHF 1'000 pour un adulte.

10.5 Le capital est versé à l'assuré - ou aux bénéficiaires - sur présentation de la facture originale de l'établissement hospitalier dans lequel il a séjourné.

10.6 Le capital est versé au maximum une fois par année civile et une seule fois par événement assuré, ceci indépendamment du nombre d'hospitalisations qui y sont liées.

Article 11 - L'allocation journalière en cas d'hospitalisation

11.1 Pendant la durée médicalement nécessaire de l'hospitalisation mais au maximum pendant cinq ans à compter du jour de l'accident, Assura SA verse l'allocation journalière convenue.

11.2 Assura SA verse également cette allocation en cas de cures ordonnées médicalement et suivies avec l'assentiment d'Assura SA, dans un établissement spécialisé.

11.3 En cas de séjours de convalescence ordonnés médicalement à la suite d'une hospitalisation, Assura SA verse le 50 % de l'allocation journalière d'hospitalisation convenue pendant 4 semaines au maximum.

11.4 Si l'assuré est soigné à domicile par un service d'assistance médicale et que de ce fait un séjour à l'hôpital peut être évité ou raccourci, Assura SA verse le 50% de l'allocation journalière en cas d'hospitalisation convenue pendant une période limitée à 180 jours.

11.5 L'allocation journalière en cas d'hospitalisation au sens de l'art.11.1 est doublée :

- pour les accidents qui surviennent à l'étranger, aussi longtemps qu'une hospitalisation sur place est médicalement nécessaire ;
- en cas d'hospitalisation simultanée de l'assuré et de son conjoint à la suite du même accident.

Article 12 - Les frais de guérison et frais divers

12.1 Assura SA supporte sans limite de durée et de montant les frais suivants, sous réserve de ceux qui font l'objet d'une limite de somme :

12.1.1 Frais médicaux en Suisse

Les frais pour les traitements nécessaires appliqués ou ordonnés par un médecin, un chiropraticien ou un dentiste, de même que les frais pour le traitement, le séjour et la pension en division privée (chambre à un lit) d'un hôpital ou en clinique.

12.1.2 Frais médicaux à l'étranger

Assura SA prend en charge, sur présentation d'une facture détaillée rédigée en français, allemand, italien, espagnol ou anglais, le traitement nécessaire ambulatoire et hospitalier lorsque l'accident assuré survient à l'étranger. Sur présentation d'une facture originale détaillée établie par un fournisseur de soins exerçant dans un des pays de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), Assura SA prend également à sa charge toute participation pécuniaire supportée par l'assuré (franchise, quote-part, etc.), en application de la législation du pays de villégiature.

12.1.3 Contribution pour frais d'entretien

Assura SA rembourse la contribution de l'assuré due selon la LAA et la LAM pour les frais d'entretien en cas de séjour dans un établissement hospitalier.

12.1.4 Frais de médecine alternative

Assura SA prend en charge les thérapies suivantes (liste exhaustive) :

- Acupressure
- Acupuncture
- Aromathérapie
- Biorésonance
- Drainage lymphatique
- Etiopathie
- Fasciathérapie - pulsologie
- Homéopathie
- Iridologie
- Kinésiologie
- Médecine chinoise
- Mesothérapie
- Orthobionomy
- Ostéopathie
- Phytothérapie
- Réflexologie
- Serocytothérapie
- Shiatsu
- Sophrologie curative
- Sympathicothérapie
- Thérapie cranio-sacrée
- Thérapie neurale

Uniquement sur prescription médicale

- Eurythmie curative
- Eutonie

Cette prise en charge est subordonnée au fait que les thérapies en question soient prodiguées par des membres d'associations ou thérapeutes reconnus et mentionnés dans l'Annexe 1 aux présentes conditions spéciales d'assurance.

Ladite annexe fait partie intégrante du contrat. Elle peut faire l'objet d'une modification unilatérale de l'assureur, notamment pour s'aligner sur une modification du cercle des fournisseurs de prestations. Dans ce cas, il n'en résulte aucun droit de résiliation pour les assurés.

L'annexe peut être obtenue en tout temps sur le site Internet d'Assura SA ou, sur demande, par téléphone ou dans les succursales d'Assura SA.

12.1.5 Soins à domicile

Assura SA alloue un montant maximum de CHF 300 par jour lorsque l'assuré reçoit des soins ordonnés par un médecin, prodigués par un service d'assistance médicale.

12.1.6 Aide de ménage

Lors d'une incapacité de travail d'au moins 50% et attestée par le médecin, les frais pour la tenue du ménage par un service d'assistance sont pris en charge jusqu'à concurrence de CHF 80 par jour mais au maximum CHF 6'000 par cas.

12.1.7 Garde d'enfants

Lorsqu'une personne assurée adulte est hospitalisée, les frais de garde d'enfants jusqu'à 15 ans vivant dans le même ménage sont assurés jusqu'à concurrence de CHF 80 par jour mais au maximum CHF 6'000 par cas.

12.1.8 Frais d'accompagnement à l'hôpital

Lorsqu'un enfant assuré mineur est hospitalisé, Assura SA prend en charge les frais de nuitée facturés par l'hôpital jusqu'à concurrence de CHF 100 par jour mais au maximum CHF 3'000 par cas.

Il en va de même des frais pour un enfant âgé de moins de 5 ans qui doit séjourner à l'hôpital avec son père ou sa mère accidenté.

12.1.9 Surveillance à domicile des enfants

Lorsque l'enfant assuré est soigné à domicile, sont également couvertes, pendant 6 mois, les dépenses supplémentaires pour les services d'un surveillant fourni par un organisme jusqu'à concurrence de CHF 80 par jour. De plus, si l'enfant est scolarisé, celui-ci doit être dans l'incapacité de se rendre à l'école.

12.1.10 Cures et séjours de convalescence

Les frais pour le traitement ordonné médicalement sont pris en charge sans limite en Suisse et à l'étranger. Les frais supplémentaires pour le séjour et la pension sont indemnisés jusqu'à concurrence de CHF 200 par jour mais au maximum CHF 6'000 par cas.

12.1.11 Moyens auxiliaires

Dans l'hypothèse où l'accident a nécessité un traitement médical par un médecin ou un séjour à l'hôpital, Assura SA prend en charge les frais de première acquisition de prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens auxiliaires orthopédiques, ainsi que les frais de réparation ou de remplacement de ceux-ci lorsqu'ils sont endommagés ou détruits lors d'un accident assuré. Les frais de location de mobilier de malade sont également couverts.

12.1.12 Traitement dentaire

Assura SA assume les frais de traitement appliqué ou ordonné par un dentiste.

Pour les enfants, Assura SA supporte les frais pour le traitement provisoire ainsi que pour la remise en état définitive. Ces frais sont pris en charge à condition que le traitement soit effectué avant que l'assuré ait 22 ans révolus.

12.1.13 Intervention de chirurgie esthétique

Assura SA couvre jusqu'à concurrence de CHF 60'000 par cas les dépenses pour des interventions de chirurgie esthétique à condition qu'elles s'avèrent médicalement nécessaires à la suite de l'accident.

12.1.14 Frais de recherche et de sauvetage

Les frais nécessaires sont couverts jusqu'à concurrence de CHF 60'000.

12.1.15 Les frais de transport

Assura SA assume les frais d'un transport médicalement nécessaire et adapté à la situation médicale, pour autant que l'état de santé de l'assuré ne permette pas l'utilisation d'un moyen de transport usuel public ou privé. Les transports effectués par des membres de la famille ne sont pas indemnisés.

12.1.16 Transport de la dépouille mortelle

Assura SA assume les frais de transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu du domicile suisse de l'assuré. Les frais de formalités officielles et administratives pour l'éventuel rapatriement du corps sont également couverts.

12.1.17 Dommages matériels

Dans l'hypothèse où l'accident a nécessité un traitement médical par un médecin ou un séjour à l'hôpital, Assura SA assume les dépenses pour le nettoyage, la réparation ou le remplacement (valeur à neuf) d'habits ou d'autres effets personnels de l'assuré endommagés lors d'un accident assuré jusqu'à concurrence de CHF 6'000 par sinistre. Sont également couverts les frais de nettoyage de véhicule ou d'autres objets appartenant à des personnes privées, qui se sont occupées du sauvetage et du transport du blessé.

12.1.18 Assistance scolaire

Lorsque l'assuré mineur n'est pas en mesure de suivre le programme scolaire pendant un mois ou plus, Assura SA prend en charge les frais de leçons de rattrapage scolaire données par une personne qualifiée. La contribution d'Assura SA s'élève à CHF 50 par jour, au maximum à CHF 3'000 par année civile.

12.1.19 Prestations spécifiques lorsque l'accident survient à l'étranger

Lorsque l'assuré est hospitalisé à l'étranger et que pour des raisons médicales il ne peut être transféré en Suisse, Assura SA paie les frais supplémentaires pour

- la prolongation du séjour d'un membre de la famille, respectivement d'une personne qui accompagne l'assuré au lieu d'hospitalisation
- le transport et le séjour d'un membre de la famille proche de l'assuré (conjoint, père/mère, frère/sœur, fils/fille ou concubin/e) jusqu'au lieu d'hospitalisation lorsque l'hospitalisation dure plus de 7 jours.

12.1.20 L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

12.2 Les prestations décrites à l'art. 12 relèvent d'une assurance dommage et ne seront prises en charge par Assura SA que sur présentation de factures et dans les limites des frais effectifs supportés par le preneur d'assurance, respectivement l'assuré.

12.3 Lorsqu'une assurance sociale prend en charge les coûts (LAMal, LAA, LAI, LAM notamment), Assura SA n'intervient qu'en complément.

12.4 Les franchises et les participations portées en compte selon la LAMal ne sont pas indemnisées par Assura SA. Les réductions de prestations selon la LAA ne sont pas compensées.

12.5 S'il existe d'autres assurances accidents selon la LCA, Assura SA réduit proportionnellement ses prestations.

Article 13 - Le concours de circonstances étrangères à l'accident

Si l'accident assuré n'est que partiellement la cause du décès ou de l'invalidité, les prestations sont réduites proportionnellement, si nécessaire sur la base d'une expertise médicale.

Article 14 - L'étendue territoriale

En dérogation à l'art. 5 CGA, la présente catégorie d'assurance déploie ses effets dans le monde entier, pour autant que le séjour hors de Suisse ne dépasse pas 12 mois.

Article 15 - La gestion du sinistre

15.1 En cas d'accident, Assura SA doit en être informée immédiatement par écrit.

15.2 En cas de mort consécutive à l'accident, qu'elle survienne immédiatement ou par la suite, Assura SA doit en être prévenue dans un délai de 30 jours par téléphone ou par courriel. Assura SA peut demander, à ses frais, une autopsie avec l'assistance d'un médecin de son choix.

15.3 Aussitôt après l'accident, un médecin diplômé doit être appelé et toutes les mesures utiles au rétablissement de l'assuré doivent être prises. L'aggravation des conséquences d'un accident, du fait que l'assuré néglige de suivre un traitement régulier, n'est pas supportée par l'assurance.

15.4 L'assuré ou l'ayant droit doit transmettre à Assura SA des copies des décomptes, factures et de tout autre document, établis par ou pour les assureurs LAMal, LAA, LAI et LAM.

Article 16 - Les expertises

Si les parties ne peuvent se mettre d'accord sur le montant du dommage, celui-ci est fixé obligatoirement pour les deux parties par expertise.

Article 17 - L'inobservation des obligations contractuelles

En complément à l'art. 15.6 CGA, il est précisé que si l'ayant droit ne se conforme pas aux obligations qui lui incombent, Assura SA sera libérée de ses engagements, à moins que l'ayant droit ne prouve qu'il a enfreint ses obligations sans sa faute ou que cette inobservation n'a exercé aucune influence sur le dommage ou sur les droits et obligations d'Assura SA.

Article 18 - La faute grave

Assura SA renonce au droit que lui confère la loi de réduire ses prestations.

Article 19 - La libération du paiement des primes

Si, pendant la durée de l'assurance, le preneur d'assurance décède, Assura SA assume le paiement des primes futures relatives à la catégorie Previsia Extra de l'enfant assuré, jusqu'à la cessation de la couverture au terme de la police, mais au plus tard jusqu'à la fin de la période d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 18 ans révolus.

Assura SA

ANNEXE 1

aux Conditions spéciales pour la catégorie Previsia Extra

Les associations et thérapeutes reconnus (art.12.1.4 CSC)

- ASCA, Fondation suisse pour les médecines complémentaires
Titre exigé : pratique d'une thérapie figurant sous lettre A ci-dessus
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTN)
Titre exigé : diplôme membre A
- Schweizer Verband der anerkannten Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker (SVANAH)
Titre exigé : membre A
- Internationaler Therapeutenverband APM nach Penzel und energetische Medizin e.V.
Titre exigé : membre A
- Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (acupuncture)
Titre exigé : diplôme ou doctorat
- Association internationale de drainage lymphatique manuel selon la méthode originale du docteur Emile Vodder (AIDMOV)
Titre exigé : certificat thérapeutique
- Fédération suisse des ostéopathes (FSO)
Titre exigé : membre ordinaire
- Association Suisse d'Homéopathie (ASH)
Titre exigé : membre actif
- KineSuisse, association professionnelle de kinésiologie
Titre exigé : membre A
- Association Suisse pour la Kinésiologie non médicale (ASKNM)
Titre exigé : membre A
- Organisation professionnelle suisse de médecine traditionnelle chinoise (OPS-MTC)
Titre exigé : membre A
- Association suisse d'Ortho-Bionomy (ASOB)
Titre exigé : membre A
- Associations cantonales des infirmières réflexologues
Titres exigés : diplôme d'infirmière et certificat de réflexologue
- Association suisse de réflexologie plantaire (ASRP)
Titres exigés : diplômes d'infirmière et de l'association
- Association suisse de Shiatsu (ASS)
Titre exigé : membre A
- Association Romande de Sophrologie-bio-Dynamique
Titre exigé : diplôme de sophrologie médicale thérapeutique ou éducative
- HEBV Association professionnelle pour l'eurythmie thérapeutique
Titre exigé : membre A
- Association suisse d'eutonie Gerda Alexander (ASEGA)
Titre exigé : diplôme
- Cranio Suisse (Société Suisse de Thérapie Craniosacrale)
Titre exigé : membre praticien en thérapie craniosacrale
- OSTEO-SWISS
Titre exigé : membre actif
- Association Suisse des Fasciathérapeutes (ASFascia)
Titre exigé : membre actif
- Sophrologie Suisse
Titre exigé : diplôme en sophrologie médicale

- Schweizerische Gesellschaft für Energie-, Bioresonanz- und Informationsmedizin (SEBIM)
Titre exigé: membre ordinaire
- Akademie für Naturheilkunde Basel
Titre exigé: diplômé

A titre individuel, sont également reconnus les chiropraticiens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers et infirmières autorisés à pratiquer qui bénéficient, de surcroît, d'une formation spécialisée au moins équivalente à celle exigée par les associations professionnelles précitées.

Conditions spéciales pour l'assurance accidents individuelle pour adultes et enfants

Previsia Plus

Édition 03.2024

Article 1 - La base de la couverture

1.1 En complément des présentes conditions spéciales, les conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire d'Assura SA (CGA) sont applicables à l'exception des art. 2.5 CGA, art. 4.1.2 à 4.1.16 CGA et de l'art. 8 CGA. Les conditions spéciales (CSC) priment sur les conditions générales (CGA).
1.2 A défaut de disposition contractuelle expresse, la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) est applicable.

Article 2 - Le champ des prestations

La personne désignée nominativement est assurée conformément aux prestations stipulées dans la police.

Article 3 - Les événements assurés

Sont assurés dans les limites des conditions prévues ci-après :

- les accidents professionnels au sens de la LAA
- les accidents non professionnels au sens de la LAA
- les maladies professionnelles au sens de la LAA
- la noyade
- les gelures
- les lésions assimilées à des accidents au sens de la LAA.

Article 4 - Les exclusions de la couverture

4.1 Les exclusions d'assurance prévues à l'art. 4.1.2 à 4.1.16 CGA ne sont pas applicables aux présentes conditions spéciales.

4.2 sont exclus de la présente assurance les accidents survenant :

- lors d'événements de guerre en Suisse
- lors d'événements de guerre dans d'autres pays à moins que l'accident ne survienne dans les 14 jours depuis le début des hostilités
- lors de troubles intérieurs (actes de violence contre des personnes et des choses, à l'occasion d'attroupements, de bagarres ou d'émeutes) et de mesures prises pour y remédier, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas participé activement à ces troubles aux côtés des perturbateurs ou qu'il ne les a pas fomentés
- lors de tremblements de terre
- **survenus lors de l'exercice d'un sport, motorisé ou non pour lequel l'assuré est rémunéré.**
- à l'occasion d'un acte téméraire. Constitue un acte téméraire, celui par lequel l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener celui-ci à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. La jurisprudence et la doctrine applicables dans le cadre de l'Ordonnance sur l'assurance accidents (OLAA) sont applicables par

analogie pour déterminer l'existence ou non d'un acte téméraire.

- au service d'une armée étrangère
- lors de crimes ou de délits commis par l'assuré
- suite à des radiations ionisantes de toute nature
- **à la suite d'interventions médicales ou chirurgicales** sauf si elles sont rendues nécessaires par un accident assuré
- suite à l'absorption ou l'injection de médicaments, drogues ou produits chimiques non ordonnés médicalement
- lors de l'utilisation par l'assuré, en tant que conducteur, de moyens de transport alors qu'il n'est pas en possession des licences et autorisations requises par les autorités.

4.3 Les suites d'accidents survenus avant la conclusion du contrat d'assurance sont exclues de l'assurance.

Article 5 - Le début et la fin de la garantie d'assurance

5.1 Le droit aux prestations débute à la date fixée dans la police d'assurance. Est déterminant pour le droit aux prestations des art. 7 et 8 ci-après, le fait que l'accident à l'origine de l'invalidité, respectivement du décès, soit survenu après la conclusion du contrat d'assurance.

5.2 Le preneur d'assurance peut résilier la présente couverture conformément aux modalités prévues à l'art. 9 CGA. Dans ce cas, elle prend fin à l'échéance du délai de résiliation

5.3 Lorsque l'enfant assuré atteint la majorité, Assura SA adapte automatiquement les capitaux. Cette adaptation s'opère pour le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré fête ses 19 ans. Assura SA communique l'adaptation du contrat au moins 25 jours avant son entrée en vigueur et l'assuré a alors la possibilité de le résilier. La résiliation doit être faite sous pli recommandé et être réceptionnée par Assura SA au plus tard le jour précédent l'entrée en vigueur de l'adaptation proposée, soit au plus tard le 31.12.

Article 6 - Le droit aux prestations après l'extinction de la couverture d'assurance

En dérogation à l'art.11 CGA, Assura SA continue à fournir ses prestations dans les cas d'accidents en cours à l'extinction de la couverture d'assurance.

Article 7 - Le décès

7.1 Si l'accident a comme conséquence le décès d'un assuré, Assura SA verse le capital convenu pour le cas de décès au bénéficiaire désigné par le preneur d'assurance soit dans la police, soit dans une disposition ultérieure. A défaut de désignation expresse sont considérés comme bénéficiaires dans l'ordre suivant :

- a) le conjoint ou partenaire enregistré ;
- b) les enfants y compris les enfants adoptifs ;
- c) les père et mère ;
- d) les frères et sœurs.

A défaut de survivants des catégories mentionnées ci-dessus, Assura SA paie la moitié de la somme assurée,

e) aux grands-parents.

S'il n'existe aucun ayant droit survivant (pas de bénéficiaire désigné, ni de bénéficiaire dans les catégories susmentionnées), Assura SA paie uniquement les frais d'enterrement, au maximum jusqu'à concurrence de 10 % de la somme assurée.

7.2 N'a pas droit au capital, celui qui a causé la mort de l'assuré par un crime ou un délit commis intentionnellement.

7.3 Le capital éventuel pour invalidité payé pour le même accident sera déduit de celui dû en cas de décès.

7.4 Assura SA est autorisée à payer un capital de CHF 2'500 au maximum si l'assuré décède avant d'avoir atteint l'âge de 2 ans et six mois, et de CHF 20'000 au maximum pour tous les contrats faits sur la tête de l'enfant s'il décède avant d'avoir atteint l'âge de 12 ans révolus.

Article 8 - L'invalidité

8.1 Si l'événement accidentel a pour conséquence une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique de l'assuré, Assura SA paiera, en cas d'invalidité totale, un capital correspondant au montant total de la somme assurée et, en cas d'invalidité partielle, un capital réduit au montant correspondant au degré de l'invalidité. Lorsque ce même événement donne droit simultanément à des prestations selon la Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA) et les ordonnances y relatives, le taux d'invalidité médico-théorique retenu par l'assureur LAA en application de l'art. 24 LAA s'applique par analogie pour la détermination de l'atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Dans les autres cas, l'invalidité médico-théorique se détermine selon le chiffre 8.2 ci-après.

8.2 Calcul et exigibilité du capital en cas d'invalidité : les principes suivants sont applicables au calcul du degré de l'invalidité :

8.2.1 sont considérés comme cas d'invalidité totale la perte ou l'impotence fonctionnelle complète des deux jambes ou des deux pieds, des deux bras ou des deux mains, de même que la perte ou l'impotence fonctionnelle complète d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied, la cécité complète, la paralysie complète, les troubles mentaux incurables excluant toute activité professionnelle ;

8.2.2 en cas d'invalidité partielle, le degré d'invalidité est déterminé par les pourcentages suivants de l'invalidité totale : perte ou impotence fonctionnelle complète :

• d'un bras au coude ou au-dessus	70 %
• d'un avant-bras ou d'une main	60 %
• d'un pouce	22 %
• d'un index	15 %
• d'un autre doigt	8 %
• d'une jambe au-dessus du genou	60 %
• d'une jambe au genou ou au-dessous	50 %
• d'un pied	40 %
• d'un gros orteil	8 %
• d'un autre orteil	3 %
• de la vue d'un œil	30 %
• de la vue du second œil pour les borgnes	50 %
• de l'ouïe des deux oreilles	60 %
• de l'ouïe d'une oreille	15 %
• de l'ouïe d'une oreille lorsque celle de l'autre oreille avait déjà complètement disparu avant l'accident	30 %

8.2.3 en cas de perte ou d'impotence fonctionnelle partielle, le degré d'invalidité correspondant est réduit à due concurrence ;

8.2.4 en cas de perte ou d'impotence fonctionnelle simultanée de plusieurs parties du corps, les pourcentages correspondants sont additionnés. Cependant, aucune invalidité de plus de 100 % ne sera admise ;

8.2.5 dans les cas non prévus ci-dessus, le degré d'invalidité sera déterminé par le médecin, en tenant compte des pourcentages susmentionnés. En cas de désaccord sur les conclusions du médecin, Assura SA se réserve le droit de mandater un expert ;

8.2.6 si des parties du corps touchées par l'accident étaient déjà mutilées ou frappées d'une impotence fonctionnelle complète ou partielle, il en sera tenu compte, lors de la fixation de l'invalidité assurée, par la déduction du degré de l'invalidité préexistante, calculée d'après les principes ci-dessus ;

8.3 Le capital invalidité, dû au titre de l'art. 8.1 ou 8.2 ci-dessus, est déterminé selon le barème suivant :

- variante I (invalidité progressive) pour les assurés qui au moment de l'accident n'ont pas encore atteint l'âge de 65 ans ;
- variante II (invalidité proportionnelle) pour les assurés qui au moment de l'accident ont dépassé l'âge de 65 ans.

Capital			Capital			Capital			Capital		
Degré Inv.	Variante I	II	Degré Inv.	Variante I	II	Degré Inv.	Variante I	II	Degré Inv.	Variante I	II
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Article 9 - L'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail

9.1 En cas d'incapacité totale de travail, Assura SA verse pour chaque jour de l'année l'indemnité journalière convenue, pendant la durée de l'incapacité de travail attestée médicalement.

9.2 En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est réduite d'un montant correspondant au degré de la capacité de travail.

9.3 Aucune prestation n'est versée pour le jour de l'accident. Un délai d'attente convenu débute le jour où l'incapacité de travail a été constatée médicalement, au plus tôt cependant le jour qui suit l'accident.

9.4 La durée du droit aux prestations est au maximum de 720 jours par cas d'accident dans les 5 ans à partir du jour de l'accident. Pour le calcul du délai d'attente, les jours d'incapacité de travail totale ou partielle sont comptés comme jours entiers et ne sont pas imputés sur la durée des prestations.

9.5 En ce qui concerne la durée des prestations et le délai d'attente, les suites d'un accident sont considérées comme nouveau cas si la personne assurée n'a pas été en incapacité de travail suite à cet accident au cours des 12 mois précédant la rechute. En cas de rechute dans les 12 mois, le délai est supprimé et les prestations déjà perçues sont prises en compte pour le calcul de la durée maximale des prestations.

Article 10 - L'allocation journalière en cas d'hospitalisation

10.1 Pendant la durée médicalement nécessaire de l'hospitalisation mais au maximum pendant cinq ans à compter du jour de l'accident, Assura SA verse l'allocation journalière convenue.

10.2 Assura SA verse également cette allocation en cas de cures ordonnées médicalement et suivies avec l'assentiment d'Assura SA, dans un établissement spécialisé.

10.3 En cas de séjours de convalescence ordonnés médicalement à la suite d'une hospitalisation, Assura SA verse le 50 % de l'allocation journalière d'hospitalisation convenue pendant 4 semaines au maximum.

10.4 Si l'assuré est soigné à domicile par un service d'assistance médicale et que de ce fait un séjour à l'hôpital peut être évité ou raccourci, Assura SA verse le 50 % de l'allocation journalière en cas d'hospitalisation convenue pendant une période limitée à 180 jours.

10.5 L'allocation journalière en cas d'hospitalisation au sens de l'art.10.1 est doublée :

- pour les accidents qui surviennent à l'étranger, aussi longtemps qu'une hospitalisation sur place est médicalement nécessaire ;
- en cas d'hospitalisation simultanée de l'assuré et de son conjoint à la suite du même accident.

Article 11 - Les frais de guérison et frais divers

11.1 Assura SA supporte sans limite de durée et de montant les frais suivants, sous réserve de ceux qui font l'objet d'une limite de somme :

11.1.1 Frais médicaux en Suisse

Les frais pour les traitements nécessaires appliqués ou ordonnés par un médecin, un chiropraticien ou un dentiste, de même que les frais pour le traitement, le séjour et la pension en division privée (chambre à un lit) d'un hôpital ou en clinique.

11.1.2 Frais médicaux à l'étranger

Assura SA prend en charge sur présentation d'une facture détaillée le traitement nécessaire ambulatoire et hospitalier lorsque l'accident assuré survient à l'étranger. Sur présentation d'une facture détaillée établie par un fournisseur de soins exerçant dans un des pays de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), Assura SA prend également à sa charge toute participation pécuniaire supportée par l'assuré (franchise, quote-part, etc.), en application de la législation du pays de villégiature. Assura SA est en droit de demander les factures originales et en cas de besoin, peut exiger une traduction dans une des langues nationales ou en anglais des documents établis dans une autre langue, aux frais de l'assuré.

11.1.3 Prestations spécifiques lorsque l'accident survient à l'étranger.

Lorsque l'assuré est hospitalisé à l'étranger et que pour des raisons médicales il ne peut être transféré en Suisse, Assura SA paie les frais supplémentaires pour

- la prolongation du séjour d'un membre de la famille, respectivement d'une personne qui accompagne l'assuré au lieu d'hospitalisation ;
- le transport et le séjour d'un membre de la famille proche de l'assuré (conjoint, père/mère, frère/sœur, fils/fille ou concubin/e) jusqu'au lieu d'hospitalisation lorsque l'hospitalisation dure plus de 7 jours.

11.1.4 Contribution pour frais d'entretien

Assura SA rembourse la contribution de l'assuré due selon la LAA et la LAM pour les frais d'entretien en cas de séjour dans un établissement hospitalier.

11.1.5 Frais de médecine alternative

Assura SA prend en charge les thérapies admises suivantes (liste exhaustive) :

- Acupressure
- Acupuncture
- Aromathérapie
- Biorésonance
- Drainage lymphatique
- Etiopathie
- Fasciathérapie - pulsologie
- Homéopathie
- Iridologie
- Kinésiologie
- Médecine chinoise
- Mesothérapie
- Orthobionomy
- Ostéopathie
- Phytothérapie
- Réflexologie
- Serocytothérapie
- Shiatsu
- Sophrologie curative
- Sympathicothérapie
- Thérapie cranio-sacrée
- Thérapie neurale
- Eurythmie curative
- Eutonnie

Cette prise en charge est subordonnée au fait que les thérapies en question soient prodiguées par des membres d'associations ou thérapeutes reconnus et mentionnés dans l'Annexe 1 aux présentes conditions spéciales d'assurance.

Ladite annexe fait partie intégrante du contrat. Elle peut faire l'objet d'une modification unilatérale de l'assureur, notamment pour s'aligner sur une modification du cercle des fournisseurs de prestations. Dans ce cas, il n'en résulte aucun droit de résiliation pour les assurés.

L'annexe peut être obtenue en tout temps sur le site Internet d'Assura SA ou, sur demande, par téléphone ou dans les succursales d'Assura SA.

11.1.6 Soins à domicile

Assura SA alloue un montant maximum de CHF 300 par jour lorsque l'assuré reçoit des soins ordonnés par un médecin, prodigués par un service d'assistance médicale.

11.1.7 Aide de ménage

Lors d'une incapacité de travail d'au moins 50 % et attestée par le médecin, les frais pour la tenue du ménage par un service d'assistance sont pris en charge jusqu'à concurrence de CHF 80 par jour mais au maximum CHF 6'000 par cas.

11.1.8 Garde d'enfants

Lorsqu'une personne assurée adulte est hospitalisée, les frais de garde, assumée par un organisme officiel, pour un enfant jusqu'à 15 ans vivant dans le même ménage sont assurés jusqu'à concurrence de CHF 80 par jour mais au maximum CHF 6'000 par cas.

11.1.9 Frais d'accompagnement à l'hôpital

Lorsqu'un enfant assuré mineur est hospitalisé, Assura SA prend en charge les frais de nuitée facturés par l'hôpital jusqu'à concurrence de CHF 100 par jour mais au maximum CHF 3'000 par cas. Il en va de même des frais pour un enfant âgé de moins de 5 ans qui doit séjourner à l'hôpital avec son père ou sa mère accidenté.

11.1.10 Surveillance à domicile des enfants

Lorsque l'enfant assuré est soigné à domicile, sont également couvertes, pendant 6 mois, les dépenses supplémentaires pour les services d'un surveillant fourni par un organisme jusqu'à concurrence de CHF 80 par jour. De plus, si l'enfant est scolarisé, celui-ci doit être dans l'incapacité de se rendre à l'école.

11.1.11 Cures et séjours de convalescence

Les frais pour le traitement ordonné médicalement sont pris en charge sans limite en Suisse et à l'étranger. Les frais supplémentaires pour le séjour et la pension sont indemnisés jusqu'à concurrence de CHF 200 par jour mais au maximum CHF 6'000 par cas.

11.1.12 Moyens auxiliaires

Dans l'hypothèse où l'accident a nécessité un traitement médical par un médecin ou un séjour à l'hôpital, Assura SA prend en charge les frais de première acquisition de prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens auxiliaires orthopédiques, ainsi que les frais de réparation ou de remplacement de ceux-ci lorsqu'ils sont endommagés ou détruits lors d'un accident assuré. Les frais de location de mobilier de malade sont également couverts.

11.1.13 Traitement dentaire

Assura SA assume les frais de traitement appliqué ou ordonné par un dentiste. Pour les enfants, Assura SA supporte les frais pour le traitement provisoire ainsi que pour la remise en état définitive. Ces frais sont pris en charge à condition que le traitement soit effectué avant que l'assuré ait 22 ans révolus.

11.1.14 Intervention de chirurgie esthétique

Assura SA couvre jusqu'à concurrence de CHF 60'000 par cas les dépenses pour des interventions de chirurgie esthétique à condition qu'elles s'avèrent médicalement nécessaires à la suite de l'accident.

11.1.15 Frais de recherche et de sauvetage

Les frais nécessaires sont couverts jusqu'à concurrence de CHF 60'000.

11.1.16 Les frais de transport

Assura SA assume les frais d'un transport médicalement nécessaire et adapté à la situation médicale, pour autant que l'état de santé de l'assuré ne permette pas l'utilisation d'un moyen de transport usuel public ou privé. Les transports effectués par des membres de la famille ne sont pas indemnisés.

11.1.17 Transport de la dépouille mortelle

Assura SA assume les frais de transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu du domicile suisse de l'assuré. Les frais de formalités officielles et administratives pour l'éventuel rapatriement du corps sont également couverts.

11.1.18 Dommages matériels

Dans l'hypothèse où l'accident a nécessité un traitement médical par un médecin ou un séjour à l'hôpital, Assura SA assume les dépenses pour le nettoyage, la réparation ou le remplacement (valeur à neuf) d'habits ou d'autres effets personnels de l'assuré endommagés lors d'un accident assuré jusqu'à concurrence de CHF 6'000 par sinistre. Sont également couverts les frais de nettoyage de véhicule ou d'autres objets appartenant à des personnes privées, qui se sont occupées du sauvetage et du transport du blessé.

11.1.19 Assistance scolaire

Lorsque l'assuré mineur n'est pas en mesure de suivre le programme scolaire pendant un mois ou plus, Assura SA prend en charge les frais de leçons de rattrapage scolaire données par une personne qualifiée. La contribution d'Assura SA s'élève à CHF 50 par jour, au maximum à CHF 3'000 par année civile.

11.1.20 L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

11.2 Les prestations décrites à l'art. 11 relèvent d'une assurance dommage et ne seront prises en charge par Assura SA que sur présentation de factures et dans les limites des frais effectifs supportés par le preneur d'assurance, respectivement l'assuré.

11.3 Lorsqu'une assurance sociale prend en charge les coûts (LAMal, LAA, LAI, LAM notamment), Assura SA n'intervient qu'en complément.

11.4 Les franchises et les participations à charge de l'assuré portées en compte selon la LAMal ne sont pas indemnisées par Assura SA. Les réductions de prestations selon la LAA ne sont pas compensées.

11.5 S'il existe d'autres assurances accidents selon la LCA, Assura SA réduit proportionnellement ses prestations.

Article 12 - Le concours de circonstances étrangères à l'accident

Si l'accident assuré n'est que partiellement la cause du décès ou de l'invalidité, les prestations sont réduites proportionnellement, si nécessaire sur la base d'une expertise médicale.

Article 13 - L'étendue territoriale

En dérogation à l'art. 5.1 CGA, la présente catégorie d'assurance déploie ses effets dans le monde entier, pour autant que le séjour hors de Suisse ne dépasse pas 12 mois.

Article 14 - La gestion du sinistre

14.1 En cas d'accident, Assura SA doit en être informée immédiatement par écrit.

14.2 En cas de mort consécutive à l'accident, qu'elle survienne immédiatement ou par la suite, Assura SA doit en être prévenue dans un délai de 30 jours par téléphone ou par courriel. Assura SA peut demander, à ses frais, une autopsie avec l'assistance d'un médecin de son choix.

14.3 Aussitôt après l'accident, un médecin diplômé doit être appelé et toutes les mesures utiles au rétablissement de l'assuré doivent être prises. L'aggravation des conséquences d'un accident, du fait que l'assuré néglige de suivre un traitement régulier, n'est pas supportée par l'assurance.

14.4 L'assuré ou l'ayant droit doit transmettre à Assura SA des copies des décomptes, factures et de tout autre document, établis par ou pour les assureurs LAMal, LAA, LAI et LAM.

Article 15 - Les expertises

Si les parties ne peuvent se mettre d'accord sur le montant du dommage, celui-ci est fixé obligatoirement pour les deux parties par expertise.

Article 16 - La faute grave

Assura SA renonce au droit que lui confère la loi de réduire ses prestations.

Article 17 - La libération du paiement des primes

Si, pendant la durée de l'assurance, le preneur d'assurance décède, Assura SA assume le paiement des primes futures relatives la catégorie Previsia Plus de l'enfant assuré, jusqu'à la cessation de la couverture au terme de la police, mais au plus tard jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 18 ans révolus.

Assura SA

ANNEXE 1

aux Conditions spéciales pour la catégorie Previsia Plus

Les associations et thérapeutes reconnus (ch.11.1.5 CSC)

- ASCA, Fondation suisse pour les médecines complémentaires
Titre exigé : pratique d'une thérapie figurant sous lettre A ci-dessus
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTN)
Titre exigé : diplôme membre A
- Schweizer Verband der anerkannten Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker (SVANAH)
Titre exigé : membre A
- Internationaler Therapeutenverband APM nach Penzel und energetische Medizin e.V.
Titre exigé : membre A
- Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (acupuncture)
Titre exigé : diplôme ou doctorat
- Association internationale de drainage lymphatique manuel selon la méthode originale du docteur Emile Vodder (AIDMOV)
Titre exigé : certificat thérapeutique
- Fédération suisse des ostéopathes (FSO)
Titre exigé : membre ordinaire
- Association Suisse d'Homéopathie (ASH)
Titre exigé : membre actif
- KineSuisse, association professionnelle de kinésiologie
Titre exigé : membre A
- Association Suisse pour la Kinésiologie non médicale (ASKNM)
Titre exigé : membre A
- Organisation professionnelle suisse de médecine traditionnelle chinoise (OPS-MTC)
Titre exigé : membre A
- Association suisse d'Ortho-Bionomy (ASOB)
Titre exigé : membre A
- Associations cantonales des infirmières réflexologues
Titres exigés : diplôme d'infirmière et certificat de réflexologue
- Association suisse de réflexologie plantaire (ASRP)
Titres exigés : diplômes d'infirmière et de l'association
- Association suisse de Shiatsu (ASS)
Titre exigé : membre A
- Association Romande de Sophrologie-bio-Dynamique
Titre exigé : diplôme de sophrologie médicale thérapeutique ou éducative
- HEBV Association professionnelle pour l'eurythmie thérapeutique
Titre exigé : membre A
- Association suisse d'eutonie Gerda Alexander (ASEGA)
Titre exigé : diplôme
- Cranio Suisse (Société Suisse de Thérapie Craniosacrale)
Titre exigé : membre praticien en thérapie craniosacrale
- OSTEO-SWISS
Titre exigé : membre actif
- Association Suisse des Fasciathérapeutes (ASFascia)
Titre exigé : membre actif
- Sophrologie Suisse
Titre exigé : diplôme en sophrologie médicale
- Schweizerische Gesellschaft für Energie-, Bioresonanz- und Informationsmedizin (SEBIM)
Titre exigé : membre ordinaire
- Akademie für Naturheilkunde Basel
Titre exigé : diplômé

A titre individuel, sont également reconnus les chiropraticiens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers et infirmières autorisés à pratiquer qui bénéficient, de surcroît, d'une formation spécialisée au moins équivalente à celle exigée par les associations professionnelles précitées.

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident)

Ultra Varia

Édition 08.2022

Assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée, avec prime évolutive selon l'âge réel de l'assuré

Article 1 - Le traitement hospitalier

1.1 Lors d'une hospitalisation en division privée d'un établissement hospitalier ayant obtenu les autorisations d'exploitation requises par le droit cantonal (ci - après l'Etablissement), et en complément des prestations prises en compte par l'assurance obligatoire des soins, Assura SA indemnise les frais de traitement, y compris celui prodigué par un médecin au sein de l'Etablissement pendant l'hospitalisation (ci-après le Médecin agréé), et les frais hôteliers, sous réserve des limitations prévues dans les conditions générales d'assurance et les présentes conditions spéciales, notamment l'art. 1.6 ci-dessous. Cependant, cette catégorie d'assurance ne s'étend pas aux obligations de prise en charge par les cantons, au sens de la LAMal, des frais hospitaliers et semi-hospitaliers hors du lieu de résidence de l'assuré.

1.2 Lesdites prestations sont allouées sans limite de durée.

1.3 L'assuré autorise Assura SA à convenir avec des fournisseurs de soins (notamment les Etablissements, les Médecins agréés, etc.) que les prestations peuvent être versées directement selon le système du tiers payant à ces fournisseurs de soins.

1.4 **Avant toute hospitalisation et sauf cas d'urgence, l'assuré et/ou son fournisseur de soins (Etablissement, Médecin agréé, etc.) doit soumettre une demande de garantie préalable à Assura SA.** Une prise en charge par Assura SA est conditionnée à l'octroi d'une garantie d'hospitalisation délimitant la couverture d'assurance octroyée pour le séjour d'hospitalisation. A défaut d'une telle garantie, aucune prestation ne sera allouée par Assura SA.

1.5 A réception de la demande de garantie d'hospitalisation, Assura SA se réserve expressément le droit de subordonner l'octroi des prestations à l'établissement d'un devis détaillé permettant de contrôler que le fournisseur de soins (Etablissement, Médecin agréé, etc.) respecte les principes de transparence, d'interdiction de double facturation avec la LAMal et le caractère économique du traitement, c'est-à-dire être à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Si le devis est accepté par Assura SA, celle-ci délivre une garantie d'hospitalisation préalable délimitant la couverture octroyée pour la prise en charge. Assura SA est en droit de refuser toute facturation s'écartant du devis accepté, sans justification médicale avérée et/ou si les principes prévus à l'art. 1.6 ne sont pas respectés.

1.6 Pour être prise en charge, la facturation du fournisseur de soins (Etablissement, Médecin agréé, etc.) ne doit pas être considérée comme abusive et doit notamment respecter les principes de transparence, d'interdiction de double facturation avec la LAMal et le caractère économique du traitement, c'est-à-dire être à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. 1.7 Assura SA tient **une liste (ci-après la Liste) des fournisseurs de soins (notamment les Etablissements, les Médecins agréés, etc.) avec qui elle n'a pas signé de convention tarifaire et dont la prise en charge des frais par Assura SA est exclue ou soumise à condition**, telle que notamment l'acceptation par Assura SA d'un devis détaillé préalable respectant les conditions fixées à l'art. 1.5. **Toutes les exclusions et les conditions sont fixées et décrites par Assura SA dans la Liste.**

1.8 Assura SA est en droit de modifier unilatéralement la Liste décrite à l'art. 1.7 en tout temps. La modification de cette Liste ne confère aucun droit de résiliation pour l'assuré, qui peut toutefois exercer son droit de libre passage selon l'art. 6. Cette Liste peut être obtenue sur demande de l'assuré à tout moment et gratuitement auprès d'Assura SA ou consultée sur le site assura.ch. **Est déterminante la Liste valable au moment de la demande de garantie adressée à Assura SA ou, à défaut et en cas d'urgence, au moment du début du séjour d'hospitalisation.**

1.9 L'assuré doit se faire traiter dans un Etablissement ou une division hospitalière correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs de l'hôpital public adéquat le plus proche de son lieu de domicile.

1.10 **En cas d'urgence**, l'assuré peut se faire traiter par tout fournisseur de soins (Etablissement, Médecin agréé, etc.) **ne figurant pas sur la Liste de l'art. 1.7.**

1.11 Lorsque l'assuré choisit délibérément en lieu et place de la division privée de séjourner en division générale d'un établissement public ou subventionné par les pouvoirs publics, Assura SA lui alloue une indemnité journalière d'hospitalisation de CHF 150, mais au maximum un montant de CHF 1'500. Dite indemnité s'élève à CHF 50, mais au maximum à CHF 500, lorsque le séjour hospitalier a lieu dans un établissement figurant sur la liste des établissements agréés au sens des catégories Optima et Optima Plus.

Article 2 - Les frais de garde spéciale

Assura SA prend en charge les frais de garde spéciale en cas d'hospitalisation jusqu'à concurrence d'une facturation par année civile de CHF1'000.

Article 3 - Les traitements à l'étranger

Le traitement à l'étranger (planifié ou en cas d'urgence) est pris en charge à concurrence du tarif usuel privé applicable dans le canton de domicile de l'assuré. En cas de traitement planifié à l'étranger, l'assuré doit obtenir l'accord préalable d'Assura SA et de son médecin-conseil. A défaut d'un tel accord, Assura SA est en droit de refuser l'octroi de ses prestations.

Article 4 - L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

Article 5 - La prime d'assurance

5.1 En dérogation de l'article 12 des CGA, la prime d'assurance augmente en règle générale en fonction de l'âge réel de l'assuré.

5.2 L'adaptation de la prime s'opère le 1^{er} janvier de l'année où l'assuré atteint l'âge anniversaire de 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 et 91 ans.

Article 6 - Libre passage

L'assuré est en droit de demander en tout temps son libre passage dans un produit d'assurance d'hospitalisation ouvert d'Assura SA proposant des prestations similaires moins étendues (« downgrade »), à l'exclusion de produits couvrant uniquement la maternité, moyennant l'adaptation correspondante de sa prime. Ce passage prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 7 - La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. En revanche, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **maladies psychiques**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA

Conditions de l'assistance touristique

Auparavant intitulées « Convention d'assistance touristique »

Édition 06.2017 - Mise à jour 04.2025

GAGNEZ DU TEMPS

Lors de votre premier appel à l'organisme d'assistance (tél. +41 21 721 44 88), soyez prêts à fournir les informations suivantes :

1. Nom, prénom et adresse en précisant « assuré Assura SA »
2. Numéro d'assuré Assura SA
3. Où se trouve l'assuré et à quel numéro de téléphone il peut être atteint ?
4. Quelle est la nature du problème justifiant l'appel ?

Préambule

Si une demande de prestation d'assistance et de rapatriement est requise, le droit aux prestations est déterminé par les présentes dispositions, ainsi que par la Loi sur le contrat d'assurance (LCA) pour toute question non expressément réglée. Les présentes dispositions décrivent les prestations offertes par Assura SA par le biais d'un organisme d'assistance indépendant mandaté par Assura SA.

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 – Champ d'application et définition

1. Les assurés au bénéfice des couvertures Natura R3, Priveco, Priveco Varia, Priveco Plus, Priveco Plus Varia, Optima, Optima Varia, Optima Plus, Optima Plus Varia, Ultra, Ultra Varia, Aventura, Mondia, Mondia Plus, Previsia Plus, Previsia Maxi et Previsia Extra ont droit à l'ensemble des garanties décrites dans les présentes conditions.

Les assurés au bénéfice des couvertures Complementa et Complementa Plus ont uniquement droit aux garanties 1 à 3.

2. Au sens des présentes dispositions, on entend par :
Proches parents : les ascendants et descendants au premier degré, le conjoint, les frères et sœurs du bénéficiaire, ainsi que toute personne qui fait ménage commun avec lui.

Raison médicale grave : une blessure ou lésion à la suite d'un accident ou d'une maladie impliquant un séjour prévisible à l'hôpital, sur place, de plus de 24 heures ou l'administration de soins spécialisés.

Pays de résidence : le pays dans lequel le bénéficiaire a son domicile fiscal et dans lequel il réside plus de 90 jours par an.

Urgence : il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugé comme pouvant mettre sa vie en danger ou lorsqu'il existe une nécessité de traitement immédiate.

Article 2 – Territorialité des garanties

1. Les assurés Natura R3, Priveco, Priveco Varia, Priveco Plus, Priveco Plus Varia, Optima, Optima Varia, Optima Plus, Optima Plus Varia, Ultra, Ultra Varia, Aventura, Mondia, Mondia Plus, Previsia Plus, Previsia Extra et Previsia Maxi bénéficient des garanties 1 à 11 à l'étranger, dans le monde entier, et de la garantie 2 en Suisse et au Liechtenstein au-delà d'un rayon de 20km du domicile.

2. Les assurés Complementa et Complementa Plus bénéficient des garanties 1 à 3 à l'étranger, dans le monde entier, et de la garantie 2 en Suisse et au Liechtenstein au-delà d'un rayon de 20km du domicile.

3. Pour les assurés qui ont transféré leur domicile en zone frontalière, le pays de domicile est assimilé à la Suisse et au Liechtenstein.

Article 3 – Durée de la couverture

Les garanties prévues dans la présente convention ne s'appliquent qu'aux voyages n'excédant pas 45 jours consécutifs, sous réserve d'une durée supérieure convenue avec Assura SA conformément aux conditions spéciales d'assurance applicables au produit dont l'assuré est au bénéfice.

Seul un événement assuré qui survient pendant la durée de couverture initialement convenue peut ouvrir le droit aux prestations, dans les limites prévues dans les présentes conditions. En cas de prolongation d'un voyage au-delà de la durée initialement convenue consécutivement à la survenance d'un événement assuré, la couverture d'assurance est prolongée autant que nécessaire. Si l'assuré est au bénéfice de la couverture Aventura, la couverture d'assurance est limitée en cas de sinistre à un maximum de 365 jours.

Article 4 – Prescription

Toute action dérivant de la présente assurance est prescrite par cinq ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

Article 5 – Subrogation et subsidiarité

Assura SA est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre tout responsable des dommages ayant entraîné l'intervention de l'organisme d'assistance et jusqu'à concurrence des sommes déboursées par Assura SA.

En cas de doubles couvertures avec un assureur social, l'organisme d'assistance ne prend les frais en charge qu'à titre complémentaire.

Article 6 – Responsabilité de l'organisme d'assistance

L'organisme d'assistance ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des services convenus en cas de grève, explosion, émeute, mouvement populaire, restriction à la libre circulation, sabotage, terrorisme, guerre civile ou étrangère, ainsi qu'en cas de dégagement de chaleur, irradiation ou effet de souffle provenant de la fission ou de la fusion de l'atome, radioactivité, ou tout autre cas de force majeure.

CHAPITRE II – DESCRIPTION DES GARANTIES

A) GARANTIES DE PERSONNES

Article 7

Garantie 1 – Organisation des soins et avance de frais médicaux

À la suite d'une maladie ou d'un accident, l'organisme d'assistance :

1. organise, à la demande du bénéficiaire, les consultations médicales nécessaires (médecin, hôpital, analyses, interventions chirurgicales...),
2. avance pour le compte d'Assura SA des frais d'hospitalisation ou des frais de traitements ambulatoires dépassant la contre-valeur de CHF 1'000. La garantie se limite à ce qui sera vraisemblablement pris en charge par les assurances obligatoires et complémentaires du bénéficiaire dans la situation concrète.

Toute avance devra être remboursée par le bénéficiaire à Assura SA dans les trente jours à compter du retour dans le pays de résidence, dans la mesure où le montant n'est pas pris en charge directement par Assura SA ou d'autres assureurs conformément aux couvertures d'assurance conclues.

Avant de procéder à l'avance, l'organisme d'assistance et Assura SA se réservent le droit d'exiger du bénéficiaire une reconnaissance de dette, à hauteur de l'avance.

Sont exclus de la présente garantie :

- les frais médicaux et chirurgicaux prescrits par un médecin en Suisse respectivement au pays de résidence ;
- les frais ordonnés après expiration de la garantie ainsi que ceux engagés après le retour en Suisse ou au pays de résidence ;
- les frais de prothèse, d'optique et de cure thermale.

Article 8

Garantie 2 – Transport sanitaire

En cas de raison médicale grave, l'organisme d'assistance :

1. facilite l'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de la maladie ou de l'accident ;
2. transfère le bénéficiaire, si nécessaire, par tout moyen approprié (ambulance, avion de ligne, avion sanitaire privé) vers un centre hospitalier proche du lieu de l'accident ou de la maladie plus adapté au traitement à lui faire suivre selon la nature des blessures, de la lésion ou de la maladie ;
3. organise le rapatriement du bénéficiaire à son domicile après traitement, lorsqu'un retour au pays de résidence est approprié, par train première classe ou avion de ligne en classe business dans la mesure où le titre de transport initialement prévu par le bénéficiaire pour son retour au pays de résidence est inutilisable ;
4. le cas échéant, rapatrie le bénéficiaire vers un centre hospitalier proche de son domicile au pays de résidence, lorsqu'un retour au pays de résidence est approprié. Ce rapatriement sanitaire sera effectué par tout moyen adéquat, y compris l'avion sanitaire privé. Si l'état du bénéficiaire le nécessite, le transport sanitaire sera effectué sous surveillance médicale.

Article 9

Garantie 3 – Rapatriement après décès

En cas de décès du bénéficiaire, l'organisme d'assistance se charge de toutes les formalités à accomplir sur place et du paiement immédiat des frais de traitement post mortem, de cercueil et de transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation au pays de résidence, à l'exclusion des frais d'obsèques et d'inhumation.

Article 10

Garantie 4 – Rapatriement des autres personnes assurées

En cas de rapatriement d'un bénéficiaire pour raison médicale grave ou décès, sont garantis les frais supplémentaires engagés pour le rapatriement simultané des autres bénéficiaires voyageant avec le bénéficiaire par train première classe ou avion de ligne en classe business jusqu'à leur domicile au pays de résidence, et ce dans la mesure où compte tenu des circonstances, le titre de transport initialement prévu pour leur retour au pays de résidence est inutilisable.

Article 11

Garantie 5 – Visite d'un proche parent

Si le bénéficiaire est hospitalisé à l'étranger pour une durée supérieure à sept jours, l'organisme d'assistance met à disposition d'un proche parent, pour rendre visite au bénéficiaire, un titre de transport aller-retour par train seconde classe ou avion de ligne en classe économique.

Article 12

Garantie 6 – Rapatriement des enfants du bénéficiaire

Si, à la suite de l'hospitalisation ou du rapatriement sanitaire du bénéficiaire, la garde de ses enfants de moins de 15 ans ne peut plus être assurée, l'organisme d'assistance met à la disposition d'une personne désignée par le bénéficiaire un billet aller-retour par train seconde classe ou avion de ligne en classe économique pour qu'elle puisse s'en occuper ou les rapatrier.

Article 13

Garantie 7 – Recherche et sauvetage

1. En cas de disparition, l'organisme d'assistance paie, à concurrence de CHF 10'000, les frais de recherche et de sauvetage du bénéficiaire.
2. En cas d'accident de ski, l'organisme d'assistance paie les frais de sauvetage sur piste à concurrence de CHF 300.

Article 14

Garantie 8 – Fourniture de médicaments

Si l'état du bénéficiaire nécessite des médicaments essentiels qui ne sont pas disponibles sur place, l'organisme d'assistance prendra toutes les mesures nécessaires pour les obtenir et les faire parvenir au bénéficiaire ou à l'hôpital où il se trouve.

B) ASSISTANCE ADMINISTRATIVE

Article 15

Garantie 9 – Perte ou vol de documents d'identité

En cas de perte ou de vol de documents d'identité, l'organisme d'assistance s'efforcera, dans la mesure du possible, d'aider le bénéficiaire à prendre les mesures administratives nécessaires et fera parvenir tout document nécessaire requis pour le retour du bénéficiaire dans son pays de résidence.

Article 16

Garantie 10 – Perte ou vol de titres de transport

En cas de perte ou de vol du titre de transport du bénéficiaire pour son retour, l'organisme d'assistance avancera le montant requis pour acheter un autre titre contre reconnaissance de dette signée par le bénéficiaire ou dépôt effectué pour son compte au bureau de l'organisme d'assistance à Wallisellen. Dans tous les cas, le bénéficiaire doit rembourser l'organisme d'assistance dès son retour au pays de résidence.

Article 17

Garantie 11 – Réception et transmission de messages

L'organisme d'assistance recevra et transmettra les messages urgents consécutifs à un sinistre donnant lieu à l'intervention de l'organisme d'assistance.

CHAPITRE III – EXCLUSIONS

A) EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Article 18

Sont exclus les sinistres :

1. occasionnés par une guerre étrangère ou civile, les émeutes ou les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage ;
2. provoqués volontairement par le bénéficiaire ou résultant d'un acte téméraire ou **résultant d'une faute grave** ;
3. résultant de sa participation à un crime, un délit ou à une bagarre ;
4. résultant de la participation du bénéficiaire, comme concurrent, à des paris ou courses de toute nature, ou imputables à la pratique de sports à titre professionnel et à titre amateur lorsqu'il s'agit d'entraînement ou essais en vue de se préparer à participer à des compétitions officielles ou exhibitions, celles-ci étant également exclues ;
5. dus aux effets directs ou indirects des réactions de l'atome ;
6. résultant de déplacements aériens effectués par le bénéficiaire lorsqu'il n'est pas usager payant d'un avion exploité commercialement par une compagnie habilitée à le faire.

Les rapatriements, transports sanitaires, voyages de visite ou de retour doivent être organisés par l'organisme d'assistance ou avoir été autorisés préalablement, sous réserve du cas d'urgence (péril en la demeure).

Hormis les cas d'urgence (péril en la demeure), si l'assuré contrevient de manière inexcusable à l'obligation de passer par l'organisme d'assistance ou d'obtenir son autorisation préalable, les prestations d'assurance peuvent être réduites au montant auquel elles seraient ramenées si l'obligation avait été remplie, voire peuvent être supprimées.

B) EXCLUSIONS MÉDICALES OU COMPORTEMENTALES

Article 19

Ne peuvent donner lieu à intervention tous sinistres consécutifs :

1. à une affection médicale ou chirurgicale antérieure à la date de départ en voyage quelle qu'en soit la gravité et dans la mesure où elle est encore en évolution, la convalescence étant considérée comme partie intégrante de cette évolution ;
2. à une affection faisant l'objet d'une réserve
3. à l'accouchement et aux complications d'un état de grossesse ;
4. aux maladies mentales, au suicide ou aux conséquences d'une tentative de suicide ;
5. aux effets de drogues ou de l'alcool ou de médicaments non prescrits par un médecin.

CHAPITRE IV – OBLIGATIONS DU BÉNÉFICIAIRE

A) GARANTIES DE PERSONNES

Transports sanitaires selon garantie 2

Article 20

1. Pour permettre à l'organisme d'assistance d'intervenir dans les plus brefs délais, le bénéficiaire ou toute personne agissant en son nom doit indiquer :
 - le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'hôpital où se trouve le patient ;
 - le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin traitant sur place ;
 - le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin de famille au pays de résidence, si nécessaire.
2. Les médecins et délégués de l'organisme d'assistance devront, sous peine de déchéance du droit à l'assistance du bénéficiaire et sauf opposition justifiée, avoir libre accès auprès du bénéficiaire afin de constater son état.
3. Dans tous les cas, les décisions concernant l'opportunité et le choix des dates, des moyens de transport, ainsi que de l'établissement d'accueil se feront par le médecin-conseil de l'organisme d'assistance en accord avec le médecin traitant si nécessaire et le médecin de famille.
4. Lorsqu'un transport est pris en charge, le bénéficiaire est tenu de restituer à l'organisme d'assistance le billet de retour inutilisé ou sa contre-valeur.

B) DISPOSITIONS COMMUNES

Article 21 - Obligation d'annoncer le sinistre

L'ayant droit doit informer l'organisme d'assistance dans les 3 jours suivant la date de survenance du sinistre, sous peine de se voir réclamer les frais supplémentaires engagés du fait de la violation de la présente obligation.

Aucune sanction ne sera toutefois encourue dans les cas prévus à l'article 6 ci-dessous.

Article 22 - Obligation de réduire le dommage

L'ayant droit doit user de tous les moyens en son pouvoir pour diminuer le dommage ou en prévenir la survenance. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'organisme d'assistance sur les mesures à prendre et s'y conformer. Si l'ayant droit contrevient à cette obligation de manière inexcusable, les prestations ne seront accordées qu'à hauteur de celles qui auraient été dues si l'obligation avait été remplie, voire peuvent être supprimées.

Article 23 - Obligation de passer par l'organisme d'assistance

1. Les prestations ne sont octroyées que dans la mesure où l'ayant droit a pris contact avec l'organisme d'assistance au préalable et est passé par son intermédiaire, sous réserve du cas d'urgence. Le numéro d'urgence atteignable 24h/24, figure sur la carte d'assurance-maladie de l'ayant droit.

2. Hormis les cas d'urgence (péril en la demeure), si l'assuré contrevient de manière inexcusable à l'obligation de contacter l'organisme d'assistance au préalable et de passer par son intermédiaire, les prestations d'assurance peuvent être réduites au montant auquel elles seraient ramenées si l'obligation avait été remplie, voire peuvent être supprimées.

Article 24 - Identité de l'organisme d'assistance

1. AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse) (une société du groupe international Allianz) est l'organisme d'assistance à contacter en cas de sinistre, au numéro indiqué dans les présentes conditions ainsi que sur la carte d'assurance. Son siège se situe à Wallisellen (Suisse – ZH).

2. Assura SA se réserve le droit de changer en tout temps d'organisme d'assistance. Cela ne donne pas de droit de résiliation au preneur d'assurance, pour autant que les prestations énumérées ci-dessus soient garanties. Assura SA en informera le preneur par écrit.

Article 25 - Traitement des données

1. Vérification de la couverture d'assurance

A des fins de vérification de la couverture de l'assuré, Assura SA transmet à l'organisme d'assistance qu'il a mandaté les données nécessaires à l'identification de l'assuré, à la détermination de sa couverture d'assurance au moment de la demande, à la durée maximale des séjours couverts à l'étranger et aux dates de voyage prévues si connues, à l'existence de réserves médicales, ainsi qu'à l'existence d'une

suspension de couverture d'assurance. La transmission de ces données peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale, dans le respect des dispositions en matière de protection et de sécurité des données telles que prévues par la Loi fédérale sur la protection des données.

2. Échange de données

2.1 Dans le cadre de l'assistance touristique, l'assuré autorise les échanges de données personnelles y compris de données personnelles sensibles telles que les données de santé entre l'organisme d'assistance mandaté par Assura SA, les fournisseurs de prestations impliqués (médecins, hôpitaux etc.) et Assura SA. Ces échanges de données doivent être strictement nécessaires pour assurer la coordination de la prise en charge dans le cadre de l'assistance touristique et pour déterminer le droit aux prestations et gérer les réclamations, dans le respect des règles en matière de protection et de sécurité des données.

2.2 Les entretiens téléphoniques entre l'assuré et l'organisme d'assistance sont enregistrés, archivés puis détruits par ce dernier selon les prescriptions légales. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuves et présentés devant les instances judiciaires concernées en cas de nécessité. En l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par l'assuré, Assura SA n'a aucun accès direct à ces informations.

2.3 La transmission des données telle que prévue ci-dessus entre Assura SA, l'organisme d'assistance et les autres fournisseurs de prestations impliqués, peut s'opérer par l'intermédiaire de tiers, notamment par l'utilisation d'une solution digitale dans le respect des dispositions en matière de protection et de sécurité des données.

3. Traitement des données par Assura SA

Assura SA traite, en respectant les principes applicables à la législation en vigueur, uniquement les données qui lui sont nécessaires notamment pour vérifier le respect des conditions de l'assistance touristique, évaluer le droit aux prestations d'assurance, traiter les demandes de remboursement de prestations, les réclamations et faire valoir des prétentions récursoires contre le tiers responsable et établir des statistiques.

Article 26 - Sanction et justification en cas de violation

Lorsqu'une sanction a été stipulée pour le cas où le preneur d'assurance ou l'ayant droit violerait l'une de ses obligations, cette sanction n'est pas encourue dans les cas suivants :

- il résulte des circonstances que la violation n'est pas imputable au preneur d'assurance ou à l'ayant droit;
- le preneur d'assurance apporte la preuve que la violation n'a pas eu d'incidence sur le sinistre et sur l'étendue des prestations dues par l'entreprise d'assurance.

Article 27 - Contestations et for

1. Assura SA est le porteur de risque à contacter en cas de désaccord ou de litige résultant de l'octroi ou du refus d'une prestation prévue par les présentes conditions.