Assurance santé étudiants

Conditions générales
Edition 2022.07.001 – CHF

ADVISOR
INTERNATIONAL HEALTH INSURANCE

Titre	Article
Bases du contrat	Art. A
Personnes couvertes par l’assurance	Art. B
Étendue de l’assurance	Art. C
Portée géographique de la couverture	Art. D
Conditions d’admission	Art. E
Acceptation, refus, modification, début et fin du contrat	Art. F
Paiement des primes	Art. G
Adaptation tarifaire	Art. H
Définitions	Art. I
Participation aux coûts	Art. J
Garanties d’assurance	Art. K
Remboursements	Art. L
Obligations et justification des prétentions	Art. M
Déclaration de sinistre	Art. N
Prestations de tiers, coordination	Art. O
Exclusions	Art. P
Confidentialité	Art. Q
Informations nécessaires à fournir	Art. R
Assistance	Art. S
Porteur de risque et droit applicable	Art. T
Personnes assurées dans le cadre d’un contrat collectif	Art. U
Réclamations	Art. V

Art. A : Bases du contrat

A.1 : Toutes les déclarations consignées dans la proposition d'assurance et dans tout autre document écrit, ainsi que les rapports médicaux forment les bases du contrat.

A.2 : Les droits et obligations des parties contractantes sont fixés dans le contrat d'assurance, dans les avenants et dans les conditions générales d'assurance (CGA).

A.3 : En cas de litige quant à l'interprétation du présent document, la version en langue française est réputée faire foi et primer toute version du document dans une autre langue. La personne assurée peut à tout moment en obtenir un exemplaire sur le site www.advisor-swiss.com

A.4 : Le texte rédigé au masculin s'applique par analogie également aux personnes du sexe féminin.

Art. B : Personnes couvertes par l'assurance

B.1 : Le contrat a pour objet de faire bénéficier les étudiants étrangers qui séjournent en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement ainsi que les doctorants et les stagiaires, de remboursements de frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers.

B.2 : La personne assurée ne peut bénéficier de cette couverture que si elle remplit, simultanément, les critères suivants :

- elle est citoyenne étrangère
- elle est domiciliée en Suisse
- elle possède un titre de séjour en tant qu'étudiante ou stagiaire
- elle n'est pas mariée à une personne titulaire d'un livret B, livret C ou à une personne citoyenne suisse
- elle est dispensée de l'obligation d'assurance maladie conformément l'art. 2.4 de l'ordonnance de la loi sur l'assurance maladie (OAMal)

B.3 : La personne assurée est entièrement responsable de la vérification de tous les critères d'éligibilité pour l'obtention d'une dispense de l'obligation d'assurance-maladie selon l'art. 2.4 OAMal.

B.4 : La personne assurée doit informer l'Organisme assureur de tout changement concernant les critères ci-dessus, par écrit, dans un délai de 30 jours.

B.5 : L'ordonnance sur l'assurance maladie suisse OAMal, règle la durée maximale durant laquelle la personne assurée peut être dispensée de l'obligation de s'assurer conformément à l'art. 3 LAMal.

B.6 : L'âge d'entrée maximum est limité à 60 ans.

B.7 : Le contrat ne couvre que la personne assurée indiquée sur le certificat d'assurance.

Art. C : Étendue de l'assurance

C.1 : Sont couverts, conformément à la formule d'assurance choisie, les frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers ainsi que la prise en charge des frais de rapatriement sanitaire et de prestations d'assistance.

C.2 : Basé sur l'art. 2.4 de l'ordonnance du 27 juin 1995 de la loi sur l'assurance maladie (OAMal), ce programme d'assurance a pour but de garantir aux personnes mentionnées à l'art. B, une couverture d'assurance équivalente à celle prévue par la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) du 18 mars 1994. Elle n'est pas complémentaire à celle-ci, mais se substitue à cette assurance sociale.

C.3 : Subrogation
Toute personne bénéficiant des garanties de l'Organisme assureur s'oblige à subroger Advisor International Health Insurance dans ses droits et actions contre tout tiers responsable, à concurrence des frais engagés par elle en exécution de la présente garantie.

C.4 : Prescription
Toute action découlant de la présente garantie est prescrite dans un délai de deux ans à compter de la date de l'événement qui lui donne naissance. Passé ce délai, l'Organisme assureur n'est plus dans l'obligation de régler ces demandes.

C.5 : Monnaie
La monnaie applicable est le franc suisse.

Art. D : Portée géographique de la couverture

L'assurance est valable dans le monde entier.

D.1 : En dehors de la Suisse
Lors d'un séjour d'une durée maximum de 6 semaines, l'assurance est valable pour les seuls frais consécutifs à un accident ou une maladie présentant un caractère d'urgence tel que ces termes sont définis dans l'art. I des conditions générales d'assurance (CGA), à la condition que le traitement ait été pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou que l'hospitalisation ait été nécessitée par la cause directe de l'urgence et qu'elle intervienne dans les 24 heures. Dans les autres cas, après accord exprès de l'Organisme assureur.

D.1.1 : Il y a urgence lorsque la personne assurée, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque la personne assurée se rend à l'étranger dans le but de suivre un traitement.

D.1.2 : La personne assurée ne sera pas couverte pour les soins de suivi ou thérapeutiques non-urgents.

D.1.3 : Les frais liés à la maternité, la grossesse, l'accouchement ou toute complication durant la grossesse ou l'accouchement sont exclus, à moins que l'Organisme assureur ait donné son accord écrit. Dans ce cas, le montant maximum pour ces garanties s'élève à CHF 5'000.

Art. E : Conditions d'admission

E.1 : Renseignements et examens médicaux
Par la signature de la proposition d'assurance, la personne assurée autorise les médecins, les prestataires de soins, les assureurs précédents et autres institutions d'assurance à fournir des renseignements à l'Organisme assureur, respectivement ses médecins conseils.

E.1.1 : L'Organisme assureur est en droit d'ordonner à ses frais, un examen médical. Le médecin peut être désigné par l'Organisme assureur.

E.1.2 : La personne assurée doit se soumettre à ces évaluations médicales pour déterminer le diagnostic et clarifier son droit aux prestations.

E.2 : Autres parties
Aucune autre personne, à l'exception d'un représentant désigné, n'est autorisée à effectuer ou confirmer toute modification au nom de la personne assurée, ou décider de ne pas faire respecter les droits de l'Organisme assureur. Pour être valide, toute modification doit être confirmée par écrit par les services de l'Organisme assureur.

Art. F : Acceptation, refus, modification, début et fin du contrat

F.1 : Acceptation du contrat
Si le contenu du certificat d'assurance ou des avenants ne concorde pas avec la proposition d'assurance, le preneur d'assurance doit alors exiger la correction dans les 30 jours dès réception de celui-ci, faute de quoi leur contenu est considéré comme accepté par le preneur d'assurance.

F.2 : Refus
L'Organisme assureur peut refuser une proposition d'assurance sans justification.

F.3 : Modification du contrat par le preneur d'assurance
Pour toute modification du contrat, une nouvelle proposition d'assurance doit être complétée. Un nouvel examen de risque a lieu.

F.4 : Début du contrat
La couverture d'assurance commence le jour mentionné dans le certificat d'assurance.

F.5 : Durée du contrat
Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Il se renouvelle tacitement d'année en année s'il n'est pas dénoncé par l'une des parties conformément à l'art. F.9 des conditions générales d'assurance (CGA).

F.5.1 : À l'expiration de la police d'assurance, la personne assurée n'a plus droit au remboursement de ses frais médicaux. Les frais couverts par la police d'assurance et engagés durant la période de couverture seront remboursés. Cependant, les traitements en cours ou les soins complémentaires nécessaires après la date d'expiration ne seront plus pris en charge.

F.6 : Fin du contrat
F.6.1 : Résiliation par l'Organisme assureur
F.6.1.1 : L'Organisme assureur renonce expressément au droit que lui confère la loi de se départir du contrat en cas de sinistre, excepté en cas de fausses déclarations, d'abus, de dol, de réticence, d'escroquerie à l'assurance ou de leurs tentatives par la personne assurée ou le preneur d'assurance.

F.6.1.2 : L'Organisme assureur exerce son droit de se départir du contrat dans les cas suivants :

F.6.1.2.1 : Dans le cas où la personne n'entreprend pas tout ce qui est en son pouvoir afin de renseigner et de collaborer avec l'Organisme assureur.

F.6.1.2.2 : Dans le cas où la personne assurée ne se soumet pas aux directives des médecins.

F.6.1.2.3 : Dans le cas où la personne assurée n'entreprend pas tout ce qui est en son pouvoir pour contenir autant que possible les atteintes à sa santé.

F.6.1.2.4 : Dans le cas où la personne assurée participe à des actions risquées et s'expose sciemment à un danger.

F.6.1.3 : L'Organisme assureur procède à la résiliation du contrat en tout état de cause pour chaque personne assurée :

- Dès qu'elle perd sa qualité d'étudiant, doctorant, écolier ou stagiaire séjournant en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement
- Lorsqu'il n'est plus en possession d'un permis de séjour approprié en cours de validité
- À son 60ème anniversaire.

F.6.1.4 : Dans la mesure où l'Organisme assureur a déjà accordé des prestations pour des évènements survenus à compter de la date à laquelle la personne assurée a perdu sa qualité d'étudiant, doctorant, écolier ou stagiaire séjournant en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement, l'Organisme assureur a droit au remboursement des prestations déjà versées.

F.6.2 : Résiliation par le preneur d'assurance
Le contrat peut être résilié par le preneur d'assurance pour la fin d'une année d'assurance, en observant un préavis de 3 mois.

F.6.2.1 : En cas de changement d'assureur, le preneur d'assurance communique à l'Organisme assureur la confirmation d'admission du nouvel assureur.

F.6.2.2 : En cas de départ à l'étranger, le preneur d'assurance communique à l'Organisme assureur l'attestation de départ.

F.7 : La couverture d'assurance de la personne assurée prendra fin automatiquement si elle ne répond plus aux critères d'éligibilité indiqués dans l'art. B des conditions générales d'assurance (CGA).

F.7.1 : La couverture d'assurance s'éteint le jour où l'annulation du contrat prend effet. Les prestations assurées sont dues jusqu'à et y compris ce jour-là.

F.8 : Réticence omission ou fausse déclaration
F.8.1 : Les pathologies préexistantes doivent être déclarées et sont soumises à une souscription médicale. Si des pathologies préexistantes ne sont pas déclarées, l'Organisme assureur peut se départir du contrat d'assurance dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence, de l'omission ou de la fausse déclaration.

F.8.2 : La réticence, l'omission ou la fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par la personne assurée ou par le preneur d'assurance a été sans influence sur le sinistre.

F.8.3 : Si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat communiqué des informations erronées, a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait qu'il connaissait ou devait connaître et sur lequel il a été questionné par écrit, en particulier pour les cas :

- de maladies
- d'accidents ou d'infirmités existantes
- de maladies qui, selon l'expérience, sont sujettes à des rechutes
- de grossesse et de maternité

L'Organisme assureur applique les clauses suivantes :

F.8.3.1 : Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence, d'omission ou de fausse déclaration de la part de la personne assurée ou celle du preneur d'assurance.

F.8.3.2 : Les primes payées demeurent alors acquises à l'Organisme assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

F.9 : Toute résiliation doit être notifiée sous pli recommandé.

Art. G : Paiement des primes

G.1 : Paiement des primes
Les primes sont payables d'avance. Elles sont dues le premier jour de la couverture d'assurance.

Si le contrat est résilié avant son expiration, le remboursement des primes est effectué pour la période d'assurance non expirée. Cette clause n'est pas valable en cas d'abus de l'assurance, particulièrement en cas d'escroquerie à l'assurance.

G.2 : Rappel et conséquences du non-paiement
Si la totalité de la prime ou des participations aux coûts n'est pas payée dans les temps, le débiteur reçoit un rappel écrit, à ses frais, d'effectuer le paiement dans les 14 jours à partir de l'envoi du rappel.

G.2.1 : Si la totalité de la prime ou des participations aux coûts n'est pas payée dans le délai de grâce ainsi accordé, le débiteur doit être sommé par écrit, à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation doit rappeler les conséquences du retard.

G.2.2 : Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'Organisme assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai de 14 jours jusqu'au paiement de toutes les primes ouvertes.

L'Organisme assureur devra aussitôt informer L'organe cantonal de contrôle des assurances maladie.

G.2.3 : Si l'Organisme assureur n'engage pas de poursuites judiciaires pour recouvrer le montant de la prime, la police d'assurance sera automatiquement annulée deux mois après l'expiration de la période de préavis de 14 jours et aucune autre lettre d'annulation ne sera envoyée à la personne assurée.

L'Organisme assureur devra aussitôt informer L'organe cantonal de contrôle des assurances maladie.

G.2.4 : En cas de rappels, de sommations et de poursuites, les frais suivants sont facturés :

- rappel CHF 20
- sommation CHF 20
- réquisition de poursuite (plus frais administratifs de poursuite et frais judiciaires) CHF 50
- radiation d'une poursuite CHF 80 (la poursuite n'est radiée que lorsque tous les impayés sont réglés)

G.2.5 : La prime ne saurait être utilisée comme compensation en cas de réclamation intentée à l'encontre de l'Organisme assureur. La personne assurée ne dispose d'aucun droit de compensation à l'égard l'Organisme assureur.

G.3 : Changement de mode de paiement
Le changement de mode de paiement ne peut se faire qu'à la date de renouvellement de la police d'assurance. La demande doit parvenir à l'Organisme assureur au plus tard 30 jours avant cette date.

Art. H : Adaptation tarifaire

H.1 : Adaptation tarifaire
L'Organisme assureur peut modifier ses tarifs de primes et/ou ses participations aux coûts (franchise/quote-part) en fonction de l'évolution du coûts des soins médicaux , de la charge des sinistres, du changement du cercle des fournisseurs de prestations et leurs prestations, des formes de thérapie, de l'adaptation du champ d'application de la couverture ainsi que des modifications légales.

Dans ce cas, l'Organisme assureur communique les nouvelles primes, respectivement, les nouvelles dispositions du contrat au preneur d'assurance au plus tard 25 jours avant leur entrée en vigueur.

À la réception des nouvelles conditions, la personne assurée a alors le droit de se départir du contrat pour la date de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

Pour être valable, la résiliation notifiée conformément à l'art. F.9 des conditions générales d'assurance (CGA), doit parvenir à l'Organisme assureur au plus tard le jour ouvrable précédant l'entrée en vigueur du nouveau contrat. Faute de résiliation, le preneur d'assurance est censé accepter l'adaptation du contrat.

H.2 : Changement de classe d'âge
Lors du passage à la classe d'âge 30 à 60 ans, la franchise et la prime d'assurance sont adaptées au moment du renouvellement du contrat d'assurance.

La personne assurée a alors le droit de se départir du contrat dans les 30 jours qui suivent la réception de son nouveau certificat d'assurance pour la date de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

Pour être valable, la résiliation notifiée conformément à l'art. F.9 des conditions générales d'assurance (CGA).

H.3 : Changement de canton
La personne assurée qui doit changer de canton de résidence pour se rendre dans un autre canton devra informer l'Organisme assureur 30 jours avant d'effectuer ce changement.

Si des conditions particulières sont exigées par le nouveau canton de résidence, l'Organisme assureur en informera la personne assurée et un nouveau contrat lui sera soumis.

La personne assurée a alors le droit de se départir du contrat pour la date de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

Pour être valable, la résiliation notifiée conformément à l'art. F.9 des conditions générales d'assurance (CGA), doit parvenir à l'Organisme assureur au plus tard le jour ouvrable précédant l'entrée en vigueur du nouveau contrat. Faute de résiliation, le preneur d'assurance est censé accepter l'adaptation du contrat.

H.4 : Changement de franchise
Le passage à une nouvelle franchise ne peut se faire que pour le 1er janvier de chaque année. La personne assurée qui souhaite modifier sa franchise doit en faire la demande en complétant une nouvelle proposition d'assurance et l'adresser à l'Organisme assureur au plus tard 30 jours avant la prise d'effet.

Art. I : Définitions

I.1 : 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.

I.2 : Accident
Toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire.

I.3 : Maternité
Il s'agit des frais médicalement nécessaires occasionnés pendant la grossesse et l'accouchement.

I.4 : Médecins
I.4.1 : Médecin généraliste
Médecin autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

I.4.2 : Médecins spécialistes
Médecin diplômé possédant l'expérience et les qualifications complémentaires nécessaires à la pratique d'une spécialité reconnue, ce qui comprend les techniques de diagnostic, de traitement et de prévention dans un domaine particulier de la médecine.

I.5 : Hôpitaux et Cliniques
Des établissements hospitaliers et des cliniques qui sont dirigés et surveillés par un médecin et qui accueillent exclusivement des personnes malades ou accidentées.

Ne sont pas réputés hôpitaux, des établissements de cure, des homes pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux, des homes pour malades chroniques et d'autres institutions non prévues pour le traitement de personnes souffrant de maladie aiguë.

I.6 : Établissements de cure
Établissements thermaux reconnus conformément à l'art. 40 LAMal ainsi que des maisons de convalescence dirigées ou surveillées par un médecin.

I.7 : Franchise
Le montant indiqué sur le certificat d'assurance que l'assuré accepte de prendre à sa charge pour chaque année civile avant d'être remboursé par l'Organisme assureur.

I.8 : Quote-part
Coût supplémentaire à la charge de la personne assuré.

I.9 : Grossesse
Période depuis la date du premier diagnostic jusqu'à l'accouchement.

I.10 : Nécessité médicale
Les services et matériels qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires doivent :

- être nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient
- être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient
- être conformes aux pratiques médicales généralement reconnues et aux standards professionnels de la communauté médicale en application au moment des soins. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de la couverture d'assurance choisie
- être requis pour des raisons autres que le confort ou la commodité du patient ou de son médecin
- avoir un effet médical prouvé et démontré
- être considérés comme du type et du niveau le plus approprié
- être prodigués dans un établissement et une salle appropriés et être de qualité appropriée pour traiter l'état médical du patient. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de la couverture d'assurance choisie
- être fournis uniquement durant une période appropriée

Dans cette définition, le terme « approprié » prend en considération la sécurité du patient et le coût du traitement. Concernant une hospitalisation, « médicalement nécessaire » signifie aussi que les soins ou diagnostics ne peuvent pas être effectués avec prudence et efficacité en médecine courante.

I.11 : Obésité
Elle est diagnostiquée lorsqu'une personne présente un indice de masse corporelle supérieur à 30.

I.12 : Pathologie préexistante
Problème de santé ou problème découlant de ce dernier dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de la vie de la personne assurée, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Tout problème de santé ou problème lié, dont la personne assurée ou ses ayants droit auraient raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante.

I.13 : Pays d'origine
Pays d'origine de la personne assurée ou pays pour lequel elle possède un passeport.

I.14 : Urgence
Apparition d'un problème de santé soudain et imprévu, qui nécessite une assistance médicale d'urgence. Seuls les soins commençant dans les 24 heures suivant l'incident sont couverts.

I.15 : Rééducation
Traitements sous la forme d'une combinaison de thérapies, y compris la thérapie physique, l'ergothérapie et l'orthophonie, dans le but de restaurer une forme et/ou une fonction normale après une blessure ou une maladie aiguë.

La garantie ne couvre que les traitements commençant dans les 14 jours suivant la sortie d'hôpital après la fin d'un traitement médical ou chirurgical pour une maladie aiguë. Les traitements doivent avoir lieu dans un établissement de rééducation agréé.

I.16 : Assistance
Aide apportée à la personne assurée à l'occasion du voyage lorsqu'un accident ou tout autre incident assuré se produit. Une gamme de mesures humaines, techniques et, en second lieu, financières sont alors déployées pour assister la personne assurée.

I.17 : Membres de la famille
Membres de la même famille (conjoint, père et mère, enfants, beaux-parents, grands-parents, frères et sœurs).

Art. J : Participation aux coûts

L'assuré participe aux coûts des prestations qui sont accordées en sa faveur. La participation aux coûts comprend :

J.1 : La franchise
La franchise est indiquée sur le certificat d'assurance, elle s'applique à l'ensemble des prestations et représente le montant que l'assuré accepte de prendre à sa charge pour chaque année civile avant d'être remboursé par l'Organisme assureur.

J.2 : La quote-part
Elle s'élève à 10% des coûts générés pour les cas suivants :

- la maladie ou l'accident qui sont le fait volontaire de la personne assurée, les mutilations volontaires ou les tentatives de suicide
- les traitements liés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme
- l'éthylisme, l'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment d'un accident, la personne assurée avait un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 0.50 g par litre de sang
- la psychothérapie
- les médecines alternatives

Art. K : Garanties d'assurance

Les différentes garanties que l'Organisme assureur peut offrir sont résumées dans cette section. Celles dont bénéficie la personne assurée sont précisées dans sa formule d'assurance.

Les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. Si l'une de ces trois conditions n'est pas remplie, l'Organisme assureur se réserve le droit de refuser la demande de remboursement.

K.1 : Plafonds des garanties
Deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans la formule d'assurance. Le plafond global de la formule d'assurance, applicable à certaines garanties, est le montant maximum que l'Organisme assureur paiera pour l'ensemble des garanties, par personne assurée, par période d'assurance, par année civile et sous cette formule d'assurance en particulier.

Certaines garanties ont également un plafond propre. Ces plafonds de garantie peuvent être appliqués soit par période d'assurance, par année civile, pour toute la vie ou par événement. L'Organisme assureur paiera parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties.

K.2 : Honoraires de médecins
Honoraires de médecins généralistes et de médecins spécialistes.

K.3 : Hospitalisations
Une admission dans un hôpital ou dans une clinique psychiatrique doit immédiatement être annoncée à l'Organisme assureur, au plus tard toutefois dans un délai de 6 jours. Si une garantie de couverture est exigée, l'annonce doit avoir lieu avant l'admission.

Sont garantis en cas d'hospitalisation, les frais en division commune portant sur :

- l'hospitalisation médicale en établissement public ou privé
- l'hospitalisation et l'intervention chirurgicales
- les frais médicaux et paramédicaux annexes effectués dans le cadre d'une hospitalisation

K.4 : Médicaments prescrits
Produits prescrits par un médecin et qui figurent sur la liste des spécialités (LS) à l'exception des produits non médicamenteux d'usage courant et les médicaments hors liste (HL).

Les médicaments prescrits doivent avoir un effet médical prouvé sur la condition médicale traitée et être reconnus par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique du pays dans lequel ils sont prescrits, et être couverts par la LAMal.

K.5 : Soins à domicile
À la suite d'une hospitalisation ou pour remplacer une hospitalisation, un montant maximum de CHF 20 par jour est alloué, au maximum CHF 2'000 par année civile. Uniquement sur prescription médicale.

K.6 : Psychothérapie
Les séances ne sont remboursées que si elles sont effectuées par un médecin selon des méthodes dont l'efficacité est scientifiquement prouvée et après avoir présenté à l'Organisme assureur un diagnostic les justifiant, posé par un psychiatre.

K.6.1 : La psychiatrie et psychothérapie sont couvertes lorsque médicalement nécessaires et assurées par un psychiatre (ou psychologue si le traitement est prescrit et supervisé par un psychiatre) jusqu'à 15 séances diagnostiques et thérapeutiques.

K.6.2 : Des séances supplémentaires, mais au maximum 15 séances, peuvent être couvertes si elles sont médicalement nécessaires, à condition que l'Organisme assureur reçoive à l'avance, un rapport médical contenant les diagnostics, le traitement effectué, les résultats obtenus jusqu'à présent, le but ainsi que la durée de l'extension proposée.

K.6.3 : L'Organisme assureur ne rembourse que les coûts de la psychothérapie déléguée par un médecin à un psychothérapeute agréé dans le but d'éclaircir et de traiter les troubles psychiques ou psychosomatiques.

K.6.4 : Dans tous les cas, ce trouble doit être associé à une souffrance actuelle ou à une gêne majeure dans des activités quotidiennes importantes telles que l'activité professionnelle. Ce trouble doit répondre aux critères de classification d'un système de classement international tel que le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (Diagnostic and Statistical Manual- DSM-IV) ou la « Classification internationale des maladies » (International Classification of Diseases- ICD-10).

K.7 : Greffe d'organes
Remboursement intégral. Les frais de procuration de l'organe ne sont pas couverts.

K.8 : Rééducation
Un montant de maximum de CHF 500 par jour est alloué durant maximum 90 jours par année civile. La rééducation doit débuter dans les 14 jours qui suivent la date de sortie de l'hôpital.

Uniquement sur prescription médicale et après l'accord préalable de l'Organisme assureur.

K.9 : Interruption volontaire de grossesse – IVG
Dans le cas où elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte, l'Organisme assureur prend en charge les frais liés à une interruption volontaire de grossesse lorsque celle-ci n'est pas punissable au sens de l'art. 119 du code pénal suisse. La formule d'assurance prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie, les frais liés aux complications de grossesse ou aux complications à l'accouchement ne sont pas couverts par cette garantie.

K.10 : Maternité
L'Organisme assureur prend en charge, conformément à l'art. 13 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), les frais médicalement nécessaires occasionnés pendant la grossesse et l'accouchement, comprenant :

- les frais d'hôpital
- les honoraires des spécialistes
- les soins pré et postnataux prodigués à la mère
- les honoraires de sage-femme
- les soins apportés au nouveau-né
- trois consultations sur l'allaitement maternel, mais au maximum CHF 150, lorsqu'elles sont prodiguées par une sage-femme, par une organisation de sages-femmes ou par une infirmière ou un infirmier ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine

Les examens effectués par un docteur ou sage-femme, ou les examens prescrits par un docteur sont couverts pendant et après la grossesse. Sept examens de routine sont couverts (dont deux peuvent être des échographies de l'utérus entre la 10e et la 12e semaine ainsi qu'entre la 20e et la 23e semaine, avec des échographies de l'utérus supplémentaires en cas de grossesse à risque dans le cadre de cette garantie) ainsi que des examens postnatals (six à dix semaines après l'accouchement).

L'accouchement en division commune dans un hôpital du canton de résidence, ou dans un environnement semi hospitalier, y compris l'aide et la préparation à la naissance par le médecin ou la sage-femme.

Toute césarienne non médicalement nécessaire sera couverte dans la limite du coût d'un accouchement naturel réalisé dans le même hôpital et dans la limite du plafond de garantie.

Les soins du nouveau-né comprennent un ensemble de moyens et méthodes permettant d'évaluer l'intégrité fonctionnelle (organes et structure osseuse) du nouveau-né. Ils sont uniquement couverts le temps du séjour à l'hôpital jusqu'à la sortie, dans le cadre d'un accouchement sans complication. Ces examens indispensables sont prodigués immédiatement après la naissance. Les procédures complémentaires de diagnostic préventif telles que les tampons à prélèvement, la détermination du groupe sanguin ou les examens auditifs ne sont pas couvertes. Tout suivi médicalement nécessaire ou traitement y compris pour une complication n'est pas couvert pour le nouveau-né.

Les nouveau-nés ne peuvent pas être ajoutés à la police d'assurance. Aussi il est recommandé d'avoir une couverture d'assurance adéquate en place pour le nouveau-né avant sa naissance.

Pour bénéficier de la garantie maternité, une entente préalable est requise en cas d'hospitalisation uniquement.

K.10.1 : Accouchement à domicile
L'accouchement à domicile est pris en charge s'il est compris dans la formule d'assurance choisie, jusqu'à la limite indiquée.

K.10.2 : Soins prénatals
Dépistages et examens de suivi classiques nécessaires durant la grossesse. Pour les femmes âgées de 35 ans et plus, cela inclut les tests triples (Bart's) ou quadruples, les tests pour le Spina Bifida, les amniocentèses et les analyses ADN si elles sont directement liées à une amniocentèse couverte par la police d'assurance.

K.10.3 : Soins postnatals
Soins médicaux post-partum de routine reçus par la mère jusqu'à six semaines après l'accouchement.

K.10.4 : Complications de grossesse
Elles concernent la santé de la mère. Seules les complications suivantes qui surviennent pendant la période prénatale sont couvertes :

- grossesse extra-utérine
- diabète gestationnel
- pré-éclampsie
- fausse couche
- risques de fausse couche
- enfant mort-né
- môle

K.10.5 : Complications à l'accouchement
Elles désignent uniquement les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique :

- hémorragie post-partum
- rétention placentaire

Les complications à l'accouchement couvrent également la césarienne lorsque celle-ci est médicalement nécessaire.

K.11 : Analyses et examens médicaux
Les analyses, la radiologie, les scanners et les IRM sont couverts intégralement s'ils sont effectués dans le but de déterminer l'origine des symptômes présentés et qu'ils sont prescrits par un médecin.

La tomographie est couverte uniquement après l'acceptation préalable de l'Organisme assureur.

K.12 : Vaccins
Un montant de CHF 150 est alloué par période de 3 années civiles pour les vaccins obligatoires, médicalement prescrits et recommandées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission fédérale pour les vaccinations.

K.13 : Test HIV
Un montant de maximum de CHF 50 est alloué pour chaque année civile.

K.14 : Cures thermales
Pour l'allocation d'un montant maximum de CHF 10 par jour pendant au maximum 21 jours par année civile, les conditions suivantes sont applicables :

- les cures doivent être indiquées médicalement
- les cures doivent avoir lieu en Suisse
- les cures doivent avoir été ordonnées dans le cadre d'un traitement médical et par un médecin autorisé à exercer en Suisse
- les prescriptions de cure doivent parvenir à l'Organisme assureur avant le début d'une cure

K.15 : Physiothérapie
Traitement administré par un physiothérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin et dans le cadre du traitement de maladies musculosquelettiques ou neurologiques ou des systèmes des organes internes et des vaisseaux, pour autant que la physiothérapie permette de les traiter.

La physiothérapie est initialement limitée à 9 séances au maximum par ordonnance après lesquelles la personne assurée doit être examinée par le médecin généraliste ayant prescrit ces séances. La 1ère séance doit être faite dans les 5 semaines à compter de la date de l'ordonnance du médecin.

En général, 4 séries de 9 séances de physiothérapie par année sont admises par pathologie. Au-delà de 36 séances de traitements. Si davantage de séances sont requises, un nouveau rapport justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devra être remis à l'Organisme assureur.

K.16 : Chiropraticien
Les frais sont couverts à hauteur de 50% uniquement si la personne assurée a recours à un chiropraticien autorisé à exercer en vertu d'un diplôme reconnu par le droit suisse.

K.17 : Ostéopathe
Les frais sont couverts à hauteur de 50% uniquement si la personne assurée a recours à un ostéopathe autorisé à exercer en vertu d'un diplôme reconnu par le droit suisse.

K.18 : Médecine alternative
90% des frais, au maximum CHF 1'500 par année civile, pour les traitements d'homéopathie, phytothérapie, acupuncture, et médecine anthroposophique à condition que la prestation soit fournie par l'un des prestataires suivants :

- médecin
- médecin naturopathe autorisé légalement par un canton à exercer
- praticien en thérapeutique naturelle APTN (NVS) (membre à part entière)

K.19 : Soins d'urgence sans hospitalisation
Sont pris en charge uniquement les soins médicaux que la personne assurée doit recevoir en cas d'urgence. Seuls les soins devant être administrés dans les 24 heures qui suivent l'urgence seront couverts, s'ils sont considérés comme médicalement nécessaires par un médecin et s'ils sont dispensés par un médecin agréé.

Cela comprend la prise en charge des soins reçus aux urgences suite à un accident ou à l'apparition soudaine ou la dégradation inattendue d'une maladie grave, présentant un danger immédiat pour la santé de la personne assurée et qui demande des soins médicaux d'urgence.

Cette garantie ne prend pas en charge les soins nécessaires dans le cadre d'une grossesse ou de toute autre exclusion.

K.20 : Verres de lunettes et lentilles de contact
Jusqu'à l'âge de 18 ans, un montant de CHF 180 est alloué par année civile pour les verres de lunettes et les lentilles de contact avec correction.

Uniquement sur prescription médicale. Le droit aux prestations liées à l'optique commence 6 mois à compter de la date d'effet du contrat.

K.21 : Traitement dentaire d'urgence suite à un accident
Maximum 80%. Le traitement doit être administré dans les 15 jours et consiste à remplacer les dents saines et naturelles perdues ou endommagées.

K.22 : Moyens et appareils
Uniquement sur prescription médicale. Sont couverts les matériels qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires doivent :

- être nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient
- être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient
- être conformes aux pratiques médicales généralement reconnues et aux standards professionnels de la communauté médicale en application au moment des soins. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de la couverture d'assurance choisie
- être requis pour des raisons autres que le confort ou la commodité du patient ou de son médecin
- avoir un effet médical prouvé et démontré
- être considérés comme du type et du niveau le plus approprié
- être prodigués dans un établissement et une salle appropriés et être de qualité appropriée pour traiter l'état médical du patient. Cela ne s'applique pas aux méthodes de traitements paramédicaux s'ils font partie de la couverture d'assurance choisie
- être fournis uniquement durant une période appropriée

K.23 : Frais de transport
L'Organisme assureur prend en charge 50% des frais de transports, au maximum CHF 500 par année civile pour les frais occasionnés par un transport d'urgence, médicalement indiqué afin de permettre la dispensation des soins par le fournisseur de prestations admis le plus proche ou l'hôpital situé le plus proche pour le traitement approprié et qui fait partie des fournisseurs que la personne assurée à le droit de choisir.

K.23.1 : Les frais de transports ne sont couverts que lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé.

K.24 : Rapatriement sanitaire
Le rapatriement sanitaire – hors Suisse et hors pays d'origine – est remboursé intégralement.

K.25 : Capital décès
En cas de décès de la personne assurée, le montant indiqué sur le certificat d'assurance sera réglé sur la base de la désignation de bénéficiaire universel, soit : le conjoint, à défaut les enfants nés ou à naître à parts égales, à défaut les parents à parts égales, la part du prédécédé revenant au survivant, à défaut aux héritiers à parts égales entre eux.

Art. L : Remboursements

L.1 : Reconnaissance des fournisseurs de prestations
En cas de traitements en Suisse, seules les factures établies par des personnes possédant un diplôme fédéral ou cantonal ou ayant une autorisation permettant d'exercer la profession sont prises en considération.

L.2 : Traitements ambulatoires : Tiers garant
Pour obtenir le remboursement des traitements ambulatoires, notamment la facture d'un spécialiste ou d'un médecin généraliste, la personne assurée doit envoyer à l'Organisme assureur :

- la facture originale, détaillée, payée et dûment acquittée
- la preuve de paiement des frais médicaux
- le formulaire de demande de remboursement dûment complété
- ses coordonnées bancaires (IBAN du compte bancaire ou postal)

Seuls les frais des traitements pour lesquels la personne assurée est couverte seront remboursés en prenant en compte toute entente préalable requise. Toutes franchises ou quotes-parts seront prises en compte lors du calcul du montant à rembourser.

Si la personne assurée doit verser un acompte avant le début d'un traitement médical, les frais encourus ne seront remboursables que lorsque le traitement aura eu lieu.

L.3 : Traitements stationnaires : Tiers payant
Pour obtenir le remboursement des traitements stationnaires, les établissements hospitaliers font parvenir à l'Organisme assureur directement la facture originale, détaillée.

L.4 : Factures établies à l'étranger
En cas de traitements à l'étranger, seules les factures établies par des personnes possédant un diplôme délivré dans le pays où ils exercent la profession et autorisés à l'exercer sont prises en considération.

L.5 : Les demandes de remboursement ne seront honorées que si l'Organisme assureur estime que le montant des factures et des reçus fournis est raisonnable et habituel. Dans le cas contraire, l'Organisme assureur se réserve le droit de réduire le montant de ses prestations.

L.6 : Si les frais ne sont pas ou insuffisamment détaillés, l'Organisme assureur procède lui-même à la répartition.

L.7 : Dans le cas où une demande de remboursement s'avère fausse, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou si des dispositifs ou moyens frauduleux ont été utilisés par la personne assurée ou par quiconque agissant en son nom afin de tirer avantage de la police d'assurance, l'Organisme assureur ne remboursera pas ce sinistre.

L.8 : Dans le cas où une demande de remboursement s'avère frauduleuse, l'Organisme assureur annulera le contrat par écrit à compter de la date de découverte de l'acte frauduleux et il pourra exiger le remboursement de tout montant versé dans le cadre de cette demande (Article 40 LCA).

L 9 : Les remboursements que la personne assurée ou le preneur d'assurance reçoivent de manière injustifiée de la part de l'Organisme assureur doivent être retournés dans les 30 jours à celui-ci, y compris les frais encourus en conséquence.

L.10 : Subsidiarité et prestations de tierces parties
Nous fournissons nos prestations d'assurance à la suite du remboursement des garanties effectué par les assureurs sociaux, autres assureurs privés ou autres parties responsables. Si d'autres assureurs privés sont également responsables du versement de prestations suivant le remboursement effectué par d'autres parties, nous devons verser les garanties fondées sur la somme assurée par nos soins, dans la proportion de la somme totale assurée par tous les assureurs responsables. Si un assureur social est tenu responsable et que nous avons fourni une couverture d'assurance initiale, nous avons le droit d'exiger le remboursement de la part de la personne assurée ou auprès de l'assureur sociale.

Si des tiers responsables ont pour obligation de verser des prestations suite à une maladie ou un accident, nous garantissons uniquement le versement des prestations comme paiements anticipés et sous réserve que la personne assurée nous transmette ses droits contre des tiers responsables jusqu'à concurrence de la somme que nous assurons. Si la personne assurée passe un accord avec le tiers responsable, selon lequel elle renonce en partie ou en totalité à ses droits à une indemnité ou une compensation, sans le consentement de l'Organisme assureur, cela entraine la nullité de ses droits aux prestations auprès des services de l'Organisme assureur.

L 11 : Cession et mise en gage
Les créances envers l'Organisme assureur ne peuvent être mises en gage et ne peuvent être cédées qu'au fournisseur de prestations uniquement.

L.12 : Compensation
L.12.1 : Les créances de l'Organisme assureur envers la personne assurée sont déduites des prestations dues.

Art. M : Obligations et justification des prétentions

M.1 : Obligations générales de la personne assurée
La personne assurée doit, sans s'y limiter :

- se soumettre aux directives des médecins
- entreprendre tout ce qui est en son pouvoir afin de renseigner et de collaborer avec l'Organisme assureur
- entreprendre tout ce qui est en son pouvoir pour contenir autant que possible les atteintes à sa santé
- pas participer à des actions risquées et ne doit pas s'exposer sciemment à un danger

M.2 : Acceptation préalable
Le remboursement des frais est subordonné à l'acceptation préalable de l'Organisme assureur, à moins qu'il y ait eu urgence caractérisée, dans les cas suivants :

- toute hospitalisation en dehors de la Suisse
- les soins à domicile en dehors de la Suisse
- les frais d'accouchement en dehors de la Suisse
- les psychothérapies en dehors de la Suisse
- l'IRM en dehors de la Suisse
- la tomographie et tomographie-scanographie
- les greffes d'organes
- les frais de physiothérapie en dehors de la Suisse
- les honoraires d'homéopathe et d'acupuncteur
- les cures thermales
- les rééducations en dehors de la Suisse

En cas d'urgence caractérisée, la déclaration à l'Organisme assureur doit être faite dans les 7 jours suivant l'admission dans l'établissement hospitalier.

L'acceptation de l'Organisme assureur est réputée obtenue s'il n'a pas répondu dans les 20 jours qui suivent la date de réception de la demande.

Toutefois, cette acceptation tacite n'est valable que pour les soins dispensés dans les 30 jours suivant ce délai de 20 jours.

Dans l'hypothèse où cette demande n'est pas obtenue lors d'une hospitalisation ou lors de tout autre traitement pour lequel ce service est possible, l'Organisme assureur se réserve le droit de refuser la demande de remboursement.

M.3 : Justification des prétentions
Si des prétentions d'assurance sont exigées, la personne assurée s'engage à nous fournir toutes les factures détaillées, les pièces justificatives des fournisseurs de prestations et les preuves de paiement doivent être adressées à l'Organisme assureur. Ne s'ont pris en considération que les documents originaux.

Les factures et documents provenant de l'étranger peuvent être établis en français, allemand, Italien ou anglais. Pour les factures et les documents établis dans d'autres langues, une traduction doit être jointe.

Si l'assurance des soins existe auprès d'un autre assureur, les décomptes détaillés de cet assureur doivent en outre être remis.

M.4 : Violation des obligations
Si l'assuré viole ses obligations vis-à-vis de l'Organisme assureur lors d'une revendication de prestations, celles-ci peuvent être réduites ou refusées.

Art. N : Déclaration de sinistre

N.1 : Maladie survenue à l'étranger
Si des prestations en cas de maladie survenue à l'étranger sont exigées, le formulaire « déclaration de maladie survenue à l'étranger » doit être immédiatement présenté à l'Organisme assureur.

N.2 : Accident
Si des prestations en cas d'accident sont exigées, le formulaire « déclaration d'accident » doit être immédiatement présenté à l'Organisme assureur.

Art. O : Prestations de tiers, coordination

O.1 : Assurances multiples
Si, pour les frais assurés, il existe une couverture d'assurance auprès de plusieurs assureurs, ils ne sont payés au total qu'une seule fois. Dans ces cas, l'Organisme assureur prend à sa charge les frais uniquement de façon proportionnelle.

O.2 : Prestations de tiers
Les assurés ont l'obligation d'informer immédiatement l'Organisme assureur concernant des prestations de tiers ainsi que des accords d'indemnisation, pour autant que l'Organisme assureur doive allouer des prestations dans le même cas d'assurance.

O.3 : Si l'Organisme assureur alloue des prestations à la place d'un tiers responsable, l'assuré doit céder ses droits dans l'étendue des prestations à fournir par l'Organisme assureur.

O.4 : Lors d'un contrat en commun avec un autre assureur, les deux parties ont réciproquement le droit de consulter le dossier médical avant et après le début de l'assurance.

Des accords avec des tiers ne font pas foi pour l'Organisme assureur.

Art. P : Exclusions

P.1 : Risques exclus
Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'Organisme assureur s'ils résultent des faits suivants :

- les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat ou d'un mouvement populaire, sauf si l'assuré ne prend pas une part active à l'événement
- un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique

L'Organisme assureur se réserve la possibilité de modifier les garanties sur un ou plusieurs territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze jours à la personne assurée.

P.2 : Prestations et services exclus
Il est précisé que ne sont pas pris en charge par l'Organisme assureur :

P.2.1 : Toute forme de traitement expérimental ou non contrôlé qui ne suit pas les pratiques communément acceptées, coutumières ou traditionnelles de la médecine, sauf sur consentement spécifique de la part de l'Organisme assureur.

P.2.2 : Le supplément chambre particulière en cas d'hospitalisation

P.2.3 : Les soins dentaires conservateurs, l'orthodontie, les prothèses dentaires sauf s'ils sont prévu par contrat

P.2.4 : Les frais annexes ou de confort en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision...)

P.2.5 : Les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe

P.2.6 : Toute opération ou traitement lié au changement de sexe

P.2.7 : Les traitements esthétiques, cures de rajeunissement

P.2.8 : Traitements ayant pour but d'approfondir les connaissances de soi-même, la réalisation de soi-même ou la maturation de la personnalité ou pour d'autres raisons n'ayant pas pour but de traiter une maladie

P.2.9 : Cures d'amaigrissement, thérapies cellulaires, thérapies d'affermissement

P.2.10 : Mesures ordonnées par une autorité judiciaire ou administrative, p.ex. thérapie à la place de l'exécution d'une peine, test d'alcoolémie ou de drogue

P.2.11 : Traitements en cas de service militaire à l'étranger et/ou traitements subséquents

P.2.12 : Les vérifications, études, traitements et complications liés à la stérilité, la stérilisation, les dysfonctionnements sexuels, la contraception y compris l'insertion ou l'enlèvement d'appareils contraceptifs, l'interruption volontaire de grossesse sauf si elle est non punissable au sens de l'art. 119 du code pénal suisse

P.2.13 : Toute chirurgie élective, toute chirurgie volontaire et/ ou chirurgie plastique ou esthétique que ce soit pour des raisons médicales, psychologiques ou toute autre raison, ainsi que tout traitement cosmétique ou esthétique afin de mettre en valeur l'apparence de la personne assurée, même lorsque ces soins ont été médicalement prescrits.

P.2.14 : Les cures thermales en dehors du territoire suisse

P.2.15 : Les frais de transport, d'hébergements ou de confort relatifs aux cures thermales

P.2.16 : Les frais médicaux liés à aux séjours suivants même si ceux-ci sont médicalement prescrit :

- en centre de thalassothérapie
- en centre de remise en forme
- maison de convalescence
- en maison de repos

P.2.17 : Les consultations, traitements et complications liés à la perte ou à l'implant de cheveux à moins que ce traitement ne soit lié à une perte des cheveux causée par une maladie grave.

P.2.18 : Les traitements en vue de modifier la réfraction d'un œil ou des yeux (correction oculaire au laser), y compris la kératotomie réfractive (KR) et la kératotomie photo réfractive (KPR)

P.2.19 : Les médicaments sans ordonnance, les médicaments hors liste (HL) et les produits non médicamenteux d'usage courant tels que l'alcool médical, le coton hydrophile, les crèmes solaires, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampooings, les produits alimentaires (également ceux destinés à un régime spécial, les eaux minérales et vins toniques, les préparations de glandes fraîches et sèches, les produits anticonceptionnels, les produits cosmétiques, les articles sanitaires, les produits contre la calvitie, les produits classés comme vitamines et minéraux, les laits maternisés).

P.2.20 : Les traitements, les procédures et soins médicaux suivants, ou n'importe quelles conséquences négatives ou complications en résultant, ne sont pas couverts :

- soins dentaires, chirurgie dentaire, parodontologie, orthodontie et prothèses dentaires, à l'exception de la stomatologie et de la chirurgie maxillo-faciale
- produits prescrits de thérapie de substitution à la nicotine
- traitement préventif
- bilans de santé
- orthoptie
- logopédie
- ergothérapie

P.2.21 : Tout traitement en dehors de la zone géographique de couverture, à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence ou que l'Organisme assureur ait autorisé le traitement.

P.2.22 : Toute consultation pratiquée, de même que tout médicament ou soin prescrit par la personne assurée, son conjoint, par l'un de ses parents ou l'un de ses enfants.

P.2.23 : Le traitement nécessaire suite à une erreur médicale.

P.2.24 : Les tests et traitements liés à l'obésité.

P.2.25 : Traitement des troubles du sommeil, y compris l'insomnie, l'apnée obstructive du sommeil, la narcolepsie, le ronflement et le bruxisme.

P.2.26 : Les frais engendrés par des complications causées directement par une maladie, une blessure ou un traitement non pris en charge par la formule d'assurance choisie.

P.2.27 : La négligence grave ou d'accident dont la cause serait délibérée, notamment lors de consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, le versement des garanties peut être réduit ou rejeté dans certains cas graves.

P.2.28 : Les frais engendrés par les maladies ou les accidents qui sont le fait volontaire de la personne assurée, les blessures volontaires ou auto-infligées, les mutilations volontaires ou auto-infligées, ou d'une tentative de suicide.

P.2.29 : Les frais pour remplir le formulaire de demande de remboursement ou d'autres frais administratifs.

P.2.30 : Tout traitement directement lié à la gestation pour autrui, que la personne assurée soit la mère porteuse ou le parent d'accueil.

P.2.31 : L'orthophonie pour traiter le retard de développement, la dyslexie, la dyspraxie ou les troubles du langage et de l'expression.

P.2.32 : Les thérapies par la musique ou par la vidéo.

P.2.33 : Les tests triples (Bart's) ou Quadruples, ou les tests pour le Spina Bifida, hormis pour les femmes de 35 ans ou plus.

P.2.34 : Les traitements paramédicaux, à l'exception des méthodes de traitement indiquées dans les conditions générales d'assurance (CGA) et pris en charge par la formule d'assurance choisie.

P.2.35 : La visite à domicile d'un médecin à moins que celle-ci n'ait été rendue nécessaire par l'apparition soudaine d'une maladie empêchant la personne assurée de se rendre chez un médecin généraliste, spécialiste ou tout autre thérapeute.

P.2.36 : Les traitements, les procédures et soins médicaux ou n'importe quelles conséquences négatives ou complications en résultant qui ne sont pas indiqués dans la formule d'assurance de la personne assurée.

P.2.37 : Les événements qui se sont déjà réalisés au moment de la souscription de la police d'assurance ou de la déclaration de l'événement, ou les évènements que la personne assurée aurait dû connaître au moment de la souscription de la police d'assurance ou de la déclaration de l'événement.

P.2.38 : Les événements liés à des épidémies ou à des pandémies.es événements liés à la participation à des actions risquées, lorsque la personne assurée s'expose sciemment.

P.2.39 : Les événements liés à la participation à des actions risquées, lorsque la personne assurée s'expose sciemment à un danger.

Art. Q : Confidentialité

Q.1 : Saisie des données, demande de renseignements
Les assurés autorisent l'Organisme assureur à saisir toutes les données par système informatique et à réunir les renseignements nécessaires pour la liquidation du droit aux prestations.

Q.2 : Protection des données
L'acquisition et le traitement des données servent à l'activité de transactions d'assurance, de marketing, de vente, d'administration, de médiation de produits et de services et d'évaluation des risques, ainsi qu'au traitement des contrats d'assurance et de toute activité secondaire qui y est associée.

La confidentialité des informations relatives aux assurés est d'une importance capitale pour l'Organisme assureur. À cette fin, l'Organisme assureur respecte strictement la législation sur la protection des données et les directives sur la confidentialité dans le domaine médical en vigueur dans les pays où il exerce.

Art. R : Informations nécessaires à fournir

R.1 : Changement de nom, de statut, d'état civil et d'adresse
Les changements de nom, de statut, d'état civil et d'adresse, d'e-mail, notamment de canton ou les décès doivent être annoncés par écrit à l'Organisme assureur dans un délai de 30 jours. En cas de retard ou d'omission, l'Organisme assureur se réserve le droit de réclamer le remboursement des frais engagés.

R.2 : L'Organisme assureur peut être amené à procéder à des vérifications liées au statut ou à l'état civil de la personne assurée qui devra alors fournir l'ensemble des éléments demandés en lien avec les critères susmentionnés.

R.3 : Dans le cas où l'Organisme assureur ne dispose pas de l'ensemble des documents qui lui permettent de vérifier le statut de la personne assurée ou les critères d'éligibilité indiqués dans l'art. B des conditions générales d'assurance (CGA), l'Organisme assureur procèdera à la résiliation du contrat pour chaque personne assurée à la dernière date à laquelle celle-ci pouvait valablement justifier son statut.

R.4 : La dernière adresse connue de l'Organisme assureur est valable juridiquement.

Art. S : Assistance

S.1 : En cas de maladie ou d'accident
Lorsque la personne assurée est atteinte, d'une maladie ou est victime d'un accident, hors du territoire Suisse et hors de son pays d'origine, ne pouvant faire l'objet d'un traitement sur place (que cet événement ait été suivi ou non d'une hospitalisation contrôlée par Advisor Assistance), Advisor Assistance organise et prend en charge :

- Le transport vers un centre régional ou dans un pays limitrophe susceptible d'assurer les soins adaptés et dans un second temps, le rapatriement vers un pays de l'Union Européenne, vers la Suisse ou vers son pays d'origine, si l'état de santé de la personne assurée à ce moment le justifie.

- Selon la gravité du cas, le transport ou le rapatriement peut être effectué sous surveillance médicale dans les mêmes conditions de prise en charge.

Le transport sanitaire ou le rapatriement pourra être organisé par :

- avion sanitaire spécial ou avions de lignes régulières
- train, wagon-lit, bateau, ambulance

S.2 : En cas de décès
S.2.1 : Advisor Assistance organise et prend en charge le transport du corps de la personne assurée depuis le lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation dans le pays de la personne assurée.

S.2.2 : Advisor Assistance prend en charge les frais annexes nécessaires au transport du corps dont le coût d'un cercueil d'un modèle simple (maximum CHF 1'000 T.T.C.) permettant le transport.

S.2.3 : Les frais de cérémonie, d'accessoires, d'inhumation ou de crémation dans le pays d'origine de la personne assurée sont à la charge des familles.

S.2.4 : Si ces frais ont été avancés par Advisor Assistance, la personne assurée ou les ayants droit s'engagent alors à effectuer le remboursement de cette avance à réception de la demande de remboursement Advisor Assistance.

S.2.5 : Advisor Assistance fait également l'avance des frais d'hospitalisation engagés à l'étranger par la personne assurée dans le cadre des garanties de rapatriement.

S.2.5.1 : Présence parentale en cas de séjour à l'hôpital de plus de 7 jours
En cas d'hospitalisation hors de Suisse et hors pays d'origine dont la durée prévisible est supérieure à 7 jours ou en cas de décès de la personne assurée hors de Suisse et hors pays d'origine, Advisor Assistance se charge de l'organisation du voyage vers le lieu concerné pour un membre de la famille.

Les frais de transport et de logement seront pris en charge à hauteur de CHF 4'000 maximum par évènement.

Le voyage doit dans tous les cas être organisé avec l'accord préalable d'Advisor Assistance.

Les membres de la famille sont les seuls responsables du non-respect des formalités douanières dans leur pays d'origine et de destination.

S.2.5.2 : Vol de documents personnels (passeport, visa, carte d'identité)
En cas de vol des documents personnels (passeport, visas, carte d'identité) hors de Suisse et hors pays d'origine qui empêche de manière provisoire la poursuite du voyage par la personne assurée ou son retour vers sa résidence en Suisse, les frais supplémentaires de séjour (transport et de logement) seront pris en charge par Advisor Assistance à hauteur de CHF 1'500 maximum pour chaque évènement.

Cette garantie ne sera délivrée que si la personne assurée a immédiatement porté plainte auprès des autorités de police du pays dans lequel elle se trouve ; la déclaration de vol doit être transmise à Advisor Assistance.

S.2.5.3 : Report de voyage en cas de changement des dates d'examen universitaires
Si les autorités universitaires décident de modifier les dates d'examen, rendant ainsi nécessaire de reporter le vol retour vers le pays d'origine ou de retarder le départ vers celui-ci, Advisor Assistance paiera les frais supplémentaires de report/retard de départ jusqu'à maximum CHF 150 maximum par personne assurée et par année, à condition que la réservation ait été faite avant que les autorités universitaires aient décidé de modifier les dates d'examen.

La personne assurée transmettra à Advisor Assistance dès que possible les documents justificatifs suivants, soit l'attestation des autorités universitaires de modification des dates d'examen, la confirmation de la réservation initiale, l'attestation indiquant les nouvelles dates de voyage et les frais de report facturés par le fournisseur du service.

S.2.5.4 : Frais de recherches et de sauvetage
Advisor Assistance coordonne les opérations de recherche et de sauvetage nécessaires. Les frais d'accompagnement sont couverts par Advisor Assistance à hauteur de CHF 50'000 par assuré et par évènement.

S.3 : Services annexes
S.3.1 : Service médical téléphonique
Advisor Assistance met à la disposition des personnes assurées un service de conseil médical téléphonique accessible 24h sur 24h.

Sur simple appel téléphonique de la personne assurée, l'un des médecins d'Advisor Assistance répond aux questions d'ordre médical et peut indiquer des adresses de médecins ou d'établissements médicaux spécialisés ou non, susceptibles de la recevoir.

S.3.2 : Tiers payant hospitalier hors Suisse et hors pays d'origine en cas d'urgence et d'accident

S.3.3 : Pour les hospitalisations de plus de trois jours hors Suisse et hors pays d'origine, Advisor Assistance fera l'avance des frais garantis par le contrat Advisor International Health Insurance et qui auront été engagés sous le contrôle d'Advisor Assistance.

S.3.4 : Envoi de médicaments
Advisor Assistance prend toute mesure pour assurer la recherche et l'envoi des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où, suite à un événement imprévisible, il est impossible à la personne assurée de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent.

Le coût de ces médicaments reste à la charge de la personne assurée.

S.4 : Conditions d'intervention
S.4.1 : L'organisation par la personne assurée ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci avant ne peut donner lieu à aucun remboursement par Advisor Assistance.

S.4.2 : Dans tous les cas, la décision et les modalités de rapatriement ou le transfert vers un centre adapté appartiennent exclusivement au médecin d'Advisor Assistance, après contact avec le médecin traitant sur place et éventuellement la famille de la personne assurée.

S.4.3 : Lorsqu'Advisor Assistance organise et prend en charge un rapatriement dans un pays de l'Union Européenne s'il s'agit du pays d'origine de la personne assurée, il peut être demandé à cette dernière d'utiliser son titre de voyage.

S.4.4 : Lorsqu'Advisor Assistance organise un rapatriement dans un pays de l'Union Européenne s'il s'agit du pays d'origine de la personne assurée, la prise en charge ne s'exercera qu'à concurrence des frais de retour supplémentaires occasionnés par le changement de l'état de santé découlant de la maladie ou de l'accident ayant motivé l'appel.

S.4.5 : Advisor Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

S.4.6 : Advisor Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

S.4.7 : Advisor Assistance ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où la personne assurée aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur dans le pays dans lequel elle se trouve.

S.5 : Subrogation
Toute personne bénéficiant de l'assistance s'oblige à subroger Advisor Assistance dans ses droits et actions contre tout tiers responsable, à concurrence des frais engagés par elle en exécution de la présente garantie.

S.6 : Prescription
Toute action découlant de la présente garantie est prescrite dans un délai de deux ans à compter de la date de l'événement qui lui donne naissance. Passé ce délai, l'Organisme assureur n'est plus dans l'obligation de régler ces demandes.

S.7 : Responsabilité et exclusions
Advisor Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure.

S.7.1 : Ne donnent pas lieu à prise en charge du rapatriement les cas suivants :

S.7.1.1 : Les états de grossesse

S.7.1.2 : Si après un premier rapatriement, la personne assurée rechute moins de douze mois après son retour

S.7.1.3 : Risques de guerre
Les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, sauf si la personne assurée n'y prend pas une part active, ou si elle est appelée à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de la personne assurée.

Advisor Assistance se réserve la possibilité de modifier les garanties sur un ou plusieurs territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze jours, en outre, cas de guerre où la Suisse serait belligérante, la garantie ne serait pas accordée.

S.7.1.4 : Risques aériens
Les conséquences d'accident survenu au cours de la participation de la personne assurée à des compétitions, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activités de navigant militaire.

Par ailleurs, les conséquences d'accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où :

- l'aéronef utilisé est muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité

- les membres de l'équipage (dont peut faire partie la personne assurée) sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol, et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires

S.7.1.5 : Les évènements qui se produisent sur le territoire des États-Unis d'Amérique ou pour le rapatriement vers le territoire des États-Unis d'Amérique.

S.7.1.6 : Le rapatriement, pour raisons médicales ou en cas de décès, vers ou à partir de pays ou de zones vers lesquels le Département fédéral suisse des affaires étrangères (DFAE) déconseille de se rendre et les pays en état de guerre, de révolution, de rébellion ou d'autre désordre intérieur.

S.8 : Autres risques exclus
Les conséquences :

S.8.1 : de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne assurée, de blessures volontaires ou auto-infligées, de mutilations volontaires ou auto-infligées, ou d'une tentative de suicide

S.8.2 : d'un attentat ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne assurée n'y prend pas une part active

S.8.3 : le suicide de la personne assurée avant deux années d'assurance

S.8.4 : d'une opération chirurgicale nécessitée par un accident exclu de l'assurance

S.8.5 : de l'usage de stupéfiants en l'absence de toute prescription médicale

S.8.6 : de la participation à un duel, un crime, un délit intentionnel ou une rixe, sauf le cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger

S.8.7 : de la participation à tous sports et compétitions à titre professionnel

S.8.8 : de la participation à des actions militaires ou de police

S.8.9 : de la détention, la possession ou la manipulation par la personne assurée soit d'engins de guerre, soit d'une arme dont la détention est interdite sur le lieu de l'accident

S.8.10 : d'un acte de belligérance ou de terrorisme revendiqué ou non

S.8.11 : de la participation de la personne assurée à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur

S.8.12 : d'accident résultant de la pratique du saut à l'élastique ainsi que de l'utilisation par la personne assurée (y compris en qualité de passager) de deltaplanes, parapentes, d'avions ultra légers motorisés et de tous autres aéronefs non agréés pour effectuer du transport public

S.8.13 : de sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique

S.8.14 : d'empêchements climatiques tels que tempêtes ou ouragans

S.9 : Mise en œuvre des garanties
Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée directement par la personne assurée (ou toute personne agissant en son nom) en indiquant le nom de l'assuré et le numéro indiqué sur le certificat d'assurance.

Téléphone +41 22 593 73 04
E-mail help@europ-assistance.ch

Art. T : Porteur de risque et droit applicable

Toute contestation relative à l'interprétation ou à l'exécution du présent contrat qui ne pourrait être réglée par voie amiable, sera de la compétence des juridictions suisses.

T.1 : Assurance santé
Conformément à l'art. 2.4 de l'ordonnance de la loi sur l'assurance maladie (OAMal), le risque est assuré par MGEN International Benefits qui a délégué l'ensemble de la gestion du présent programme d'assurance à Advisor International Health Insurance.

T.1.1 : La couverture d'assurance est régie par la loi suisse sur l'assurance maladie (LAMal) et les ordonnances applicables.

T.1.2 : Le contrat d'assurance est régi par le droit suisse régissant le contrat d'assurance.

T.1.3 : Les couvertures assurances qui sont complémentaires sont à considérer comme des assurances complémentaires et sont soumises exclusivement au droit suisse régissant le contrat d'assurance.

T.1.4 : Si une, ou plusieurs des clauses sont déclarées nulles ou non applicables, il n'y a pas d'effet sur les autres clauses des présentes conditions. Celles-ci restent pleinement applicables.

T.2 : Assistance
Le risque est assuré par Europ Assistance qui a délégué l'ensemble de la gestion du présent programme d'assurance à Advisor International Health Insurance.

T.2.1 : Le contrat d'assurance est régi par le droit suisse régissant le contrat d'assurance.

Art. U : Personnes assurées dans le cadre d'un contrat collectif

Le preneur d'assurance qui met en place un contrat collectif bénéficie de procédures administratives simplifiées. Ces procédures visent à alléger les formalités d'admission et ne sont en aucun cas destinées à priver l'Organisme assureur d'évaluer l'objet du risque ou de diminuer son opinion.

U.1 : Critères pour bénéficier d'une couverture d'assurance dans le cadre d'un contrat collectif
La personne assurée doit appartenir à un groupe d'individus pouvant bénéficier d'une assurance dans le cadre d'un contrat collectif. Si ce critère n'est plus rempli, la couverture prendra fin.

U.2 : Obligations de l'Organisme assureur
Un certificat d'assurance est établi au nom de chaque personne assurée dans le cadre d'un contrat collectif. Il est mis à la disposition de la personne assurée conformément aux instructions du preneur d'assurance qui met en place un contrat collectif.

U.3 : Obligations de la personne assurée
La personne assurée est responsable des déclarations consignées dans son dossier d'inscription, en particulier dans la section réservée à son état de santé, et dans tout autre document écrit. L'ensemble de ces documents forme les bases pour l'adhésion à un contrat collectif.

U.4 : Début et fin de la participation à une police d'assurance collective
La participation à la police d'assurance collective commence à la date indiquée dans le contrat d'assurance collectif. Le début de la couverture ne peut pas être avant la date de commencement de la police d'assurance collective. La couverture de la personne assurée ne peut excéder la validité du contrat d'assurance collectif.

U.5 : Passage à l'assurance individuelle
Si la personne assurée souhaite bénéficier d'une couverture individuelle, elle doit compléter une nouvelle proposition d'assurance et l'adresser à l'Organisme assureur au plus tard 30 jours avant de quitter un contrat collectif.

La proposition d'assurance sera soumise aux conditions standards d'admission et d'éligibilité de l'assurance individuelle et aux conditions générales d'assurance (CGA) de celle-ci.

La demande ne peut pas être antidatée et les critères d'éligibilité indiqués dans les conditions générales doivent être remplis.

Art. V : Réclamations

V.1 : Réclamations
Nous recevons avec plaisir les commentaires concernant des aspects relatifs à la garantie d'assurance que la personne assurée a particulièrement appréciés ou qui lui ont posé des problèmes. En cas de réclamation, nous avons mis en place une procédure simple pour assurer que les réclamations soient traitées aussi rapidement et efficacement que possible.

Pour tout commentaire ou recours, vous pouvez appeler le service clientèle de Advisor International Health Insurance au : +41 21 620 75 00

La personne assurée peut également nous écrire à l'adresse suivante :
Advisor International Health Insurance
Avenue de Provence 4
CH-1007 Lausanne
Suisse

V.2 : Seconde instance
Si nous n'avons pas pu résoudre la réclamation de la personne assurée et si celle-ci souhaite introduire un recours en seconde instance, elle peut s'adresser au responsable de Advisor International Health Insurance en matière de recours « Complaint Manager » au : +41 21 620 75 00

Il est très rare que le « Complaint Manager » ne parvienne pas à répondre à une réclamation. Le cas échéant, la personne assurée peut saisir un organisme indépendant en vue de faire examiner sa réclamation.

V.3 : Procédure en cas de contestation
V.3.1 : Lorsque la personne assurée n'accepte pas une décision de l'Organisme assureur, celui-ci lui notifie par écrit dans les 30 jours, avec indication des motifs, du droit d'opposition et du délai d'opposition.

V.3.2 : Une opposition peut être formée contre la décision de l'Organisme assureur, dans les 30 jours après sa communication auprès du siège de celui-ci.

V.3.3 : La notification ou la décision rendue sur opposition passent en force de chose jugée s'il n'est pas fait usage des voies de recours dans les délais correspondants ou en cas de décision sur opposition ou de jugement exécutoires.

Advisor International Health Insurance assure des personnes de toutes nationalités. Le strict contrôle des règles imposées par la loi suisse sur les contrats d'assurance et par l'autorité de surveillance des marchés financiers FINMA garantit la meilleure sécurité possible à nos clients.

ADVISOR
INTERNATIONAL HEALTH INSURANCE

Customer service
Tel : +41 21 620 75 00
info@advisor-swiss.com

Siège social Suisse, Lausanne
Avenue de Provence 4
CH-1007 Lausanne
Tel : +41 21 620 75 00
Fax : +41 21 620 75 01
info@advisor-swiss.com
www.advisor-swiss.com

Advisor International Health Insurance
Société enregistrée auprès de l'autorité fédérale de surveillance des marchés financiers FINMA sous le 34'892