



Conditions générales d'assurance (CGA) selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

Edition 2018

capita accident • capita maladie • dental • hospita • mondial • plus • premium •
protect • supplément général • supplément privé • salto • tourist

Conditions générales d'assurance (CGA) selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

Edition 2018

Table des matières

Dispositions communes		
1	Bases de l'assurance	Page 3
1.1	But	
1.2	Assureurs responsables	
1.3	But de l'assurance	
1.4	Conditions générales d'assurance (CGA)	
1.5	Conditions pour l'assurance collective	
1.6	Loi sur le contrat d'assurance	
2	Catégories d'assurance	Page 3
2.1	Possibilités d'assurance	
2.2	Modifications des catégories d'assurance	
2.3	Catégories d'assurance choisies	
3	Personnes assurées	Page 3
3.1	Assurance individuelle	
3.2	Assurance collective	
4	Début et durée de l'assurance	Page 3
4.1	Procédure lors de la conclusion de l'assurance	
4.1.1	Proposition	
4.1.2	Obligation de renseigner	
4.1.3	Refus ou exclusion des prestations	
4.1.4	Documents	
4.1.5	Droit de révocation	
4.2	Début de l'assurance	
4.3	Durée de l'assurance	
4.3.1	Période d'assurance	
4.3.2	Durée d'assurance plus longue	
4.3.3	Moment de la conclusion de l'assurance	
4.3.4	Prolongation de l'assurance	
4.4	Modification de l'assurance	
4.4.1	Modification par le preneur d'assurance	
4.4.2	Modification par l'assureur	
4.5	Suspension de l'assurance	
4.5.1	Condition	
4.5.2	Durée et étendue de la suspension	
5	Fin de l'assurance	Page 4
5.1	Résiliation par le preneur d'assurance	
5.1.1	Résiliation ordinaire	
5.1.2	Résiliation en cas de sinistre	
5.1.3	Droit de passage en cas de résiliation du contrat collectif	
5.2	Renoncement au droit de résiliation par l'assureur	
5.3	Autres motifs fondant la fin du contrat	
6	Prestations	Page 5
6.1	Définitions	
6.1.1	Maladie	
6.1.2	Accident	
6.1.3	Maternité	
6.2	Validité des prestations	
6.2.1	Validité territoriale des prestations	
6.2.2	Validité temporelle des prestations	

Dispositions communes		
6	Prestations	Page 5
6.3	Prestations assurées	
6.3.1	Etendue des prestations	
6.3.2	Traitements économiques	
6.3.3	Traitements par des personnes médicales reconnues	
6.4	Limitations sur le plan des prestations	
6.4.1	Maladies et accidents préexistants	
6.4.2	Exclusion des prestations	
6.4.3	Restrictions en matière de prestations	
7	Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident	Page 6
7.1	Obligation de déclarer	
7.2	Obligation de réduire le dommage	
7.3	Obligation de renseigner	
8	Primes et paiements	Page 7
8.1	Fixation des primes	
8.1.1	En général	
8.1.2	Montant des primes	
8.1.3	Rabais familial	
8.2	Adaptation des tarifs de primes et de la participation aux frais	
8.3	Paiement des primes	
8.3.1	Echéance	
8.3.2	Retard dans le paiement	
8.4	Participation aux excédents	
8.4.1	Principe	
8.4.2	Condition	
8.4.3	Versement	
8.5	Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)	
8.5.1	Principe	
8.6	Autres dispositions régissant le paiement	
8.6.1	Compensation	
8.6.2	Cession et mise en gage	
8.6.3	Versement des prestations	
8.6.4	Prescription	
9	Prestations de tiers	Page 8
9.1	Subsidiarité	
9.1.1	En général	
9.1.2	Prestations des pouvoirs publics	
9.1.3	Pluralité d'assureurs	
9.1.4	Renoncement aux prestations	
9.2	Assurances sociales	
9.3	Prestations provisoires et recours	
9.4	Surassurance	
10	Carte client	Page 8
11	Protection des données	Page 8
12	Communications	Page 9
13	For	Page 9
14	Entrée en vigueur	Page 9

Conditions générales d'assurance

1 Bases de l'assurance

1.1 But

Des assurances complémentaires et autres assurances sont offertes conformément aux présentes conditions générales d'assurance et en complément de l'assurance-maladie selon la LAMal.

1.2 Assureurs responsables

Les assureurs responsables sont les sociétés d'assurance (désignées ci-après par assureurs) mentionnées dans les différentes catégories d'assurance.

La caisse servant d'intermédiaire est la caisse-maladie (désignée ci-après par la caisse) mentionnée sur la police d'assurance. Elle est autorisée à effectuer tout acte au nom et pour le compte de l'organisme d'assurance.

1.3 But de l'assurance

Sont assurées les conséquences économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité survenant durant la période pour laquelle l'assurance est conclue.

La couverture des accidents peut être exclue, dans la mesure où ceci est prévu dans les dispositions des différentes catégories d'assurance.

1.4 Conditions générales d'assurance (CGA)

Les CGA règlent les rapports d'assurance, dans la mesure où des conditions particulières n'ont pas été convenues dans le contrat individuel.

Les dispositions communes des CGA sont applicables à toutes les catégories d'assurance mentionnées ci-après. Les détails en matière de prestations figurent dans les dispositions régissant les différentes catégories d'assurance. Les dispositions de chaque catégorie d'assurance priment lorsque les différentes catégories d'assurance s'écartent des dispositions communes.

1.5 Conditions pour l'assurance collective

Les CGA sont également valables pour les assurances collectives dans le domaine des frais de guérison. Des conditions dérogatoires peuvent être convenues dans chaque contrat collectif, notamment en ce qui concerne l'admission, l'étendue des prestations, la fixation des primes, la durée d'assurance, la résiliation et concernant la répartition des droits et obligations entre le preneur d'assurance et la personne assurée.

Les dispositions régissant le contrat collectif priment les conditions générales d'assurance.

Le preneur d'assurance a un droit de regard sur les conditions du contrat collectif concernant le rapport d'assurance.

1.6 Loi sur le contrat d'assurance

Pour autant que les dispositions du contrat ne fixent pas de réglementations dérogatoires, les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 sont applicables.

2 Catégories d'assurance

2.1 Possibilités d'assurance

Les catégories d'assurance selon les présentes CGA sont:

- plus,
- premium,
- supplément général,
- supplément privé,
- hospita générale, demi-privée, privée, accident privé, globale, flex, confort,
- salto,
- mondial,
- dental,
- tourist,
- protect,
- capita accident,
- capita maladie.

Certaines catégories d'assurance sont pratiquées dans les variantes casamed et/ou mondial.

2.2 Modifications des catégories d'assurance

Les catégories d'assurance peuvent, sous garantie des droits acquis, être adaptées par l'assureur aux besoins changeants, être complétées ou faire l'objet d'une nouvelle répartition.

2.3 Catégories d'assurance choisies

La police d'assurance fait mention des catégories d'assurance souscrites. Les dispositions particulières ou accords spéciaux qui dérogent aux conditions générales d'assurance sont également indiqués sur la police d'assurance.

3 Personnes assurées

3.1 Assurance individuelle

Sont assurées les personnes mentionnées sur la police d'assurance.

3.2 Assurance collective

Le contrat collectif fixe le cercle des personnes assurées ou assurables.

Les personnes ou groupes de personnes mentionnés sur la police d'assurance sont assurés.

4 Début et durée de l'assurance

4.1 Procédure lors de la conclusion de l'assurance

4.1.1 Proposition

La proposition en vue de la conclusion de l'assurance a lieu par écrit au moyen du formulaire de la caisse. Le proposant doit répondre complètement et sincèrement aux questions posées sur le formulaire. Les personnes n'ayant pas l'exercice des droits civils ne peuvent être assurées que par leur représentant légal.

4.1.2 Obligation de renseigner

Lorsque des indications incorrectes ou incomplètes sont fournies lors du dépôt de la proposition, la caisse peut se départir du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

Au moment de la résiliation du contrat, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour des sinistres déjà survenus pouvant être mis en relation avec les indications incorrectes ou incomplètes.

Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, la caisse a droit à son remboursement.

En déposant sa proposition en vue de la conclusion de l'assurance, le proposant autorise la caisse à prendre des renseignements nécessaires à la conclusion de l'assurance et à l'examen d'une obligation à prestations ultérieure auprès des personnes médicales ainsi qu'auprès d'autres assureurs.

La caisse peut demander un certificat médical ou peut, à ses frais, exiger un examen médical.

Le preneur d'assurance doit veiller à ce qu'il puisse fournir toutes les indications nécessaires sur la personne assurée.

4.1.3 Refus ou exclusion des prestations

La caisse peut refuser des propositions ou exclure certaines prestations de la couverture d'assurance.

4.1.4 Documents

Lors de la conclusion de l'assurance, le preneur d'assurance reçoit:

- la police d'assurance,
- les conditions générales d'assurance.

4.1.5 Droit de révocation

La personne qui soumet une proposition d'assurance à l'assureur et qui ne fixe pas de délai plus court pour l'acceptation demeure liée pendant 14 jours. Si l'assurance exige un examen médical, le proposant reste lié pendant quatre semaines.

Si la teneur de la police d'assurance ou des avenants ne concorde pas avec les accords intervenus, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte; faute de quoi, la teneur en est considérée comme acceptée.

4.2 Début de l'assurance

L'assurance déploie ses effets dès la date confirmée sur la police d'assurance.

4.3 Durée de l'assurance

4.3.1 Période d'assurance

La durée d'assurance correspond à une année civile et s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre.

4.3.2 Durée d'assurance plus longue

Un rabais peut être accordé en cas de conclusion d'une assurance pour la durée d'au moins trois années civiles entières.

4.3.3 Moment de la conclusion de l'assurance

La conclusion de l'assurance est également possible, en tout temps, en cours de l'année civile. La prime se calcule en fonction de la durée d'assurance restante.

4.3.4 Prolongation de l'assurance

A la fin de chaque année civile, le contrat d'assurance est prolongé tacitement pour une nouvelle année civile, s'il n'est pas résilié par le preneur d'assurance dans le délai de résiliation ordinaire.

Tout changement d'assurance de la part de l'assureur est effectif pour le début de la nouvelle période d'assurance.

4.4 Modification de l'assurance

4.4.1 Modification par le preneur d'assurance

Les propositions en vue d'une modification du contrat d'assurance impliquant une couverture plus élevée ou les propositions pour lesquelles une déclaration de santé est exigée sont considérées comme proposition en vue d'un nouveau contrat d'assurance.

En cas de diminution de la couverture d'assurance, les dispositions régissant la résiliation sont applicables.

4.4.2 Modification par l'assureur

Si, après la conclusion de l'assurance, des changements considérables interviennent dans les conditions-cadres pour l'assurance des conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident, comme l'élargissement du nombre de personnes médicales ou nouvelles catégories de personnes médicales, l'extension de l'offre en prestations médicales, l'introduction de formes de thérapie nouvelles et onéreuses ou de médicaments et autres développements similaires, ou des changements dans la législation sur l'assurance sociale, l'assureur est en droit d'adapter les dispositions régissant les assurances.

Ces nouvelles conditions contractuelles entrent en vigueur au début d'une nouvelle période d'assurance et sont communiquées au preneur d'assurance 30 jours à l'avance. Ce dernier a le droit de résilier les catégories d'assurance concernées dans les 30 jours à compter de la communication pour la fin de la période d'assurance en cours. Si aucune résiliation n'intervient de la part du preneur d'assurance, il y a acceptation des nouvelles conditions du contrat.

4.5 Suspension de l'assurance

4.5.1 Condition

La suspension de l'assurance dans une ou dans toutes les catégories d'assurance peut être demandée, pour autant qu'il soit établi qu'une couverture d'assurance existe par ailleurs.

L'accord concernant une suspension est soumis à la même procédure que la nouvelle conclusion d'une assurance (établissement d'une proposition, obligation de renseigner, possibilité de refus, documents, droit de révocation). Une prime réduite est perçue durant la période de suspension.

4.5.2 Durée et étendue de la suspension

La suspension déploie ses effets après le dépôt de la demande au plus tôt dès le premier jour du mois qui suit la survenance du fait qui a donné naissance à la suspension.

La suspension doit être demandée pour une durée d'au moins trois mois et peut être conclue pour une durée allant jusqu'à six ans. Une nouvelle prolongation de la suspension peut être demandée. Le contrat prend fin lorsque la caisse ne peut pas approuver une prolongation.

En cas de séjour à l'étranger, une adresse de contact en Suisse doit être indiquée.

Lorsque le motif de la suspension prend fin, la protection d'assurance est remise intégralement en vigueur, dans la mesure où la demande en est faite dans les 30 jours. Si la protection d'assurance n'est pas réactivée dans le délai précité, l'assurance prend fin sans autres.

5 Fin de l'assurance

5.1 Résiliation par le preneur d'assurance

5.1.1 Résiliation ordinaire

L'assurance ou une catégorie d'assurance peut être résiliée par écrit jusqu'au 30 septembre au plus tard pour le 31 décembre. Les dispositions dérogatoires régissant la résiliation dans les différentes catégories d'assurance demeurent réservées.

5.1.2 Résiliation en cas de sinistre

Après chaque sinistre pour lequel l'assureur a alloué des prestations, le preneur d'assurance peut se départir par écrit de la partie correspondante du contrat, c'est-à-dire de la catégorie d'assurance concernée, dans les 14 jours qui suivent le paiement ou le moment où il a connaissance de la prise en charge des prestations par l'assureur. La prime est due jusqu'à la fin de l'assurance.

5.1.3 Droit de passage en cas de résiliation du contrat collectif

Les personnes assurées dont l'assurance prend fin suite à la résiliation du contrat collectif ont le droit de passer dans une assurance individuelle équivalente. En cas de passage à une couverture d'assurance supérieure, une nouvelle déclaration de santé est nécessaire. Le droit de passage doit être exercé dans les 30 jours qui suivent la fin du contrat collectif.

Il n'existe aucun droit de passage lorsque le preneur d'assurance a conclu un nouveau contrat collectif pour ce cercle de personnes auprès d'un autre assureur.

5.2 Renoncement au droit de résiliation par l'assureur

L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la loi de se départir du contrat à l'échéance du contrat ou en cas de sinistre. En demeure excepté le droit de résiliation dans le secteur des contrats collectifs. De même, la résiliation du contrat en cas de tentative d'abus ou d'abus d'assurance demeure réservée.

5.3 Autres motifs fondant la fin du contrat

L'assurance prend fin en outre dans les cas suivants:

- a) au décès de la personne assurée,
- b) en cas de départ à l'étranger (sauf pour les frontaliers, les travailleurs détachés ou en cas de conclusion d'une variante mondial),
- c) lorsque la limite d'âge fixée pour la protection d'assurance est atteinte,
- d) en cas d'épuisement définitif du droit à l'ensemble des prestations dans une catégorie d'assurance,
- e) lorsque le contrat, à l'échéance de la durée maximale (max. 36 mois, prolongation possible de 36 mois) dans mondial ou en cas de suspension, n'est pas prolongé,
- f) lorsque la personne assurée est soumise à l'obligation d'assurance, en Suisse ou à l'étranger, au cours des rapports d'assurance, ou lorsque la libération de l'obligation d'assurance s'éteint, mondial prend fin à la date de l'assujettissement à la nouvelle obligation d'assurance, au plus tôt toutefois à la fin du mois au cours duquel Sympany reçoit une communication correspondante.

6 Prestations

6.1 Définitions

6.1.1 Maladie

Par maladie, on entend une 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.

6.1.2 Accident

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort.

Dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie ou une dégénérescence, les lésions corporelles suivantes, énumérées à titre exhaustif, sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:

- a) les fractures
- b) les déboîtements d'articulations
- c) les déchirures du ménisque
- d) les déchirures de muscles
- e) les froissements de muscles
- f) les déchirures de tendons
- g) les lésions de ligaments
- h) les lésions du tympan.

Ne constituent pas une lésion corporelle au sens de l'alinéa ci-dessus les dommages non causés par un accident aux objets mis en place suite à une maladie et qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps.

Par accident, on entend également les maladies professionnelles reconnues comme accidents aux termes de la LAA.

6.1.3 Maternité

Les prestations liées à la grossesse et à l'accouchement sont assurées au même titre que la maladie si, au moment de l'accouchement, l'assurance de la mère auprès de l'assureur a déjà duré depuis au moins 270 jours ou, en cas d'une assurance antérieure équivalente par un autre assureur, si le dépôt de la proposition d'assurance a été confirmé par la caisse au moins 270 jours avant l'accouchement.

6.2 Validité des prestations

6.2.1 Validité territoriale des prestations

L'assurance est valable en principe pour les prestations fournies en Suisse et, en cas de traitement d'urgence, dans le monde entier. Les dispositions régissant la validité territoriale dans les conditions d'assurance des différentes catégories d'assurance priment.

Les frontaliers bénéficient de la protection d'assurance également pour les prestations fournies à leur lieu de domicile.

6.2.2 Validité temporelle des prestations

Un droit aux prestations existe pendant la durée de l'assurance. Il n'existe aucun droit aux prestations pour les coûts engendrés après la fin de l'assurance.

Sont déterminants la date de traitement ou le moment du recours à la prestation assurée.

6.3 Prestations assurées

6.3.1 Etendue des prestations

Sont assurées les prestations conformément à la couverture mentionnée sur la police d'assurance et selon les dispositions régissant les différentes catégories d'assurance.

6.3.2 Traitements économiques

Les traitements sont couverts lorsqu'ils sont économiques, efficaces, appropriés et médicalement nécessaires. Ceci signifie que les coûts de traitements médicaux sont pris en charge dans la mesure où ils se limitent à ce qui est exigé par l'intérêt de la personne assurée et par le but du traitement.

En vue de la prise en charge optimale de ses assurés, la caisse peut convenir de mesures d'accompagnement avec les fournisseurs de prestations reconnus dans le but de garantir, par une meilleure collaboration et coordination entre les fournisseurs de prestations et la caisse, le traitement le plus efficace,

le plus approprié et le plus économique pour les assurés. La caisse peut charger une conseillère ou un conseiller en santé de l'exécution de ces mesures.

En cas de facturation manifestement exagérée, la caisse peut réduire ses prestations en conséquence ou faire dépendre son paiement de la cession de la créance réduite.

6.3.3 Traitements par des personnes médicales reconnues

Les traitements par des personnes médicales ou des institutions médicales sont assurés si celles-ci sont reconnues aux termes de la LAMal. Les prestations d'autres personnes ou institutions sont assurées dans la mesure où ceci est prévu dans les différentes catégories d'assurance.

6.4 Limitations sur le plan des prestations

6.4.1 Maladies et accidents préexistants

La caisse peut excepter de la couverture d'assurance les maladies et les suites d'accidents qui existent ou existaient déjà au moment de la conclusion de l'assurance (réserve) ou refuser toute la proposition.

En cas d'augmentation d'assurance avec réserve, il n'y a aucune restriction dans la nouvelle catégorie ou classe d'assurance pour les prestations qui étaient déjà couvertes par l'ancienne catégorie d'assurance.

Les restrictions de couverture sont communiquées par écrit à la personne assurée.

6.4.2 Exclusion des prestations

Il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance:

- a) pour les maladies et les suites d'accident qui existaient déjà au moment de la conclusion de l'assurance et que la caisse a exceptées de l'assurance,
- b) pour les maladies et les suites d'accident qui existaient déjà au moment du dépôt de la proposition et qui n'ont pas été déclarées ou indiquées uniquement de manière incomplète,
- c) durant un délai d'attente,
- d) lorsqu'un traitement ne sert pas à guérir une atteinte à la santé ou les suites de celle-ci. Les mesures qui empêchent l'apparition imminente ou l'aggravation d'un trouble de la santé demeurent réservées s'il y a déjà un état morbide,
- e) pour les traitements effectués par un fournisseur de prestations non reconnu par la caisse,
- f) pour les traitements dentaires, dans la mesure où la couverture n'est pas réglée expressément dans la catégorie d'assurance souscrite,
- g) en cas de suspension de l'assurance,
- h) en cas d'arriérés de paiement à partir de l'échéance du délai de sommation jusqu'au paiement intégral de toutes les créances,
- i) en cas de participation à des actes de guerre, des désordres et actes similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger,
- j) pour les maladies et les accidents consécutifs à des événements de guerre dont la première apparition date déjà de plus de 14 jours,
- k) pour les maladies et les accidents dus à la participation active à des actes punissables, des bagarres ou à d'autres actes violents,
- l) pour les conséquences de tremblements de terre et d'autres catastrophes naturelles,
- m) pour les dommages à la santé résultant de gros sinistres industriels ou pour les dommages causés par l'énergie atomique,

- n) pour les transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) à Soleure a convenu des forfaits par cas, et ceci indépendamment du lieu où la transplantation est pratiquée,
- o) pour les participations légales et convenues aux frais de l'assurance obligatoire des soins,
- p) pour les maladies épidémiques.

D'autres exclusions et limitations de prestations éventuelles sont fixées dans les dispositions régissant les différentes catégories d'assurance.

6.4.3 Restrictions en matière de prestations

Les prestations peuvent être réduites:

- a) en cas de transgression fautive des obligations par le preneur d'assurance ou la personne assurée,
- b) pour les maladies ou accidents provoqués par négligence grave, notamment ceux causés par l'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues,
- c) pour les dommages à la santé dus à une entreprise téméraire, c'est-à-dire lorsque la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave, sans prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. En sont exceptés les actes de sauvetage en faveur de personnes. Est notamment considérée comme entreprise téméraire au sens de cette disposition la participation à des courses avec des véhicules à moteur, un entraînement pour de telles courses ou la pratique de sports à risques qui ne sont pas suivis, accompagnés et organisés par des professionnels et des personnes qualifiées. La caisse tient une liste de l'ensemble des sports à risques considérés comme entreprise téméraire. Cette liste n'est pas exhaustive et peut être consultée à tout moment par les personnes assurées,
- d) lorsque le dommage à la santé a été provoqué intentionnellement, également par suite d'une tentative de suicide ou d'automutilations,
- e) lorsque, malgré une sommation écrite, les justificatifs nécessaires à la détermination du droit aux prestations d'assurance ne sont pas produits dans les quatre semaines.

7 Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident

7.1 Obligation de déclarer

Les personnes assurées doivent faire valoir leurs prétentions auprès de la caisse dans les délais fixés dans les dispositions pour les différentes catégories d'assurance. La survenance d'un accident doit être annoncée au plus tard dans les dix jours.

L'annonce doit se faire véridiquement. Lorsque des prestations sont réclamées, toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires doivent être mises à la disposition de la caisse. Seules les factures originales et lisibles sont acceptées.

7.2 Obligation de réduire le dommage

La personne assurée doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à réduire le dommage, notamment ce qui favorise la guérison, et doit éviter tout ce qui pourrait nuire à la guérison.

La personne assurée soutient l'activité de la conseillère ou du conseiller en santé dans le cadre des mesures d'accompagnement de la caisse et lui fournit les renseignements nécessaires.

7.3 Obligation de renseigner

La personne assurée délègue le secret professionnel envers la caisse les médecins traitants et les autres personnes médicales ainsi que les assureurs. La caisse peut au besoin demander des renseignements.

La personne assurée doit, sur demande, se faire examiner par un second médecin ou par le médecin-conseil de la caisse. Les frais sont à la charge de l'assureur.

La personne assurée doit renseigner la caisse sur toutes les prestations de tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité.

Les décomptes de tiers doivent être présentés à la demande de la caisse.

Pour les personnes n'ayant pas l'exercice des droits civils, le preneur d'assurance doit veiller à ce que l'obligation de renseigner soit respectée.

8 Primes et paiements

8.1 Fixation des primes

8.1.1 En général

Les primes sont fixées dans un tarif de primes par catégorie d'assurance.

8.1.2 Montant des primes

Le montant des primes est fixé conformément au risque, comme par exemple d'après l'âge, le lieu de domicile, le montant du risque assumé personnellement ou assumé par l'assuré.

Les modifications de primes suite à un changement de groupe de risque entrent automatiquement en vigueur.

Une prime réduite est perçue pour les assurances suspendues.

8.1.3 Rabais familial

Des rabais de prime peuvent être fixés pour les familles, notamment pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, en cas de conclusion d'une assurance pour la durée d'au moins trois années civiles entières ou lorsque l'épouse et l'époux s'assurent de façon équivalente.

Un rabais est accordé aux enfants:

- en cas de conclusion d'une assurance pour la durée d'au moins trois années civiles entières: à condition que l'un des parents soit au bénéfice, auprès de Sympany, d'une couverture au moins équivalente à celle de l'enfant et que parent et enfant vivent dans le même ménage (police familiale).
- en cas d'exonération de prime dès le troisième enfant: à condition que les deux frères et sœurs aînés, âgés de moins de 25 ans et vivant dans le même ménage (police familiale), soient au bénéfice d'une couverture au moins équivalente auprès de Sympany.

8.2 Adaptation des tarifs de primes et de la participation aux frais

Les tarifs de primes et la participation aux frais peuvent être adaptés en fonction de l'évolution des coûts et des sinistres.

Les adaptations de primes sont communiquées au preneur d'assurance 30 jours à l'avance. Ils ont le droit de résilier la

catégorie d'assurance correspondante dans les 30 jours qui suivent la communication de la caisse avec effet à la date de l'entrée en vigueur de l'adaptation des primes. Un droit de résiliation extraordinaire aux mêmes conditions résulte des adaptations de primes suite au passage automatique à une classe d'âge supérieure.

Si aucune résiliation n'est présentée, l'adaptation des primes est considérée comme acceptée.

8.3 Paiement des primes

8.3.1 Échéance

Les primes sont payables d'avance, conformément aux échéances stipulées sur le décompte de prime et aux délais de paiement.

Les primes sont dues sans interruption, donc également en cas de maladie, d'accident, de grossesse et de maternité, d'incapacité de travail ou en cas de suspension du droit aux prestations.

Lorsque l'assurance débute ou prend fin au cours d'un mois civil, la prime est due pour le mois entier.

8.3.2 Retard dans le paiement

Si le preneur d'assurance ne satisfait pas à l'obligation de payer les primes ou la participation aux frais même après le délai complémentaire de 30 jours, il sera sommé par écrit de payer les primes ou participations aux frais en souffrance dans les 14 jours. La sommation attire l'attention du preneur d'assurance sur les conséquences de l'inobservation de l'obligation de paiement.

Les frais de sommation et de dossier occasionnés par les arriérés de paiement vont à la charge de la personne assurée.

Si la sommation reste sans effet, l'obligation à prestations est suspendue pour les traitements et pertes de gain qui ont lieu à partir de l'expiration du délai de paiement jusqu'à paiement intégral des montants arriérés, y compris les intérêts et les frais administratifs.

Pour les maladies et les accidents et leurs suites survenant durant la suspension de l'obligation à prestations, il n'y a pas la moindre couverture d'assurance, même pas en cas de paiement ultérieur des montants arriérés.

La caisse peut se départir du contrat dès l'expiration du délai de sommation. Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après expiration du délai de sommation, le contrat s'éteint.

8.4 Participation aux excédents

8.4.1 Principe

Dans la mesure où l'assuré majeur présente une évolution de risque favorable, il peut recevoir une participation à un excédent éventuel, c'est-à-dire au bénéfice net de l'assureur.

8.4.2 Condition

La participation à un bénéfice éventuel est soumise à la condition que la personne assurée n'ait pas eu recours, pendant une année civile au moins, aux prestations de l'assureur ou de la caisse. Tombent sous le coup de cette disposition toutes les catégories d'assurance, y compris l'assurance obligatoire des soins ou une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal.

8.4.3 Versement

La participation éventuelle aux excédents est versée sous forme d'un versement unique au plus tôt à l'échéance d'une

année qui suit l'année civile sans recours aux prestations. Elle ne peut être versée qu'aux personnes qui sont assurées auprès de Sympany au moment du versement.

8.5 Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

8.5.1 Principe

Dans la variante prévoyant un rabais en cas de non-recours aux prestations, un rabais de prime est accordé lorsque la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation.

8.6 Autres dispositions régissant le paiement

8.6.1 Compensation

La caisse peut compenser des prestations échues avec des créances contre la personne assurée ou le preneur d'assurance.

La personne assurée ou le preneur d'assurance n'ont aucun droit de compensation à l'encontre de la caisse.

8.6.2 Cession et mise en gage

Les créances envers la caisse ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans l'agrément de ce dernier.

8.6.3 Versement des prestations

Sauf convention contraire passée entre l'assureur et les fournisseurs de prestations, la personne assurée est débitrice des honoraires à l'égard des fournisseurs de prestations.

La caisse vire les prestations à la personne assurée sur son compte bancaire ou postal. Les coordonnées du compte doivent être communiquées à la caisse au préalable. Si les versements sont exigés au moyen d'autres modes de paiement, la caisse peut demander une indemnisation des frais supplémentaires encourus.

En présence de conventions et de tarifs contraires entre l'assureur et les fournisseurs de prestations, la caisse effectue le paiement direct aux fournisseurs de prestations. Lorsque la caisse effectue un paiement direct aux fournisseurs de prestations, la personne assurée est tenue de rembourser la participation aux frais convenue dans les 30 jours qui suivent la facturation de la caisse.

Les accords sur les honoraires, passés entre auteurs de factures et personnes assurées, ne lient pas l'assureur. Il n'y a droit aux prestations que dans le cadre du tarif reconnu par l'assureur pour le fournisseur de prestations concerné.

La caisse exige la restitution des prestations touchées à tort.

8.6.4 Prescription

Le droit aux prestations de la personne assurée à l'égard de l'assureur se prescrit par deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation de l'assureur.

9 Prestations de tiers

9.1 Subsidiarité

9.1.1 En général

Lorsqu'un tiers assume des obligations pour un cas de maladie ou un accident dûment annoncé sur la base de dispositions légales ou en raison d'une faute imputable, l'assureur n'est pas tenu à prestations ou tout au plus pour la part non couverte. Pour les prétentions en matière de prestations à l'égard de tiers, il n'y a aucune obligation à prestations d'après les présentes CGA dans les limites desdites prétentions.

9.1.2 Prestations des pouvoirs publics

Pour les prétentions en matière de prestations ou de réductions vis-à-vis des cantons et des communes, il n'y a également aucune obligation à prestations d'après les présentes CGA.

9.1.3 Pluralité d'assureurs

Lorsque plusieurs assurances privées ont été souscrites, les prestations au sens des présentes conditions générales d'assurance sont accordées subsidiairement aux prestations de l'autre assureur. Si les conditions d'assurance de l'autre assureur prévoient également une clause de subsidiarité, les dispositions de la loi sur le contrat d'assurance relatives à la double assurance s'appliquent.

9.1.4 Renoncement aux prestations

Lorsque des assurés renoncent sans l'agrément de la caisse à tout ou partie des prestations vis-à-vis d'un tiers, l'assureur est libéré de toute obligation à prestations selon les présentes CGA. La capitalisation d'un droit aux prestations est également considérée comme renoncement.

9.2 Assurances sociales

Aucune prestation ne sera prise en charge lorsque celles-ci vont à la charge d'assurances sociales (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI, etc.). Le droit aux prestations doit être annoncé à l'assurance sociale concernée.

9.3 Prestations provisoires et recours

Vis-à-vis de tiers autres que les assurances sociales, des prestations provisoires peuvent être prises en charge, pour autant que la personne assurée se soit efforcée dans des limites raisonnables et sans succès de faire passer ses prétentions et qu'elle cède à la caisse ses droits contre les tiers jusqu'à concurrence des prestations allouées.

9.4 Surassurance

Les prestations servies d'après les présentes CGA, compte tenu des prestations de tiers, ne doivent pas constituer une source de gain pour les assurés. En cas de surassurance, les prestations sont réduites en conséquence.

10 Carte client

La caisse envoie aux personnes assurées chez Sympany une carte client personnelle. Celle-ci sert de certificat envers les prestataires.

Les conditions générales d'assurance de l'assurance obligatoire des soins et les conditions particulières correspondantes s'appliquent par ailleurs.

11 Protection des données

Le traitement des données concernant des personnes assurées est régi par les dispositions de la loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992.

Si le traitement des données est confié à un tiers, la caisse veille à ce que ne soient effectués des traitements autres que ceux qu'il est lui-même en droit d'effectuer.

La caisse ne collecte et ne traite que les données (p.ex. données personnelles, informations concernant l'état de santé, examen des indications fournies sur la proposition, encaissements, liquidation des sinistres) qui sont nécessaires pour le

suivi du contrat d'assurance selon la LCA. La caisse traite les renseignements obtenus avec la plus grande confidentialité.

La caisse ne communique des données à des tiers que dans la mesure où la transmission est en rapport direct avec l'exécution du contrat. Dans les autres cas, la caisse ne renseigne qu'avec le consentement de la personne assurée.

La caisse conserve soigneusement les données et les protège contre tout traitement non autorisé par des mesures organisationnelles et techniques appropriées.

12 Communications

Les modifications intervenant dans la situation personnelle des personnes assurées et qui sont essentielles pour l'assurance, comme le changement du lieu de domicile, doivent être communiquées à la caisse par écrit et dans les 30 jours.

Si la personne assurée ne remplit pas l'obligation de communiquer les changements déterminants pour le calcul de la prime, une éventuelle différence de prime est due avec effet rétroactif.

Lorsque le domicile se trouve à l'étranger, une adresse de contact en Suisse doit être indiquée.

Toutes les communications du preneur d'assurance ou de la personne assurée doivent être adressées à l'agence compétente de la caisse.

Les communications incombant à la caisse ou à l'assureur sont faites valablement à la personne assurée ou au preneur d'assurance, respectivement par écrit ou par le canal du journal des assurés à la dernière adresse indiquée ou à l'adresse de contact en Suisse.

13 For

En cas de contestations découlant d'assurances selon les présentes CGA et d'éventuelles dispositions particulières, la personne plaignante peut saisir au choix soit le tribunal de son domicile suisse, soit celui du siège de l'assureur ou de la caisse.

14 Entrée en vigueur

Les présentes conditions générales d'assurance pour les assurances complémentaires et autres assurances selon la LCA (CGA) entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010. Elles remplacent toutes les conditions d'assurance antérieures.

