

1. Bases

1.1. Organisme assureur

L'organisme assureur sont les Sympany Versicherungen AG (désignée ci-après par «assureur»). La caisse-maladie ou la société (désignée ci-après par «caisse») mentionnée sur le bulletin de versement (police d'assurance) sert d'intermédiaire.

1.2. Objet de l'assurance

L'assurance sert des prestations pour les frais non couverts, occasionnés par des traitements d'urgence en cas de maladie, d'accident et de naissance avant terme durant un voyage de vacances ou d'affaires, respectivement au cours d'un séjour à l'étranger. Elle alloue en outre des prestations au titre des frais de transport, de recherche, de sauvetage et de déchargement et fournit des prestations de services.

1.3. Loi sur le contrat d'assurance

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

2. Conclusion, début et durée

2.1. Personnes assurées

2.1.1. Cercle de personnes

L'assurance peut être conclue par toutes les personnes sans limitation d'âge et qui sont au bénéfice d'une assurance des soins en Suisse.

2.1.2. Personnes seules

Sont assurées les personnes mentionnées sur le bulletin de versement.

2.1.3. Familles

Sont assurés le preneur d'assurance mentionné sur le bulletin de versement ainsi que le conjoint, respectivement le compagnon ou la compagne, et ses enfants jusqu'à l'âge de 25 ans révolus, pour autant qu'ils vivent en ménage commun avec le preneur d'assurance.

2.2. Conclusion de l'assurance

L'assurance est conclue en remplissant complètement et correctement le bulletin de versement des PTT et en acquittant entièrement la prime pour la protection d'assurance désirée par virement postal ou bancaire. Si ces conditions ne sont pas remplies, le contrat n'est pas conclu. Le bulletin de versement fait office de police. Le récépissé doit être conservé par les assurés.

2.3. Début de l'assurance

L'assurance produit ses effets dès le jour souhaité sur le bulletin de versement, mais au plus tôt dès la date du timbre postal, respectivement la date de l'avis de crédit de la banque à la caisse. Lorsque l'indication du début de l'assurance fait défaut sur le bulletin de versement, c'est la date du timbre postal, respectivement la date de l'avis de crédit de la banque qui est réputée début de l'assurance.

2.4. Durée de l'assurance

L'assurance peut être conclue pour la durée indiquée dans le tarif, mais tout au plus pour 365 jours.

La durée de l'assurance et l'étendue désirée doivent être désignées sur le bulletin de versement et doivent correspondre au montant acquitté. Lorsque le montant payé ne correspond pas à l'étendue d'assurance demandée, la durée de l'assurance est réduite, en cas de sinistre, dans le rapport de la prime due à la prime effectivement versée. Le début de l'assurance reste la date fixée par le preneur d'assurance sur le bulletin de versement.

3. Prestations

3.1. Validité des prestations

3.1.1. Validité territoriale des prestations

L'assurance est valable pour les traitements d'urgence appliqués hors du canton de résidence en Suisse et dans le monde entier.

3.1.2. Validité temporelle des prestations

Les prestations ne sont allouées qu'aussi longtemps qu'un transport à domicile ne peut pas être exigé raisonnablement sous l'angle médical. L'obligation de verser des prestations pour des maladies et des accidents survenus pendant la durée de l'assurance s'éteint, dans tous les cas, au plus tard 91 jours après l'expiration de l'assurance.

3.2. Conditions de prise en charge

Les prestations ne sont versées que si le traitement est approprié et nécessaire pour des raisons médicales et s'il est appliqué par des personnes disposant de l'autorisation requise pour ces soins.

3.3. Frais de guérison

L'assurance prend en charge les prestations pour les frais de guérison en cas de traitement d'urgence ambulatoire ou stationnaire, et ce en complément de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, de l'assurance-accidents selon la LAA et de toute autre assurance complémentaire éventuelle.

La maladie, l'accident et l'accouchement avant terme sont couverts aux tarifs pratiqués localement ou convenus par convention. On entend par accouchement avant terme, tout accouchement prématuré survenant de façon imprévue plus de six semaines avant le terme attesté par le médecin.

La participation légale aux coûts, applicable en Suisse, n'est pas assurée.

3.4. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de déchargement

Lorsqu'une personne assurée tombe gravement malade, subit un accident grave ou décède, l'assureur prend en charge – en se fondant sur un rapport médical – les prestations suivantes organisées par la Helpline 24h/24 en cas d'urgence et paie les frais pour:

- les actions de sauvetage et transports d'urgence médicalement nécessaires par un moyen de transport adéquat vers le lieu de traitement approprié le plus proche;
- les actions de recherche entreprises en vue d'un sauvetage ou d'un déchargement de la personne assurée ainsi que les actions de déchargement jusqu'à concurrence de CHF 20 000.– au total par personne assurée;

- en cas de nécessité médicale, le rapatriement de la personne assurée malade ou accidentée vers un hôpital approprié dans le canton de résidence en vue du traitement hospitalier;
- le rapatriement de la personne décédée à son lieu de domicile en Suisse respectivement à l'étranger pour les frontaliers.

3.5. Visite et frais de voyage supplémentaires

3.5.1. Visite

Lorsqu'une personne assurée tombe gravement malade à l'étranger ou y subit un accident grave et qu'elle doit être hospitalisée pour une durée supérieure à 7 jours, l'assureur organise et paie le voyage d'une personne proche de la personne assurée pour lui rendre visite (billet de train en 1ère classe, billet d'avion en classe économique).

3.5.2. Voyage de retour spécial

Lorsqu'une personne assurée doit, en cas de nécessité médicale, être transportée de l'étranger vers un hôpital approprié dans le canton de résidence pour y être hospitalisée, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence organise le voyage de retour spécial des membres de la famille assurés voyageant avec elle ou d'une personne proche. Sont couverts les frais supplémentaires qui en résultent. Lorsqu'une personne assurée est hospitalisée à la suite d'une maladie ou d'un accident et qu'elle ne peut pas effectuer le voyage de retour prévu, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence organise le voyage de retour spécial de la personne assurée, des membres de la famille assurés voyageant avec elle ou d'une personne proche. Sont couverts les frais supplémentaires qui en résultent.

3.6. Capitaux assurés

Les variantes suivantes peuvent être conclues:

3.6.1. tourist subito 50/100

Le capital assuré se monte pour toutes les prestations à CHF 50 000.– au total par personne assurée, mais au maximum à CHF 100 000.– au total par famille assurée.

3.6.2. tourist subito 250/500

Le capital assuré se monte pour toutes les prestations à CHF 250 000.– au total par personne assurée, mais au maximum à CHF 500 000.– au total par famille assurée.

3.7. Prestations de services

3.7.1. Avance de fonds à l'hôpital

Lorsqu'une personne assurée doit être hospitalisée à l'étranger, l'assureur avance au besoin les frais hospitaliers jusqu'à concurrence de CHF 20 000.–. Lorsqu'une partie du montant avancé n'est pas couverte par l'assurance existante, elle sera facturée à la personne assurée. Le montant exigé devra être remboursé dans les 30 jours.

3.7.2. Information des proches au domicile

Dans le cas où des mesures auraient été organisées par la Helpline 24h/24 en cas d'urgence, cette dernière informe les proches de la personne assurée de la situation et des mesures prises.

3.7.3. Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger

En cas de besoin, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence communique à ses assurés les coordonnées d'un médecin ou l'adresse d'un hôpital dans la région où ils se trouvent. En présence de difficultés à se faire comprendre, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence organise la présence d'un interprète.

3.7.4. Conseils médicaux assurés par des médecins

Si, au cours d'un voyage, une personne assurée a besoin d'un avis médical qu'il lui est impossible d'obtenir là où elle se trouve, les médecins de la Helpline 24h/24 en cas d'urgence lui fourniront les premiers conseils médicaux. Cette consultation ne doit être considérée que comme un conseil et en aucun cas comme un diagnostic.

3.8. Limitations sur le plan des prestations

3.8.1. Exclusion de prestations

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

- pour les maladies et suites d'accident dont la fin du traitement médical n'est pas antérieure d'une année à la conclusion de l'assurance;
- lorsque la personne assurée s'est rendue à l'étranger, pour y suivre un traitement, y recevoir des soins ou y accoucher;
- pour les maladies et suites d'accident qui sont exclues de la couverture d'une assurance-maladie ou accidents souscrite par la personne assurée;
- pour les actions de recherche, déchargements, rapatriements, voyages de visite ou voyages de retour spéciaux qui n'ont pas été autorisés au préalable par la Helpline 24h/24 en cas d'urgence;
- en cas de participation à des activités guerrières, émeutes ou actes similaires ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger;
- pour les maladies et accidents consécutifs à des événements de guerre dont la première apparition date déjà de plus de 14 jours;
- pour les maladies et accidents dus à la participation active à des actes punissables, des bagarres ou à d'autres actes violents;
- pour les maladies et accidents provoqués par négligence grave, notamment ceux causés par l'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues;
- pour les dommages à la santé dus à une entreprise téméraire, c.-à-d. 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 pratique de sports à risques. Est également considérée comme entreprise téméraire la pratique d'autres activités présentant des risques comparables. La caisse gère une liste contenant l'ensemble des sports à risques dont la pratique est considérée comme une entreprise téméraire. La liste n'est pas définitive et est accessible en tout temps aux personnes assurées;
- lorsque le dommage à la santé a été provoqué intentionnellement, également par suite d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'automutilations.

Lorsque le transport d'urgence ou le rapatriement est rendu impossible par des circonstances extérieures telles que grèves, émeutes, actes de violence,

gros sinistres industriels, radioactivité, catastrophes naturelles, maladies épidémiques ou en cas de violences graves, l'organisation et l'exécution de ces transports ne peuvent pas être exigées.

3.8.2. Restrictions en matière de prestations

En cas de facturation manifestement excessive, l'assureur peut réduire ses prestations en conséquence ou faire dépendre son versement de la cession de la créance réduite.

3.9. Prescription

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

4. Participation aux frais

Aucune participation aux frais n'est perçue sur les prestations de l'assurance tourist subito.

5. Obligations en cas de sinistre

5.1. Information de la Helpline 24h/24 en cas d'urgence

En cas de maladie subite, d'accident et d'accouchement avant terme survenant en Suisse et à l'étranger et nécessitant une hospitalisation ou des mesures d'urgence, la Helpline 24h/24 en cas d'urgence doit, dans tous les cas, être avisée immédiatement.

5.2. Dégagement de l'obligation de garder le secret

La personne assurée délève les médecins traitants et autre personnel médical ainsi que les assureurs de leur secret professionnel envers la Helpline 24h/24 en cas d'urgence et l'assureur.

5.3. Exercice du droit aux prestations

La personne assurée doit faire valoir son droit aux prestations dans les plus brefs délais auprès de la caisse et mettre à la disposition de cette dernière toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires. Seules les factures originales détaillées sont acceptées. Lorsque les détails de la facture sont insuffisants et si les renseignements complémentaires demandés ne sont pas fournis, les prestations seront fixées d'après une appréciation conforme aux obligations.

5.4. Imputation des billets de train ou d'avion

Les billets de train ou d'avion non utilisés doivent être envoyés à la caisse sans qu'elle ait besoin de le demander. Si des billets devenus inutiles sont vendus ou remboursés par des tiers, les indemnités reçues sont imputées sur les prestations d'assurance. En cas d'inobservation de cette obligation, l'assureur peut exiger de l'assuré concerné la restitution du montant fixé d'après son appréciation conforme aux obligations ou compenser ce montant avec le droit aux prestations.

6. Prestations de tiers

6.1. 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.

6.2. Pluralité d'assureurs

En cas de pluralité d'assureurs tenus à prestations, on détermine le coût que chaque assureur aurait dû assumer s'il avait été seul en cause. Ceci est également valable lorsque l'obligation à prestations des autres assureurs n'existe qu'à titre subsidiaire. L'indemnité à servir selon les présentes CGA se limite à la partie de la somme d'assurance totale qui correspond à cette couverture.

6.3. Renoncement aux prestations

Lorsque des assurés renoncent sans l'agrément de l'assureur en tout ou en partie à 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.

6.4. Assurances sociales

Aucune prestation ne sera prise en charge lorsque celle-ci va 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. Dans le cas où une personne assurée ne serait pas au bénéfice d'une assurance obligatoire des soins en vigueur selon la LAMal, l'assureur servira les prestations comme si cette couverture avait existé.

6.5. Assurances existantes

Les autres assurances complémentaires souscrites priment sur les prestations de l'assurance tourist subito.

6.6. 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 l'assureur ses droits contre les tiers jusqu'à concurrence des prestations allouées.

6.7. 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.

6.8. Garde aérienne de sauvetage ou organisations similaires

Lorsque la qualité de membre (donateur) existe auprès de la garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire, les frais ne sont pris en charge que dans la mesure où aucune prestation n'a été servie par ces organisations. Les accords contractuels contraires demeurent réservés.

7. Tribunal compétent

En cas de contestations découlant de la présente assurance, la personne plaignante peut saisir au choix soit le tribunal au domicile suisse soit celui du siège de l'assureur ou de la caisse.