



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

supplément général | capita maladie | capita accident |
compensa | dental | hospita | mondial | plus | premium |
patients privés complémentaire pour le traitement
stationnaire | supplément privé | protect | salto | tourist

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

Chapitre		Page	Chapitre		Page
1	Bases de l'assurance	3	6	Prestations	6
1.1	But		6.1	Définitions	
1.2	Assureurs responsables		6.2	Validité des prestations	
1.3	Personne assurée		6.3	Prestations assurées	
1.4	But de l'assurance		6.4	Limitations sur le plan des prestations	
1.5	Conditions générales d'assurance (CGA)		7	Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident	8
1.6	Conditions pour l'assurance collective		7.1	Obligation de déclarer	
1.7	Conditions pour les contrats-cadres		7.2	Obligation de réduire le dommage	
1.8	Loi sur le contrat d'assurance		7.3	Obligation de renseigner Sympany	
2	Catégories d'assurance	3	8	Primes et paiements	9
2.1	Possibilités d'assurance		8.1	Fixation des primes	
2.2	Modifications des catégories d'assurance		8.2	Adaptation des tarifs de primes et de la participation aux frais	
2.3	Catégories d'assurance choisies		8.3	Paiement des primes	
3	Personnes assurées	4	8.4	Participation aux excédents	
3.1	Assurance individuelle		8.5	Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)	
3.2	Assurance collective		8.6	Autres dispositions régissant le paiement	
4	Début et durée de l'assurance	4	9	Prestations de tiers	11
4.1	Procédure lors de la conclusion de l'assurance		9.1	Subsidiarité	
4.2	Début de l'assurance		9.2	Assurances sociales	
4.3	Durée de l'assurance		9.3	Prestations provisoires et recours	
4.4	Modification de l'assurance		9.4	Surassurance	
4.5	Suspension de l'assurance		10	Carte client	11
5	Fin de l'assurance	6	11	Protection des données	11
5.1	Résiliation par la personne assurée		12	Communications	12
5.2	Renoncement au droit de résiliation par l'assureur		13	For juridique	12
5.3	Autres motifs fondant la fin du contrat		14	Interprétation	12

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

L'assureur responsable est la compagnie d'assurance indiquée dans les différentes catégories d'assurance (ci-après assureur).

1.3 Personne assurée

La personne indiquée dans la police d'assurance est la personne assurée. La preneuse ou le preneur d'assurance est la partie contractante qui, par la souscription du contrat d'assurance, jouit d'une couverture d'assurance pour elle-même et/ou pour d'autres personnes. Lorsque les présentes conditions générales d'assurance (CGA) et les conditions particulières (CP) concernées font référence à la personne assurée, elles désignent également, par analogie, la preneuse ou le preneur d'assurance.

1.4 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.

1.5 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 conditions générales d'assurance s'appliquent pour toutes les catégories d'assurance indiquées ci-après. Les détails concernant les prestations figurent dans les conditions particulières relatives aux différentes catégories d'assurance. Dans la mesure où les différentes catégories d'assurance dérogent aux conditions générales d'assurance, les conditions particulières de chaque catégorie d'assurance prévalent.

1.6 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 entre l'assureur et la preneuse ou le preneur d'assurance. La présente convention concerne notamment

l'admission, l'étendue des prestations, la fixation des primes, la durée de l'assurance, la résiliation et la répartition des droits et obligations. Les dispositions régissant le contrat collectif priment sur les Conditions générales d'assurance. Si aucune autre disposition n'a été prise dans le contrat collectif, les présentes CGA s'appliquent. La personne assurée a le droit de demander à l'assureur des informations sur les conditions du contrat collectif concernant la relation d'assurance.

1.7 Conditions pour les contrats-cadres

Les CGA sont également valables pour les contrats-cadres dans le domaine des frais de guérison. Dans chaque contrat-cadre, des conditions différentes peuvent être convenues entre le partenaire du contrat-cadre et l'assureur. Cet accord concerne par exemple des simplifications administratives ou un rabais sur le contrat-cadre. Le partenaire du contrat-cadre et l'assureur peuvent modifier ou supprimer le rabais accordé au titre du contrat-cadre. Toute adaptation du rabais du contrat-cadre est communiquée à la personne assurée 30 jours au préalable. La personne assurée est autorisée à se départir de la catégorie d'assurance correspondante dans les 30 jours suivant la communication par l'assureur pour la date d'entrée en vigueur de l'adaptation du rabais du contrat-cadre.

La personne assurée conclut le contrat d'assurance directement avec l'assureur. Les dispositions du contrat-cadre priment sur les conditions générales d'assurance. Les dispositions qui s'appliquent à la personne assurée sont portées à sa connaissance avant la conclusion de l'assurance. Si aucune autre disposition n'a été prise dans le contrat-cadre, les présentes CGA s'appliquent. La personne assurée a le droit de demander à l'assureur des informations sur les conditions du contrat-cadre fondant la relation d'assurance.

1.8 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. Cette règle s'applique également aux contrats d'assurance conclus avant le 1er janvier 2022.

2 Catégories d'assurance

2.1 Possibilités d'assurance

Les catégories d'assurance au sens des présentes CGA sont les assurances dommages et de sommes suivantes.

Assurance dommages: en cas de prestations, l'assureur rembourse à la personne assurée les frais de prestations encourus en tenant compte des franchises, des limites et/ou d'autres montants maximaux convenus contractuellement.

- **plus**
- **premium**
- **supplément général**
- **supplément privé**
- **hospita générale, demi-privée, privée, accident privé, globale, flex, confort**
- **clients privés supplément pour traitement hospitalier**
- **salto**
- **mondial**
- **dental**
- **compensa**
- **tourist**
- **protect**

Assurances de sommes: en cas de prestations, l'assureur rembourse à la personne assurée, que la personne assurée ait ou non subi un dommage.

- **capita accident**
- **capita maladie**

Certaines catégories d'assurance sont pratiquées dans les variantes 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 l'assureur. 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

Si des informations incorrectes ou incomplètes sont fournies, l'assureur peut résilier le contrat dans un délai de quatre semaines à compter de la prise de connaissance de la violation du devoir d'information. En cas de résiliation du contrat, l'obligation de l'assureur de fournir des prestations s'éteint également pour les dommages déjà survenus, dans la mesure où ceux-ci peuvent être mis en relation avec les déclarations inexactes ou incomplètes. Dans la mesure où l'obligation de fournir des prestations a déjà été remplie, l'assureur a droit à leur remboursement.

En proposant la souscription de l'assurance, la personne concernée autorise l'assureur à se procurer auprès du personnel médical ainsi qu'auprès d'autres assureurs les renseignements nécessaires à la souscription de l'assurance et à la clarification d'une obligation de prestation ultérieure.

L'assureur peut exiger un certificat médical ou un examen médical à sa charge. La personne assurée doit veiller à ce que toutes les données nécessaires soient mises à disposition.

4.1.3 Refus ou exclusion de prestations

L'assureur peut refuser des propositions ou exclure certaines prestations de la couverture d'assurance.

4.1.4 Dossier, documents

À la souscription du contrat, la personne assurée reçoit

- la police d'assurance;
- les conditions particulières;
- les conditions générales d'assurance.

4.1.5 Délai d'engagement

La personne qui soumet à l'assureur une proposition d'assurance et qui ne fixe pas de délai plus court pour son acceptation reste liée pendant 14 jours. Si l'assurance requiert un examen médical, la personne soumettant la proposition reste liée pendant quatre semaines.

4.1.6 Droit de rétractation – définition

La personne assurée peut révoquer par écrit sa proposition de souscription du contrat ou la déclaration d'acceptation de celui-ci. Le délai de révocation est de 14 jours et commence à courir au moment où la personne assurée a demandé ou accepté le contrat. Le délai est respecté si la personne assurée informe l'assureur de sa rétractation ou remet sa déclaration de révocation à la poste au plus tard le dernier jour du délai de révocation. Le droit de révocation est exclu pour les accords prévoyant une durée inférieure à un mois. Si des tiers lésés peuvent faire valoir de bonne foi des droits à l'encontre de l'assureur malgré la révocation, la personne assurée est redevable de la prime et l'assureur ne peut pas invoquer la nullité du contrat face aux tiers lésés.

4.1.7 Droit de rétractation – effet

Une révocation prononcée rend la proposition de souscription du contrat ou la déclaration d'acceptation de la personne assurée nulle et non avenue. Les parties doivent rembourser les prestations déjà reçues. La personne assurée n'est redevable d'aucune autre indemnité à l'assureur. Lorsque cela semble approprié, la personne assurée doit rembourser à l'assureur une partie ou la totalité des frais liés aux clarifications particulières que celui-ci a menées de bonne foi en vue de la souscription du contrat.

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 de l'assurance

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

4.3.2 Durée de l'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

À 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 la personne assurée 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 demandée par la personne assurée

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 à la personne assurée 30 jours au préalable. Elle a le droit de résilier les catégories d'assurance concernées dans les 30 jours suivant la communication pour la fin de la période d'assurance en cours. En l'absence de résiliation de la part de la personne assurée, il est considéré que les nouvelles conditions contractuelles sont acceptées.

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 minimale de trois mois et peut être convenue pour une durée maximale de six ans. Une nouvelle prolongation de la suspension peut être demandée. Si l'assureur est dans l'incapacité d'accepter la prolongation, le contrat s'éteint. 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 la personne assurée

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 versé des prestations, la personne assurée peut se départir par écrit de la partie correspondante du contrat, c'est-à-dire de la catégorie d'assurance concernée, dans un délai de 14 jours à compter du versement ou de la communication de la prise en charge des prestations par l'assureur. La prime est due jusqu'à la cessation du contrat.

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.

Aucun droit de transfert n'existe lorsque la personne assurée 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 ne résilie pas le contrat en cas de sinistre ou à l'échéance du contrat. En demeure excepté la résiliation du contrat en cas de tentative d'abus ou d'abus d'assurance.

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 mondiale);
- 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) si, au cours de la relation d'assurance, la personne assurée est soumise à l'obligation légale de s'assurer en Suisse ou dans son pays de domicile ou si l'exemption de cette obligation s'éteint, **mondial** prend fin à la date du nouvel assujettissement à l'obligation légale de s'assurer, mais au plus tôt à la fin du mois au cours duquel l'assureur reçoit une communication correspondante.

6 Prestations

6.1 Définitions

6.1.1 Maladie

Par maladie, on entend une atteinte la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

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, mentale ou psychique 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 de la même manière que la maladie si l'assurance de la mère auprès de l'assureur a déjà duré au moins 270 jours au moment de l'accouchement ou, en cas d'assurance équivalente antérieure auprès d'un autre assureur, si la soumission de la proposition d'assurance auprès de l'assureur a été confirmée 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 du traitement ou le moment du recours à la prestation assurée. Les obligations de prestations périodiques au sens de l'article 35c LCA demeurent réservées.

6.3 Prestations assurées

6.3.1 Étendue 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. Cela 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.

L'assureur peut, aux fins d'une prise en charge optimale de ses personnes assurées, convenir de mesures d'accompagnement avec les prestataires autorisés, dans le but de garantir, par une meilleure collaboration et coordination entre les prestataires et l'assureur, le traitement le plus efficace, le plus approprié et le plus économique pour la personne assurée. L'assureur peut confier l'exécution de ces mesures à une conseillère ou un conseiller de santé. En cas de facturation manifestement traduite, l'assureur peut réduire ses prestations en conséquence ou faire dépendre son paiement de la cession de la créance de réduction.

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 cela est prévu dans les différentes catégories d'assurance.

6.4 Limitations sur le plan des prestations

6.4.1 Maladies et accidents préexistants

L'assureur peut exclure de la couverture d'assurance les maladies et les suites d'accidents qui existent ou existaient au moment de la souscription de l'assurance (réserve) ou refuser la proposition dans son ensemble.

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 séquelles d'accident qui existaient déjà au moment de la souscription de l'assurance et qui ont été exclues de l'assurance par l'assureur;
- 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 dispensés par un prestataire non reconnu par l'assureur;
 - 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 les quelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs maladie (SVK) à Soleure a convenu des forfaits par cas, t cela 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.
- b) pour les maladies ou accidents provoqués par négligence grave, notamment ceux causés par l'abus d'alcool, de médicament 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 estimées 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. L'assureur tient une liste de tous les sports à risque, considérés comme des entreprises téméraires. 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.

Toutefois, les réductions de prestations ne sont pas appliquées si

- a) les faits mentionnés ci-dessus ne sont pas imputables à la personne assurée ou si
- b) la personne assurée prouve que la violation du contrat n'a aucune influence sur la survenance de l'événement redouté et sur l'étendue des prestations dues par l'assureur.

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

7.1 Obligation de déclarer

Les personnes assurées doivent faire valoir leurs droits aux prestations auprès de l'assureur dans les délais fixés dans les dispositions relatives aux différentes catégories d'assurance. La survenance d'un accident doit être annoncée au plus tard dans les dix jours.

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) lorsque, en cas de sinistre, des obligations de déclaration ou des obligations selon la LCA sont violées,

La déclaration doit être conforme à la vérité. Si des prestations sont sollicitées, toutes les informations doivent être mises à la disposition de l'assureur avec les données médicales et administratives nécessaires. 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. Dans le cadre des mesures d'accompagnement de l'assureur, la personne assurée soutient l'activité de la conseillère ou du conseiller de santé et lui fournit les renseignements nécessaires.

7.3 Obligation de renseigner

La personne assurée délève les médecins traitants et autres membres du personnel médical ainsi que les assureurs du secret professionnel vis-à-vis de l'assureur. L'assureur peut solliciter des renseignements s'il le juge nécessaire.

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

La personne assurée renseigne l'assureur concernant toutes les prestations de tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité. Sur demande, les décomptes de tiers doivent être remis à l'assureur.

Pour les personnes n'ayant pas l'exercice des droits civils, la personne assurée doit faire respecter l'obligation de renseigner.

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, par exemple d'après l'âge ou groupe d'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. L'assureur se réserve le droit d'introduire de nouvelles classes d'âge maximum en fonction de l'évolution démographique. Les classes d'âge sont indiquées à la fin des Conditions particulières de chaque catégorie d'assurance.

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 l'assureur, d'une couverture au moins équivalente à celle de l'enfant et que parent et enfant vivent dans le même ménage (police familiale).
- pour l'exonération des primes à partir du troisième enfant: que les deux frères et soeurs aînés jusqu'à 25 ans vivant dans le même ménage (police familiale) soient assurés de manière au moins équivalente auprès de l'assureur.

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. Le rabais familial est exclu de l'adaptation.

Toute adaptation des primes est communiquée à la personne assurée 30 jours au préalable. La personne assurée est autorisée à se départir de la catégorie d'assurance correspondante dans les 30 jours suivant la communication par l'assureur pour la date d'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 ou une classe d'âge maximum nouvellement introduite.

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 la personne assurée ne s'acquitte pas de son obligation de paiement des primes ou des participations aux coûts dans un délai supplémentaire de 30 jours, elle reçoit une sommation écrite l'invitant à payer ses primes ou les participations aux coûts dues dans un délai de 14 jours. La sommation attire l'attention de la personne assurée sur les conséquences en cas de non-respect de son 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.

À l'expiration du délai de sommation, l'assureur peut résilier le contrat. 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. 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

L'éventuelle participation aux excédents est versée sous la forme d'un versement unique au plus tôt à l'expiration d'une année après l'année civile sans sollicitation de prestations. Elle ne peut être versée qu'aux personnes qui sont assurées auprès de l'assureur 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

L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances envers la personne assurée. La personne assurée ne détient aucun droit de compensation à l'égard de l'assureur.

8.6.2 Cession et mise en gage

Les créances envers l'assureur ne peuvent être ni mises en gage ni cédées sans son accord.

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. L'assureur verse les prestations à la personne assurée sur son compte bancaire ou postal. Les coordonnées bancaires correspondantes doivent être communiquées à temps à l'assureur. Si les versements sont exigés par d'autres moyens de paiement, l'assureur peut demander une indemnisation des frais supplémentaires occasionnés.

S'il existe des conventions et des tarifs différents entre l'assureur et les prestataires, le paiement direct est effectué par l'assureur aux prestataires. Dans le cas de paiements directs par l'assureur aux prestataires (médecin, hôpital, pharmacie, etc.), la personne assurée est tenue de rembourser à l'assureur les participations aux coûts convenues dans les 30 jours qui suivent l'établissement de la facture.

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 Prescriptions

Le droit aux prestations de la personne assurée à l'égard de l'assureur se prescrit par cinq ans à compter de la survenance du fait qui fonde l'obligation de prestation de l'assureur.

Pour les contrats conclus après le 1^{er} janvier 2022, les dettes de la personne assurée sont soumises à un délai de prescription de cinq ans. Pour les contrats conclus avant le 1^{er} janvier 2022, les dettes de la personne assurée sont soumises à un délai de prescription de deux ans.

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

En cas de pluralité d'assureurs, chaque assureur est responsable du dommage dans la proportion reconnue entre sa somme d'assurance et le montant total des sommes d'assurance. Ceci vaut également lorsque l'obligation de verser des prestations des autres assureurs n'existe que de manière subsidiaire.

9.1.4 Renoncement aux prestations

Si les assurés renoncent entièrement ou partiellement à des prestations vis-à-vis de tiers sans l'accord de l'assureur, l'obligation de prestation au titre des présentes CGA est levée. La capitalisation d'un droit aux prestations est également considérée comme une renonciation.

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. La condition est que la personne assurée se soit efforcée sans succès, dans des limites raisonnables, de faire valoir ses droits et qu'elle cède à l'assureur ses droits envers des tiers à hauteur des prestations fournies.

9.4 Surassurance

Compte tenu des prestations de tiers, les personnes assurées ne doivent pas tirer de bénéfice des prestations au titre des présentes CGA. En cas de surassurance, les prestations sont réduites en conséquence.

10 Carte client

Les personnes assurées auprès de l'assureur reçoivent une carte client personnelle de l'assureur. Celle-ci sert de carte de légitimation vis-à-vis des 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 des personnes assurées se fonde sur les dispositions légales applicables en matière de protection des données, notamment sur les dispositions en vigueur de la Loi fédérale sur la protection des données. À cet égard, Sympany Versicherungen AG tient compte de la catégorie des données personnelles, particulièrement sensibles, telles que les données relatives à la santé, conformément à la loi fédérale susmentionnée.

Si le traitement des données est confié à un tiers, l'assureur veille à ce que celui-ci soit effectué exclusivement dans la même mesure qu'il y est autorisé.

L'assureur collecte et traite exclusivement les données (par exemple, les données personnelles, les informations sur l'état de santé, la vérification des informations fournies dans la proposition, le recouvrement, le règlement des sinistres) nécessaires au traitement du contrat d'assurance selon la LCA. L'assureur 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 d'assurance. Cela vaut en particulier pour la transmission

de données à un assureur responsable lorsque, dans une catégorie d'assurance, la collaboration avec un autre assureur responsable que Sympany Versicherungen AG est prévue. Dans les autres cas, l'assureur ne renseigne qu'avec le consentement de la personne assurée.

L'assureur conserve soigneusement les données et les protège contre tout accès non autorisé par des mesures organisationnelles et techniques appropriées.

Des explications détaillées concernant la protection des données se trouvent dans Internet, sur www.sympany.ch/protection-donnees

Si Sympany Versicherungen AG collabore avec un autre assureur responsable dans le cadre d'une catégorie d'assurance, d'autres détails peuvent être obtenus dans les dispositions de protection des données de l'assureur responsable.

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 par écrit à l'assureur 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 doivent être faites par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en apporter la preuve par écrit. Si la communication est transmise sous une autre forme permettant d'en apporter la preuve par écrit, la personne assurée doit être identifiable par l'assureur.

Toutes les communications doivent être adressées à l'assureur par la personne assurée. Les canaux de communication disponibles à cet effet, par lesquels la personne assurée peut contacter l'assureur, sont exposés par l'assureur – dans la mesure où la loi et la jurisprudence l'autorisent – et peuvent être consultés sur www.sympany.ch/communications

Les communications de l'assureur se font par écrit, respectivement au moyen du journal des assurés, à l'attention de la personne assurée, à la dernière adresse indiquée par celle-ci ou à l'adresse de contact en Suisse.

13 For juridique

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.

14 Interprétation

La version originale de ces CGA ainsi que des CP est la version en allemand. Les versions française, italienne et anglaise sont des traductions. En cas d'éventuelles différences d'interprétation, le texte allemand fait foi.