

Edition du 1^{er} janvier 2027

Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances-maladie complémentaires

Table des matières

Généralités

- 1 Introduction
- 2 Sociétés d'assurance
- 3 Personne assurée
- 4 Bases du contrat

Etendue de l'assurance

- 5 Objet de l'assurance
- 6 Validité territoriale

Définitions

- 7 Définitions de la maladie, de l'accident et de la maternité
- 8 Fournisseurs de prestations reconnus

Début et fin de l'assurance

- 9 Début et durée de l'assurance
- 10 Résiliation par les preneurs d'assurance et renonciation à la résiliation
- 11 Adaptation des CGA et CSA

Primes et participation aux coûts

- 12 Fixation des primes
- 13 Paiement des primes
- 14 Paiement des franchises, quotes-parts et demandes de restitution de prestations
- 15 Versements et remboursements des primes
- 16 Modification des primes, de la franchise et de la quote-part

Obligations de la personne assurée

- 17 Obligations de déclarer et de collaborer
- 18 Incombances en cas de sinistre
- 19 Manquement aux obligations ou aux incombances
- 20 Débiteur des honoraires des fournisseurs de prestations

Restrictions de la couverture d'assurance

- 21 Exclusions de prestations
- 22 Subsidiarité et prestations de tiers
- 23 Recours
- 24 Compensation
- 25 Mise en gage et cession
- 26 Tarifs des fournisseurs de prestations
- 27 Conventions d'honoraires

Divers

- 28 Communications
- 29 Conseil de santé individuel
- 30 Protection des données
- 31 For
- 32 Droit de résiliation particulier

Généralités

1 Introduction

Les présentes conditions générales d'assurance (CGA) constituent le fondement de toutes les assurances-maladie complémentaires dont le contenu est régi par des Conditions supplémentaires d'assurance (CSA).

2 Sociétés d'assurance

Helsana Assurances complémentaires SA (désignée ci-après par « Helsana ») fournit les prestations d'assurance en sa qualité de partie au contrat d'assurance vis-à-vis des personnes assurées.

3 Personne assurée

Est assurée la personne mentionnée sur la police (preneuse d'assurance, preneur d'assurance).

4 Bases du contrat

Pour autant que les conditions du contrat ne prévoient pas de dérogation, le contrat d'assurance est régi par les prescriptions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) s'appliquant au 1^{er} janvier 2022. Pour les contrats débutant avant le 1^{er} janvier 2022, un délai de prescription de 2 ans reste applicable concernant les créances d'Helsana envers les personnes assurées.

Etendue de l'assurance

5 Objet de l'assurance

- 5.1 Les assurances complémentaires à l'assurance obligatoire des soins couvrent, dans le cadre des dispositions ci-après et conformément aux Conditions supplémentaires d'assurance (CSA), les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident.
- 5.2 La police d'assurance mentionne les assurances souscrites auprès d'Helsana et les Conditions particulières d'assurance (CPA) qui auraient éventuellement été convenues pour ces assurances.

6 Validité territoriale

Sauf mention contraire, l'assurance est valable dans le monde entier.

Définitions

l'assurance de base au sens de l'art. 7a de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

7 Définitions de la maladie, de l'accident et de la maternité

- 7.1 Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.
- 7.2 La grossesse et l'accouchement sont assimilés à la maladie pour autant que, lors de l'accouchement, la mère ait été assurée pour la maladie auprès d'Helsana durant au moins 365 jours et que les prestations de maternité n'étaient pas exclues de la couverture d'assurance.
- 7.3 Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique.
- 7.4 Les lésions corporelles assimilées à un accident conformément à la législation sur l'assurance-accidents (LAA) sont assimilées aux accidents.

8 Fournisseurs de prestations reconnus

- 8.1 Sont des fournisseurs de prestations reconnus les personnes et établissements qui sont reconnus comme tels par l'assurance obligatoire des soins.
- 8.2 Les dispositions divergeant du ch. 8.1 sont précisées dans les CSA.

Début et fin de l'assurance

9 Début et durée de l'assurance

- 9.1 En cas d'acceptation de la proposition, la couverture d'assurance prend effet le jour mentionné dans la police.
- 9.2 La durée d'assurance minimale est d'une année. La période d'assurance s'étend du 1er janvier au 31 décembre. En cas de conclusion de l'assurance durant l'année civile, la prime est prélevée pour le solde de l'année d'assurance. A la date d'échéance, de même qu'à la fin de chaque année d'assurance suivante, le contrat se prolonge tacitement d'une nouvelle année.
- 9.3 L'assurance s'éteint :
 - a) en cas de décès de la personne assurée ;
 - b) à l'atteinte de l'âge jusqu'auquel la couverture d'assurance a été garantie par Helsana ;
 - c) lors de la résiliation par la preneuse d'assurance ou le preneur d'assurance, après écoulement du délai de résiliation contractuel ;
 - d) en cas de transfert du domicile ou de la résidence habituelle à l'étranger, à moins que la personne assurée ne demeure soumise à l'assurance obligatoire des soins ou qu'elle ne maintienne

10 Résiliation par les preneurs d'assurance et renonciation à la résiliation

- 10.1 La preneuse d'assurance ou le preneur d'assurance peut résilier l'assurance après une durée d'assurance ininterrompue d'une année, en respectant un délai de résiliation de trois mois pour la fin d'une année civile.
- 10.2 La résiliation a lieu à temps lorsqu'elle parvient à Helsana, par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, au plus tard le dernier jour ouvrable du mois précédant le début du délai de résiliation de trois mois.
- 10.3 Après chaque sinistre pour lequel Helsana doit accorder des prestations, la preneuse d'assurance ou le preneur d'assurance peut résilier l'assurance concernée dans les 14 jours qui suivent le paiement de l'indemnisation ou la prise de connaissance correspondante. La couverture d'assurance s'éteint 14 jours après réception de cette communication par Helsana.
- 10.4 Helsana ne possède pas de droit de résiliation à l'échéance du contrat, respectivement en cas de sinistre. Demeure réservé le droit de résiliation des deux parties pour motif grave.

11 Adaptation des CGA et CSA

- 11.1 L'assureur est en droit d'adapter les Conditions générales d'assurance (CGA) et Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) pour l'un des motifs ci-après :
 - a) augmentation du nombre ou établissement de nouveaux types de fournisseurs de prestations ;
 - b) développements de la médecine moderne ;
 - c) établissement de formes de thérapies nouvelles ou onéreuses, comme par exemple les techniques opératoires, médicaments et autres cas similaires ;
 - d) modifications de prestations dans l'assurance obligatoire des soins.
- 11.2 Si, pendant la durée de validité de l'assurance, les CGA ou les CSA sont adaptées sur la base des raisons sous ch. 11.1, les nouvelles conditions s'appliquent aux preneurs d'assurance et à Helsana. Helsana communique par écrit ces adaptations aux preneurs d'assurance. Quiconque n'accepte pas les modifications peut résilier les assurances correspondantes à la date de l'amendement. Si Helsana ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours suivant la réception de la communication, il y a acceptation de la nouvelle réglementation des assurances.

Primes et participation aux coûts

12 Fixation des primes

Les primes sont fixées selon les critères suivants

- 12.1 En fonction de l'âge actuel de la personne assurée. Les tarifs sont répartis par classes de 5 ans (0-5 ans, 6-10 ans, etc.) jusqu'à la classe d'âge 91+ au maximum. Lorsqu'elle entre dans une classe d'âge supérieure, la personne assurée est transférée dans l'échelon tarifaire correspondant, ce qui entraîne généralement une hausse des primes. La dernière classe d'âge déterminante pour le produit concerné figure dans la police.
- 12.2 La prime pour les personnes assurées de plus de 65 ans est au maximum le triple de celle des personnes assurées de 30 ans et au maximum le quadruple pour les personnes assurées qui ont dépassé les 70 ans.
- 12.3 En fonction du domicile de la personne assurée. La prime est adaptée en cas de changement de domicile dans une nouvelle région de prime.
- 12.4 En fonction du sexe (homme/femme) de la personne assurée. La prime est adaptée en cas de changement de sexe dans le registre de l'état civil.

13 Paiement des primes

- 13.1 Les primes sont en règle générale perçues chaque mois. Elles doivent être payées d'avance et sont échues le premier jour de chaque mois. Si d'autres rythmes de paiement ont été convenus, les primes arrivent à échéance le 1er jour de la période déterminante.
- 13.2 Si des preneurs d'assurance ne donnent pas suite à leur obligation de paiement, ils sont sommés par écrit, avec mention des conséquences du retard, de régler son dû dans les 14 jours dès l'expédition de la mise en demeure. Si la mise en demeure reste sans effet, l'obligation de prestations cesse une fois écoulé le délai de mise en demeure.
- 13.3 On ne peut prétendre à des prestations pour des maladies, accidents et leurs suites qui sont apparus durant la suspension de l'obligation aux prestations, même si la prime est payée par la suite.
- 13.4 Les frais résultants du retard dans l'acquittement des primes, tels que les frais de rappel et les frais d'encaissement, sont à la charge de la preneuse d'assurance concernée ou du preneur d'assurance concerné. De même, les conventions de paiement par acomptes en cas d'arriérés de paiements sont soumis des frais.

14 Paiement des franchises, quotes-parts et demandes de restitution de prestations

- 14.1 Lorsque Helsana rembourse directement les fournisseurs de prestations, les preneurs d'assurance ont l'obligation de restituer à Helsana les franchises et les quotes-parts convenues dans les 30 jours qui suivent la facturation par Helsana.
- 14.2 Les prestations indûment perçues doivent être restituées à Helsana dans les 30 jours qui suivent la facturation.
- 14.3 Si les preneurs d'assurance ne acquittent pas leur obligation de paiement, on applique les ch.13.2, 13.3 et 13.4 par analogie.

15 Versements et remboursements des primes

- 15.1 Helsana effectue les versements en bonne et due forme à la dernière adresse ou adresse de paiement fournie par la personne assurée
- 15.2 Pour autant que la prime ait été payée d'avance pour une durée d'assurance déterminée et que le contrat soit supprimé avant la fin de cette durée pour un motif prévu par la loi ou le contrat, Helsana restitue la prime afférente à la période d'assurance qui ne s'est pas encore écoulée.
- 15.3 Il n'existe aucun droit à la restitution de la prime lorsque le contrat a été en vigueur durant moins d'une année et que la preneuse d'assurance ou le preneur d'assurance a demandé la dissolution du contrat par voie de résiliation.

16 Modification des primes, de la franchise et de la quote-part

Helsana est autorisée à adapter chaque année le tarif des primes, les rabais sur les primes, la franchise et la quote-part en fonction de l'évolution des coûts et des sinistres ou à la suite de l'adaptation de l'étendue de la couverture. Helsana communique ces modifications par écrit aux preneurs d'assurance. Quiconque n'accepte pas la modification peut résilier les assurances correspondantes à la date de la modification. Si Helsana ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours à compter de la réception de la communication de la modification, cette dernière est acceptée. La preneuse ou le preneur d'assurance dispose du même droit en cas de modification de la prime, conformément au ch. 12.

La suppression de rabais temporaires sur les primes n'entraîne aucun droit de résiliation.

Obligations de la personne assurée

17 Obligations de déclarer et de collaborer

- 17.1 Tous les faits pertinents pour l'évaluation du risque doivent être indiqués de manière complète et conforme à la vérité dans le formulaire de proposition, dans la mesure où ils sont connus du preneur d'assurance ou devraient l'être à la date de réponse aux questions. Si de tels faits sont communiqués de manière inexacte ou dissimulés, Helsana est en droit de dénoncer le contrat pour les produits correspondants par une déclaration écrite, dans un délai de quatre semaines après avoir eu connaissance de la réticence. La résiliation prend effet à sa réception par la preneuse d'assurance ou le preneur d'assurance.
- 17.2 Si l'assurance est dissoute suite à une résiliation, l'obligation de prestations d'Helsana s'éteint également pour les dommages antérieurs, pour autant que la survenance ou l'étendue ait été influencée par un fait important non déclaré ou incorrectement déclaré. Dans la mesure où elle a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, Helsana a droit à son remboursement.
- 17.3 Les personnes assurées doivent libérer le personnel médical chez qui ils sont ou ont été en traitement, du secret médical envers Helsana et l'autoriser à fournir à Helsana tous les renseignements nécessaires.
- 17.4 Si la personne assurée change de domicile ou de sexe, Helsana doit en être informée immédiatement.

18 Incombances en cas de sinistre

- 18.1 La personne assurée doit tout entreprendre pour accélérer sa guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir. Elle doit en particulier suivre les prescriptions médicales des fournisseurs de prestations.
- 18.2 Lorsque des prestations d'assurance sont réclamées, Helsana doit être mis en possession de toutes les factures des fournisseurs de prestations. Seules les factures originales sont reconnues. Elles peuvent aussi être fournies sous forme électronique, p.ex. sous forme de document PDF numérisé ou via le portail clients myHelsana. En outre, Helsana peut exiger de la personne assurée qu'elle lui fasse parvenir des certificats, rapports, justificatifs médicaux, etc.

19 Manquement aux obligations ou aux incombances

- 19.1 Si les incombances en cas de sinistre sont violées, Helsana peut réduire les prestations en conséquence et les ramener au montant qui serait dû par Helsana au titre de l'obligation d'allouer des prestations en l'absence de manquement aux obligations.

- 19.2 Ces préjudices de droit n'interviennent pas lorsque le manquement aux obligations ou aux incombances ne résulte pas d'une faute au vu des circonstances ou si la personne assurée peut prouver que le manquement n'a aucune influence sur la survenance de l'événement redouté et sur l'étendue des prestations dues par Helsana.

20 Débiteur des honoraires des fournisseurs de prestations

Les preneurs d'assurance sont en principe débiteurs des honoraires aux fournisseurs de prestations. Demeurent réservées les conventions entre Helsana et les fournisseurs de prestations qui prévoient le paiement direct aux fournisseurs de prestations.

Restrictions de la couverture d'assurance

21 Exclusions de prestations

- 21.1 Il n'y a pas de couverture d'assurance pour :
- a) les maladies, les accidents et leurs suites qui existaient déjà au moment de la conclusion du contrat ;
 - b) les maladies, les accidents et leurs suites après extinction de l'assurance, ceci également lorsque des prestations ont été fournies au cours de la durée d'assurance ;
 - c) les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique, la mesure médicale qui ne se limite pas à l'intérêt de la personne assurée et qui n'est pas conforme au but du traitement étant considérée comme non économique et l'efficacité devant être prouvée par des méthodes scientifiques ;
 - d) les traitements et opérations cosmétiques ;
 - e) les traitements dentaires, pour autant qu'une couverture ne soit pas expressément prévue dans les diverses assurances ;
 - f) les maladies et les accidents découlant de dangers extraordinaires ; sont considérés comme tels :
 - fa) la participation à des troubles ;
 - fb) le service militaire à l'étranger ;
 - fc) la participation à des actes guerriers, de terrorisme, la commission intentionnelle de crimes et délits ainsi que leurs tentatives ;
 - fd) la participation à des rixes et bagarres, sauf si la personne assurée a été blessée par les protagonistes alors qu'elle n'était pas en cause ou en portant secours à une personne sans défense ;
 - fe) les dangers auxquels la personne assurée s'expose en provoquant autrui ;
 - g) les maladies et accidents consécutifs à des actes téméraires ; les actes téméraires sont des actes à l'occasion desquels la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grand, sans prendre ou pouvoir prendre les mesures qui ramènent le risque à un niveau raisonnable ; les actions de sauvetage de personnes sont également assurées même si, dans l'absolu, elles devraient être considérées comme des actes téméraires ;

- h) les maladies et accidents consécutifs à des événements de guerre ;
 - ha) en Suisse ;
 - hb) à l'étranger, sauf si la personne assurée est tombée malade ou est accidentée dans les 14 jours qui suivent la première manifestation de tels événements dans le pays dans lequel elle séjourne et si elle y a été surprise par l'apparition des événements guerriers ;
 - i) les dommages de santé résultant de l'action de rayons ionisants de quelque nature que ce soit et les dégâts dus à l'énergie atomique ;
 - k) les maladies et accidents dus à la consommation abusive d'alcool, de médicaments, de drogues et de substances chimiques ;
 - l) les transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie à Soleure (FSA) a conclu des forfaits par cas ; cette règle étant également valable pour les cliniques sans forfaits par cas conclus ;
 - m) les participations aux coûts légaux et convenues de l'assurance obligatoire des soins ;
 - n) l'automutilation, le suicide ou la tentative de suicide.
- 21.2 Demeurent réservées les autres exclusions de prestations découlant des dispositions de chaque catégorie d'assurance.

22 Subsidiarité et prestations de tiers

- 22.1 Toutes les prestations sont fournies en complément aux prestations des assurances sociales. En cas d'obligation simultanée d'allouer des prestations pour plusieurs assureurs privés, les dispositions légales relatives à l'assurance multiple selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) s'appliquent.
- 22.2 Si des tiers responsables doivent répondre des suites d'une maladie ou d'un accident, Helsana garantit ses prestations, sous réserve du ch. 23 CGA, uniquement dans la mesure où le preneur d'assurance ne réalise aucun gain.

23 Recours

- 23.1 Helsana sert des prestations à condition que la personne assurée lui cède ses prétentions à l'encontre de tiers tenus à prestations jusqu'à concurrence des prestations qu'elle accorde. La personne assurée s'engage à collaborer et à ne rien entreprendre qui puisse faire obstacle à l'exercice d'un éventuel droit de recours contre les tiers.
- 23.2 Le droit aux prestations d'Helsana s'éteint si, sans l'accord d'Helsana, des personnes assurées passent avec des tiers tenus à prestations une convention selon les termes de laquelle elles renoncent à tout ou partie des prestations d'assurance ou en dommages et intérêts.

24 Compensation

- 24.1 Helsana peut compenser des prestations échues avec des créances à l'encontre des preneurs d'assurance.
- 24.2 Les preneurs d'assurance n'ont aucun droit de compensation à l'encontre d'Helsana.

25 Mise en gage et cession

Sans le consentement d'Helsana, les créances ne peuvent être ni mises en gage ni cédées avec effet juridique.

26 Tarifs des fournisseurs de prestations

Helsana reconnaît les tarifs valables pour les assurances sociales suisses, sous réserve de dispositions contraires dans les conditions supplémentaires d'assurance (CSA).

27 Conventions d'honoraires

Les conventions d'honoraires passées entre des émetteurs de factures et des personnes assurées ne lient pas Helsana. Il n'y a de prétention aux prestations que dans le cadre du tarif reconnu par Helsana pour les fournisseurs de prestations concernés.

Divers

28 Communications

- 28.1 Les communications d'Helsana aux preneurs d'assurance ont lieu valablement à la dernière adresse postale ou d'Email indiquée, sont transmises sur le portail clients myHelsana (avec notification par e-mail) ou sont publiées sur le site Internet d'Helsana et dans l'annexe annuelle à la police d'assurance.
- 28.2 Sauf disposition contraire dans les CGA ou les CSA, les communications écrites peuvent être envoyées par les preneurs d'assurance à Helsana (p.ex. à l'adresse postale ou électronique du Service Clientèle indiquée sur la police) et vice-versa, sous forme physique ou électronique.

29 Conseil de santé individuel

Helsana peut fournir à la personne assurée un conseil et un accompagnement général et personnalisé en utilisant les informations disponibles dans les dossiers d'assurance des différentes entreprises d'Helsana (si nécessaire, sous réserve d'un consentement au cas par cas), à savoir sur les médicaments, les traitements et les diagnostics concernant la personne assurée, ainsi que sur l'âge et le sexe. Helsana peut notamment fournir à la personne assurée des conseils et des suggestions au sujet de mesures de prévention et de promotion de la santé soutenues par Helsana ou encore la conseiller, à sa demande, sur toutes les questions relatives à la santé. Helsana peut également avertir l'assuré

si, par exemple, elle constate des incompatibilités. Helsana peut en outre aider la personne assurée à sélectionner des fournisseurs de prestations et lui faire des offres ciblées concernant les produits et services qu'elle pourrait éventuellement considérer comme avantageux.

Pour la prestation «Conseils de santé individuels», fournie par Helsana Assurances complémentaires SA, sont valables les dispositions pertinentes relatives à la protection des données et les conditions d'utilisation disponibles sur <https://www.helsana.ch/fr/prives/services/offres-de-conseil/conseils-de-sante.html> trouvent application. Le consentement relatif à des conseils de santé individuels accordé lors de la conclusion du contrat est révocable en tout temps.

30 Protection des données

- 30.1 La déclaration de protection des données d'Helsana Assurances complémentaires SA est disponible sur www.helsana.ch/protection-des-donnees ou peut être demandée au Service Clientèle.
- 30.2 Helsana peut, dans le respect de la loi suisse sur la protection des données (LPD), transmettre des données clients à des tiers mandatés en Suisse et à l'étranger aux fins du contrôle et de l'exécution des droits aux prestations, dans la mesure où cela est nécessaire à ces fins, ainsi que transmettre ces données à d'autres sociétés d'Helsana et d'autres assurances en vue de leur traitement. Pour la coordination des prestations de sinistres en Suisse et à l'étranger et aux fins du contrôle des factures de fournisseurs de prestations étrangers, Helsana transmet les données clients nécessaires aux tiers mandatés. Pour faire valoir des droits de recours découlant du contrôle des cas de prestations, Helsana transfère les données clients nécessaires à la personne responsable et à son assurance responsabilité civile.
- En outre, Helsana transmet les données nécessaires au traitement des prestations et du contrat, dans la mesure où cela est requis, aux sociétés de recouvrement pour des créances en souffrance, aux autorités, à des avocats et à d'autres experts externes.
- Helsana peut mandater des tiers ou d'autres sociétés d'Helsana pour traiter les données des preneurs d'assurance dans le cadre de l'externalisation totale ou partielle de domaines d'entreprise et de prestations au sens d'un «outsourcing» (p.ex. trafic des paiements et services informatiques tels que les options de stockage) en Suisse et à l'étranger. Helsana s'assure que les mandants s'engagent contractuellement à respecter une sécurité des données appropriée et à protéger les données. Le respect des exigences est contrôlé par Helsana.
- Cela peut non seulement concerner des données clients telles que des noms, dates de naissance, numéros d'assuré, mais aussi des données

sensibles, en particulier des données individuelles de santé. Les exigences légales relatives au traitement de données sensibles sont plus strictes.

En outre, Helsana peut, dans le respect de la loi sur la protection des données, obtenir des informations pertinentes auprès d'autorités, de services officiels et d'autres tiers dans le cadre du traitement du contrat, parfois sur l'historique des sinistres, et divulguer les données conformément aux obligations légales ou réglementaires ou pour sauvegarder des intérêts légitimes (p. ex. exécution et défense de créances, examens officiels). Les intérêts légitimes et les potentiels destinataires des données sont indiqués dans la déclaration sur la protection des données selon le ch. 30.1.

- 30.3 A l'aide des informations disponibles dans ses propres dossiers d'assurance et ceux des autres entreprises d'Helsana, notamment en ce qui concerne les médicaments, les traitements, les diagnostics et les coûts, ainsi que la démographie de ses assurés, Helsana peut mieux comprendre comment – sans référence à l'assuré individuel – les coûts des soins de santé peuvent évoluer et être contenus, comment elle doit adapter ses règles p. ex. pour la fixation des primes et l'établissement des contrats avec les fournisseurs de prestations, comment la qualité des traitements peut être améliorée et qu'est-ce qui peut être fait par ailleurs pour promouvoir la santé ou la guérison de ses assurés. Elle mène des activités de recherche à cette fin. Les données liées à la santé utilisées à cet effet sont préalablement codées ou anonymisées. D'autres précisions figurent dans la déclaration sur la protection des données. La personne assurée consent à ces activités de recherche. Elle peut à tout moment révoquer tout ou partie de ce consentement, avec effet pour l'avenir, par communication au Service Clientèle.

31 For

Pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées et des ayants droit, soit ceux du siège d'Helsana.

32 Droit de résiliation particulier

En dérogation aux chiffres 10.3, 11.2 et 16 des présentes CGA, la preneuse d'assurance ou le preneur d'assurance a le droit de résilier l'intégralité du contrat pour les couvertures d'assurance qui étaient en vigueur avant le 1er janvier 2008.

Édition du 1^{er} janvier 2014

Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) HOSPITAL FLEX

Table des matières

Généralités

1 But

Prestations

- 2 Conditions de prestations
- 3 Prestations hospitalières
- 4 Durée des prestations hospitalières
- 5 Prestations à l'étranger
- 6 Prestations pour nouveau-né
- 7 Forfait de naissance
- 8 Prestations pour les frais de personnes accompagnantes (rooming-in)
- 9 Cures balnéaires
- 10 Cures de convalescence
- 11 Aide ménagère
- 12 Durée des prestations en cas de cure et d'aide ménagère
- 13 Service de garde d'enfants
- 14 Exclusions de prestations

Variantes d'assurance

- 15 Variante d'assurance avec limitation du choix de l'hôpital

Primes

- 16 Adaptation des primes

Divers

- 17 Système de bonus
 - 18 Suspension de la couverture d'assurance
-

Généralités

1 But

- 1.1 L'assurance HOSPITAL FLEX verse des prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins. L'étendue des prestations est la suivante:
 - libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse: frais pour le confort de chambre supplémentaire et frais pour le choix du médecin en raison d'un séjour effectué pour des atteintes aiguës à la santé dans la division commune, demi-privée ou privée d'un hôpital, y compris dans des cliniques de réadaptation et des cliniques psychiatriques;
 - contribution aux traitements hospitaliers à l'étranger. Pour autant qu'elles soient co-assurées, des contributions supplémentaires sont versées pour:
 - l'hébergement et la pension en cas de soins stationnaires aigus et de transition;
 - les cures balnéaires et de convalescence;
 - une aide ménagère;
 - un service de garde d'enfants.
- 1.2 Sont assurées les prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité. La couverture accidents peut être exclue.

Prestations

2 Conditions de prestations

- 2.1 Des prestations ne sont versées qu'à condition qu'il y ait une nécessité médicale et que les traitements soient efficaces, appropriés et économiques.
- 2.2 Pour que des prestations soient versées en cas de maternité, l'assurance doit être en vigueur depuis au moins 365 jours.
- 2.3 En cas de séjour hospitalier, les prestations ne sont octroyées qu'en cas de nécessité d'hospitalisation.



3 Prestations hospitalières

3.1 La personne assurée décide au plus tard lors de l'entrée à l'hôpital dans quelle division elle veut être soignée. Aucune participation aux coûts n'est exigée pour les prestations fournies en division commune; en division demi-privée et privée, la personne assurée est redevable de la participation aux coûts fixée dans la police.

3.2 En cas de séjour et de traitement dans un hôpital, une clinique de réadaptation ou une clinique psychiatrique qui satisfont aux conditions énoncées au ch. 8.1 des Conditions générales d'assurance (CGA), les prestations correspondent aux tarifs reconnus par l'assureur pour l'établissement hospitalier en question. En application de ce principe, il n'y a de droit à des prestations, au titre de la présente assurance, auprès d'hôpitaux ne figurant pas sur les listes cantonales des hôpitaux et de la planification (hôpitaux répertoriés) conformément à l'art. 39 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), que si l'assureur a signé une convention LAMal avec l'hôpital en question (hôpital conventionné LAMal Helsana).

L'assureur tient une liste des hôpitaux ayant passé une telle convention LAMal. Cette liste fournit des renseignements sur les prestations reconnues. Elle est continuellement mise à jour et peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.

3.3 En complément de son obligation de prestations selon la LAMal et pour les prestations en soins stationnaires aigus et de transition requises au terme d'un séjour à l'hôpital et ordonnées par l'établissement hospitalier, l'assureur rembourse, pour autant que cela soit co-assuré conformément au ch. 1.1 CSA, les frais d'hébergement et de pension non couverts jusqu'à CHF 100.– par jour durant au maximum 14 jours par année civile.

4 Durée des prestations hospitalières

4.1 En cas de traitement stationnaire dans un hôpital pour soins aigus et dans une clinique de réadaptation, les prestations assurées pour les atteintes aiguës à la santé sont versées pour une durée illimitée tant qu'un séjour dans un hôpital est médicalement nécessaire compte tenu du diagnostic et de la globalité du traitement médical et qu'il faut s'attendre à une amélioration de l'état de santé.

4.2 En cas de traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique, les prestations assurées sont octroyées au maximum pendant 60 jours au cours d'une année civile, aussi longtemps qu'un séjour dans une clinique psychiatrique est médicalement nécessaire en raison du diagnostic et du traitement médical dans son ensemble et qu'il ne s'agit pas d'une maladie chronique.

5 Prestations à l'étranger

En cas de séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus ou une clinique psychiatrique à l'étranger, l'assureur rembourse le montant journalier convenu pendant 60 jours au maximum par année civile, pour les coûts d'un traitement scientifiquement reconnu et approprié ainsi que pour le logement et la nourriture.

6 Prestations pour nouveau-né

L'assureur prend en charge les coûts du séjour d'un nouveau-né en bonne santé, au titre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL FLEX de la mère, durant l'hospitalisation de celle-ci, toutefois pendant dix semaines au plus.

7 Forfait de naissance

Si la naissance a lieu dans une maison de naissance ambulatoire, à domicile ou en ambulatoire à l'hôpital, l'assureur paie le forfait de naissance convenu.

8 Prestations pour les frais de personnes accompagnantes (rooming-in)

En cas de traitement stationnaire à l'hôpital, l'assureur accorde des contributions aux frais de séjour et de repas d'une personne proche de la personne assurée, qui reste auprès d'elle à l'hôpital. La prestation assurée est versée pendant au maximum 15 jours par année civile.

9 Cures balnéaires

9.1 Les prestations pour cures balnéaires sont versées pour autant qu'elles soient co-assurées conformément au ch. 1.1 des présentes CSA.

9.2 La cure balnéaire doit être préalablement prescrite par un médecin, être stationnaire et avoir lieu dans un établissement de cure balnéaire suisse ou européen sous direction médicale reconnu par l'assureur.

9.3 Il existe un droit aux prestations uniquement lorsque la cure a été précédée d'un traitement intensif, scientifiquement reconnu et approprié ou lorsqu'une thérapie ambulatoire scientifiquement reconnue et appropriée ne peut être entreprise. En outre, un examen médical d'entrée doit avoir lieu au début de la cure et les traitements balnéaires ou physiothérapeutiques doivent être effectués selon un plan de cure. Une cure balnéaire doit durer au moins 14 jours.



10 Cures de convalescence

- 10.1 Les prestations pour cures de convalescence sont versées pour autant qu'elles soient co-assurées conformément au ch. 1.1 des présentes CSA.
- 10.2 La cure doit être effectuée dans un établissement de cure reconnu par l'assureur.
- 10.3 La cure de convalescence doit être prescrite par un médecin et s'avérer médicalement nécessaire pour la guérison ou la convalescence d'une maladie grave. L'ordonnance médicale de la cure doit être remise à l'assureur dix jours avant l'entrée en cure et avec l'indication de l'établissement thermal ou de cure et de la date d'entrée en cure.

11 Aide ménagère

- 11.1 Pour autant qu'elles soient co-assurées conformément au ch. 1.1 des présentes CSA, des prestations pour aide ménagère sont versées lorsque, en raison d'une maladie aiguë et des conditions familiales personnelles, une personne assurée a besoin d'une aide ménagère.
- 11.2 La nécessité doit être attestée sur la base d'un certificat médical.
- 11.3 L'assureur n'accorde pas de prestations pour aide ménagère en cas de séjour dans un établissement médico-social ou un établissement analogue.

12 Durée des prestations en cas de cure et d'aide ménagère

L'assureur paie les frais de cures balnéaires et de convalescence qui sont attestés, au maximum toute-fois CHF 100.– par jour pendant 21 jours au plus par année civile pour les deux types de cures. Un montant maximum de CHF 50.– par jour est versé au titre des frais avérés pour une aide ménagère, au maximum pendant 30 jours par année civile.

13 Service de garde d'enfants

- 13.1 En cas de séjour stationnaire à l'hôpital de la personne assurée, l'assureur prend en charge, pour autant que cela soit co-assuré conformément au ch. 1.1 CSA, les coûts de garde par une tierce personne des enfants de moins de 15 ans sur lesquels la personne assurée a l'autorité parentale, les jours de la semaine et pendant les heures de travail habituelles, à concurrence de 30 heures par année civile.
- 13.2 Les prestations ne sont octroyées que si la personne assurée contacte au préalable la centrale d'organisation désignée par l'assureur et que celle-ci organise la garde des enfants.

14 Exclusions de prestations

- 14.1 Outre pour les motifs exposés au ch. 21 CGA, il n'y a aucun droit à des prestations dans les cas suivants:
- pour le traitement et les soins de personnes souffrant d'une maladie psychiatrique chronique;
 - en cas de séjour dans un établissement médico-social;
 - en cas de séjour dans une clinique psychiatrique de jour ou de nuit;
 - en cas de séjour dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste de l'assureur si la variante d'assurance conclue est celle comportant une limitation du choix de l'hôpital.
- 14.2 Le ch. 21.1, lit. I CGA n'est pas applicable en l'espèce.

Variantes d'assurance

15 Variante d'assurance avec limitation du choix de l'hôpital

- 15.1 L'assureur peut, moyennant une réduction de prime, proposer une variante d'assurance avec une limitation du choix de l'hôpital. Pour cette variante, l'assureur tient une liste sur laquelle figurent les hôpitaux pouvant être choisis. Cette liste est continuellement mise à jour. Elle peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits.
- 15.2 En cas de séjour dans un hôpital ne figurant pas sur la liste de l'assureur, les frais ne sont pas pris en charge.
- 15.3 La présente variante d'assurance peut être conclue avec une assurance obligatoire des soins comprenant une limitation du choix de l'hôpital. Pour les personnes assurées qui ont conclu cette forme particulière d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins, les dispositions limitant la perception de prestations, contenues dans les CGA y relatives, sont également applicables à la présente assurance. La résiliation ou la suppression de cette forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins entraîne la suppression de la variante d'assurance correspondante. Le produit d'assurance est alors converti automatiquement en assurance HOSPITAL FLEX sans variante d'assurance avec limitation du choix de l'hôpital.



Primes

16 Adaptation des primes

- 16.1 Les primes sont déterminées en fonction de l'âge et du sexe de la personne assurée. À cet effet, les personnes assurées sont attribuées au groupe d'âge correspondant à leur âge actuel.
- 16.2 Le chiffre 12.2 des Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances-maladie complémentaires ne s'applique pas à l'assurance HOSPITAL FLEX.

Divers

17 Système de bonus

L'assureur se réserve le droit d'incorporer un système de bonus à la présente assurance complémentaire d'hospitalisation. Les personnes assurées seront automatiquement transférées dans le produit d'assurance adapté en fonction du changement de système. En dérogation aux dispositions ordinaires régissant la résiliation selon les CGA, ces personnes auront le droit de renoncer à l'assurance complémentaire d'hospitalisation HOSPITAL FLEX dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur du transfert.

18 Suspension de la couverture d'assurance

- 18.1 Moyennant une réduction de la prime, le preneur d'assurance peut suspendre le droit aux prestations de l'assurance HOSPITAL FLEX à condition qu'il apporte la preuve qu'il dispose d'une autre couverture d'assurance pour l'assurance à suspendre (contrat collectif, assurance-maladie d'entreprise, assurance à l'étranger, etc.).
- 18.2 Le preneur d'assurance doit réactiver la couverture d'assurance dans les 30 jours qui suivent la cessation de l'autre couverture d'assurance, la prime étant adaptée au sens du ch. 12 CGA. Si ce délai n'est pas respecté, le maintien des catégories d'assurance a lieu aux conditions d'une nouvelle admission.

