

Édition du 1^{er} janvier 2014

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

Table des matières

Généralités
1 Introduction
2 Assureur
3 Personnes assurées
4 Bases du contrat
Étendue 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 le preneur d'assurance
11 Renonciation à la résiliation et adaptation des CGA et CSA
Primes et participations aux coûts
12 Adaptation des primes
13 Paiement des primes
14 Remboursement des franchises annuelles et quote-part
15 Remboursement de la prime
16 Modification du tarif de primes, de la franchise et de la quote-part
Devoirs de la personne assurée
17 Obligations lors de l'entrée dans l'assurance et durant sa validité
18 Obligations en cas de sinistre
19 Manquement aux devoirs d'annonce et aux obligations
20 Obligation de paiement
Restrictions de la couverture d'assurance
21 Exclusions de prestations
22 Subsidiarité et prestations de tiers
23 Avance et droit de recours
24 Compensation
25 Mise en gage et cession de prestations
26 Tarifs des fournisseurs de prestations
27 Accords sur les honoraires
Divers
28 Carte d'assuré
29 Communications
30 Protection des données
31 For
32 Droit de résiliation particulier

Généralités

- 1 Introduction**

Les présentes Conditions générales d'assurance servent de base à toutes les assurances complémentaires dont le contenu est réglé dans des Conditions supplémentaires d'assurance (CSA).

Formulation épïcène

Tous les termes utilisés dans le texte pour désigner des personnes s'appliquent aux deux sexes.
 - 2 Assureur**

Helsana Assurances complémentaires SA fournit les prestations d'assurance en sa qualité de partie au contrat d'assurance vis-à-vis des personnes assurées. Helsana Assurances complémentaires SA est désignée par «assureur».
 - 3 Personnes assurées**

Sont assurées les personnes mentionnées sur la police 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 du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA).
- ### Étendue 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, aussi longtemps que dure l'assurance.
 - 5.2 La police d'assurance mentionne les assurances souscrites et les Conditions particulières d'assurance (CPA) qui auraient éventuellement été convenues.
 - 6 Validité territoriale**

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



Définitions

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 de l'assureur durant au moins 365 jours et que la couverture d'assurance n'exclue pas les prestations de maternité.
- 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 et les maladies professionnelles conformément à la législation sur l'assurance-accidents 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 la législation sur l'assurance-maladie.
- 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 La couverture d'assurance débute dès que l'assureur a communiqué au proposant l'acceptation de sa proposition, cependant au plus tôt le jour mentionné dans la police.
- 9.2 La durée d'assurance minimale est d'une année. La période d'assurance s'étend du 1^{er} 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. À 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
- en cas de décès de la personne assurée;
 - à l'atteinte de l'âge jusqu'auquel la couverture d'assurance a été garantie par l'assureur;
 - lors de la résiliation par le preneur d'assurance, après écoulement du délai de résiliation contractuel;
 - en cas de séjour temporaire à l'étranger durant plus de cinq années, pour autant qu'aucun autre arrangement n'ait été prévu;

- à la fin de l'année civile, en cas de transfert du domicile à l'étranger, pour autant qu'aucun autre arrangement n'ait été prévu;
- dans l'assurance indemnités journalières, lors de l'abandon de l'activité lucrative, au plus tard à l'âge de 70 ans.

10 Résiliation par le preneur d'assurance

- 10.1 Le preneur d'assurance peut résilier l'assurance par écrit pour chaque personne assurée, 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 l'assureur 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 l'assureur doit accorder des prestations, 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 l'assureur.

11 Renonciation à la résiliation et adaptation des CGA et CSA

- 11.1 L'assureur renonce expressément à son droit légal de résilier le contrat à son échéance ou de le dénoncer en cas de sinistre. Demeure réservé le désistement en cas de comportement violant le contrat.
- 11.2 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:
- augmentation du nombre ou établissement de nouveaux types de fournisseurs de prestations;
 - développements de la médecine moderne;
 - établissement de formes de thérapies nouvelles ou onéreuses, comme par exemple les techniques opératoires, médicaments et autres cas similaires;
 - modifications de prestations dans l'assurance obligatoire des soins.
- 11.3 Les nouvelles conditions s'appliquent au preneur d'assurance et à l'assureur si les Conditions générales ou supplémentaires d'assurance sont adaptées selon le ch. 11.2 durant la validité de l'assurance. L'assureur communique par écrit ces adaptations aux preneurs d'assurance. Les preneurs d'assurance qui ne sont pas prêts à accepter ces adaptations peuvent résilier l'assurance correspondante avec effet à la date de modification. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours, il y a acceptation de la nouvelle réglementation des assurances.



Primes et participations aux coûts

12 Adaptation des primes

- 12.1 Les primes sont en principe adaptées en fonction de l'âge de la personne assurée.
- 12.2 La prime pour les assurés de plus de 65 ans est au maximum le triple de celle des assurés de 30 ans et au maximum le quadruple pour ceux qui ont dépassé les 70 ans.
- 12.3 Lorsqu'un changement de domicile implique une adaptation de la prime, celle-ci est adaptée dès ce moment.

13 Paiement des primes

- 13.1 Les primes sont payables d'avance pour toute la période d'assurance.
- 13.2 Si le preneur d'assurance ne donne pas suite à son obligation de paiement, il est sommé par écrit, avec mention des conséquences du retard, de régler son dû pour toute la période d'assurance dans les 14 jours dès l'expédition de la mise en demeure, quels qu'aient été les éventuels paiements par acomptes convenus. 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.

14 Remboursement des franchises annuelles et quote-part

- 14.1 Lorsque l'assureur rembourse directement le fournisseur de prestations, le preneur d'assurance a l'obligation de restituer à l'assureur la franchise annuelle convenue et/ou la quote-part dans les 30 jours dès facturation.
- 14.2 Si le preneur d'assurance ne donne pas suite à son obligation de paiement, on applique les ch. 13.2 et 13.3 des CGA par analogie.

15 Remboursement de la prime

- 15.1 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, l'assureur restitue la prime afférente à la période d'assurance qui ne s'est pas encore écoulée.
- 15.2 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 le preneur d'assurance a demandé la dissolution du contrat par voie de résiliation.

16 Modification du tarif de primes, de la franchise et de la quote-part

L'assureur est autorisé à adapter chaque année le tarif des primes, la franchise et la quote-part en raison d'un changement de groupe d'âge, en fonction de l'évolution des coûts et des sinistres ou suite à l'adaptation de l'étendue de la couverture. L'assureur communique ces modifications par écrit aux preneurs d'assurance. Les preneurs d'assurance qui ne sont pas prêts à accepter ces adaptations peuvent résilier les assurances correspondantes avec effet à la date de modification. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours dès réception de la communication de la modification, il y a acceptation.

Devoirs de la personne assurée

17 Obligations lors de l'entrée dans l'assurance et durant sa validité

- 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 de la personne assurée ou devraient l'être à la conclusion de l'assurance. Si de tels faits sont communiqués de manière inexacte ou dissimulés, l'assureur est en droit de dénoncer le contrat dans son intégralité 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 le preneur d'assurance.
- 17.2 Si l'assurance est dissoute suite à une résiliation, l'obligation de prestations de l'assureur s'éteint également pour les dommages antérieurs dont la survenance ou l'étendue a été influencée par un fait important non déclaré ou incorrectement déclaré. Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement.
- 17.3 Les proposant et les personnes assurées doivent libérer le personnel médical chez qui ils sont ou ont été en traitement, du secret médical envers l'assureur et l'autoriser à fournir à l'assureur tous les renseignements demandés.
- 17.4 Si la personne assurée change de domicile ou d'activité professionnelle, l'assureur doit en être informé immédiatement par écrit.



18 Obligations en cas de sinistre

- 18.1 La personne assurée doit tout entreprendre pour accélérer la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir. Elle doit en particulier suivre les prescriptions du médecin et du personnel soignant.
- 18.2 Lorsque des prestations d'assurance sont réclamées, l'assureur doit être mis en possession de toutes les factures des hôpitaux, médecins, personnel médical, etc. Seules les factures originales sont acceptées. En outre, l'assureur peut exiger de la personne assurée qu'elle lui fasse parvenir des certificats médicaux, des rapports, des justificatifs, etc.
- 18.3 L'assureur doit être informé sans retard, mais au plus tard dans les cinq jours, de l'entrée dans un hôpital pour soins aigus ou une clinique psychiatrique. L'annonce doit avoir lieu avant l'entrée si une garantie de prise en charge des coûts est réclamée. D'autres conditions de remboursement sont contenues dans les dispositions correspondantes de chaque assurance.

19 Manquement aux devoirs d'annonce et aux obligations

- 19.1 Si, lors d'un cas de sinistre, les avis obligatoires ou autres obligations sont violés, l'assureur peut refuser les prestations ou les fixer selon son appréciation.
- 19.2 Ces préjudices de droit n'interviennent pas lorsque la violation du devoir d'aviser ne résulte pas d'une faute au vu des circonstances.

20 Obligation de paiement

Les preneurs d'assurance sont en principe débiteurs des honoraires vis-à-vis des fournisseurs de prestations. Ils acceptent cependant les contrats passés entre l'assureur et les fournisseurs de prestations qui, en dérogation, 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 de l'assurance;
 - b) les maladies, 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 gravement 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 et dans la Principauté de Liechtenstein;
 - 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 à la santé consécutifs à des radiations ionisantes ou dus à l'énergie atomique;
 - k) les maladies et les accidents résultant de la consommation abusive d'alcool, de médicaments, de drogues ou de substances chimiques;
 - l) les transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération Suisse pour Tâches Communes des Assureurs-maladie à Soleure (SVK) a conclu des forfaits par cas, cette règle étant également valable pour les cliniques pour lesquelles aucun forfait par cas n'a été convenu;
 - m) les participations aux coûts légales ou convenues de l'assurance obligatoire des soins;
 - n) le suicide, l'automutilation ou la tentative de suicide ou d'automutilation.
- 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 selon les présentes Conditions générales et supplémentaires d'assurance sont accordées en complément aux prestations des assureurs sociaux. En présence d'autres assureurs privés tenus à des prestations, la part de l'assureur est proportionnelle à sa somme d'assurance mise en rapport avec le montant total des sommes d'assurance.
- 22.2 Si des tiers responsables doivent répondre des suites d'une maladie ou d'un accident, l'assureur ne garantit ses prestations, sous réserve du ch. 23 CGA, que lorsque les tiers ont versé leurs prestations et uniquement dans la mesure où la personne assurée ne réalise aucun gain, compte tenu des prestations des tiers.

23 Avance et droit de recours

- 23.1 L'assureur peut servir des prestations à titre d'avance à condition que la personne assurée lui cède ses prétentions à l'encontre des tiers tenus à prestations jusqu'à concurrence des prestations qu'il accorde et qu'elle s'engage à ne rien entreprendre qui puisse faire obstacle à l'exercice d'un éventuel droit de recours contre le tiers.
- 23.2 Le droit aux prestations de l'assureur s'éteint si, sans son accord, les 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 L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances sur la personne assurée.
- 24.2 La personne assurée n'a aucun droit de compensation à l'encontre de l'assureur.

25 Mise en gage et cession de prestations

Sans l'accord de l'assureur, les cessions de prestations à des tiers ou leur mise en gage sont sans validité juridique.

26 Tarifs des fournisseurs de prestations

L'assureur reconnaît les tarifs valables pour les assurances sociales suisses. Demeurent réservées les dispositions divergentes contenues dans les Conditions supplémentaires d'assurance.

27 Accords sur les honoraires

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

Divers

28 Carte d'assuré

- 28.1 Les personnes assurées bénéficiant de certaines assurances-maladie complémentaires reçoivent une carte d'assuré. La carte d'assuré atteste les assurances conclues vis-à-vis des fournisseurs de prestations. Pour autant qu'il existe des contrats y relatifs, elle donne également droit à bénéficier de prestations, par exemple retirer des médicaments.
- 28.2 La carte d'assuré est valable aussi longtemps que dure la couverture d'assurance. Elle ne doit être ni prêtée, ni transférée ni encore mise à disposition de tiers de quelque manière que ce soit. Si la carte d'assuré est perdue ou si la personne assurée en perd la trace d'une manière ou d'une autre, l'assureur doit en être informé sans retard. La personne assurée doit détruire immédiatement la carte d'assuré dès que la couverture d'assurance est supprimée.
- 28.3 La personne au nom de laquelle la carte d'assuré est établie répond du dommage causé à l'assureur du fait d'une utilisation abusive de la carte d'assuré. En particulier, il lui incombe de rembourser les prestations d'assurance que l'assureur a versées sans droit ainsi que de prendre en charge les coûts et les frais y relatifs. Demeure réservé le comportement non fautif au sens de l'art. 45 LCA.

29 Communications

- 29.1 Toutes les communications destinées à l'assureur doivent être envoyées à l'adresse mentionnée dans la police.
- 29.2 Les communications de l'assureur à la personne assurée ont lieu valablement à la dernière adresse indiquée par la personne assurée en Suisse.
- 29.3 Les modifications des présentes Conditions d'assurance et autres communications officielles sont publiées sur le site Internet de l'assureur ou dans l'annexe annuelle à la police d'assurance.



30 Protection des données

30.1 Helsana Assurances complémentaires SA et les autres sociétés du Groupe Helsana traitent les informations personnelles des personnes assurées non seulement pour l'exécution du contrat et les conseils personnels et l'assistance aux patients, mais aussi pour améliorer en permanence la qualité des produits et des services qu'elles offrent aux personnes qu'elles pourraient assurer, qu'elles assurent ou qu'elles ont assuré. L'assureur peut externaliser le traitement des données.

Les données sont, pour la création de groupes de clients orientée besoins, exploitées selon des méthodes mathématiques et statistiques afin de répondre de manière aussi optimale que possible aux besoins différenciés et individuels des personnes assurées et d'offrir, pour le compte d'Helsana Assurances complémentaires SA ou des sociétés du Groupe Helsana ou encore des entreprises partenaires (nommément mentionnées sur le site Internet de l'assureur), des produits et des services qui sont avantageux ou auxquels pourraient s'intéresser des personnes assurées potentielles, existantes ou anciennes.

Helsana Assurances complémentaires SA et les autres sociétés du Groupe Helsana sont par conséquent expressément autorisées à consulter le dossier d'assurance-maladie qui, le cas échéant, a été établi au titre de l'assurance de base et/ou de l'assurance complémentaire et à le traiter uniquement dans le domaine de l'assurance complémentaire pour les buts précités.

30.2 Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA, Avanex Assurances SA, Progrès Assurances SA, Sansan Assurances SA, Maxi.ch Assurances SA, Helsana Participations SA et Procare Prévoyance SA.

30.3 Les entreprises partenaires actuelles d'Helsana Assurances complémentaires SA sont mentionnées sur le site Internet de l'assureur.

30.4 Helsana Assurances complémentaires SA et le Groupe Helsana sont soumis à des prescriptions particulièrement strictes en matière de protection des données. Aucune information personnelle n'est donc en principe communiquée à des tiers en dehors du Groupe Helsana. Seules constituent une exception les cas où la communication des données est expressément prescrite ou autorisée par une disposition légale.

30.5 Les données personnelles ne sont ni traitées ni conservées dans une base de données ou sur papier plus longtemps que les dispositions légales ou contractuelles ne l'exigent impérativement. Elles sont ensuite effacées.

31 For

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

32 Droit de résiliation particulier

En dérogation aux chiffres 10.3, 11.3 et 16 des présentes CGA, le preneur d'assurance a le droit de résilier l'intégralité du contrat pour les couvertures d'assurance qui étaient en vigueur avant le 1^{er} janvier 2008.

