

Conditions d'assurance d'Assura - Table des matières

Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins LAMal

[Cliquez ici](#)

Conditions spéciales de l'assurance obligatoire des soins LAMal :

- Basis [Cliquez ici](#)
- Médecin de famille [Cliquez ici](#)
- PharMed [Cliquez ici](#)
- Réseau de soins [Cliquez ici](#)
- AssurCall [Cliquez ici](#)

Conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire LCA

[Cliquez ici](#)

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire LCA :

- Complementa Extra [Cliquez ici](#)
- Natura [Cliquez ici](#)
- Medna [Cliquez ici](#)
- Optima Varia [Cliquez ici](#)
- Optima Plus Varia [Cliquez ici](#)
- Optima Flex Varia [Cliquez ici](#)
- Ultra Varia [Cliquez ici](#)
- Hospita [Cliquez ici](#)
- Mondia [Cliquez ici](#)
- Mondia Plus [Cliquez ici](#)
- Previsia Extra [Cliquez ici](#)
- Denta Plus [Cliquez ici](#)

Conditions de l'assistance touristique

[Cliquez ici](#)

Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal

Article 1 Champ d'application des conditions générales

- 1.1 Les droits et obligations de l'assuré et d'Assura-Basis SA (ci-après : Assura) sont déterminés en premier lieu par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) et la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) ainsi que leurs ordonnances d'application. Les présentes conditions générales d'assurance s'appliquent en complément et dans le respect de la législation précitée.
- 1.2 Les présentes conditions générales d'assurance sont applicables à tous les modèles d'assurances offerts par Assura conformément à la LAMal. Les conditions spéciales d'assurances spécifiques à chaque catégorie complètent les obligations à charge de chacune des parties.
- 1.3 Le terme « assuré » utilisé dans les présentes conditions générales désigne aussi bien les assurés de sexe masculin que de sexe féminin.
- 1.4 Les présentes conditions générales entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Chaque assuré en reçoit un exemplaire, auparavant, en même temps que la communication de la nouvelle prime. Au besoin, elles sont également disponibles sur le site internet www.assura.ch. Dès leur entrée en vigueur, les présentes conditions générales seront automatiquement appliquées à l'ensemble des assurés d'Assura.

Article 2 Affiliation – début du droit aux prestations

- 2.1 Les personnes soumises à l'obligation d'assurance (article 3 LAMal) peuvent souscrire une assurance obligatoire des soins en fournissant à Assura tous les renseignements et documents nécessaires à leur affiliation.
- 2.2 L'assuré reçoit une police d'assurance attestant du modèle et de la franchise choisis.
- 2.3 Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus par la loi, la couverture d'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse. En cas d'affiliation tardive, la couverture déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable (art. 5 LAMal).

Article 3 Couverture des accidents

- 3.1 En principe, l'assurance couvre les risques de maladie et d'accident. Les prestations versées en cas d'accident sont les mêmes qu'en cas de maladie.
- 3.2 Sur demande de l'assuré et si ce dernier apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA, Assura procède à la suspension du risque accident et réduit la prime en conséquence.
- 3.3 La suspension de la couverture des accidents prend effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit la réception de la demande de l'assuré.

Article 4 Devoir de collaborer et de renseigner

- 4.1 L'assuré est tenu de communiquer à Assura toutes les pièces et informations nécessaires à la détermination de son droit aux prestations. Dans ce but, il délègue dans la mesure nécessaire les fournisseurs de soins du secret professionnel.
- 4.2 En cas de traitement à l'étranger, l'assuré remet à Assura les factures originales mentionnant les dates des traitements, le diagnostic, les prestations médicales fournies, le montant correspondant à chaque prestation ainsi que les noms, adresses et numéros de téléphone des fournisseurs de soins étrangers.
- 4.3 Assura peut exiger de l'assuré qu'il fournisse une traduction des pièces qu'il produit, dans l'une des langues nationales suisses ou en anglais.
- 4.4 Assura a la possibilité de faire examiner, à ses frais, un assuré par son médecin-conseil ou un thérapeute de son choix.
- 4.5 L'assuré doit informer spontanément Assura des prestations versées par un autre assureur pour un cas d'assurance annoncé à Assura, et qui sont susceptibles d'influer sur les obligations de cette dernière à son égard.
- 4.6 L'assuré est tenu de communiquer à Assura un compte bancaire ou postal valide sur lequel le remboursement des prestations pourra être effectué. Si Assura doit effectuer un remboursement par chèque postal, elle prélève une contribution forfaitaire pour ses frais à hauteur de Fr. 20.- par paiement.
- 4.7 L'assuré doit communiquer sans délai à Assura toutes les modifications des informations le concernant, et qui sont nécessaires à la gestion de sa police d'assurance (coordonnées bancaires, adresse de domicile, fin de la couverture des accidents auprès de l'employeur, etc.).
- 4.8 Lorsque, par une violation de son devoir de collaborer et/ou de renseigner, l'assuré provoque des frais administratifs supplémentaires, ces derniers peuvent être mis à sa charge.

Article 5 Paiement des primes et autres créances

- 5.1 Les primes sont payables d'avance aux échéances convenues.
- 5.2 Les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires de 5% par année.
- 5.3 Le paiement des primes ou de toute autre créance est possible moyennant virement bancaire ou postal. Le paiement en cash n'est pas accepté.

Article 6 Demeure de l'assuré

- 6.1 L'assuré qui, après rappel, ne paie pas ses primes, sa quote-part, sa participation aux coûts ou tout autre montant dû à l'assureur dans le délai imparti reçoit une sommation écrite.
- 6.2 Si la sommation n'est pas suivie du paiement intégral dans les 30 jours, une procédure de recouvrement par voie de poursuite ou de faillite est introduite.

- 6.3 L'assuré supporte les frais administratifs de rappel par Fr. 10.- et de sommation par Fr. 30.-. Sont en outre mis à la charge de l'assuré tous les frais payés par Assura dans le cadre d'une procédure de poursuite.
- 6.4 En fonction des circonstances, Assura peut accepter de demander à l'autorité compétente la radiation d'une poursuite initialement justifiée. Cas échéant, l'assuré paye à Assura un montant forfaitaire de Fr. 20.- pour couvrir les frais administratifs de cette démarche.

Article 7 Compensation

- 7.1 Assura se réserve le droit de compenser ses créances avec les montants dus à l'assuré, sous réserve des créances de prestations, qu'elle doit en tous les cas verser à l'assuré.
- 7.2 L'assuré ne dispose d'aucun droit de compensation de ses dettes avec ses créances à l'encontre d'Assura.

Article 8 Voies de droit

- 8.1 Lorsque l'assuré conteste la position de l'assureur, il peut exiger qu'une décision lui soit notifiée.
- 8.2 Toute décision peut être attaquée, dans les 30 jours, par voie d'opposition auprès de l'assureur.
- 8.3 Les décisions rendues sur opposition peuvent être attaquées par la voie du recours de droit administratif. Le recours doit être déposé dans les 30 jours à partir de la notification de la décision rendue sur opposition devant le tribunal des assurances désigné par chaque canton.

Article 9 Protection des données

- 9.1 Assura traite les données personnelles de ses assurés (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, numéro AVS, date de naissance, données médicales, données liées à l'état du compte de l'assuré, couverture, etc.), notamment pour établir le droit aux prestations, calculer et percevoir les primes et calculer la compensation des risques (art. 84 LAMal).
- 9.2 D'autres traitements peuvent être effectués avec l'accord de l'assuré, conformément à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD).
- 9.3 Assura délègue certaines activités spécifiques et le traitement des données qui y est lié à des sociétés de services externes ou internes au Groupe Assura. La délégation est régie par un contrat de collaboration par lequel les sociétés délégataires s'engagent à respecter la législation sur la protection des données.
- 9.4 Assura est également autorisée à transmettre les données personnelles de ses assurés à d'autres organes ou autorités chargées de tâches publiques lorsque cela est prévu par la loi (art. 84a LAMal).

Entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1er janvier 2018.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

(avec couverture subsidiaire de l'accident)

Catégorie B - « Basis » Assurance obligatoire des soins

Titre premier

Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle « Basis » est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalière au sens de la LAMal, ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

Titre 2

Les formes d'assurance

Chapitre premier

L'assurance obligatoire et ordinaire des soins

Article 1

Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2

La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de Fr. 300.-, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 3

La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise.

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à Fr. 700.- pour les adultes et à Fr. 350.- pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 4

La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après « Assura ») paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5

Les prestations

Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

Article 6

L'hospitalisation en division privée ou en clinique

Assura verse à un assuré qui se fait soigner en division privée d'un établissement répertorié LAMal ou en clinique l'équivalent des prestations qu'elle aurait dû allouer si l'hospitalisation s'était faite en division générale d'un établissement répertorié LAMal adéquat du canton de résidence de l'assuré.

Article 7

Les types d'hôpitaux

La différenciation des établissements hospitaliers implique que l'assuré se fasse traiter dans un établissement hospitalier correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs applicables pour ce traitement dans l'établissement répertorié LAMal adéquat du canton de résidence de l'assuré.

Article 8

La contribution aux frais de séjour hospitalier

8.1 La contribution journalière de l'assuré aux frais de séjour hospitalier se monte à Fr. 15.-.

8.2 Sont exemptés de cette contribution :

- a) les enfants et les jeunes adultes en formation au sens de l'art. 61, al. 3, LAMal;
- b) les femmes pour les prestations spécifiques de maternité;
- c) de la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 9

Les frais extra-hospitaliers

Les frais personnels découlant de la location d'appareils de radiophonie ou de télévision, de conversations téléphoniques, de boissons commandées spécialement, etc., ne sont pas pris en charge par Assura.

Article 10

La maternité

Assura accorde en cas de grossesse et d'accouchement les mêmes prestations qu'en cas de maladie et, en outre ou au moins :

- a) la prise en charge sans franchise et sans quote-part de sept consultations de contrôle pendant la grossesse et une consultation de contrôle entre la 6ème et la 10ème semaine post-partum;
- b) les frais d'assistance à la naissance par un médecin ou une sage-femme en cas d'accouchement à domicile, ainsi que le matériel nécessaire à cet effet;
- c) une indemnité à toute femme enceinte qui participe à un cours individuel ou collectif de préparation à l'accouchement organisé par une sage-femme;
- d) le remboursement des conseils en matière d'allaitement à raison de trois séances au maximum;
- e) la prise en charge des soins accordés au nouveau-né en bonne santé et de son séjour tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.

De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la participation aux coûts en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 11

Les cures balnéaires

Assura accorde une contribution journalière de Fr. 10.- pour les cures balnéaires prescrites par un médecin, au maximum pendant 21 jours par année civile.

Article 12

Les soins dentaires

Assura prend en charge les frais des soins dentaires, lorsque ceux-ci sont occasionnés par une grave maladie du système de mastication ou par une autre maladie grave au sens de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (ci-après OPAS) du 29 septembre 1995.

Article 13

Les frais de transport et de sauvetage

- a) Les frais occasionnés par un transport médicalement indiqué et par un moyen correspondant aux exigences médicales du cas sont pris en charge par Assura à raison du 50%. Le montant maximum est de Fr. 500.- par année civile.
- b) Assura prend en charge 50% des frais de sauvetage en Suisse, mais au maximum Fr. 5'000.- par année civile.

Article 14

Les frais de lunettes

Assura prend en charge, jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, les frais d'achat de verres de lunettes correcteurs ou de verres de contact prescrits par un médecin dans la mesure des obligations définies par l'annexe 2 de l'OPAS. Les cas spéciaux définis par l'annexe 2 de l'OPAS sont réservés.

Article 15

La prévention

En plus des mesures diagnostiques et thérapeutiques, Assura prend en charge les mesures médicales de prévention prévues au chapitre 3, article 12 de l'OPAS.

Dispositions générales

Article 16

Les risques non assurés

Les frais d'acquisition ou de location d'appareils, d'articles orthopédiques et de prothèses non considérés comme prestations obligatoires au sens de la loi, ainsi que les cures d'air et de repos, ne sont pas indemnisés.

Article 17

La durée des prestations

Les traitements ambulatoires et hospitaliers sont pris en charge sans limite de durée.

Chapitre 2

L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 18

Le droit applicable

En tant qu'il n'y soit dérogé dans les présentes dispositions, sont applicables les règles contenues dans le titre premier et le titre 2, chapitre 1, ci-avant.

Article 19

Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 20

Le choix de la franchise

20.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

20.2 La franchise pour un adulte et/ou jeune adulte peut être fixée à Fr. 500.-, Fr. 1'000.-, Fr. 1'500.-, Fr. 2'000.- ou Fr. 2'500.-.

20.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à Fr. 100.-, Fr. 200.-, Fr. 300.-, Fr. 400.-, Fr. 500.- ou Fr. 600.-

Article 21

L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

21.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

21.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

21.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Titre 3

L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2015.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins modèle "Médecin de famille"

Titre premier

Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle « Médecin de famille » est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle « Médecin de famille » est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal, ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

Titre 2

Les formes d'assurance

Chapitre 1

L'assurance obligatoire et ordinaire des soins

Article 1

Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2

La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de Fr. 300.-, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 3

La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise.

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à Fr. 700.- pour les adultes et à Fr. 350.- pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 4

La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après « Assura ») paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5

Les prestations

Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

Article 6

L'hospitalisation en division privée ou en clinique

Assura verse à un assuré qui se fait soigner en division privée d'un établissement répertorié LAMal ou en clinique l'équivalent des prestations qu'elle aurait dû allouer si l'hospitalisation s'était faite en division générale d'un établissement répertorié LAMal adéquat du canton de résidence de l'assuré.

Article 7

Les types d'hôpitaux

La différenciation des établissements hospitaliers implique que l'assuré se fasse traiter dans un établissement hospitalier correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs applicables pour ce traitement dans l'établissement répertorié LAMal adéquat du canton de résidence de l'assuré.

Article 8

La contribution aux frais de séjour hospitalier

8.1 La contribution journalière de l'assuré aux frais de séjour hospitalier se monte à Fr. 15.-.

8.2 Sont exemptés de cette contribution :

- a) les enfants et les jeunes adultes en formation au sens de l'art. 61, al. 3, LAMal;
- b) les femmes pour les prestations spécifiques de maternité;
- c) De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 9

Les frais extra-hospitaliers

Les frais personnels découlant de la location d'appareils de radiophonie ou de télévision, de conversations téléphoniques, de boissons commandées spécialement, etc., ne sont pas pris en charge par Assura.

Article 10

La maternité

Assura accorde en cas de grossesse et d'accouchement les mêmes prestations qu'en cas de maladie et, en outre ou au moins :

- a) la prise en charge sans franchise et sans quote-part de sept consultations de contrôle pendant la grossesse et une consultation de contrôle entre la 6ème et la 10ème semaine post-partum;
- b) les frais d'assistance à la naissance par un médecin ou une sage-femme en cas d'accouchement à domicile, ainsi que le matériel nécessaire à cet effet ;
- c) une indemnité à toute femme enceinte qui participe à un cours individuel ou collectif de préparation à l'accouchement organisé par une sage-femme ;
- d) le remboursement des conseils en matière d'allaitement à raison de trois séances au maximum ;
- e) la prise en charge des soins accordés au nouveau-né en bonne santé et de son séjour tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.

De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la participation aux coûts en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 11

Les cures balnéaires

Assura accorde une contribution journalière de Fr. 10.- pour les cures balnéaires prescrites par un médecin, au maximum pendant 21 jours par année civile.

Article 12

Les soins dentaires

Assura prend en charge les frais des soins dentaires, lorsque ceux-ci sont occasionnés par une grave maladie du système de mastication ou par une autre maladie grave au sens de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (ci-après OPAS) du 29 septembre 1995.

Article 13

Les frais de transport et de sauvetage

- a) Les frais occasionnés par un transport médicalement indiqué et par un moyen correspondant aux exigences médicales du cas sont pris en charge par Assura à raison du 50%. Le montant maximum est de fr. 500.- par année civile.
- b) Assura prend en charge 50% des frais de sauvetage en Suisse, mais au maximum fr. 5'000.- par année civile.

Article 14

Les frais de lunettes

Assura prend en charge, jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, les frais d'achat de verres de lunettes correcteurs ou de verres de contact prescrits par un médecin dans la mesure des obligations définies par l'annexe 2 de l'OPAS. Les cas spéciaux définis par l'annexe 2 de l'OPAS sont réservés.

Article 15

La prévention

En plus des mesures diagnostiques et thérapeutiques, Assura prend en charge les mesures médicales de prévention prévues au chapitre 3, article 12 de l'OPAS.

Dispositions générales

Article 16

Les risques non assurés

Les frais d'acquisition ou de location d'appareils, d'articles orthopédiques et de prothèses non considérés comme prestations obligatoires au sens de la loi, ainsi que les cures d'air et de repos, ne sont pas indemnisés.

Article 17

La durée des prestations

Les traitements ambulatoires et hospitaliers sont pris en charge sans limite de durée.

Chapitre 2

L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 18

Le droit applicable

En tant qu'il n'y soit dérogé dans les présentes dispositions, sont applicables les règles contenues dans le titre premier et le titre 2, chapitre 1, ci-avant.

Article 19

Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 20

Le choix de la franchise

20.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

20.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à Fr. 500.-, Fr. 1'000.-, Fr. 1'500.-, Fr. 2'000.- ou Fr. 2'500.-.

20.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à Fr. 100.-, Fr. 200.-, Fr. 300.-, Fr. 400.-, Fr. 500.- ou Fr. 600.-.

Article 21

L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

21.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

21.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

21.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3

Le modèle "Médecin de famille"

Article 22

L'objet de l'assurance

22.1 En souscrivant au modèle "Médecin de famille", l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites ci-après sous chiffres 22.2 à 22.5.

22.2 Sauf cas d'urgence établie, l'assuré s'engage à consulter en premier recours le médecin de famille qu'il aura choisi parmi tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont il aura communiqué les coordonnées à Assura. Le médecin de famille est l'interlocuteur de référence de l'assuré. Il coordonne toutes les questions médicales. Il décide également s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un spécialiste. Dans ce cas, il remet à l'assuré un avis de délégation dûment complété et signé, qui devra être joint à la facture du spécialiste. Les consultations en ophtalmologie ou gynécologie sont dispensées de ces conditions.

22.3 Le changement de médecin de famille ne peut se faire qu'avec l'accord préalable d'Assura.

22.4 En cas de non-respect des engagements pris aux chiffres 22.2 à 22.3 l'assuré ne pourra pas faire appel aux prestations d'Assura.

22.5 Les principes particuliers réglant le fonctionnement de ce modèle, l'adhésion et la sortie des assurés ressortissent aux articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi qu'aux articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.

Article 23

L'entrée et la sortie du modèle "Médecin de famille"

23.1 Un assuré domicilié dans les cantons où Assura pratique le modèle « Médecin de famille », au bénéfice de l'assurance ordinaire des soins et de la franchise ordinaire de Fr. 300.- pour adultes et/ou jeunes adultes et de Fr. 0.- pour les enfants, peut en tout temps faire valoir son adhésion au modèle « Médecin de famille ».

23.2 Sous réserve du chiffre 23.3 ci-après, l'abandon de cette forme particulière d'assurance n'est possible que pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois, et il implique le passage simultané de l'assuré à une autre forme d'assurance obligatoire des soins auprès d'Assura. Cette renonciation ne vaut pas comme décision de démission d'Assura, l'article 7, alinéas 3 et 4, LAMal étant réservé. Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

23.3 Si l'assuré transfère son domicile dans un canton où le modèle "Médecin de famille" n'est pas proposé par Assura, il passe par défaut à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.

Titre 3

L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2018.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins modèle « PharMed »

Titre premier

Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle « PharMed » est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle « PharMed » est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal, ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

Titre 2

Les formes d'assurance

Chapitre 1

L'assurance obligatoire et ordinaire des soins

Article 1

Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2

La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de Fr. 300.-, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 3

La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise.

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à Fr. 700.- pour les adultes et à Fr. 350.- pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 4

La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après « Assura ») paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5

Les prestations

Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

Article 6

L'hospitalisation en division privée ou en clinique

Assura verse à un assuré qui se fait soigner en division privée d'un établissement répertorié LAMal ou en clinique l'équivalent des prestations qu'elle aurait dû allouer si l'hospitalisation s'était faite en division générale d'un établissement répertorié LAMal adéquat du canton de résidence de l'assuré.

Article 7

Les types d'hôpitaux

La différenciation des établissements hospitaliers implique que l'assuré se fasse traiter dans un établissement hospitalier correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs applicables pour ce traitement dans l'établissement répertorié LAMal adéquat du canton de résidence de l'assuré.

Article 8

La contribution aux frais de séjour hospitalier

8.1 La contribution journalière de l'assuré aux frais de séjour hospitalier se monte à Fr. 15.-.

8.2 Sont exemptés de cette contribution :

- a) les enfants et les jeunes adultes en formation au sens de l'art. 61, al. 3, LAMal ;
- b) les femmes pour les prestations spécifiques de maternité c) De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 9 Les frais extra-hospitaliers

Les frais personnels découlant de la location d'appareils de radiophonie ou de télévision, de conversations téléphoniques, de boissons commandées spécialement, etc., ne sont pas pris en charge par Assura.

Article 10 La maternité

Assura accorde en cas de grossesse et d'accouchement les mêmes prestations qu'en cas de maladie et, en outre ou au moins :

- la prise en charge sans franchise et sans quote-part de sept consultations de contrôle pendant la grossesse et une consultation de contrôle entre la 6ème et la 10ème semaine post-partum ;
- les frais d'assistance à la naissance par un médecin ou une sage-femme en cas d'accouchement à domicile, ainsi que le matériel nécessaire à cet effet ;
- une indemnité à toute femme enceinte qui participe à un cours individuel ou collectif de préparation à l'accouchement organisé par une sage-femme ;
- le remboursement des conseils en matière d'allaitement à raison de trois séances au maximum ;
- la prise en charge des soins accordés au nouveau-né en bonne santé et de son séjour tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.

De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la participation aux coûts en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 11 Les cures balnéaires

Assura accorde une contribution journalière de Fr. 10.- pour les cures balnéaires prescrites par un médecin, au maximum pendant 21 jours par année civile.

Article 12 Les soins dentaires

Assura prend en charge les frais des soins dentaires, lorsque ceux-ci sont occasionnés par une grave maladie du système de mastication ou par une autre maladie grave au sens de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (ci-après OPAS) du 29 septembre 1995.

Article 13 Les frais de transport et de sauvetage

- Les frais occasionnés par un transport médicalement indiqué et par un moyen correspondant aux exigences médicales du cas sont pris en charge par Assura à raison du 50%. Le montant maximum est de Fr. 500.- par année civile.
- Assura prend en charge 50% des frais de sauvetage en Suisse, mais au maximum Fr. 5'000.- par année civile.

Article 14 Les frais de lunettes

Assura prend en charge, jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, les frais d'achat de verres de lunettes correcteurs ou de verres de contact prescrits par un médecin dans la mesure des obligations définies par l'annexe 2 de l'OPAS. Les cas spéciaux définis par l'annexe 2 de l'OPAS sont réservés.

Article 15 La prévention

En plus des mesures diagnostiques et thérapeutiques, Assura prend en charge les mesures médicales de prévention prévues au chapitre 3, article 12 de l'OPAS.

Dispositions générales

Article 16 Les risques non assurés

Les frais d'acquisition ou de location d'appareils, d'articles orthopédiques et de prothèses non considérés comme prestations obligatoires au sens de la loi, ainsi que les cures d'air et de repos, ne sont pas indemnisés.

Article 17 La durée des prestations

Les traitements ambulatoires et hospitaliers sont pris en charge sans limite de durée.

Chapitre 2 L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 18 Le droit applicable

En tant qu'il n'y soit dérogé dans les présentes dispositions, sont applicables les règles contenues dans le titre premier et le titre 2, chapitre 1, ci-avant.

Article 19 Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 20 Le choix de la franchise

20.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

20.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à Fr. 500.-, Fr. 1'000.-, Fr. 1'500.-, Fr. 2'000.- ou Fr. 2'500.-.

20.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à Fr. 100.-, Fr. 200.-, Fr. 300.-, Fr. 400.-, Fr. 500.- ou Fr. 600.-.

Article 21 L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

21.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

21.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

21.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3

Le modèle « PharMed »

Article 22

L'objet de l'assurance

22.1 En souscrivant au modèle « PharMed », l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites ci-après sous chiffres 22.2 à 22.6.

22.2 Sauf cas d'urgence établie, l'assuré s'engage à consulter en premier recours le médecin de famille qu'il aura choisi parmi tout médecin admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dont il aura communiqué les coordonnées à Assura. Le médecin de famille est l'interlocuteur de référence de l'assuré. Il coordonne toutes les questions médicales. Il décide également s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un spécialiste. Dans ce cas, il remet à l'assuré un avis de délégation dûment complété et signé, qui devra être joint à la facture du spécialiste. Les consultations en ophtalmologie ou gynécologie sont dispensées de ces conditions.

22.3 De même, sauf cas d'urgence établie ou de séjours à l'étranger, l'assuré s'engage à acheter ses médicaments et/ou toute autre préparation pharmaceutique à charge de l'assurance obligatoire des soins auprès des officines figurant sur la liste des pharmacies agréées. Seules ces pharmacies peuvent être considérées comme interlocuteurs de référence. Elles coordonnent toutes les questions relatives aux traitements pharmaceutiques prescrits à l'assuré. La liste précitée fait partie intégrante des conditions d'assurance de la catégorie modèle « PharMed ».

22.4 Le changement de médecin de famille ne peut se faire qu'avec l'accord préalable d'Assura.

22.5 En cas de non-respect des engagements pris aux chiffres 22.2 à 22.4, l'assuré ne pourra pas faire appel aux prestations d'Assura.

22.6 Les principes particuliers réglant le fonctionnement de ce modèle, l'adhésion et la sortie des assurés ressortent des articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi que des articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.

Article 23

L'entrée et la sortie du modèle « PharMed »

23.1 Un assuré domicilié dans les cantons où Assura pratique le modèle « PharMed », au bénéfice de l'assurance ordinaire des soins et de la franchise ordinaire de Fr. 300.- pour adultes et/ou jeunes adultes et de Fr. 0.- pour les enfants, peut en tout temps faire valoir son adhésion au modèle « PharMed ».

23.2 Sous réserve du chiffre 23.3 ci-après, l'abandon de cette forme particulière d'assurance n'est possible que pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois, et il implique le passage simultané de l'assuré à une autre forme d'assurance obligatoire des soins auprès d'Assura. Cette renonciation ne vaut pas comme décision de démission d'Assura, l'article 7, alinéas 3 et 4, LAMal étant réservé. Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

23.3 Si l'assuré transfère son domicile dans un canton où le modèle « PharMed » n'est pas proposé par Assura, il passe par défaut à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.

23.4 Si, suite au retrait d'une Pharmacie de la liste des Pharmacies agréées, un assuré n'a plus aucune Pharmacie agréée à disposition dans sa région, il a la possibilité de demander, dans le délai d'un mois à compter de la réception de l'avis de retrait, de passer dans un autre modèle d'assurance de base proposé par Assura avec une franchise identique.

Titre 3

L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1er octobre 2018.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins modèle « Réseau de soins »

Titre premier

Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle « Réseau de soins » est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle « Réseau de soins » est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

Les principes particuliers réglant le fonctionnement de ce modèle, l'adhésion et la sortie des assurés ressortent des articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi que des articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.

En souscrivant au modèle « Réseau de soins », l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites dans le chapitre 3. En contrepartie, il bénéficiera d'un rabais sur ses primes d'assurance.

Titre 2

Les formes d'assurance

Chapitre 1

L'assurance obligatoire et ordinaire des soins

Article 1

Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2

La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de Fr. 300.-, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 3

La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise.

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à Fr. 700.- pour les adultes et à Fr. 350.- pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 4

La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après « Assura ») paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5

Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

Article 6

L'hospitalisation en division privée ou en clinique

Assura verse à un assuré qui se fait soigner en division privée d'un établissement répertorié LAMal ou en clinique l'équivalent des prestations qu'elle aurait dû allouer si l'hospitalisation s'était faite en division générale d'un établissement répertorié LAMal adéquat du canton de résidence de l'assuré.

Article 7

Les types d'hôpitaux

La différenciation des établissements hospitaliers implique que l'assuré se fasse traiter dans un établissement hospitalier correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs applicables pour ce traitement dans l'établissement répertorié LAMal adéquat du canton de résidence de l'assuré.

Article 8

La contribution aux frais de séjour hospitalier

8.1 La contribution journalière de l'assuré aux frais de séjour hospitalier se monte à Fr. 15.-.

8.2 Sont exemptés de cette contribution :

- a) les enfants et les jeunes adultes en formation au sens de l'art. 61, al. 3, LAMal ;
- b) les femmes pour les prestations spécifiques de maternité ;
- c) De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 9

Les frais extra-hospitaliers

Les frais personnels découlant de la location d'appareils de radiophonie ou de télévision, de conversations téléphoniques, de boissons commandées spécialement, etc., ne sont pas pris en charge par Assura.

Article 10

La maternité

Assura accorde en cas de grossesse et d'accouchement les mêmes prestations qu'en cas de maladie et, en outre ou au moins :

- a) la prise en charge sans franchise et sans quote-part de sept consultations de contrôle pendant la grossesse et une consultation de contrôle entre la 6ème et la 10ème semaine post-partum ;
- b) les frais d'assistance à la naissance par un médecin ou une sage-femme en cas d'accouchement à domicile, ainsi que le matériel nécessaire à cet effet ;
- c) une indemnité à toute femme enceinte qui participe à un cours individuel ou collectif de préparation à l'accouchement organisé par une sage-femme ;
- d) le remboursement des conseils en matière d'allaitement à raison de trois séances au maximum ;
- e) la prise en charge des soins accordés au nouveau-né en bonne santé et de son séjour tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.

De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la participation aux coûts en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 11

Les cures balnéaires

Assura accorde une contribution journalière de Fr. 10.- pour les cures balnéaires prescrites par un médecin, au maximum pendant 21 jours par année civile.

Article 12

Les soins dentaires

Assura prend en charge les frais des soins dentaires, lorsque ceux-ci sont occasionnés par une grave maladie du système de mastication ou par une autre maladie grave au sens de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (ci-après OPAS) du 29 septembre 1995.

Article 13

Les frais de transport et de sauvetage

- a) Les frais occasionnés par un transport médicalement indiqué et par un moyen correspondant aux exigences médicales du cas sont pris en charge par Assura à raison du 50%. Le montant maximum est de Fr. 500.- par année civile.
- b) Assura prend en charge 50% des frais de sauvetage en Suisse, mais au maximum Fr. 5'000.- par année civile.

Article 14

Les frais de lunettes

Assura prend en charge, jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, les frais d'achat de verres de lunettes correcteurs ou de verres de contact prescrits par un médecin dans la mesure des obligations définies par l'annexe 2 de l'OPAS. Les cas spéciaux définis par l'annexe 2 de l'OPAS sont réservés.

Article 15

La prévention

En plus des mesures diagnostiques et thérapeutiques, Assura prend en charge les mesures médicales de prévention prévues au chapitre 3, article 12 de l'OPAS.

Article 16

Les risques non assurés

Les frais d'acquisition ou de location d'appareils, d'articles orthopédiques et de prothèses non considérés comme prestations obligatoires au sens de la loi, ainsi que les cures d'air et de repos, ne sont pas indemnisés.

Article 17

La durée des prestations

Les traitements ambulatoires et hospitaliers sont pris en charge sans limite de durée.

Chapitre 2

L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 18

Le droit applicable

En tant qu'il n'y soit dérogé dans les présentes dispositions, sont applicables les règles contenues dans le titre premier et le titre 2, chapitre 1, ci-avant.

Article 19

Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 20

Le choix de la franchise

20.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

20.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à Fr. 500.-, Fr. 1'000.-, Fr. 1'500.-, Fr. 2'000.- ou Fr. 2'500.-.

20.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à Fr. 100.-, Fr. 200.-, Fr. 300.-, Fr. 400.-, Fr. 500.- ou Fr. 600.-.

Article 21

L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

21.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

21.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

21.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3

Le modèle « Réseau de soins »

Article 22

Choix du médecin de premier recours

22.1 L'assuré s'engage à choisir un médecin de premier recours (Médecin Choisi) parmi les médecins ayant adhéré au réseau participant au modèle « Réseau de soins » dans son canton de domicile et figurant, à ce titre, sur la liste de médecins, applicable à ce modèle (la Liste de Médecins). Il doit transmettre les coordonnées de ce médecin à Assura, dès qu'il aura fait son choix. Si l'assuré consulte un médecin figurant sur la Liste de Médecins sans l'avoir expressément choisi au préalable, ce médecin consulté sera enregistré comme Médecin Choisi.

22.2 La Liste de Médecins est publiée et accessible depuis le site Internet d'Assura. Est déterminante la Liste de Médecins valable au moment du traitement. Celle-ci peut être adaptée en tout temps unilatéralement par Assura selon l'évolution du cercle des médecins adhérents du réseau participant au modèle « Réseau de soins ».

22.3 En cas de sortie du Médecin Choisi de la Liste de Médecins, l'assuré doit, dans un délai de 30 jours dès la réception de la notification d'Assura, sélectionner un nouveau médecin figurant sur la Liste de Médecins. Si dans le délai précité aucun nouveau Médecin Choisi n'est communiqué à Assura, l'assuré passe par défaut à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.

22.4 Le changement de Médecin Choisi ne peut se faire qu'avec l'accord préalable d'Assura.

Article 23

Obligations de l'assuré

23.1 L'assuré s'engage à toujours consulter le Médecin Choisi en premier lieu. Le Médecin Choisi est l'interlocuteur de référence de l'assuré et veille à la prise en charge du traitement de l'assuré de manière globale. Il coordonne toutes les questions médicales et suit l'évolution de l'assuré dans toutes les démarches médicales. Il décide également s'il poursuit lui-même le traitement ou s'il y a lieu de recourir à un spécialiste. Dans ce cas, il remet à l'assuré, de sa propre initiative, un bon de délégation dûment complété et signé, que l'assuré devra transmettre à Assura avec la facture du spécialiste. L'assuré s'engage expressément à suivre le traitement prescrit.

23.2 Lorsque le Médecin Choisi envoie l'assuré auprès d'un autre fournisseur de soins (médecin spécialiste, institut de radiologie, physiothérapeute, etc), l'assuré est tenu de poursuivre le traitement auprès de la personne désignée nommément par son Médecin Choisi.

23.3 L'assuré s'engage à acheter ses médicaments et / ou toute autre préparation pharmaceutique à charge de l'assurance obligatoire des soins uniquement auprès des officines figurant sur la liste des pharmacies agréées (la Liste de Pharmacies). Seules ces pharmacies peuvent coordonner toutes les questions relatives aux traitements pharmaceutiques prescrits à l'assuré.

23.4 La Liste de Pharmacies est publiée et accessible depuis le site internet d'Assura. Est déterminante la Liste de Pharmacies valable au moment du traitement. Celle-ci fait partie intégrante des présentes conditions d'assurance.

23.5 Les dispositions pour les cas d'urgences et les exceptions figurant à l'art. 24 demeurent réservées.

23.6 En cas de non-respect des engagements pris à l'article 23, l'assuré ne pourra pas faire appel aux prestations d'Assura.

Article 24

Exceptions

24.1 En cas d'urgence établie, l'assuré peut faire appel à un autre fournisseur de soins que le Médecin Choisi, respectivement à une pharmacie non agréée. De plus, l'utilisation d'une pharmacie non agréée est possible en cas de séjour à l'étranger.

24.2 Si l'assuré a consulté un autre fournisseur de soins que son Médecin Choisi ou une pharmacie agréée en vertu de l'alinéa précédent, il est obligé d'en informer le Médecin Choisi dans les meilleurs délais et de poursuivre auprès de lui la suite du traitement, sauf contre-indication de la part du Médecin Choisi.

24.3 Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants jusqu'à 12 ans révolus ou en gynécologie ne sont pas soumis aux obligations de l'article 23.

Article 25

Entrée dans le modèle « Réseau de soins »

25.1 Le modèle « Réseau de soins » peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans un canton où Assura pratique ce modèle.

25.2 Un assuré domicilié dans les cantons où Assura pratique le modèle « Réseau de soins », au bénéfice de l'assurance ordinaire des soins et de la franchise ordinaire de Fr. 300.- pour les adultes et/ou jeunes adultes et de Fr. 0.- pour les enfants, peut en tout temps adhérer au modèle "Réseau de soins".

Article 26

Sortie du modèle « Réseau de soins »

26.1 Sous réserve des chiffres ci-après, l'abandon de cette forme particulière d'assurance n'est possible que pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois, et il implique le passage simultané de l'assuré à une autre forme d'assurance obligatoire des soins auprès d'Assura. Cette renonciation ne vaut pas comme décision de démission d'Assura, l'article 7 alinéas 3 et 4 LAMal étant réservé. Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

26.2 Si l'assuré transfère son domicile dans un canton où le modèle « Réseau de soins » n'est pas proposé par Assura il passe par défaut à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.

26.3 Si sur un canton, tous les contrats conclus entre Assura et la ou les sociétés d'exploitation de réseau de médecins participant au modèle « Réseau de soins » sont résiliés, le modèle « Réseau de soins » cesse d'exister dans le canton concerné. Dans ce cas, les assurés de ce modèle ayant leur domicile dans le canton concerné sont transférés par défaut à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.

26.4 Si, pour des raisons inhérentes à la personne de l'assuré (p.ex. admission de la personne assurée dans un établissement médicosocial), le Médecin Choisi ne peut plus prendre en charge le traitement global de l'assuré, Assura a le droit d'exclure l'assuré du modèle « Réseau de soins », moyennant un préavis d'un mois. Cette mesure entraîne d'office le transfert à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.

26.5 Si, suite au retrait d'une Pharmacie de la liste des Pharmacies agréées, un assuré n'a plus aucune Pharmacie agréée à disposition dans sa région, il a la possibilité de demander, dans le délai d'un mois à compter de la réception de l'avis de retrait, de passer dans un autre modèle d'assurance de base proposé par Assura avec une franchise identique.

Article 27

Traitement des données

En concluant le modèle « Réseau de soins », l'assuré autorise Assura, le Médecin Choisi ou les tiers agissant en son nom, ainsi que les éventuels spécialistes à s'échanger les données de traitement et de facturation concernant les soins médicaux dans leur ensemble, pour autant que ces données soient requises pour la mise en œuvre de l'assurance « Réseau de soins » et notamment pour la vérification du respect des obligations incombant à l'assuré. En cas de changement du Médecin Choisi, la personne assurée autorise la transmission de ces informations au nouveau Médecin Choisi et libère dans cette mesure l'ancien médecin du secret professionnel. Ces échanges d'informations ont lieu dans le respect des règles légales, notamment de la loi sur la protection des données et de la LAMal.

Article 28

Responsabilité

La responsabilité pour les prestations diagnostiques et thérapeutiques incombe exclusivement aux fournisseurs de prestations traitant la personne assurée.

Titre 3

L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2018.

Assura-Basis SA

Conditions spéciales d'assurance

Assurance obligatoire des soins modèle « AssurCall »

Titre premier

Bases contractuelles et droit applicable

Le modèle « AssurCall » est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs de prestations au sens de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

Le modèle « AssurCall » est régi par la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, leurs ordonnances d'application, les Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal ainsi que les présentes Conditions spéciales d'assurance.

Les principes particuliers réglant le fonctionnement de ce modèle, l'adhésion et la sortie des assurés ressortent des articles 41, alinéa 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi qu'aux articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.

Dans le cadre du modèle « AssurCall », Assura-Basis SA collabore avec le centre de télémédecine Medgate. Medgate prodigue, par téléphone, à travers ses médecins des traitements et conseils médicaux aux assurés. Ces prestations sont à la charge de la LAMal et remboursées par Assura-Basis SA, conformément aux présentes conditions spéciales d'assurance.

En souscrivant au modèle « AssurCall », l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites dans le chapitre 3 ci-après. En contrepartie, il bénéficie d'un rabais sur ses primes d'assurance.

Titre 2

Les formes d'assurance

Chapitre 1

L'assurance obligatoire et ordinaire des soins

Article 1

Le champ des prestations

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 24 à 31 de la LAMal, en tenant compte des conditions des articles 32 à 34 de ladite loi.

Article 2

La franchise

2.1 Par année civile et jusqu'à concurrence de Fr. 300.-, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

2.2 L'assuré mineur n'est pas astreint au paiement d'une franchise.

2.3 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 2 ci-après.

2.4 La franchise n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

2.5 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la franchise en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 3

La quote-part

3.1 L'assuré doit prendre à sa charge 10% des frais qui excèdent le montant de la franchise.

3.2 Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à Fr. 700.- pour les adultes et à Fr. 350.- pour les enfants.

3.3 La quote-part n'est pas exigée en cas de prestations spécifiques de maternité.

3.4 De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la quote-part en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 4

La participation maximale de l'assuré

4.1 Plusieurs enfants d'une famille assurés auprès d'Assura-Basis SA (ci-après « Assura ») paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte.

4.2 Si un assuré souscrit la présente catégorie d'assurance en cours d'année, Assura impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans la même année auprès d'un autre assureur. Lorsqu'aucune franchise ni aucune quote-part n'a été facturée, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

4.3 Les dates de traitement sont déterminantes pour la perception de la franchise et de la quote-part.

Article 5

Les prestations

5.1 Sur la base des tarifs et de la législation applicables, Assura assume la prise en charge des frais ambulatoires et hospitaliers prodigués ou prescrits par des fournisseurs de soins pouvant pratiquer au sens de la LAMal.

5.2 Demeurent réservées les dispositions spéciales du chapitre 3 ci-après.

Article 6

L'hospitalisation en division privée ou en clinique

Assura verse à un assuré qui se fait soigner en division privée d'un établissement répertorié LAMal ou en clinique l'équivalent des prestations qu'elle aurait dû allouer si l'hospitalisation s'était faite en division générale d'un établissement répertorié LAMal adéquat du canton de résidence de l'assuré.

Article 7 Les types d'hôpitaux

La différenciation des établissements hospitaliers implique que l'assuré se fasse traiter dans un établissement hospitalier correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs applicables pour ce traitement dans l'établissement répertorié LAMal adéquat du canton de résidence de l'assuré.

Article 8 La contribution aux frais de séjour hospitalier

8.1 La contribution journalière de l'assuré aux frais de séjour hospitalier se monte à Fr. 15.-.

8.2 Sont exemptés de cette contribution :

- a) les enfants et les jeunes adultes en formation au sens de l'art. 61, al. 3, LAMal;
- b) les femmes pour les prestations spécifiques de maternité;
- c) De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 9 Les frais extra-hospitaliers

Les frais personnels découlant de la location d'appareils de radiophonie ou de télévision, de conversations téléphoniques, de boissons commandées spécialement, etc., ne sont pas pris en charge par Assura.

Article 10 La maternité

Assura accorde en cas de grossesse et d'accouchement les mêmes prestations qu'en cas de maladie et, en outre ou au moins :

- a) la prise en charge sans franchise et sans quote-part de sept consultations de contrôle pendant la grossesse et une consultation de contrôle entre la 6ème et la 10ème semaine post-partum;
- b) les frais d'assistance à la naissance par un médecin ou une sage-femme en cas d'accouchement à domicile, ainsi que le matériel nécessaire à cet effet;
- c) une indemnité à toute femme enceinte qui participe à un cours individuel ou collectif de préparation à l'accouchement organisé par une sage-femme;
- d) le remboursement des conseils en matière d'allaitement à raison de trois séances au maximum;
- e) la prise en charge des soins accordés au nouveau-né en bonne santé et de son séjour tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.

De la treizième semaine de grossesse jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes sont exemptées de la participation aux coûts en cas de recours à des prestations générales pour cause de maladie.

Article 11 Les cures balnéaires

Assura accorde une contribution journalière de Fr. 10.- pour les cures balnéaires prescrites par un médecin, au maximum pendant 21 jours par année civile.

Article 12 Les soins dentaires

Assura prend en charge les frais des soins dentaires, lorsque ceux-ci sont occasionnés par une grave maladie du système de mastication ou par une autre maladie grave au sens de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (ci-après OPAS) du 29 septembre 1995.

Article 13 Les frais de transport et de sauvetage

- a) Les frais occasionnés par un transport médicalement indiqué et par un moyen correspondant aux exigences médicales du cas sont pris en charge par Assura à raison du 50%. Le montant maximum est de Fr. 500.- par année civile.
- b) Assura prend en charge 50% des frais de sauvetage en Suisse, mais au maximum Fr. 5'000.- par année civile.

Article 14 Les frais de lunettes

Assura prend en charge, jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, les frais d'achat de verres de lunettes correcteurs ou de verres de contact prescrits par un médecin dans la mesure des obligations définies par l'annexe 2 de l'OPAS. Les cas spéciaux définis par l'annexe 2 de l'OPAS sont réservés.

Article 15 La prévention

En plus des mesures diagnostiques et thérapeutiques, Assura prend en charge les mesures médicales de prévention prévues au chapitre 3, article 12 de l'OPAS.

Article 16 Les risques non assurés

Les frais d'acquisition ou de location d'appareils, d'articles orthopédiques et de prothèses non considérés comme prestations obligatoires au sens de la loi, ainsi que les cures d'air et de repos, ne sont pas indemnisés.

Article 17 La durée des prestations

Les traitements ambulatoires et hospitaliers sont pris en charge sans limite de durée.

Chapitre 2 L'assurance obligatoire des soins avec franchises à option

Article 18 Le droit applicable

En tant qu'il n'y soit dérogé dans les présentes dispositions, sont applicables les règles contenues dans le titre premier et le titre 2, chapitre 1, ci-avant.

Article 19

Le but

Dans le but de réduire le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins, Assura offre la possibilité à ses assurés d'opter pour des franchises plus élevées au sens des dispositions ci-après.

Article 20

Le choix de la franchise

20.1 Par année civile et jusqu'à concurrence d'une somme fixée dans les limites suivantes, l'assuré supporte une part initiale (franchise) de ses frais de traitements.

20.2 La franchise pour un adulte et/ou un jeune adulte peut être fixée à Fr. 500.-, Fr. 1'000.-, Fr. 1'500.-, Fr. 2'000.- ou Fr. 2'500.-.

20.3 La franchise pour un enfant peut être fixée à Fr. 100.-, Fr. 200.-, Fr. 300.-, Fr. 400.-, Fr. 500.- ou Fr. 600.-.

Article 21

L'adhésion et la sortie, le changement de franchise

21.1 Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

21.2 Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance, ainsi que le changement d'assureur, sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

21.3 Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

Chapitre 3

Le modèle « AssurCall »

Article 22

Glossaire

Pour les besoins de ce chapitre, les termes suivants ont la signification indiquée ci-dessous.

Fournisseur de Soins Traitant :

Tout fournisseur de soin que l'assuré doit consulter selon les indications sur le plan de traitement fourni par Medgate. Pharmacie Agréée :

Toute officine qui figure sur la liste des Pharmacies Agréées qui peut être consultée sur le site internet d'Assura. Seules ces pharmacies peuvent coordonner toutes les questions relatives aux traitements pharmaceutiques prescrits à l'assuré.

Plan de Traitement :

Un plan établi par Medgate après discussion avec l'assuré, qui contient des indications (médicales ou autres) concernant chaque cas particulier. Le Plan de Traitement est transmis à l'assuré. Seulement les données concernant la durée du traitement et des Fournisseurs de Soins Traitant sont transmis à Assura.

Traitement et Conseil prodigué en Telecare :

Tout traitement ou conseil prodigué par un médecin Medgate et pour lequel le Plan de Traitement établi dans les premières 24h n'implique pas de consultation d'un médecin en dehors du centre de télémédecine Medgate.

Article 23

Obligations de l'assuré

23.1 Principe et fonctionnement

L'assuré, ou son représentant légal, s'engage en cas de problème de santé ou en vue d'une prestation de prévention, à toujours contacter le centre de télémédecine Medgate (ci-après : Medgate) en premier lieu. Medgate va alors fournir un conseil médical, prodiguer un traitement ou indiquer un chemin de traitement, en tenant compte du cas particulier. On peut s'adresser en une des langues suivantes à Medgate : Français, Allemand, Italien et Anglais.

Les dispositions pour les cas d'urgences et les exceptions figurant à l'art. 24 demeurent réservées.

Si le cas particulier le permet, Medgate assume la totalité du traitement. D'éventuelles prescriptions de médicaments sont alors envoyées directement à la Pharmacie Agréée convenue avec l'assuré selon l'art. 23.3.

Seulement pour les traitements et conseils prodigués par Medgate en telecare, un prix selon le barème qui peut être consulté sur le site internet d'Assura, est facturé. Ce montant est pris en charge conformément à la LAMal et facturé à Assura selon le modèle du tiers payant. Le cas échéant, les participations aux coûts (quote-part et franchise) sont facturées à l'assuré par Assura.

Les éventuels traitements prodigués par d'autres fournisseurs de soins sur délégation de Medgate sont pris en charge conformément à la LAMal et facturés à l'assuré selon le modèle du tiers garant, sous réserve des traitements hospitaliers, qui sont assumés par Assura selon le modèle du tiers payant.

23.2 Plan de Traitement

Au besoin, Medgate prescrit un Plan de Traitement précis à l'assuré, que ce dernier s'engage expressément à suivre.

Si le traitement nécessite la consultation d'un autre fournisseur de soins (médecin généraliste, médecin spécialiste, hôpital, institut de radiologie, etc. ; ci-après, le Fournisseur de Soins Traitant), Medgate indique sur le Plan de Traitement le nom du Fournisseur de Soins Traitant, avec le cas échéant l'indication du traitement indiqué. L'assuré a le droit de proposer à Medgate le choix d'un fournisseur de soins adéquat. L'assuré s'engage expressément à suivre le traitement prescrit.

La durée du traitement ainsi que les fournisseurs de soins indiqués dans le Plan de Traitement sont directement transmis à Assura.

Dans le cas où le Fournisseur de Soins Traitant considère que le traitement doit être poursuivi au-delà de la durée définie, l'assuré doit à nouveau contacter Medgate, qui établira, au besoin, une prolongation du Plan de Traitement.

Si l'assuré ne peut pas consulter le Fournisseur de Soins Traitant indiqué sur le Plan de Traitement, pour des raisons indépendantes de sa volonté, il peut consulter un autre fournisseur de soins, sous réserve d'avoir contacté et obtenu l'accord préalable de Medgate.

Si le Fournisseur de Soins Traitant estime qu'un autre fournisseur de soins doit être consulté, l'assuré doit en informer Medgate avant la consultation, afin qu'ils mettent à jour son Plan de Traitement.

23.3 Pharmacie Agréée

L'assuré s'engage à acheter ses médicaments et / ou toute autre préparation pharmaceutique à charge de l'assurance obligatoire des soins uniquement auprès des officines figurant sur la liste des Pharmacies Agréées (la Liste de Pharmacies). Seules ces pharmacies peuvent coordonner toutes les questions relatives aux traitements pharmaceutiques prescrits à l'assuré.

La Liste de Pharmacies est publiée et accessible depuis le site internet d'Assura. Est déterminante la Liste de Pharmacies valable au moment du traitement. Celle-ci fait partie intégrante des présentes conditions d'assurance.

23.4 Sanctions

En cas de non-respect des engagements pris aux articles 23 et 24, l'assuré ne pourra pas faire appel aux prestations d'Assura.

Article 24

Exceptions

24.1 Les consultations ambulatoires en ophtalmologie, en pédiatrie pour les enfants jusqu'à 12 ans révolus ou en gynécologie ne sont pas soumises aux obligations de l'article 23.

24.2 En cas d'urgence établie, l'assuré peut faire appel à un fournisseur de soins sans appeler Medgate au préalable, respectivement s'adresser à une pharmacie non agréée.

24.3 En cas de séjour à l'étranger, l'assuré peut se rendre dans une pharmacie non agréée.

24.4 Si l'assuré a consulté un fournisseur de soins sans contacter Medgate au préalable en vertu des alinéas précédents, l'assuré doit en informer Medgate dans un délai de 10 jours maximum.

Article 25

Entrée dans le modèle « AssurCall »

25.1 Le modèle « AssurCall » peut être choisi par toutes les personnes qui sont domiciliées dans une région de prime d'un canton où Assura pratique ce modèle.

25.2 Un assuré domicilié dans les régions de primes des cantons où Assura pratique le modèle « AssurCall », au bénéfice de l'assurance ordinaire des soins et de la franchise ordinaire de Fr. 300.- pour les adultes et/ou jeunes adultes et de Fr. 0.- pour les enfants, peut en tout temps adhérer au modèle « AssurCall ».

Article 26

Sortie du modèle « AssurCall »

26.1 Sous réserve des chiffres 26.2 - 26.3, l'abandon de cette forme particulière d'assurance n'est possible que pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois, et il implique le passage simultané de l'assuré à une autre forme d'assurance obligatoire des soins auprès d'Assura. Cette renonciation ne vaut pas comme décision de démission d'Assura, l'article 7 alinéas 3 et 4 LAMal étant réservé. Lors de la communication de la nouvelle prime, le délai de préavis est d'un mois pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime.

26.2 Si l'assuré transfère son domicile dans une région de primes d'un canton où le modèle « AssurCall » n'est pas proposé par Assura il passe par défaut à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.

26.3 Si le contrat conclu entre Assura et le Centre de Télémédecine Medgate est résilié, le modèle « AssurCall » cesse d'exister. Dans ce cas, les assurés de ce modèle sont transférés par défaut à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.

26.4 Si, suite au retrait d'une Pharmacie de la liste des Pharmacies agréées, un assuré n'a plus aucune Pharmacie agréée à disposition dans sa région, il a la possibilité de demander, dans le délai d'un mois à compter de la réception de l'avis de retrait, de passer dans un autre modèle d'assurance de base proposé par Assura, avec une franchise identique.

26.5 Si, pour des raisons inhérentes à la personne de l'assuré (p. ex. admission dans un établissement médico-social) Medgate ne peut plus assumer la coordination des traitements et conseils prodigués à l'assuré, Assura a le droit de l'exclure, moyennant un préavis d'un mois, du modèle AssurCall. Cette mesure entraîne d'office le transfert à l'assurance ordinaire des soins avec une franchise identique.

Article 27

Traitement des données

27.1 En concluant le modèle « AssurCall », l'assuré autorise Assura, Medgate, ainsi que les autres fournisseurs de soins à s'échanger les données de traitement et de facturation concernant les soins médicaux dans leur ensemble.

27.2 Assura transmet à Medgate les données requises pour la mise en œuvre de l'assurance AssurCall, notamment les données nécessaires pour l'identification de l'assuré (données de base et couverture) ainsi que les coûts des prestations facturés, afin que Medgate puisse contrôler le respect du Plan de Traitement.

27.3 Medgate transmet à Assura le Plan de Traitement contenant les fournisseurs de soins à consulter ainsi que les données nécessaires à la facturation. Les données médicales ne seront pas transmises systématiquement, mais Assura peut, au cas par cas et dans le cadre de l'examen du droit aux prestations uniquement, demander des renseignements médicaux. Dans ce cas, les données médicales requises seront transmises au service du médecin-conseil exclusivement.

27.4 Les entretiens téléphoniques sont enregistrés et archivés par Medgate. En cas de litige, les enregistrements peuvent être utilisés en tant que moyens de preuves et présentés devant les instances du tribunal en cas de nécessité. En l'absence d'une procuration correspondante lui ayant été délivrée par l'assuré, Assura n'a aucun accès direct à ces informations.

Article 28

Responsabilité du centre de Télémédecine Medgate

Medgate assume la responsabilité exclusive des informations communiquées et conseils et traitements prodigués au téléphone.

Titre 3

L'entrée en vigueur

Les présentes conditions entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2018.

Assura-Basis SA

Conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire

(avec couverture subsidiaire de l'accident)

Edition 07.2015

Article 1

Le contrat d'assurance et la loi

1.1 Les droits et obligations du preneur d'assurance et de l'assuré, lesquels doivent être domiciliés en Suisse, sont définis dans la police d'assurance et les conditions d'assurance.

1.2 A défaut de disposition contractuelle expresse, c'est la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) qui est applicable.

Article 2

Les définitions

Au sens du présent contrat, il faut entendre par :

2.1 preneur d'assurance, la personne signataire de la proposition qui assume notamment le paiement des primes;

2.2 assuré, la personne qui bénéficie de la couverture d'assurance, en tant que preneur d'assurance ou non;

2.3 CGA, les conditions générales d'assurance complémentaires et, par CSC, les conditions spéciales d'assurance complémentaires;

2.4 maladie, toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail;

2.5 accident, toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale;

2.6 **maternité, la grossesse et l'accouchement, ainsi que la fausse-couche et la grossesse extra-utérine ou non-évolutive;**

2.7 établissement hospitalier, les hôpitaux, cliniques, maternités;

2.8 franchise, le montant fixe initial à charge de l'assuré en cas de sinistre, soit par événement, soit par année civile, selon les CSC;

2.9 quote-part, le montant variable à charge de l'assuré exprimé en pour-cent de la prestation d'Assura SA;

2.10 participation, la franchise et la quote-part cumulées;

2.11 conventions, les ententes de droit privé portant sur les modalités et les coûts des prestations des fournisseurs de soins;

2.12 thérapeutes, les médecins, les dentistes, les chiropraticiens, les infirmières, les sages-femmes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les logopédistes/orthophonistes;

2.13 tarif conventionnel SSO-AA/AM/AI, le tarif conventionnel passé entre la Société suisse d'odontostomatologie et l'assurance-accident, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité;

2.14 survenance du sinistre, moment où une maladie ou une maternité est constatée par un fournisseur de soins; en cas d'accident, date à laquelle survient l'événement accidentel;

2.15 affection, altération de la santé;

2.16 LAMal, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994;

2.17 LCA, la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908;

2.18 LAA, la Loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981.

Article 3

Les risques couverts

3.1 Selon le choix manifesté par le preneur d'assurance dans sa proposition, Assura SA couvre principalement la maladie et l'accident dans les limites des CGA et CSC.

3.2 En outre, l'assureur assume des prestations de **maternité dans les limites des articles 4 des catégories « Complementa » et « Complementa Plus », ainsi que dans celles des catégories « Materna Eco », « Materna Media », « Materna Plus » et « Natura R3 ».**

Article 4 La délimitation de la couverture

4.1 Sont exclus de l'assurance :

- 4.1.1 i) les affections faisant l'objet d'une réserve ;
- ii) les affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance ;
- iii) les suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance;

4.1.2 les traitements non pris en considération dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Restent réservées les prestations spécifiques allouées au titre des catégories d'assurance complémentaires;

4.1.3 les interventions de chirurgie plastique et **reconstructive, ainsi que leurs suites;**

4.1.4 les conséquences du tabagisme, de l'alcoolisme et de l'usage de stupéfiants, y compris les accidents survenus alors que l'assuré était sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiants;

4.1.5 le suicide et la mutilation volontaire, ainsi que leur tentative;

4.1.6 **l'interruption ou la conservation de la grossesse, les méthodes de procréation assistée et les traitements de la stérilité;**

4.1.7 les maladies et accidents causés volontairement par l'assuré, résultant d'un acte téméraire ou délictueux, d'une faute grave ou survenant dans le cadre d'une bagarre. Il en va de même des **mesures médicales ordonnées par une autorité judiciaire;**

4.1.8 **les accidents survenus lors de compétitions et au cours de l'entraînement lié à celles-ci;**

4.1.9 les cures d'air, de repos, d'ingestion d'eau et de thalassothérapie, les traitements de l'**obésité**, les **corrections des défauts de la vue**, les hospitalisations à caractère médicosocial, ainsi que les séjours justifiés par des **soins palliatifs** en fin de vie, par des mesures diététiques, de **réadaptation**, de **réhabilitation** ou de **traitement de la douleur;**

4.1.10 les **maladies mentales ou nerveuses;**

4.1.11 les frais personnels en cas d'hospitalisation, à savoir tous ceux qui ne sont pas en relation directe avec des buts de guérison (par ex. location de télévision);

4.1.12 **les frais d'acquisition ou de location d'appareils médicaux, d'articles orthopédiques et de prothèses;**

4.1.13 les opérations de guerre, les émeutes ou les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage ou événements assimilés;

4.1.14 les accidents survenant lors de l'utilisation d'aéronefs et lors de sauts en parachute ou en parapente, si l'assuré viole intentionnellement des prescriptions des autorités ou ne possède pas les permis et licences officiels nécessaires;

4.1.15 les effets de radiations ionisantes. Sont toutefois assurées les atteintes à la santé consécutives à des radiations prescrites par un médecin;

4.1.16 les transplantations d'organes.

4.2 Assura SA renonce à :

4.2.1 son droit de résilier le contrat à la suite d'une fausse déclaration (réticence selon l'article 6 LCA), pour autant que 5 ans au moins se soient écoulés depuis la conclusion ou la modification du contrat;

4.2.2 invoquer le droit que lui confère l'article 42 LCA de résilier le contrat en cas de sinistre, à moins d'abus ou de tentative d'abus de l'assuré.

Article 5

L'étendue territoriale

5.1 L'assurance est valable dans le monde entier.

5.2 L'assuré qui transfère son domicile hors de Suisse, du Liechtenstein ou de la zone frontalière perd le bénéfice de l'assurance de plein droit à la fin de la période d'assurance en cours. L'assurance peut, sur demande du preneur d'assurance et aux conditions fixées par Assura SA, être prolongée avec ou sans suspension du droit aux prestations.

5.3 Hors de Suisse, du Liechtenstein ou de la zone frontalière, les cas sont indemnisés jusqu'au terme du traitement médical, au plus cependant durant 90 jours.

5.4 Lorsqu'un assuré malade ou accidenté en Suisse, au Liechtenstein ou dans la zone frontalière se rend à l'étranger, les prestations ne seront versées que si Assura SA a donné préalablement son assentiment écrit.

Article 6

L'intervention d'autres assureurs ou de tiers

6.1 En cas de concours avec d'autres institutions d'assurance, Assura SA n'alloue ses prestations pour frais que dans la proportion existant entre les prestations assurées par elle et le montant total des prestations garanties par tous les assureurs.

6.2 Lorsque des prestations sont dues en vertu de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal, de l'assurance-obligatoire au sens de la LAA, de l'assurance militaire fédérale ou de l'assurance invalidité fédérale, Assura SA n'intervient qu'à titre complémentaire.

6.3 Lorsque des frais médicaux, pharmaceutiques ou hospitaliers ont été payés par un tiers responsable ou par son assureur, Assura SA n'intervient pas. Si Assura SA est appelée à répondre en lieu et place du responsable, l'assuré est tenu de lui céder ses droits jusqu'à concurrence du montant payé.

6.4 A défaut de couverture de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal, les prestations du présent contrat sont versées dans la même mesure que si une telle couverture existait.

Article 7

Le début de l'assurance

7.1 L'assurance entre en vigueur à la date indiquée dans la police.

7.2 Les délais d'attente et de carence prévus contractuellement sont réservés.

7.3 Lorsqu'un examen médical est nécessaire, la demande d'adaptation de la police d'assurance est considérée

comme acceptée si l'assureur ne la refuse pas dans les quatre semaines après qu'elle lui est parvenue.

Article 8

La durée du contrat

Sous réserve des articles 9 et 10 ci-après et à l'exception des catégories « Previsia », « Pecunia », « Assuralex » et « Assura-Serenity » le contrat est conclu pour la vie entière de l'assuré.

Article 9

La résiliation par le preneur d'assurance

En sus des dispositions de l'art. 42 LCA et après une durée de 5 ans, le contrat peut être dénoncé par le preneur d'assurance pour la date d'une échéance de primes, à condition d'en aviser Assura SA **sous pli recommandé**, au moins 6 mois avant ladite échéance.

Article 10

La modification du tarif des primes

Si le tarif des primes change, Assura SA est habilitée à proposer l'adaptation du contrat à partir de la prochaine échéance de prime. Les nouvelles primes seront communiquées au moins 25 jours avant leur entrée en vigueur au preneur d'assurance, qui dispose alors du droit de résilier le contrat, pour la partie modifiée, au plus tard le jour précédant l'échéance de prime.

Article 11

La fin du droit aux prestations

Le droit aux prestations cesse à la fin du contrat ou à l'annulation d'une couverture d'assurance. Demeurent réservées les suites d'accident au sens de la LAA.

Article 12

La prime

12.1 La prime, fixée en fonction de l'âge de l'assuré à la conclusion du contrat, est payable d'avance aux échéances convenues dans la police.

12.2 La première prime est échue le jour d'entrée en vigueur du contrat.

12.3 Les enfants de 0 à 18 ans passent automatiquement au tarif de primes supérieur lorsqu'ils atteignent 19 ans. Il en va de même pour les jeunes adultes de 19 à 25 ans lorsqu'ils atteignent 26 ans, le tarif applicable devenant dès lors définitif.

12.4 Si la prime annuelle est inférieure à fr. 100.-, elle est perçue sous forme unique au 1er janvier de chaque année. Il en va de même pour la prime annuelle s'échelonnant de fr. 100.- jusqu'à fr. 300.-. Dans ce dernier cas, elle peut cependant être facturée semestriellement à la demande expresse de l'assuré.

Article 13

La mise en demeure et ses conséquences

13.1 Si la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance est sommé par écrit, à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation, laquelle lui rappelle les conséquences de son retard.

13.2 Si la sommation reste sans effet, les obligations d'Assura SA sont suspendues à partir de l'expiration du délai mentionné au chiffre précédent.

13.3 Les frais administratifs occasionnés par la procédure de recouvrement de primes impayées sont mis à la charge de l'assuré à raison de fr. 30.-.

13.4 Les frais administratifs occasionnés par la réquisition d'une poursuite auprès de l'office compétent sont mis à la charge de l'assuré à raison de fr. 80.-, en sus des frais facturés directement par l'office des poursuites.

Article 14

L'avis de sinistre

14.1 En cas d'incapacité de travail, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale et de cure balnéaire, l'assuré est tenu d'en informer Assura SA immédiatement, les cas d'urgence demeurant réservés.

14.2 Aucune prestation n'est due dans les cas cités à l'alinéa 1 ci-dessus et consécutifs à des maladies ou des accidents qui n'ont pas été déclarés dans les 3 jours, à moins que le retard ne résulte pas d'une faute de l'assuré.

14.3 Il ne peut pas être prétexté d'un accord téléphonique pour faire valoir un quelconque droit aux prestations.

Article 15

Les autres obligations de l'assuré

15.1 Dans la mesure où son état le nécessite, l'assuré s'engage à consulter un thérapeute ayant une autorisation de pratiquer.

15.2 L'assuré est tenu de communiquer à Assura SA tous les éléments nécessaires à la liquidation du sinistre. Dans ce but, il délègue au besoin les fournisseurs de soins du secret professionnel.

15.3 Un changement de thérapeute en cours de traitement doit être soumis à l'approbation d'Assura SA.

15.4 A ses frais, Assura SA est en droit de faire examiner l'assuré par son médecin-conseil ou un thérapeute de son choix.

15.5 Lorsque le sinistre relève aussi des obligations d'un autre assureur ou d'un tiers, l'assuré doit fournir à Assura SA tous les éléments d'information établis par l'autre assureur ou le tiers.

15.6 Si l'assuré contrevient à ses obligations, Assura SA est en droit de réduire ou, dans les cas graves, de refuser ses prestations.

Article 16

Le paiement des prestations

16.1 Les prestations couvertes sont payables après réception par Assura SA de tous les renseignements et documents qui lui permettent de se convaincre du bien-fondé et de l'importance des prétentions.

16.2 Dans tous les cas, Assura SA n'est en mesure d'établir son décompte que sur la base des factures originales détaillées mentionnant les dates des traitements, le diagnostic, les prestations médicales fournies, le montant correspondant à chaque prestation, ainsi que les noms, adresses et numéros de téléphone des fournisseurs de soins étrangers. A défaut de la communication de tels renseignements dans un délai raisonnable fixé par Assura SA, cette dernière est habilitée à refuser les prestations à l'assuré. En cas de besoin, Assura SA peut exiger une traduction dans une des langues nationales ou en anglais des documents établis dans une autre langue.

16.3 En principe les prestations sont allouées au preneur d'assurance ou à l'assuré à leur domicile en Suisse. Cependant, si, après examen, Assura SA constate qu'un sinistre est couvert par l'assurance, elle s'engage à émettre - sur demande - un certificat de garantie des frais d'hospitalisation, évitant ainsi à l'assuré une avance en

espèces. Dans un tel cas, l'assureur s'acquittera de ses obligations en mains du tiers créancier.

16.4 La franchise et la quote-part sont directement déduites des montants dus.

Article 17

La compensation

Assura SA a le droit de compenser ses prestations échues avec les sommes qui lui sont dues par le preneur d'assurance. En revanche, ce dernier ne peut faire valoir la compensation entre primes impayées et prestations dues par Assura SA.

Article 18

La cession et la mise en gage

Sans l'assentiment exprès d'Assura SA, le droit aux prestations assurées ne peut être ni cédé, ni constitué en gage.

Article 19

Les communications

19.1 Toutes les communications à Assura SA doivent être adressées à sa direction à Pully.

19.2 Les communications d'Assura SA au preneur d'assurance et à l'assuré sont faites valablement à leur dernière adresse connue de la société.

Article 20

Le règlement d'un litige éventuel

En cas de procédure judiciaire, Assura SA reconnaît comme for son siège social, de même que le domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit.

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire

(avec couverture subsidiaire de l'accident)

Edition 07.2015

La catégorie « Complementa Extra » Assurance complémentaire étendue

Article 1

Le traitement médical

1.1 En complément aux prestations versées par la LAMal, LAA, LAI ou LAM, Assura SA garantit, en cas de maladie et d'accident, la couverture intégrale des frais consécutifs à une hospitalisation en division générale ou à un traitement semi-hospitalier ou ambulatoire dans l'ensemble des hôpitaux publics de Suisse.

1.2 L'assuré doit se faire traiter dans un établissement hospitalier correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs de l'hôpital public adéquat le plus proche de son lieu de séjour.

1.3 Les soins prodigués en milieu hospitalier sont servis sans limite de durée.

1.4 Lorsqu'un assuré hospitalisé en division générale d'un hôpital public peut choisir son médecin et qu'il découle conventionnellement de ce choix une facturation supplémentaire d'honoraires médicaux, Assura SA prend en charge ladite majoration.

1.5 En complément à l'assurance obligatoire des soins, Assura SA prend également en charge la différence de tarif lorsque l'assuré suit un traitement ambulatoire hors de son canton de domicile.

Article 2

Le remboursement des médicaments hors liste

Assura SA prend en charge les médicaments vitaux, prescrits par un médecin, pour autant qu'il n'existe pas d'équivalent dans la Liste des spécialités (LS) et qu'ils ne relèvent pas de l'assurance obligatoire des soins. Cette prise en charge intervient à condition que le médicament ait été enregistré par Swissmedic. Le total brut des prestations assurées s'élève à fr. 50'000.- au maximum pour la durée du contrat.

Article 3

L'aide-ménagère

Durant l'hospitalisation de l'assuré et jusqu'au 15^{ème} jour qui suit l'hospitalisation, les frais pour la tenue du ménage par un service d'assistance sont pris en charge jusqu'à concurrence de fr. 50.- par jour, au maximum pendant 30 jours par année civile.

Article 4

Les frais d'accompagnement

Durant l'hospitalisation d'un assuré mineur, Assura SA prend en charge les frais d'hébergement de l'accompagnant facturés par l'établissement hospitalier, à concurrence de fr. 70.- par jour, au maximum pendant 10 jours par année civile.

Article 5

La garde d'enfants

Durant l'hospitalisation d'un assuré adulte, la garde d'enfants fournie par un organisme officiel est prise en charge jusqu'à concurrence de fr. 70.- par jour, au maximum pendant 21 jours par année civile, à condition que l'enfant soit âgé de 15 ans au plus et fasse ménage commun avec l'assuré.

Article 6

L'assistance scolaire

Lorsque l'assuré mineur, malade ou accidenté, n'est pas en mesure de suivre le programme scolaire pendant un mois, Assura SA prend en charge les frais certifiés de leçons de rattrapage scolaire données par une personne qualifiée. La contribution d'Assura SA s'élève à fr. 50.- par jour, au maximum à fr. 3'000.- par année civile.

Article 7

Les frais de garde spéciale

Assura SA prend en charge les frais de garde spéciale en cas d'hospitalisation jusqu'à concurrence d'une facturation de fr. 1'000.- par année civile.

Article 8

Les soins à domicile

8.1 A la condition expresse qu'une telle mesure permette de remplacer une hospitalisation qui médicalement aurait été rendue indispensable sans cela, Assura SA alloue un montant maximum de fr. 200.- par jour, pendant 21 jours au maximum, lorsque l'assuré, sur prescription médicale préalable, reçoit des soins prodigués par un service d'assistance médicale agréé par l'assureur.

8.2 Les prestations prévues au chiffre 8.1 ci-dessus sont versées en complément des prestations reconnues au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Article 9

Les psychothérapeutes non-médecins et les psychologues indépendants

Sur la base du tarif applicable et jusqu'à concurrence de 100% d'une facturation brute de fr. 1'500.- par année civile, Assura SA prend à sa charge, en dérogation au chiffre 4.1.10 CGA, les frais consécutifs à des traitements médicalement prescrits et prodigués par des psychothérapeutes non-médecins et des psychologues indépendants figurant sur la liste établie par l'organisation faitière des assureurs-maladie suisses. Le tarif de référence est celui appliqué dans le canton de domicile de l'assuré pour la psychothérapie déléguée.

Article 10

Les soins dentaires

10.1 Lorsqu'ils découlent d'une atteinte dentaire survenue postérieurement à l'entrée en vigueur contractuelle de la présente couverture d'assurance, les soins dispensés par un médecin-dentiste autorisé à pratiquer en Suisse ou en zone frontalière sont indemnisés, après déduction d'une franchise annuelle de fr. 500.-, jusqu'à concurrence d'une facturation annuelle de fr. 1'500.-.

10.2 Le tarif conventionnel « SSO-AA/AM/AI » est déterminant pour le calcul des prestations.

10.3 Est exclue de la présente catégorie d'assurance toute mesure visant à remédier à un état déficient de la denture qui était préexistant au moment de l'entrée en vigueur contractuelle de la couverture. En cas de doute, l'avis du dentiste-conseil d'Assura SA est déterminant.

10.4 Les soins d'orthodontie sont exclus de la présente couverture.

Article 11

Les verres de lunettes ou les lentilles de contact

11.1 Sous déduction des prestations reconnues au titre de l'assurance obligatoire des soins, Assura SA prend en charge les frais d'acquisition de verres de lunettes ou de lentilles de contact médicalement nécessaires à concurrence de fr. 100.- par année civile.

11.2 En cas d'absence de prestations versées au titre du chiffre 11.1 ci-dessus, le montant maximal annuel défini au chiffre 11.1 est cumulable année après année, jusqu'à concurrence toutefois d'une somme maximale de fr. 500.-.

Article 12

La chirurgie corrective de la vue

12.1 Lorsque l'assuré présente un défaut de vision, Assura SA participe aux coûts de l'opération de chirurgie corrective à concurrence de fr. 100.- au maximum par année civile.

12.2 En cas d'absence de prestations versées au titre du chiffre 12.1 ci-dessus, le montant maximal annuel défini au chiffre 12.1 est cumulable année après année, jusqu'à concurrence toutefois d'une somme maximale de fr. 500.-.

Article 13

Les moyens auxiliaires

En dérogation au chiffre 4.1.12 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA) et sous déduction des prestations reconnues au titre de l'assurance

obligatoire des soins, Assura SA prend en charge, jusqu'à concurrence d'une facturation brute de fr. 500.- par année civile, les frais d'acquisition ou de location d'appareils médicaux et d'articles orthopédiques prescrits par le médecin-traitant.

Article 14

Les frais de transport

14.1 En Suisse, Assura SA assume les frais d'un transport médicalement nécessaire et adapté à la situation médicale, pour autant que l'état de santé de l'assuré ne permette pas l'utilisation d'un moyen de transport usuel public ou privé.

14.2 Les prestations prévues au chiffre 14.1 ci-dessus sont versées en complément des prestations reconnues au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Article 15

La recherche et le sauvetage

15.1 En Suisse, Assura SA assume les frais engagés pour rechercher et sauver l'assuré, disparu dans une situation de danger imminent, ceci à concurrence d'une facture brute de fr. 20'000.-.

15.2 Les prestations prévues au chiffre 15.1 ci-dessus sont versées en complément des prestations reconnues au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Article 16

Les cures balnéaires

16.1 Pour autant que la cure ait été préalablement prescrite par un médecin et qu'elle s'inscrive dans le cadre du traitement d'une affection en cours, Assura SA contribue aux frais de soins et de bains d'une cure balnéaire effectuée en Suisse, à concurrence d'une facturation brute de fr. 1'000.- par année civile.

16.2 A l'étranger et dans la mesure où une telle affection ne peut pas être médicalement traitée en Suisse, cette allocation est de fr. 500.- au maximum par année civile.

Article 17

Les cures de convalescence

Sur demande préalable, Assura SA contribue aux frais d'une cure de convalescence ordonnée par un médecin à la suite d'un séjour hospitalier en soins aigus et suivie dans un établissement placé sous contrôle médical et agréé par Assura SA. Sa contribution journalière est de fr. 40.- pendant 21 jours au maximum par année civile.

Article 18

La libération des primes en cas de chômage

18.1 Conditions d'octroi

Pour pouvoir bénéficier de la libération de la prime, l'assuré doit, à la date de signature de la proposition :

- exercer à titre principal une activité professionnelle salariée, non saisonnière et non temporaire ;
- être titulaire depuis au moins douze mois d'un contrat de travail à durée indéterminée dans une même entreprise ne faisant pas l'objet, à sa connaissance, d'une ouverture ou d'une liquidation de faillite, ni d'une procédure ou d'un sursis concordataire;
- ne pas faire l'objet, à sa connaissance, d'une procédure de licenciement à titre individuel ou collectif.

Les garanties prennent effet, pour chaque assuré, à compter de 120 jours après la date d'entrée en vigueur de la présente catégorie (délai d'attente de 120 jours).

18.2 Prestations

A la suite d'un licenciement et après une période de 90 jours consécutifs d'interruption totale et continue de travail suivant la fin du délai de congé, Assura SA règle, sans effet rétroactif, l'entier des primes de toutes les catégories LCA figurant sur la proposition au moment de la conclusion de la présente catégorie et venant à échéance à partir du 91^{ème} jour (délai d'attente de 90 jours).

18.3 Autres membres de la famille

A la condition que le bénéficiaire de la présente catégorie soit soutien de famille (revenu principal de la famille), sont libérées également les primes de toutes les catégories LCA figurant sur la proposition par laquelle les autres membres de la famille faisant ménage commun avec le soutien de famille (conjoint et enfants, y compris les enfants majeurs âgés de 25 ans au maximum qui sont aux études ou en formation) souscrivent la présente catégorie.

Lorsque la famille bénéficie d'un revenu d'appoint assuré par l'activité du conjoint ou des enfants précités, la garantie est réduite proportionnellement.

18.4 Pièces justificatives

Pour faire valoir un droit à la prestation assurée, les pièces suivantes doivent être produites par l'assuré à Assura SA :

- la lettre de licenciement remise par l'employeur au salarié ;
- la copie du contrat de travail ;
- la notification d'inscription et de prise en charge par l'Assurance-chômage ;
- les décomptes des indemnités versées par l'Assurance-chômage pendant la période considérée.

Si, par sa faute, l'assuré a omis d'annoncer à Assura SA sa perte d'emploi à la suite d'un licenciement dans les délais prévus, Assura SA peut refuser toute indemnité pour le laps de temps écoulé jusqu'à réception de la demande.

18.5 Restrictions

Sont exclus de la libération de la prime :

- les licenciements pour justes motifs au sens de l'art. 337 du Code des obligations, démissions, résiliations de contrat de travail en période d'essai, départs ou mises en retraite anticipée ou en préretraite, chômage partiel ou technique ;
- les contrats de travail à durée déterminée ainsi que les contrats conclus pour la durée d'un chantier ;
- les indemnités partielles par l'Assurance chômage en cas de faute de l'assuré ;
- les personnes non domiciliées sur le territoire suisse.

18.6 Limitation des garanties

La prise en charge par sinistre ne peut dépasser une durée maximale de 12 mois, le délai d'attente de 90 jours étant applicable à chaque sinistre. Dans le cas de plusieurs sinistres, la durée totale indemnisée ne peut dépasser 24 mois.

18.7 Cessation de la libération des primes

La couverture cesse :

- dès que l'assuré reprend une activité rémunérée, quelles que soient la nature et l'importance de la rémunération ;
- dès que l'assuré est en incapacité de gain par suite de maladie ou d'accident et qu'à ce titre les allocations chômage sont suspendues.

Article 19

La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'art. 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts, de même que les **maladies psychiques conformément à l'article 9 ci-dessus**. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire

(avec couverture subsidiaire de l'accident)

Edition 07.2015

La catégorie «Natura»

Assurance complémentaire des frais des médecines alternatives

Article 1

Le champ des prestations

1.1 A la condition qu'elles tendent à des buts diagnostiques ou thérapeutiques, les prestations garanties par la présente catégorie sont allouées en cas de recours de l'assuré à des traitements prodigués par des thérapeutes non autorisés à pratiquer au titre de l'assurance obligatoire des soins.

1.2 Sous déduction d'une franchise de fr. 200.-, Assura SA rembourse 90% des frais de traitements ambulatoires prodigués selon les méthodes énumérées dans l'annexe remise à l'assuré à la conclusion du contrat. Ces prestations sont allouées selon les dispositions tarifaires contenues dans ladite annexe.

1.3 Sont reconnus comme thérapeutes, au sens de la présente catégorie d'assurance, les fournisseurs de soins pouvant justifier d'une formation adéquate et qui sont membres d'une association professionnelle reconnue par Assura SA.

1.4 Lorsqu'un traitement entrepris chez un thérapeute n'aboutit pas à la guérison, après un nombre de séances stipulé dans l'annexe précitée, le traitement ne peut se poursuivre que sur autorisation formelle d'Assura SA.

Article 2

Le bonus

Si, pendant 5 ans, Assura SA n'a pas eu à verser de prestations pour les frais de traitement ici visés, la franchise prévue au chiffre 1.2 ci-avant n'est pas perçue lors du premier traitement qui suit cette période.

Article 3

Les documents justificatifs

Pour prétendre au remboursement de ses frais de traitement, l'assuré doit fournir une note d'honoraires ou une facture dûment établie par le thérapeute qui doit mentionner l'indication du traitement, la nature des thérapies dispensées, ainsi que les dates et la durée des consultations.

Article 4

La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la**

proposition d'assurance, les **maladies psychiques** les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'article 2.6 CGA et selon les cas de l'article 4.1.6 CGA).

Annexe aux conditions spéciales

La catégorie « Natura »

A. Les thérapies admises (ch. 1.2 CSC)

- Acupressure
- Acupuncture
- Aromathérapie
- Biorésonance
- Drainage lymphatique
- Etiopathie
- Fasciathérapie - pulsologie
- Homéopathie
- Iridologie
- Kinésiologie
- Médecine chinoise
- Mesothérapie
- Orthobionomy
- Ostéopathie
- Phytothérapie
- Réflexologie
- Serocytothérapie
- Shiatsu
- Sophrologie curative
- Sympathicothérapie
- Thérapie cranio-sacrée
- Thérapie neurale

Uniquement sur prescription médicale

- Eurythmie curative
- Eutonie

B. Les associations et thérapeutes reconnus (ch. 1.3 CSC)

- ASCA, Fondation pour la reconnaissance et le développement des thérapies alternatives et complémentaires
ASCA, Stiftung zur Anerkennung und Entwicklung der Alternativ- und Komplementärmedizin
ASCA, Fondazione per il riconoscimento e lo sviluppo delle terapie alternative e complementari
Titre exigé : pratique d'une thérapie figurant au chiffre 1.2 CSC ci-dessus
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTNI)
- Naturärzte - Vereinigung der Schweiz (NVS)
Titre exigé : diplôme membre A
- Associazione ticinese naturopati & terapisti (ATNT)
Titre exigé : membre A
- Schweizer Verband der approbierten NaturärztInnen und NaturheilpraktikerInnen (SVANAH)
Titre exigé : membre A
- Verband energetische Therapie (VeT)
Titre exigé : membre A

- Internationaler Therapeutenverband Akupunkt-Massage nach Penzel, Sektion Schweiz
Titre exigé : membre A
 - Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (acupuncture)
Titre exigé : diplôme ou doctorat
 - Association internationale de drainage lymphatique manuel (AIDMOV)
Titre exigé : certificat thérapeutique
 - Fédération suisse des ostéopathes (FSO)
Schweizerischer Verband der Osteopathen (SVO)
Federazione svizzera degli osteopati (FSO)
Titre exigé : membre ordinaire
 - Association genevoise d'ostéopathie (AGO)
Titre exigé : diplôme
 - Association suisse des ostéopathes (ASO)
Titre exigé : certificat d'études supérieures de biomécanique
 - Foederatio Osteopathicum Helveticorum (FOH)
Fédération des ostéopathes suisses
Verbindung der Schweizer Osteopathen
Federazione degli osteopati svizzeri
Titre exigé : diplôme de l'Ecole d'ostéopathie de Belmont
 - Registre des ostéopathes de la Confédération helvétique (ROCH)
Titre exigé : diplôme
 - Registre suisse des ostéopathes (RSO)
Schweizerische Register der Osteopathen
Registro Svizzero degli Osteopati
Titre exigé : diplôme ou doctorat
 - Société suisse des physiothérapeutes diplômés en ostéopathie (SSPDO)
Titres exigés : diplômes en physiothérapie et ostéopathie
 - Swiss Association of Osteopathic Medicine (SAOM)
Schweizer Verband für Osteopathie
Association suisse de la médecine ostéopathique
Titre exigé : membre A
 - Association professionnelle suisse méthode Danis Bois (APSMDB)
Titre exigé : membre actif
 - Homöopathie Verband Schweiz (HVS)
Titre exigé : membre actif
 - Verband Klassischer HomöopathInnen (VKH)
 - Associazione degli Omeopati Classici (AOC)
 - Association for Classical Homeopaths (ACH)
Titre exigé : membre A
 - KineSuisse
Titre exigé : membre A
 - Association professionnelle suisse de kinésiologie (I-ASK)
Schweizerischer Berufsverband für Kinesiologie
Associazione professionale svizzera di chinesiologia
Titre exigé : diplôme membre A
 - Association professionnelle suisse des kinésologues (APSK)
Schweizerischer Berufsverband der Kinesiologinnen und Kinesiologen (SBVK)
Associazione professionale svizzera dei chinesologi
Titre exigé : formation degrés 3 et 4
 - Association professionnelle suisse romande de kinésiologie (APSRK)
Titre exigé : formation degré 3
 - Schweizerischer Verband Nicht-Medizinische Kinesiologie (SVNMK)
Association Suisse pour la Kinésiologie non médicale (ASKNM)
Associazione Svizzera della Kinesiologia non Medicinale (ASKNM)
Titre exigé : membre A
 - Association mondiale de médecine traditionnelle chinoise, branche helvétique (AMMTCH)
Titre exigé : membre A
 - Fédération de médecine chinoise (FMC)
Titre exigé : membre actif
 - Organisation professionnelle suisse de médecine traditionnelle chinoise (OPS-MTC)
Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Chinesische Medizin (SBO-TCM)
Organizzazione professionale svizzera della medicina tradizionale cinese (OPS-MTC)
Titre exigé : membre A
 - Association suisse d'Ortho-Bionomy (ASOB)
Associazione svizzera d'Ortho-Bionomy (ASOB)
Schweizerischer Verband für Ortho-Bionomy (SVOB)
Titre exigé : membre A
 - Associations cantonales des infirmières réflexologues
Titres exigés : diplôme d'infirmière et certificat de réflexologue
 - Schweizerischer Verband für Fussreflexzonen – Massage (SVFM)
Titres exigés : diplômes d'infirmière et de l'association
 - Verband Reflexzonentherapie am Fuss (VRZF)
Titre exigé : membre A
 - Shiatsu Gesellschaft Schweiz (SGS)
Titre exigé : membre A
 - Association suisse des sophrologues caycédiens agréés
Titre exigé : diplôme en sophrologie médicale
 - Sophrologues issus de l'Ecole de sophrologie de Genève
Titre exigé : diplôme de sophrologie médicale thérapeutique ou éducative
 - Verband diplomierter Heileurythmisten in der Schweiz (HEBV)
Association suisse des eurythmistes thérapeutiques diplômés
Titre exigé : membre A
 - Association suisse d'eutonie Gerda Alexander (ASEGA)
Titre exigé : diplôme
 - Société Suisse de Thérapie Craniosacrale (Cranio Suisse)
Titre exigé : membre praticien en thérapie craniosacrale
 - Schweizerische Gesellschaft für Bioresonanztherapie (SGBT)
- A titre individuel, sont également reconnus les chiropraticiens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers et infirmières autorisés à pratiquer qui bénéficient, de surcroît, d'une formation spécialisée au moins équivalente à celle exigée par les associations professionnelles précitées.
- C. L'étendue du remboursement (ch. 1.2 CSC)
- Sous déduction de la franchise annuelle de fr. 200.-, Assura SA assume au maximum 90% des montants stipulés ci-après.
- | Première consultation / bilan de santé : | |
|--|-----------|
| - jusqu'à 30 minutes : | fr. 50.- |
| - par ¼ heure supplémentaire : | fr. 20.- |
| - total maximum : | fr. 130.- |
- | Consultations / séances ultérieures : | |
|---------------------------------------|-----------|
| - jusqu'à 30 minutes : | fr. 50.- |
| - par ¼ heure supplémentaire : | fr. 20.- |
| - maximum par séance : | fr. 110.- |
- | Examens de laboratoire et remèdes prescrits : | |
|---|-----------|
| Maximum annuel | fr. 800.- |

Durée du traitement et changement de thérapeute

Sans requête préalable, Assura SA garantit annuellement la prise en charge de 12 consultations ou séances au maximum.

Toute séance supplémentaire et/ou prolongation du traitement au-delà d'une année doivent être préalablement autorisées par Assura SA. Il en va de même en cas de changement de thérapeute.

Assura SA

NB : Les frais consécutifs aux soins dispensés dans un but essentiellement préventif, d'entretien ou de confort, sont exclus de cette couverture d'assurance.

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire

(avec couverture subsidiaire de l'accident)

Edition 07.2015

La catégorie « Medna » Assurance des frais de médecines complémentaires pratiquées par des médecins

Article 1

Les prestations

1.1 A la condition qu'elles tendent à des buts diagnostiques ou thérapeutiques et dans la mesure où elles ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, les prestations garanties par la présente catégorie sont allouées en cas de recours de l'assuré à des traitements de médecine complémentaire prodigués par des médecins.

1.2 Sous déduction d'une franchise de fr. 200.- par année civile, Assura SA rembourse, à concurrence de fr. 80.- la séance, les frais de traitements ambulatoires prodigués selon les thérapies énumérées à l'article 2 et le 80 % des médicaments prescrits par les médecins dans le cadre des thérapies énoncées à l'article 2, à concurrence d'un montant maximum prévu au chiffre 1.4 ci-après.

1.3 Les médicaments prescrits dans le cadre des thérapies énoncées à l'article 2, non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins et indemnisés au titre de la présente catégorie, doivent être enregistrés par Swissmedic.

1.4 Le total brut des prestations assurées au titre des médicaments s'élève à fr. 2'000.- au maximum par année civile.

Article 2

Les thérapies

2.1 Les traitements de médecine complémentaire suivants, prodigués par des médecins au bénéfice du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral, conformément à la LAMal, sont indemnisés au titre de la présente catégorie :

- médecine anthroposophique
- médecine chinoise
- homéopathie
- thérapie neurale
- phytothérapie

2.2 Les traitements de médecine complémentaire suivants, prodigués par des médecins au bénéfice du diplôme fédéral, pour autant qu'il ne s'agisse pas de traitements ou de cours effectués en groupe, sont indemnisés au titre de la présente catégorie :

- biorésonance
- médecine ayurvédique
- acupressure
- sophrologie
- training autogène
- hypnose médicale

Pour ces traitements, il est dérogé au chiffre 4.1.10 des conditions générales d'assurance complémentaires (CGA).

Article 3

Complémentarité

Dans la limite des prestations définies aux articles 1 et 2 ci-dessus, la présente catégorie prend de surcroît totalement en charge l'éventuelle franchise relative à des prestations indemnisées partiellement ou totalement par une autre catégorie d'assurance proposée par Assura SA.

Article 4

La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts, de même que les **maladies psychiques** conformément à l'art. 2.2 ci-dessus. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'art. 2.6 CGA et selon les cas de l'art. 4.1.6 CGA).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire

(avec couverture subsidiaire de l'accident)

Edition 07.2015

La catégorie « Optima Varia »

Assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou en clinique, avec limitation du choix de l'établissement et prime évolutive selon l'âge réel de l'assuré

Article 1

Le traitement hospitalier (chambre à 2 lits)

1.1 En division privée d'un établissement agréé par Assura SA et en complément des prestations prises en compte par l'assurance obligatoire des soins, l'assureur assume la prise en charge, au sens des articles 2 et 3 ci-après, du traitement et du séjour hospitalier. Lorsque l'établissement utilise le terme de « demi-privé », c'est cette notion qui s'applique.

1.2 La prise en charge du traitement et du séjour est assumée sans limite de durée.

1.3 L'assuré doit se faire traiter dans un établissement hospitalier ou une division hospitalière correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs de l'hôpital public adéquat le plus proche de son lieu de domicile.

1.4 Cette catégorie d'assurance ne s'étend pas aux obligations de prise en charge par les cantons, au sens de la LAMal, des frais hospitaliers et semi-hospitaliers hors du lieu de résidence de l'assuré.

1.5 Lorsque l'assuré choisit délibérément en lieu et place de la division privée de séjourner en division générale d'un établissement public ou subventionné par les pouvoirs publics, Assura SA lui alloue une indemnité journalière d'hospitalisation de fr. 100.-, mais au maximum un montant de fr. 1'000.-.

Article 2

Les soins médicaux

2.1 Assura SA assume la prise en charge des actes médicaux et paramédicaux nécessaires à l'assuré pendant son hospitalisation lorsqu'ils sont prodigués par un fournisseur de soins agréé.

2.2 Si l'assuré n'a pas recours à un fournisseur de soins agréé, les frais de traitement sont remboursés jusqu'à fr. 300.- par jour.

2.3 L'encadrement paramédical facturé forfaitairement est pris en charge au titre du séjour hospitalier (art. 3 ci-après).

Article 3

Le séjour hospitalier

3.1 Assura SA assume la prise en charge du séjour hospitalier (chambre à 2 lits) et de l'encadrement médical forfaitaire facturés par un établissement hospitalier agréé.

3.2 Lorsqu'un assuré ayant souscrit cette couverture est hospitalisé en chambre à un lit, il assume la différence des frais résultant de ce choix.

3.3 Pour les établissements hospitaliers non agréés, les frais hôteliers sont couverts jusqu'à concurrence de fr. 200.- par jour.

Article 4

Les frais de garde spéciale

Assura SA prend en charge les frais de garde spéciale en cas d'hospitalisation jusqu'à concurrence d'une facturation par année civile de fr. 500.-.

Article 5

Les traitements à l'étranger

Sur accord préalable d'Assura SA et de son médecin-conseil, le traitement à l'étranger est pris en charge lorsque son coût est inférieur à celui facturé selon le tarif usuel semi-privé applicable dans le canton de domicile de l'assuré.

Article 6

L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

Article 7

La liste des fournisseurs de soins agréés

7.1 Les prestations de la présente catégorie d'assurance étant garanties en nature et non en espèces, seuls les fournisseurs de soins agréés par Assura SA peuvent être appelés à dispenser des soins, prodiguer des traitements ou accueillir des patients. A cet effet, l'assureur s'engage à remettre à l'assuré une liste à jour des fournisseurs de soins agréés.

7.2 Dans le délai d'un mois à compter du moment où il a connaissance d'une modification de la liste des fournisseurs de soins agréés, l'assuré peut demander l'étendue de sa couverture d'assurance à la catégorie d'assurance complémentaire «Ultra Varia», moyennant l'adaptation correspondante de sa prime.

Article 8

L'urgence et la nécessité médicale

L'assuré qui n'est pas en mesure de choisir un fournisseur de soins agréé par suite d'urgence ou de nécessité médicale peut prétendre au remboursement des prestations à concurrence de ce qu'Assura SA aurait assumé comme prise en charge en circonstance normale.

Article 9

La prime d'assurance

9.1 En dérogation de l'article 12 des CGA, la prime d'assurance varie en fonction de l'âge réel de l'assuré.

9.2 L'adaptation de la prime s'opère le 1er janvier de l'année où l'assuré atteint l'âge anniversaire de 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 et 91 ans.

Article 10

La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **maladies psychiques**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire

(avec couverture subsidiaire de l'accident)

Edition 07.2015

La catégorie « Optima Plus Varia »

Assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou en clinique, avec limitation du choix de l'établissement et prime évolutive selon l'âge réel de l'assuré

Article 1

Le traitement hospitalier (chambre à 1 lit)

1.1 En division privée d'un établissement agréé par Assura SA et en complément des prestations prises en compte par l'assurance obligatoire des soins, l'assureur assume la prise en charge, au sens des articles 2 et 3 ci-après, du traitement et du séjour hospitalier.

1.2 La prise en charge du traitement et du séjour est assumée sans limite de durée.

1.3 L'assuré doit se faire traiter dans un établissement hospitalier ou une division hospitalière correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs de l'hôpital public adéquat le plus proche de son lieu de domicile.

1.4 Cette catégorie d'assurance ne s'étend pas aux obligations de prise en charge par les cantons, au sens de la LAMal, des frais hospitaliers et semi-hospitaliers hors du lieu de résidence de l'assuré.

1.5 Lorsque l'assuré choisit délibérément en lieu et place de la division privée de séjourner en division générale d'un établissement public ou subventionné par les pouvoirs publics, Assura SA lui alloue une indemnité journalière d'hospitalisation de fr. 100.-, mais au maximum un montant de fr. 1'000.-.

Article 2

Les soins médicaux

2.1 Assura SA assume la prise en charge des actes médicaux et paramédicaux nécessaires à l'assuré pendant son hospitalisation lorsqu'ils sont prodigués par un fournisseur de soins agréé.

2.2 Si l'assuré n'a pas recours à un fournisseur de soins agréé, les frais de traitement sont remboursés jusqu'à fr. 300.- par jour.

2.3 L'encadrement paramédical facturé forfaitairement est pris en charge au titre du séjour hospitalier (art. 3 ci-après).

Article 3

Le séjour hospitalier

3.1 Assura SA assume la prise en charge du séjour hospitalier (chambre à 1 lit) et de l'encadrement médical forfaitaire facturés par un établissement hospitalier agréé.

3.2 Pour les établissements hospitaliers non agréés, les frais hôteliers sont couverts jusqu'à concurrence de fr. 300.- par jour.

Article 4

Les frais de garde spéciale

Assura SA prend en charge les frais de garde spéciale en cas d'hospitalisation jusqu'à concurrence d'une facturation par année civile de fr. 1'000.-.

Article 5

Les traitements à l'étranger

Sur accord préalable d'Assura SA et de son médecin-conseil, le traitement à l'étranger est pris en charge lorsque son coût est inférieur à celui facturé selon le tarif usuel privé applicable dans le canton de domicile de l'assuré.

Article 6

L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

Article 7

La liste des fournisseurs de soins agréés

7.1 Les prestations de la présente catégorie d'assurance étant garanties en nature et non en espèces, seuls les fournisseurs de soins agréés par Assura SA peuvent être appelés à dispenser des soins, prodiguer des traitements ou accueillir des patients. A cet effet, l'assureur s'engage à remettre à l'assuré une liste à jour des fournisseurs de soins agréés.

7.2 Dans le délai d'un mois à compter du moment où il a connaissance d'une modification de la liste des fournisseurs de soins agréés, l'assuré peut demander l'étendue de sa couverture d'assurance à la catégorie d'assurance complémentaire «Ultra Varia», moyennant l'adaptation correspondante de sa prime.

Article 8

L'urgence et la nécessité médicale

L'assuré qui n'est pas en mesure de choisir un fournisseur de soins agréé par suite d'urgence ou de nécessité médicale peut prétendre au remboursement des prestations à

concurrence de ce qu'Assura SA aurait assumé comme prise en charge en circonstance normale.

Article 9

La prime d'assurance

9.1 En dérogation de l'article 12 des CGA, la prime d'assurance varie en fonction de l'âge réel de l'assuré.

9.2 L'adaptation de la prime s'opère le 1er janvier de l'année où l'assuré atteint l'âge anniversaire de 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 et 91 ans.

Article 10

La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **maladies psychiques**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire

(avec couverture subsidiaire de l'accident)

Edition 09.2019

La catégorie « Optima Flex Varia »

Assurance complémentaire pour l'hospitalisation avec choix de la division (privée, semi-privée ou commune) parmi une liste de fournisseurs de soins agréés

Article 1

But de l'assurance et principes

1.1 L'assurance Optima Flex Varia couvre, aux conditions ci-après, les conséquences économiques d'un traitement stationnaire hospitalier consécutif à une maladie ou un accident et survenant durant la période pour laquelle l'assurance est conclue.

1.2 L'assuré peut choisir librement, pour chaque traitement stationnaire hospitalier, dans quelle division (privée, semi-privée ou commune) d'un établissement **agréé** par Assura SA il entend se faire soigner, et paie une participation aux coûts différente selon la division choisie.

1.3 La prise en charge d'un traitement stationnaire hospitalier et des soins médicaux au sens de la présente assurance est assumée sans limite de durée.

1.4 Est considérée comme un seul traitement stationnaire hospitalier un séjour ininterrompu au sein d'un ou de plusieurs établissements agréés (séjour de réadaptation compris).

1.5 La couverture du risque « accidents » peut être incluse contractuellement moyennant surprime. Si la couverture du risque « accidents » n'est pas souscrite, les prestations de la présente assurance ne sont pas octroyées en cas de traitement stationnaire hospitalier lié à un accident ou à ses suites (notamment en cas de rechute ou d'effet tardif). L'assuré qui souhaite inclure le risque « accidents » en cours de contrat doit remplir un questionnaire médical fourni par Assura SA. Celle-ci se réserve alors le droit d'accepter ou de refuser la couverture du risque, de demander un examen médical auprès de son médecin-conseil, ou de formuler des réserves.

1.6 Pour le surplus, les conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire d'Assura SA sont applicables dans la mesure où les présentes conditions spéciales n'y dérogent pas.

Article 2

Conditions de prise en charge

2.1 L'assuré qui doit être hospitalisé informe Assura SA, par écrit, **avant l'hospitalisation**, de la division dans laquelle il souhaite séjourner. L'information doit être communiquée à Assura SA au plus tard le jour précédant le début de l'hospitalisation ou, en cas d'urgence, au plus tard le jour de l'admission.

2.2 A défaut de choix préalablement formulé **clairement et par écrit**, l'assuré ne peut prétendre qu'à la prise en charge d'une hospitalisation en chambre commune. Il en va de même lorsque l'assuré n'est pas lui-même en mesure de choisir pour des raisons médicales la division lors de son admission.

2.3 Les prestations ne sont versées qu'en cas de traitement stationnaire hospitalier médicalement nécessaire, notamment pour autant qu'il soit **efficace, approprié et économique**.

2.4 Il incombe à l'assuré de se renseigner, avant son hospitalisation, si le fournisseur de soins qu'il a choisi est agréé par l'assureur au sens de l'article 7 ci-après.

2.5 Les prestations sont versées uniquement lorsqu'une assurance sociale (notamment l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal ou l'assurance-accidents selon la LAA) intervient et en complément de celle-ci.

2.6 L'assurance ne couvre pas les participations aux coûts qui incombent à l'assuré au titre de la LAMal (quote-part, franchise et contribution aux frais de séjour).

2.7 L'assurance est subsidiaire à la participation cantonale aux frais d'hospitalisation due en vertu de la LAMal.

Article 3

Les soins durant l'hospitalisation

3.1 Assura SA assume la prise en charge des actes médicaux et paramédicaux nécessaires à l'assuré pendant son hospitalisation lorsque ces soins sont prodigués par un fournisseur de soins agréé par Assura SA.

3.2 Si l'assuré n'a pas recours à un fournisseur de soins agréé par Assura SA, les frais de traitement non couverts par une assurance sociale sont remboursés à hauteur d'un montant maximal de CHF 300.- par jour.

Article 4

Le séjour hospitalier

4.1 Assura SA assume la prise en charge du séjour hospitalier et de l'encadrement médical et paramédical forfaitaire facturés par un établissement hospitalier agréé, en fonction de la division choisie par l'assuré avant son séjour.

4.2 Pour les établissements hospitaliers non agréés, les frais hôteliers non pris en charge par une assurance sociale sont couverts jusqu'à concurrence d'un montant maximal de CHF 200.- par jour.

Article 5

Participations aux coûts et indemnités

5.1 En fonction de la division choisie pour son traitement stationnaire hospitalier, l'assuré participe aux coûts à hauteur des montants suivants :

Division choisie	Participation de l'assuré
Division commune	CHF 0.-
Division semi-privée	CHF 100.-/jour durant 15 jours au maximum par année civile
Division privée	CHF 300.-/ jour durant 15 jours au maximum par année civile

5.2 Si au cours d'une année civile, l'assuré subit plusieurs traitements stationnaires hospitaliers dans des divisions différentes, les participations dues pour la division semi-privée et privés sont cumulées jusqu'à hauteur d'un montant maximal de CHF 4'500.-.

5.3 L'assuré hospitalisé en division commune d'un établissement agréé peut bénéficier d'une indemnité de CHF 250.- par jour d'hospitalisation, durant 15 jours au maximum par année civile, **pour autant qu'il en fasse la demande écrite à Assura SA avant son hospitalisation ou au plus tard dans les trois mois qui suivent la fin de son hospitalisation.**

5.4 Dans le calcul du nombre de jours d'hospitalisation soumis à participation, le jour d'entrée et le jour de sortie sont considérés comme des jours entiers, lorsqu'ils sont facturés par l'établissement hospitalier.

5.5 En cas de recours à des prestataires de soins non agréés au sens des articles 3.2 et 4.2, aucune participation au sens de l'article 5.1 n'est prélevée et aucune indemnité au sens de l'article 5.3 n'est versée.

Article 6

Les traitements à l'étranger

6.1 En dérogation à l'article 2.4, moyennant accord préalable d'Assura SA, celle-ci peut participer aux frais d'une hospitalisation à l'étranger à hauteur d'un montant maximal de CHF 500.- par jour, durant deux jours au maximum, pour autant qu'aucune assurance sociale n'intervienne. Dans ce cas, aucune participation au sens de l'article 5.1 n'est prélevée et aucune indemnité au sens de l'article 5.3 n'est versée.

6.2 Les hospitalisations d'urgence à l'étranger ne sont pas couvertes par la présente assurance.

Article 7

La liste des fournisseurs de soins agréés

7.1 Seuls les fournisseurs de soins agréés par Assura SA peuvent être appelés à dispenser des soins, prodiguer des traitements ou accueillir des patients. A cet effet, l'assureur s'engage à remettre à l'assuré une liste à jour des **fournisseurs de soins agréés (notamment établissements hospitaliers et/ou médecins)**. La liste peut également être obtenue gratuitement et en tout temps auprès d'Assura SA.

7.2 Assura SA peut modifier la liste des fournisseurs de soins agréés en cours de contrat. Dans le délai d'un mois à compter du moment où il a été informé d'une modification de la liste des fournisseurs de soins agréés, l'assuré peut demander d'étendre sa couverture d'assurance à la catégorie d'assurance complémentaire «Ultra Varia», sans remplir de questionnaire médical, moyennant l'adaptation correspondante de sa prime.

Article 8

La prime d'assurance

8.1 Les primes d'assurance sont définies en fonction de l'âge, du canton de domicile et du sexe de l'assuré.

8.2 L'adaptation de la prime en fonction de l'âge s'opère le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge anniversaire de 6, 11, 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86, 91, 96 ans.

8.3 L'adaptation de la prime en fonction du domicile de l'assuré s'opère avec effet au moment du changement de domicile..Si l'assuré omet d'aviser Assura SA ou le fait tardivement, Assura SA peut adapter la prime avec effet rétroactif.

8.4 En cas d'augmentation de la prime en fonction de l'âge, l'article 10 des conditions générales est applicable.

8.5 En cas d'augmentation de la prime en fonction du domicile, l'assuré dispose du droit de résilier la présente couverture d'assurance au plus tard dans les trois mois qui suivent l'avis de la nouvelle prime ; la démission sera effective le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la résiliation.

Article 9

La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **maladies psychiques**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'art. 2.6 CGA et selon les cas de l'art. 4.1.6 CGA).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire

(avec couverture subsidiaire de l'accident)

Edition 07.2015

La catégorie « Ultra Varia »

Assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée ou en clinique, avec prime évolutive selon l'âge réel de l'assuré

Article 1

Le traitement hospitalier

1.1 Lors d'une hospitalisation en division privée d'un hôpital public ou dans une clinique qui figure dans la planification hospitalière d'un canton suisse, et en complément des prestations prises en compte par l'assurance obligatoire des soins, Assura SA indemnise les frais de traitement et les frais hôteliers. Cependant, cette catégorie d'assurance ne s'étend pas aux obligations de prise en charge par les cantons, au sens de la LAMal, des frais hospitaliers et semi-hospitaliers hors du lieu de résidence de l'assuré.

1.2 Lesdites prestations sont allouées sans limite de durée.

1.3 Sur autorisation de l'assuré et en conformité d'un accord administratif, les prestations peuvent être versées directement aux fournisseurs de soins qui en font la demande en temps utile.

1.4 Assura SA se réserve expressément le droit de subordonner l'octroi des prestations à l'établissement d'un devis détaillé permettant de contrôler le respect du caractère économique du traitement. Par analogie, l'article 56 de la LAMal est applicable.

1.5 L'assuré doit se faire traiter dans un établissement hospitalier ou une division hospitalière correspondant au type de soins dont il a besoin. Dans le cas contraire, les prestations sont calculées conformément aux tarifs de l'hôpital public adéquat le plus proche de son lieu de domicile.

1.6 Lorsque l'assuré choisit délibérément en lieu et place de la division privée de séjourner en division générale d'un établissement public ou subventionné par les pouvoirs publics, Assura SA lui alloue une indemnité journalière d'hospitalisation de fr. 150.-, mais au maximum un montant de fr. 1'500.-. Dite indemnité s'élève à fr. 50.-, mais au maximum à fr. 500.-, lorsque le séjour hospitalier a lieu dans un établissement figurant sur la liste des établissements agréés au sens des catégories «Optima» et «Optima Plus».

Article 2

Les frais de garde spéciale

Assura SA prend en charge les frais de garde spéciale en cas d'hospitalisation jusqu'à concurrence d'une facturation par année civile de fr. 1'000.-.

Article 3

Les traitements à l'étranger

Sur accord préalable d'Assura SA et de son médecin-conseil, le traitement à l'étranger est pris en charge lorsque son coût est inférieur à celui facturé selon le tarif usuel privé applicable dans le canton de domicile de l'assuré.

Article 4

L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

Article 5

La prime d'assurance

5.1 En dérogation de l'article 12 des CGA, la prime d'assurance varie en fonction de l'âge réel de l'assuré.

5.2 L'adaptation de la prime s'opère le 1er janvier de l'année où l'assuré atteint l'âge anniversaire de 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 et 91 ans.

Article 6

La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **maladies psychiques**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'art. 2.6 CGA et selon les cas de l'art. 4.1.6 CGA).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance de capital en cas d'hospitalisation

Edition 07.2015

La catégorie « Hospita » Assurance de capital en cas d'hospitalisation

Article 1

Le but

Assura SA prend en charge, en cas de maladie et d'accident, toutes les conséquences économiques liées à une hospitalisation de plus de 24 heures, à l'exclusion de la perte de gain, ceci dans les limites du capital souscrit.

Article 2

Le capital

2.1 Le capital assuré est, au choix, de fr. 500.-, fr. 1'000, fr. 1'500.-, fr. 2'000.-, fr. 2'500.- ou fr. 3'000.-.

2.2 Lorsque l'assuré, au bénéfice d'une couverture d'assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée auprès d'Assura SA, choisit délibérément de séjourner en division générale d'un établissement public suisse ou subventionné par les pouvoirs publics, un capital complémentaire de fr. 500.- est alloué pour un mineur et de fr. 1'000.- pour un adulte.

Article 3

Le droit aux prestations

3.1 Le capital est versé en cas d'hospitalisation pour une durée supérieure à 24 heures en division de soins aigus.

3.2 Le capital est versé à l'assuré - ou aux ayants droit - sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier dans lequel il a séjourné.

3.3 Le capital est servi une fois par année civile.

3.4 En sus des exclusions prévues au chiffre 4.1 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), le capital souscrit n'est pas versé pour les séjours hospitaliers dictés par une affection relevant des obligations de la LAA, LAI ou LAM.

3.5 On entend par "capital" au sens des chiffres 3.1 à 3.4 ci-dessus, le capital souscrit selon le chiffre 2.1, ainsi que le capital complémentaire prévu au chiffre 2.2.

Article 4

Etendue territoriale de la couverture

La présente couverture est valable dans le monde entier.

Article 5

La délimitation de la couverture

Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les cas liés à des traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts, sous réserve des articles 3.3. et 3.4. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **maladies psychiques**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**.

N'est également pas couverte **la maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire

(avec couverture subsidiaire de l'accident)

Edition 07.2015

La catégorie « Mondia »

Assurance complémentaire pour voyages et vacances

Article 1

Le but de l'assurance

1.1 Lors d'un séjour temporaire à l'étranger d'un assuré, dont la durée n'excède pas 45 jours consécutifs, les frais de traitements scientifiquement reconnus au sens du droit suisse et survenus en cas d'urgence sont pris en charge au tarif local en vigueur, et ce en sus des prestations prévues par la LAMal et en complément aux assurances conclues auprès d'Assura SA et sous réserve de l'article 5 ci-après.

1.2 L'assuré qui prévoit un séjour temporaire à l'étranger d'une durée supérieure à 45 jours consécutifs et qui désire bénéficier des prestations de la présente catégorie au-delà de cette période initiale, doit déposer une demande préalable auprès d'Assura SA. Une extension de la couverture à la durée effective du séjour temporaire à l'étranger pourra être offerte.

Article 2

La couverture de la participation mise à la charge de l'assuré au bénéfice des Accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes conclus entre la Suisse et l'UE, respectivement l'AELE

2.1 Sur présentation d'une facture détaillée établie par un fournisseur de soins exerçant dans un des pays de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), Assura SA prend à sa charge toute participation pécuniaire supportée par l'assuré (franchise, quote-part, etc.), en application de la législation du pays de villégiature.

2.2 La prestation offerte au chiffre 2.1 ci-avant ne s'adresse qu'aux seuls assurés bénéficiant des Accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes conclus entre la Suisse et l'UE, respectivement l'AELE.

Article 3

Les frais de transport à l'étranger

A l'étranger, Assura SA prend en charge les frais d'un transport médicalement nécessaire et adapté à la situation médicale, pour autant que l'état de santé de l'assuré ne permette pas l'utilisation d'un moyen de transport usuel public ou privé.

Article 4

L'assistance à l'étranger et le rapatriement

4.1 Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

4.2 L'assistance et le rapatriement sont garantis pour la durée effective du séjour à l'étranger.

Article 5

La délimitation de la couverture

5.1 Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

5.2 En complément à l'article 4 CGA, les maladies ou les accidents préexistants lors du départ de l'assuré, sont exclus de la présente catégorie.

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire

(avec couverture subsidiaire de l'accident)

Edition 06.2017

La catégorie « Mondia Plus »

Assurance complémentaire pour voyages et vacances

A. Assurance complémentaire des soins

Article 1

Le but de l'assurance complémentaire des soins

1.1 Pour l'assuré qui prévoit un séjour temporaire à l'étranger (hors de suisse), dont la durée n'excède pas 45 jours consécutifs, les prestations ci-après (art. 2-5) sont prises en charge, en cas d'urgence, sous réserve de l'article 6 ci-après.

1.2 L'assuré qui prévoit un séjour temporaire à l'étranger d'une durée supérieure à 45 jours consécutifs et qui désire bénéficier des prestations ci-après (art. 2-5) au-delà de cette période initiale, doit déposer une demande préalable auprès d'Assura SA. Une extension de la couverture à la durée effective du séjour temporaire à l'étranger pourra être offerte.

Article 2

Frais de traitement

2.1 Les frais de traitements scientifiquement reconnus au sens du droit suisse et survenus en cas d'urgence sont pris en charge au tarif local en vigueur, et en complément des prestations prévues par la LAMal et en complément aux assurances conclues auprès d'Assura SA et sous réserve de l'article 6 ci-après.

Article 3

La couverture de la participation mise à la charge de l'assuré au bénéfice des Accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes conclus entre la Suisse et l'UE, respectivement l'AELE

3.1 Sur présentation d'une facture détaillée établie par un fournisseur de soins exerçant dans un des pays de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), Assura SA prend à sa charge toute participation pécuniaire supportée par l'assuré (franchise, quote-part, etc.), en application de la législation du pays de villégiature.

3.2 La prestation offerte au chiffre 3.1 ci-avant ne s'adresse qu'aux seuls assurés bénéficiant des Accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes conclus entre la Suisse et l'UE, respectivement l'AELE.

Article 4

Les frais de transport à l'étranger

A l'étranger, Assura SA prend en charge les frais d'un transport médicalement nécessaire et adapté à la situation médicale, pour autant que l'état de santé de l'assuré ne permette pas l'utilisation d'un moyen de transport usuel public ou privé.

Article 5

L'assistance à l'étranger et le rapatriement

5.1 Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément aux conditions de l'assistance touristique qui font partie intégrante des présentes CSC et qui sont convenues entre Assura SA et l'organisme d'assistance.

5.2 L'assistance et le rapatriement sont garantis pour la durée effective du séjour à l'étranger.

Article 6

La délimitation de la couverture

6.1 Contrairement à ce qui est prévu à l'article 4 des conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire (CGA), les traitements de **réadaptation** et de **réhabilitation** sont couverts. Par contre, les autres cas prévus à l'article 4 CGA ne sont pas couverts, en particulier les **affections en cours lors de la signature de la proposition d'assurance**, les **suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance**, les **soins palliatifs**, et l'**obésité**. N'est également pas couverte la **maternité** (au sens de l'**art. 2.6 CGA** et selon les cas de l'**art. 4.1.6 CGA**).

6.2 En complément à l'article 4 CGA, les maladies ou les accidents préexistants lors du départ de l'assuré, sont exclus de la présente catégorie.

La catégorie « Mondia Plus »

Assurance complémentaire pour voyages et vacances

B. Assurance frais d'annulation

Article 7

Buts de l'assurance frais d'annulation

7.1 L'EUROPÉENNE Assurance Voyages SA (ERV ou l'assureur) offre une assurance frais d'annulation à tous les assurés disposant d'une assurance maladie complémentaire Mondia Plus par l'intermédiaire d'un contrat collectif d'assurance voyage.

7.2 L'assurance est valable dans le monde entier (y compris en Suisse), pour tout voyage dont la durée n'excède pas 45 jours consécutifs. Un voyage dont la durée est supérieure à 45 jours est couvert par la présente assurance frais d'annulation si Assura SA a accordé une extension de la couverture conformément à l'art. 1.2 du chapitre A des Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire Mondia Plus.

7.3 La couverture d'assurance déploie ses effets pendant toute la durée de validité de l'assurance complémentaire pour voyage et vacances Mondia Plus.

Article 8

Événements assurés – Protection de voyage et protection loisirs

8.1 L'ERV accorde sa couverture d'assurance lorsque la personne assurée doit renoncer en tout ou en partie à sa prestation de voyage ou loisir réservée, à la suite d'un événement mentionné ci-après, s'il est survenu après la conclusion de l'assurance:

8.1.1 maladie grave et imprévisible, lésion corporelle grave, ou décès :

- a) d'une personne assurée,
- b) d'une personne qui participe au voyage ou à la prestation loisir,
- c) d'une personne qui ne participe pas au voyage ou à la prestation loisir et qui est très proche de l'assuré,
- d) du remplaçant direct du poste de travail si, dans ce cas, la présence de la personne assurée sur le lieu de travail devient indispensable;

8.1.2 grèves (sous réserve de la participation active) sur le trajet prévu à l'étranger, troubles de tout genre, une quarantaine, des épidémies ou des dommages causés par les forces de la nature à la destination du voyage, s'ils mettent concrètement en danger la vie et les biens de la personne assurée;

8.1.3 grave atteinte aux biens de la personne assurée à son domicile causée par un incendie, les forces de la nature, un vol ou un dégât des eaux, nécessitant sa présence à son domicile;

8.1.4 le non-fonctionnement ou le retard dû à un défaut technique d'un moyen de transport public à utiliser pour se rendre au lieu de départ officiel du pays de domicile (aéroport, gare de départ, port ou lieu d'embarquement dans le car) ;

8.1.5 Le non-fonctionnement (véhicule hors d'état de marche) suite à un accident ou une panne (panne d'essence ou de clé exclues) du véhicule privé ou taxi utilisé pendant le trajet d'arrivée à la destination du voyage ;

8.1.6 Si, dans les 30 jours précédant le départ, la personne assurée entre de façon inattendue dans un rapport d'emploi permanent (les promotions, etc., en sont exclues) auprès d'un nouvel employeur ou que le contrat de travail de la personne assurée est résilié par son employeur sans que la faute ne puisse lui être imputée ;

8.1.7 Faits de guerre ou actes de terrorisme, pendant 14 jours dès le début de l'événement et pour autant que la personne assurée ait été surprise par de tels faits à l'étranger ;

8.1.8 En cas de vol de titres de transport, de passeport ou de carte d'identité ;

8.2 Si la personne qui provoque l'annulation du fait d'un événement assuré n'est ni parente, ni parente par alliance de la personne assurée, une indemnisation n'est possible que si la personne assurée aurait dû accomplir seule le voyage.

Article 9

Prestations assurées – protection de voyage

9.1 L'événement qui provoque l'annulation, le retard du début ou le retour anticipé de la prestation de voyage est déterminant pour l'évaluation du droit aux prestations. Des événements antérieurs ou ultérieurs ne sont pas pris en considération.

9.2 Annulation

9.2.1 L'ERV rembourse les frais d'annulation survenus effectivement (taxes de sécurité et taxes d'aéroport exclues) en raison de l'événement assuré.

9.2.2 La prestation totale est limitée au prix de l'arrangement ou à la somme assurée (art. 9.5). Les taxes administratives récurrentes ou disproportionnées ne sont pas assurées.

9.3 Début de voyage retardé

9.3.1 L'ERV rembourse les frais supplémentaires dus au début du voyage retardé, si le voyage ne peut pas être entrepris selon l'horaire prévu en raison de l'événement assuré.

9.3.2 Cette prestation est limitée par événement au prix du voyage ou au maximum à CHF 5000.- par personne. Au cas où des frais supplémentaires font l'objet d'une demande de prise en charge, le droit aux frais d'annulation selon l'art. 9.2 est supprimé.

9.4 Retour anticipé

L'ERV paie les frais supplémentaires dus à un retour anticipé et le remboursement proportionnel des coûts du séjour non-utilisé (sans frais de transport) en raison de l'événement assuré.

- a) les frais supplémentaires nécessités par un voyage de retour non prévu en 1^{re} classe en train et en classe économique en avion ;
- b) les frais correspondant à la partie non utilisée du séjour (sans les frais du voyage de retour réservé à l'origine). Cette prestation est limitée au prix du voyage ou à la somme assurée selon l'art. 9.5.

9.5 Limite de la prestation

Les prestations sont limitées à maximum CHF 15'000.- par événement et à maximum deux événements par année.

Article 10

Prestations assurées – protection loisirs

10.1 L'événement qui provoque l'annulation de la prestation loisir est déterminant pour l'évaluation du droit aux prestations. Des événements antérieurs ou ultérieurs ne sont pas pris en considération. Une prestation loisir est une activité limitée à une journée sans nuitée qui implique un paiement d'entrée ou de frais de participation, tel qu'une excursion d'une journée, un cours de formation continue, un ticket de concert, un forfait de ski, des frais d'inscription à un événement sportif, etc.

10.2 Annulation

L'ERV rembourse les frais d'annulation survenus en raison de l'événement assuré, mais au maximum le prix de la prestation loisir correspondante, et en aucun cas plus que la somme assurée (art. 10.3).

10.3 Limite de prestation

Les prestations dans le cadre de la protection loisir sont limitées à CHF 100.- par année.

Article 11

Délimitation de la couverture

Sont exclus toutes les prestations :

11.1 Énumérées au chapitre A, art. 6 des Conditions spéciales pour l'assurance complémentaire pour voyage et vacances Mondia Plus ;

11.2 Lorsque le prestataire (voyagiste, bailleur, organisateur, etc.) annule la prestation convenue ou aurait dû l'annuler pour des raisons objectives ;

11.3 En cas d'annulation concernant les dispositions sous ch. 8.1.1 sans indication médicale et si aucun certificat médical n'a été établi lors d'un constat le plus immédiat possible de l'incapacité de voyager ;

11.4 Les événements consécutifs à des maladies et accidents qui n'ont pas été constatés par un médecin et justifiés au moyen d'un certificat médical au moment de leur survenance ;

11.5 Les événements faisant l'objet d'une déclaration établie par une personne (expert, médecin, etc.) qui est parente ou parente par alliance de la personne assurée et qui avantagerait la personne assurée ;

11.6 Consécutives à un enlèvement ;

11.7 Consécutives à une décision prise par les autorités (détention ou interdiction de sortie du territoire, fermeture de l'espace aérien, etc.) ;

11.8 Résultant de la conduite d'un véhicule automobile ou d'un bateau sans posséder le permis de conduire exigé par la loi ou sans être accompagné conformément aux prescriptions légales.

Article 12

Subrogation et subsidiarité

12.1 L'ERV est subrogée à concurrence des prestations versées, dans tous les droits d'Assura SA, respectivement de la personne assurée, à l'égard de tiers.

12.2 Les prestations selon les présentes conditions sont allouées subsidiairement à toute assurance publique ou obligatoire existante.

Article 13

Sinistre

13.1 En cas de sinistre reportez-vous au document joint aux présentes conditions. Vous pouvez également accéder à toutes ces informations et télécharger les formulaires d'annonce de sinistre depuis le site www.assura.ch

13.2 La personne assurée doit prendre toutes les mesures nécessaires, avant et après le sinistre, afin d'éviter ou d'atténuer les conséquences du sinistre et d'élucider ses circonstances.

13.3 L'assureur doit recevoir immédiatement les renseignements demandés, les documents nécessaires et les coordonnées bancaires (IBAN du compte bancaire ou postal) – à défaut d'une indication y relative, les frais de virement de CHF 20.- sont à la charge de la personne assurée.

13.4 En cas de maladie ou d'accident, il convient de consulter immédiatement un médecin, de l'informer du voyage prévu et de suivre ses prescriptions. La personne assurée/l'ayant droit doit délier les médecins qui l'ont traité(e) de leur secret professionnel vis-à-vis de l'assureur.

13.5 En cas de violation fautive des obligations lors d'un sinistre, l'assureur est autorisé à réduire son indemnité dans la proportion du montant dont celle-ci aurait été réduite si les obligations avaient été observées.

13.6 Aucune prestation de l'assureur n'est exigible si on déclare sciemment des faits inexacts, on tait des faits ou l'assuré omet de remplir les obligations (notamment rapport de police, procès-verbal de constatation, confirmation et quittances), et qu'il en résulte un préjudice pour l'assureur.

Article 14

Relation entre Assura SA et ERV

14.1 Par dérogation à l'art. 20 des CGA, le for juridique pour toute prétention découlant de la présente assurance frais d'annulation de voyage est soit le siège de l'EUROPÉENNE Assurance de Voyages SA à Bâle soit le domicile suisse de la personne assurée.

14.2 Assura SA se réserve le droit de changer en tout temps de partenaire pour le risque des frais d'annulation. Dans la mesure du possible, les prestations énumérées ci-dessus seront alors maintenues.

14.3 En cas de changement de partenaire pour le risque des frais d'annulation, Assura SA notifiera, au moins 30 jours avant le changement effectif de prestataire, à la personne assurée par courrier toutes les informations utiles concernant les prestations et le nouveau fournisseur des prestations (son nom, ses données de contact en cas de sinistre) et les CSC. La personne assurée dispose alors du droit de résilier le contrat, mais uniquement pour la catégorie Mondia Plus. Une telle résiliation doit être faite par écrit et reçue par Assura SA au plus tard le jour précédent le changement effectif de prestataire.

Article 15

Glossaire

15.1 Frais d'annulation

Si le voyageur se retire du contrat, le voyageur perd son droit au prix de voyage convenu. Il peut cependant demander une indemnisation appropriée. Le montant de cette indemnisation dépend du prix du voyage après déduction de la valeur des dépenses économisées par le voyageur et de celle qu'il pourra obtenir par une autre utilisation des prestations de voyage.

15.2 Dommages causés par les forces de la nature

Phénomène naturel, imprévisible et soudain revêtant un caractère de catastrophe. L'événement causant le dommage est déclenché par des processus géologiques ou météorologiques.

15.3 Epidémie

Une épidémie est une maladie infectieuse qui touche un nombre très élevé de personnes avec une période et une zone géographique restreintes (p. ex. grippe).

15.4 Moyens de transport public

Les moyens de transport public sont tous les véhicules aériens, terrestres ou nautiques autorisés pour le transport public de personnes. Ne sont pas considérés comme moyens de transport public les moyens de transport utilisés pour des excursions ainsi que les voitures de location ou les taxis.

15.5 Prestations de voyage

Sont considérés comme prestations de voyage par exemple la réservation d'un vol, d'un voyage en bateau, en car ou en train, d'un transfert par car de voyage ou d'un autre moyen de transport vers le lieu de villégiature et retour, et/ou la réservation sur place d'une chambre d'hôtel, d'un appartement de vacances, d'un camping-car, d'une péniche habitable ou le charter d'un yacht.

Assura SA

Conditions spéciales pour l'assurance accidents individuelle pour adultes et enfants

Edition 04.2016

La catégorie «Previsia Extra»

Article 1

La base de la couverture

1.1 En complément des présentes conditions spéciales, les conditions générales pour l'assurance maladie complémentaire d'Assura SA (CGA) sont applicables à l'exception des art. 2.5 CGA, art. 4.1.2 à 4.1.16 CGA et de l'art. 8 CGA.

1.2 A défaut de disposition contractuelle expresse, la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) est applicable.

Article 2

Le champ des prestations

La personne désignée nominativement est assurée conformément aux prestations stipulées dans la police.

Article 3

Les événements assurés

Sont assurés dans les limites des conditions prévues ci-après :

- les accidents professionnels au sens de la LAA
- les accidents non professionnels au sens de la LAA
- les maladies professionnelles au sens de la LAA
- la noyade
- les gelures
- les lésions assimilées à des accidents au sens de la LAA.

Article 4

Les exclusions de la couverture

4.1 Les exclusions d'assurance prévues à l'art. 4.1.2 à 4.1.16 CGA ne sont pas applicables aux présentes conditions spéciales.

4.2 Sont exclus de la présente assurance les accidents survenant :

- lors d'événements de guerre en Suisse
- lors d'événements de guerre dans d'autres pays à moins que l'accident ne survienne dans les 14 jours depuis le début des hostilités
- lors de troubles intérieurs (actes de violence contre des personnes et des choses, à l'occasion d'attroupements, de bagarres ou d'émeutes) et de mesures prises pour y remédier, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas participé activement à ces troubles aux côtés des perturbateurs ou qu'il ne les a pas fomentés

- lors de tremblements de terre en Suisse
- lors de participation à des compétitions motorisées ainsi que lors de courses d'entraînement
- au service d'une armée étrangère
- lors de crimes ou de délits commis par l'assuré
- suite à des radiations ionisantes de toute nature
- à la suite d'interventions médicales ou chirurgicales sauf si elles sont rendues nécessaires par un accident assuré
- suite à l'absorption ou l'injection de médicaments, drogues ou produits chimiques non ordonnés médicalement
- lors de l'utilisation par l'assuré, en tant que conducteur, de moyens de transport alors qu'il n'est pas en possession des licences et autorisations requises par les autorités.

4.3 Les suites d'accidents survenus avant la signature de la proposition d'assurance sont exclues de l'assurance.

Article 5

Le début et la fin de la garantie d'assurance

5.1 Le droit aux prestations débute à la date fixée dans la police d'assurance. Est déterminant pour le droit aux prestations des art. 7 et 8 ci-après, le fait que l'accident à l'origine de l'invalidité, respectivement du décès, soit survenu après la signature de la proposition d'assurance.

5.2 Le preneur d'assurance peut résilier la présente couverture conformément aux modalités prévues à l'art. 9 CGA. Dans ce cas, elle prend fin à l'échéance du délai de résiliation.

5.3 Lorsque l'enfant assuré atteint la majorité, Assura SA adapte automatiquement les capitaux. L'assuré a alors la possibilité de modifier sa couverture ou de la résilier. L'article 11 CGA est applicable par analogie.

Article 6

Le droit aux prestations après l'extinction de la couverture d'assurance

En dérogation à l'art. 11 CGA, Assura SA continue à fournir ses prestations dans les cas d'accidents en cours à l'extinction de la couverture d'assurance.

Article 7

Le décès

7.1 Si l'accident a comme conséquence le décès d'un assuré, Assura SA verse le capital convenu pour le cas de décès aux bénéficiaires dans l'ordre suivant :

- le conjoint ou partenaire enregistré;
- les enfants y compris les enfants adoptifs;
- les père et mère;
- les frères et soeurs.

A défaut de survivants des catégories mentionnées ci-dessus, Assura SA paie la moitié de la somme assurée, e) aux grands-parents.

S'il n'existe aucun ayant droit survivant des catégories mentionnées, Assura SA paie uniquement les frais d'enterrement, au maximum jusqu'à concurrence de 10% de la somme assurée.

7.2 N'a pas droit au capital, celui qui a causé la mort de l'assuré par un crime ou un délit commis intentionnellement.

7.3 Le capital éventuel pour invalidité payé pour le même accident sera déduit de celui dû en cas de décès.

7.4 Assura SA est autorisée à payer un capital de fr. 2'500.- au maximum si l'assuré décède avant d'avoir atteint l'âge de 2 ans et six mois, et de fr. 20'000.- au maximum pour tous les contrats faits sur la tête de l'enfant s'il décède avant d'avoir atteint l'âge de 12 ans révolus.

Article 8

L'invalidité

8.1 Si l'événement accidentel a pour conséquence une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique de l'assuré, Assura SA paiera, en cas d'invalidité totale, un capital correspondant au montant total de la somme assurée et, en cas d'invalidité partielle, un capital réduit au montant correspondant au degré de l'invalidité. Lorsque ce même événement donne droit simultanément à des prestations selon la Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA) et les ordonnances y relatives, le taux d'invalidité médico-théorique retenu par l'assureur LAA en application de l'article 24 LAA s'applique par analogie pour la détermination de l'atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Dans les autres cas, l'invalidité médico-théorique se détermine selon le chiffre 8.2 ci-après.

8.2 Calcul et exigibilité du capital en cas d'invalidité : les principes suivants sont applicables au calcul du degré de l'invalidité :

8.2.1 sont considérés comme cas d'invalidité totale la perte ou l'impotence fonctionnelle complète des deux jambes ou des deux pieds, des deux bras ou des deux mains, de même que la perte ou l'impotence fonctionnelle complète d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied, la cécité complète, la paralysie complète, les troubles mentaux incurables excluant toute activité professionnelle;

8.2.2 en cas d'invalidité partielle, le degré d'invalidité est déterminé par les pourcentages suivants de l'invalidité totale : perte ou impotence fonctionnelle complète :

- d'un bras au coude ou au-dessus 70%
- d'un avant-bras ou d'une main 60%
- d'un pouce 22%
- d'un index 15%
- d'un autre doigt 8%
- d'une jambe au-dessus du genou 60%
- d'une jambe au genou ou au-dessous 50%
- d'un pied 40%

- d'un gros orteil 8%
- d'un autre orteil 3%
- de la vue d'un œil 30%
- de la vue du second œil pour les borgnes 50%
- de l'ouïe des deux oreilles 60%
- de l'ouïe d'une oreille 15%
- de l'ouïe d'une oreille lorsque celle de l'autre oreille avait déjà complètement disparu avant l'accident 30%

8.2.3 en cas de perte ou d'impotence fonctionnelle partielle, le degré d'invalidité correspondant est réduit à due concurrence;

8.2.4 en cas de perte ou d'impotence fonctionnelle simultanée de plusieurs parties du corps, les pourcentages correspondants sont additionnés. Cependant, aucune invalidité de plus de 100% ne sera admise;

8.2.5 dans les cas non prévus ci-dessus, le degré d'invalidité sera déterminé par le médecin, en tenant compte des pourcentages susmentionnés. En cas de désaccord sur les conclusions du médecin, Assura SA se réserve le droit de mandater un expert;

8.2.6 si des parties du corps touchées par l'accident étaient déjà mutilées ou frappées d'une impotence fonctionnelle complète ou partielle, il en sera tenu compte, lors de la fixation de l'invalidité assurée, par la déduction du degré de l'invalidité préexistante, calculée d'après les principes ci-dessus;

8.2.7 le capital invalidité est déterminé selon le barème suivant :

- variante I (invalidité progressive) pour les assurés qui au moment de l'accident n'ont pas encore atteint l'âge de 65 ans;
- variante II (invalidité proportionnelle) pour les assurés qui au moment de l'accident ont dépassé l'âge de 65 ans.

Capital			Capital			Capital			Capital		
Degré	Variante		Degré	Variante		Degré	Variante		Degré	Variante	
Inv.			Inv.			Inv.			Inv.		
	I	II		I	II		I	II		I	II
% %	%	%	% %	%	%	% %	%	%	% %	%	%
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Article 9

L'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail

9.1 En cas d'incapacité totale de travail, Assura SA verse pour chaque jour de l'année l'indemnité journalière convenue, pendant la durée de l'incapacité de travail attestée médicalement.

9.2 En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est réduite d'un montant correspondant au degré de la capacité de travail.

9.3 Aucune prestation n'est versée pour le jour de l'accident. Un délai d'attente convenu débute le jour où l'incapacité de travail a été constatée médicalement, au plus tôt cependant le jour qui suit l'accident.

9.4 La durée du droit aux prestations est au maximum de 720 jours par cas d'accident dans les 5 ans à partir du jour de l'accident. Pour le calcul du délai d'attente, les jours d'incapacité de travail totale ou partielle sont comptés comme jours entiers et ne sont pas imputés sur la durée des prestations.

9.5 En ce qui concerne la durée des prestations et le délai d'attente, les suites d'un accident sont considérées comme nouveau cas si la personne assurée n'a pas été en incapacité de travail suite à cet accident au cours des 12 mois précédant la rechute. En cas de rechute dans les 12 mois, le délai est supprimé et les prestations déjà perçues sont prises en compte pour le calcul de la durée maximale des prestations.

Article 10

Capital en cas d'hospitalisation

10.1 Lors de la survenance d'un événement assuré, Assura SA verse un capital déterminé en cas de séjour stationnaire, médicalement nécessaire, dans un hôpital en division de soins aigus.

10.2 A l'étranger, le capital susmentionné est versé en cas de séjour stationnaire, médicalement nécessaire, dans un hôpital, s'il dure au moins trois jours.

10.3 Le capital assuré est déterminé dans la police d'assurance.

10.4 Lorsque l'assuré, au bénéfice d'une couverture d'assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée auprès d'Assura SA, choisit délibérément de séjourner en division générale d'un établissement répertorié selon l'art. 39 LAMal, un capital complémentaire de fr. 500.- est alloué pour un assuré mineur et de fr. 1'000.- pour un adulte.

10.5 Le capital est versé à l'assuré - ou aux bénéficiaires - sur présentation de la facture originale de l'établissement hospitalier dans lequel il a séjourné.

10.6 Le capital est versé au maximum une fois par année civile et une seule fois par événement assuré, ceci indépendamment du nombre d'hospitalisations qui y sont liées.

Article 11

L'allocation journalière en cas d'hospitalisation

11.1 Pendant la durée médicalement nécessaire de l'hospitalisation mais au maximum pendant cinq ans à compter du jour de l'accident, Assura SA verse l'allocation journalière convenue.

11.2 Assura SA verse également cette allocation en cas de cures ordonnées médicalement et suivies avec

l'assentiment d'Assura SA, dans un établissement spécialisé.

11.3 En cas de séjours de convalescence ordonnés médicalement à la suite d'une hospitalisation, Assura SA verse le 50 % de l'allocation journalière d'hospitalisation convenue pendant 4 semaines au maximum.

11.4 Si l'assuré est soigné à domicile par un service d'assistance médicale et que de ce fait un séjour à l'hôpital peut être évité ou raccourci, Assura SA verse le 50% de l'allocation journalière en cas d'hospitalisation convenue pendant une période limitée à 180 jours.

11.5 L'allocation journalière en cas d'hospitalisation au sens de l'art.11.1 est doublée :

- pour les accidents qui surviennent à l'étranger, aussi longtemps qu'une hospitalisation sur place est médicalement nécessaire.
- en cas d'hospitalisation simultanée de l'assuré et de son conjoint à la suite du même accident.

Article 12

Les frais de guérison et frais divers

12.1 Assura SA supporte sans limite de durée et de montant les frais suivants, sous réserve de ceux qui font l'objet d'une limite de somme :

12.1.1 Frais médicaux en Suisse

Les frais pour les traitements nécessaires appliqués ou ordonnés par un médecin, un chiropraticien ou un dentiste, de même que les frais pour le traitement, le séjour et la pension en division privée (chambre à un lit) d'un hôpital ou en clinique.

12.1.2 Frais médicaux à l'étranger

Assura SA prend en charge, sur présentation d'une facture détaillée rédigées en français, allemand, italien, espagnol ou anglais, le traitement nécessaire ambulatoire et hospitalier lorsque l'accident assuré survient à l'étranger.

Sur présentation d'une facture originale détaillée établie par un fournisseur de soins exerçant dans un des pays de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), Assura SA prend également à sa charge toute participation pécuniaire supportée par l'assuré (franchise, quote-part, etc.), en application de la législation du pays de villégiature.

12.1.3 Contribution pour frais d'entretien

Assura SA rembourse la contribution de l'assuré due selon la LAA et la LAM pour les frais d'entretien en cas de séjour dans un établissement hospitalier.

12.1.4 Frais de médecine alternative

Assura SA prend en charge les thérapies suivantes (liste exhaustive) :

- Acupressure
- Acupuncture
- Aromathérapie
- Biorésonance
- Drainage lymphatique
- Etiopathie
- Fasciathérapie - pulsologie
- Homéopathie
- Iridologie
- Kinésiologie
- Médecine chinoise
- Mésothérapie
- Orthobionomy
- Ostéopathie
- Phytothérapie
- Réflexologie
- Serocytothérapie
- Shiatsu

- Sophrologie curative
- Sympathicothérapie
- Thérapie cranio-sacrale
- Thérapie neurale

Uniquement sur prescription médicale

- Eurythmie curative
- Eutonie

Cette prise en charge est subordonnée au fait que les thérapies en question soient prodiguées par des membres d'associations ou thérapeutes reconnus et mentionnés dans l'Annexe 1 aux présentes conditions spéciales d'assurance.

Ladite annexe fait partie intégrante du contrat. Elle peut faire l'objet d'une modification unilatérale de l'assureur, notamment pour s'aligner sur une modification du cercle des fournisseurs de prestations. Dans ce cas, il n'en résulte aucun droit de résiliation pour les assurés.

L'annexe peut être obtenue en tout temps sur le site Internet d'Assura SA ou, sur demande, par téléphone ou dans les succursales d'Assura SA.

12.1.5 Soins à domicile

Assura SA alloue un montant maximum de fr. 300.- par jour lorsque l'assuré reçoit des soins ordonnés par un médecin, prodigués par un service d'assistance médicale.

12.1.6 Aide de ménage

Lors d'une incapacité de travail d'au moins 50% et attestée par le médecin, les frais pour la tenue du ménage par un service d'assistance sont pris en charge jusqu'à concurrence de fr. 80.- par jour mais au maximum fr. 6'000.- par cas.

12.1.7 Garde d'enfants

Lorsqu'une personne assurée adulte est hospitalisée, les frais de garde d'enfants jusqu'à 15 ans vivant dans le même ménage sont assurés jusqu'à concurrence de fr. 80.- par jour mais au maximum fr. 6'000.- par cas.

12.1.8 Frais d'accompagnement à l'hôpital

Lorsqu'un enfant assuré mineur est hospitalisé, Assura SA prend en charge les frais de nuitée facturés par l'hôpital jusqu'à concurrence de fr. 100.- par jour mais au maximum fr. 3'000.- par cas.

Il en va de même des frais pour un enfant âgé de moins de 5 ans qui doit séjourner à l'hôpital avec son père ou sa mère accidenté.

12.1.9 Surveillance à domicile des enfants

Lorsque l'enfant assuré est soigné à domicile, sont également couvertes, pendant 6 mois, les dépenses supplémentaires pour les services d'un surveillant fourni par un organisme jusqu'à concurrence de fr. 80.- par jour. De plus, si l'enfant est scolarisé, celui-ci doit être dans l'incapacité de se rendre à l'école.

12.1.10 Cures et séjours de convalescence

Les frais pour le traitement ordonné médicalement sont pris en charge sans limite en Suisse et à l'étranger. Les frais supplémentaires pour le séjour et la pension sont indemnisés jusqu'à concurrence de fr. 200.- par jour mais au maximum fr. 6'000.- par cas.

12.1.11 Moyens auxiliaires

Dans l'hypothèse où l'accident a nécessité un traitement médical par un médecin ou un séjour à l'hôpital, Assura SA prend en charge les frais de première acquisition de prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens auxiliaires orthopédiques, ainsi que les frais de réparation ou de remplacement de ceux-ci lorsqu'ils sont endommagés ou détruits lors d'un accident assuré. Les frais de location de mobilier de malade sont également couverts.

12.1.12 Traitement dentaire

Assura SA assume les frais de traitement appliqué ou ordonné par un dentiste.

Pour les enfants, Assura SA supporte les frais pour le traitement provisoire ainsi que pour la remise en état définitive. Ces frais sont pris en charge à condition que le traitement soit effectué avant que l'assuré ait 22 ans révolus.

12.1.13 Intervention de chirurgie esthétique

Assura SA couvre jusqu'à concurrence de fr. 60'000.- par cas les dépenses pour des interventions de chirurgie esthétique à condition qu'elles s'avèrent médicalement nécessaires à la suite de l'accident.

12.1.14 Frais de recherche et de sauvetage

Les frais nécessaires sont couverts jusqu'à concurrence de fr. 60'000.-.

12.1.15 Les frais de transport

Assura SA assume les frais d'un transport médicalement nécessaire et adapté à la situation médicale, pour autant que l'état de santé de l'assuré ne permette pas l'utilisation d'un moyen de transport usuel public ou privé. Les transports effectués par des membres de la famille ne sont pas indemnisés.

12.1.16 Transport de la dépouille mortelle

Assura SA assume les frais de transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu du domicile suisse de l'assuré. Les frais de formalités officielles et administratives pour l'éventuel rapatriement du corps sont également couverts.

12.1.17 Dommages matériels

Dans l'hypothèse où l'accident a nécessité un traitement médical par un médecin ou un séjour à l'hôpital, Assura SA assume les dépenses pour le nettoyage, la réparation ou le remplacement (valeur à neuf) d'habits ou d'autres effets personnels de l'assuré endommagés lors d'un accident assuré jusqu'à concurrence de fr. 6'000.- par sinistre. Sont également couverts les frais de nettoyage de véhicule ou d'autres objets appartenant à des personnes privées, qui se sont occupées du sauvetage et du transport du blessé.

12.1.18 Assistance scolaire

Lorsque l'assuré mineur n'est pas en mesure de suivre le programme scolaire pendant un mois ou plus, Assura SA prend en charge les frais de leçons de rattrapage scolaire données par une personne qualifiée. La contribution d'Assura SA s'élève à fr. 50.- par jour, au maximum à fr. 3'000.- par année civile.

12.1.19 Prestations spécifiques lorsque l'accident survient à l'étranger

Lorsque l'assuré est hospitalisé à l'étranger et que pour des raisons médicales il ne peut être transféré en Suisse, Assura SA paie les frais supplémentaires pour

- la prolongation du séjour d'un membre de la famille, respectivement d'une personne qui accompagne l'assuré au lieu d'hospitalisation
- le transport et le séjour d'un membre de la famille proche de l'assuré (conjoint, père/mère, frère/sœur, fils/fille ou concubin/e) jusqu'au lieu d'hospitalisation lorsque l'hospitalisation dure plus de 7 jours.

12.1.20 L'assistance à l'étranger et le rapatriement

Les frais d'assistance et de rapatriement d'un assuré sont couverts conformément à la convention d'assistance touristique passée entre Assura SA et l'organisme d'assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes CSC.

12.2 Les prestations décrites à l'art. 12 relèvent d'une assurance dommage et ne seront prises en charge par Assura SA que sur présentation de factures et dans les limites des frais effectifs supportés par le preneur d'assurance, respectivement l'assuré.

12.3 Lorsqu'une assurance sociale prend en charge les coûts (LAMal, LAA, LAI, LAM notamment), Assura SA n'intervient qu'en complément.

12.4 Les franchises et les participations portées en compte selon la LAMal ne sont pas indemnisées par Assura SA. Les réductions de prestations selon la LAA ne sont pas compensées.

12.5 S'il existe d'autres assurances accidents selon la LCA, Assura SA réduit proportionnellement ses prestations.

Article 13

Le concours de circonstances étrangères à l'accident

Si l'accident assuré n'est que partiellement la cause du décès ou de l'invalidité, les prestations sont réduites proportionnellement, si nécessaire sur la base d'une expertise médicale.

Article 14

L'étendue territoriale

En dérogation à l'art. 5 CGA, la présente catégorie d'assurance déploie ses effets dans le monde entier, pour autant que le séjour hors de Suisse ne dépasse pas 12 mois.

Article 15

La gestion du sinistre

15.1 En cas d'accident, Assura SA doit en être informée immédiatement par écrit.

15.2 En cas de mort consécutive à l'accident, qu'elle survienne immédiatement ou par la suite, Assura SA doit en être prévenue dans un délai de 30 jours par téléphone ou par courriel. Assura SA peut demander, à ses frais, une autopsie avec l'assistance d'un médecin de son choix.

15.3 Aussitôt après l'accident, un médecin diplômé doit être appelé et toutes les mesures utiles au rétablissement de l'assuré doivent être prises. L'aggravation des conséquences d'un accident, du fait que l'assuré néglige de suivre un traitement régulier, n'est pas supportée par l'assurance.

15.4 L'assuré ou l'ayant droit doit transmettre à Assura SA des copies des décomptes, factures et de tout autre document, établis par ou pour les assureurs LAMal, LAA, LAI et LAM.

Article 16

Les expertises

Si les parties ne peuvent se mettre d'accord sur le montant du dommage, celui-ci est fixé obligatoirement pour les deux parties par expertise.

Article 17

L'inobservation des obligations contractuelles

En complément à l'art. 15.6 CGA, il est précisé que si l'ayant droit ne se conforme pas aux obligations qui lui incombent, Assura SA sera libérée de ses engagements, à moins que l'ayant droit ne prouve qu'il a enfreint ses obligations sans sa faute ou que cette inobservation n'a exercé aucune influence sur le dommage ou sur les droits et obligations d'Assura SA.

Article 18

La faute grave

Assura SA renonce au droit que lui confère la loi de réduire ses prestations.

Article 19

La libération du paiement des primes

Si, pendant la durée de l'assurance, le preneur d'assurance décède, Assura SA assume le paiement des primes futures relatives à la catégorie Previsia Extra de l'enfant assuré, jusqu'à la cessation de la couverture au terme de la police, mais au plus tard jusqu'à la fin de la période d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 18 ans révolus.

Assura SA

ANNEXE 1

aux Conditions spéciales pour la catégorie « Previsia Extra »

Les associations et thérapeutes reconnus (art.12.1.4 CSC)

- ASCA, Fondation suisse pour les médecines complémentaires
Titre exigé : pratique d'une thérapie figurant sous lettre A ci-dessus
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTn)
Titre exigé : diplôme membre A
- Schweizer Verband der anerkannten Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker (SVANAH)
Titre exigé : membre A
- Internationaler Therapeutenverband APM nach Penzel und energetische Medizin e.V.
Titre exigé : membre A
- Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (acupuncture)
Titre exigé : diplôme ou doctorat
- Association internationale de drainage lymphatique manuel selon la méthode originale du docteur Emile Vodder (AIDMOV)
Titre exigé : certificat thérapeutique
- Fédération suisse des ostéopathes (FSO)
Titre exigé : membre ordinaire
- Association Suisse d'Homéopathie (ASH)
Titre exigé : membre actif
- KineSuisse, association professionnelle de kinésiologie
Titre exigé : membre A
- Association Suisse pour la Kinésiologie non médicale (ASKNM)
Titre exigé : membre A
- Organisation professionnelle suisse de médecine traditionnelle chinoise (OPS-MTC)
Titre exigé : membre A
- Association suisse d'Ortho-Bionomy (ASOB)
Titre exigé : membre A
- Associations cantonales des infirmières réflexologues
Titres exigés : diplôme d'infirmière et certificat de réflexologue
- Association suisse de réflexologie plantaire (ASRP)
Titres exigés : diplômes d'infirmière et de l'association
- Association suisse de Shiatsu (ASS)
Titre exigé : membre A
- Association Romande de Sophrologie-bio-Dynamique
Titre exigé : diplôme de sophrologie médicale thérapeutique ou éducative
- HEBV Association professionnelle pour l'eurythmie thérapeutique
Titre exigé : membre A
- Association suisse d'eutonie Gerda Alexander (ASEGA)
Titre exigé : diplôme
- Cranio Suisse (Société Suisse de Thérapie Craniosacrale)
Titre exigé : membre praticien en thérapie craniosacrale
- OSTEO-SWISS
Titre exigé : membre actif
- Association Suisse des Fasciathérapeutes (ASFascia)
Titre exigé : membre actif

- Sophrologie Suisse
Titre exigé : diplôme en sophrologie médicale
- Schweizerische Gesellschaft für Energie-, Bioresonanz- und Informationsmedizin (SEBIM)
Titre exigé : membre ordinaire
- Akademie für Naturheilkunde Basel
Titre exigé : diplômé

A titre individuel, sont également reconnus les chiropraticiens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers et infirmières autorisés à pratiquer qui bénéficient, de surcroît, d'une formation spécialisée au moins équivalente à celle exigée par les associations professionnelles précitées.

Conditions spéciales pour l'assurance maladie complémentaire

Edition 2005

La catégorie « DENTA PLUS »

Assurance complémentaire des frais dentaires

Article 1 Le champ des prestations

- 1.1 Mesures diagnostiques et thérapeutiques
A la condition qu'elles soient prodiguées par un médecin-dentiste autorisé à pratiquer en Suisse ou en zone frontalière, et à l'exclusion des prestations de technique dentaire faisant l'objet du chiffre 1.2 ci-après, Assura S.A. indemnise les mesures diagnostiques et thérapeutiques dispensées ambulatoirement selon le tarif conventionnel « SSO-AA/AM/AI ».
- 1.2 Prestations de technique dentaire
En sus de l'indemnisation des honoraires du médecin-dentiste, les prestations de technique dentaire (confection de couronnes, ponts et prothèses) sont prises en considération jusqu'à concurrence de fr. 1'000.- par année civile.
- 1.3 Narcose générale
Jusqu'à l'âge de 6 ans révolus, les frais d'une narcose générale médicalement nécessaire au traitement dentaire (obturations de caries, extractions et amputations vitales de la pulpe) sont pris en charge à concurrence du tarif SSO ou, à défaut, du tarif médical applicable à l'assurance obligatoire des soins (LAMal).
- 1.4 Orthodontie
Les soins d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) dont les buts sont d'améliorer la fonction masticatrice sont pris en charge, par année pleine et échue d'affiliation, à raison de fr. 500.-. Pour ces frais, l'assureur prend à sa charge 80% des prestations assurées.
- 1.5 En cas d'absence de prestations, le montant défini au point 1.4 est cumulable, année après année, jusqu'à concurrence toutefois d'une somme maximale brute de fr. 10'000.-.
- 1.6 Les prestations d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) sont allouées jusqu'à l'âge de 20 ans révolus.
- 1.7 Franchises et participations
Pour les frais énumérés aux chiffres 1.1 à 1.3 ci-dessus dont le montant dépasse la franchise de fr. 250.- lorsque l'assuré est un enfant, respectivement fr. 500.- lorsqu'il s'agit d'un adulte, l'assureur prend à sa charge 80% des prestations assurées jusqu'à concurrence du montant maximum prévu au chiffre 1.8 ci-après.
- 1.8 Le total brut des prestations assurées s'élève à fr. 15'000.- au maximum par année civile.

Article 2 Le droit aux prestations

- 2.1 Pour faire valoir son droit aux prestations, l'assuré doit remettre à Assura S.A. la note d'honoraires originale établie par un médecin-dentiste diplômé exerçant en Suisse ou en zone frontalière.
- 2.2 Ce document doit être accompagné d'un relevé des prestations libellé par le praticien conformément aux directives de la SSO.

- 2.3 En aucun cas l'assuré ne peut prétendre à une indemnité d'Assura S.A. pour des traitements ayant débuté avant l'entrée en vigueur contractuelle de sa police ou relatifs à un état déficient préexistant non signalé par le médecin-dentiste ayant complété le questionnaire dentaire de la proposition.
- 2.4 Lorsque le coût du traitement envisagé dépasse fr. 1'500.-, l'allocation des prestations est subordonnée à un accord préalable donné par Assura S.A. au vu d'un devis détaillé établi par le dentiste traitant.
- 2.5 Lorsque l'assuré bénéficie de la catégorie COMPLEMENTA PLUS ou COMPLEMENTA MAXI, les prestations de la présente catégorie sont versées prioritairement.

Article 3 Le bonus

- 3.1 Lorsque Assura S.A. n'a pas eu à verser de prestations pour les traitements mentionnés à l'article 1 pendant cinq ans, les franchises prévues au chiffre 1.7 ci-dessus ne sont pas perçues pour le premier traitement qui suit cette période.
- 3.2 La prise en charge d'une mesure de prévention au titre de l'article 4 ci-après n'influence pas l'octroi du bonus.

Article 4 La prévention

- 4.1 A titre de mesure prophylactique, Assura S.A. prend en charge, dès la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur de la présente catégorie, un examen de contrôle et un détartrage jusqu'à concurrence de fr. 80.- par année civile.
- 4.2 La prestation du chiffre 4.1 ci-dessus est exempte de franchise et de quote-part.

Article 5 La durée des prestations

Les prestations prévues dans la présente catégorie d'assurance sont octroyées sans limite de durée.

Article 6 L'admission

- 6.1 La présente catégorie d'assurance ne peut entrer en vigueur avant la remise à Assura S.A. d'un questionnaire dentaire complété par un médecin-dentiste précisant l'état de la denture du candidat.
- 6.2 Dans les 10 jours qui suivent la communication d'une réserve, le candidat a la faculté de renoncer à sa proposition par simple lettre adressée à Assura S.A.
- 6.3 En cas d'entrée en vigueur de cette assurance complémentaire, Assura S.A. alloue, à titre de dédommagement, jusqu'à concurrence de fr. 100.- au maximum en couverture des honoraires du médecin-dentiste qui a complété le questionnaire dentaire.

Article 7 La délimitation de la couverture

En complément de l'article 4 CGA, sont aussi exclus de l'assurance:

- 7.1 toute mesure visant à remédier à un état déficient de la denture qui était préexistant au moment de l'entrée en vigueur contractuelle de ladite couverture; en cas de doute, l'avis du dentiste-conseil d'Assura S.A. est déterminant;
- 7.2 les soins et travaux dentaires dont l'indication est essentiellement esthétique;
- 7.3 l'élimination et le remplacement d'obturations à l'amalgame motivés par une allergie supposée ou réelle.

Assura SA

Conditions de l'assistance touristique

Auparavant intitulées « Convention d'assistance touristique »

Edition mise à jour 06.2017

GAGNEZ DU TEMPS

Lors de votre premier appel à l'organisme d'assistance (tél. +41 21 721 44 88), soyez prêts à fournir les informations suivantes :

1. Nom, prénom et adresse en précisant "assuré ASSURA SA" ;
2. Numéro d'assuré ASSURA SA ;
3. Où se trouve l'assuré et à quel numéro de téléphone il peut être atteint ?
4. Quelle est la nature du problème justifiant l'appel ?

Préambule

Les présentes dispositions décrivent et délimitent les prestations d'assistance et de rapatriement offertes par Assura SA par l'intermédiaire d'un organisme d'assistance indépendant et s'appliquent en complément des conditions générales et spéciales d'assurance.

CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 Champ d'application et définitions

1. Les assurés au bénéfice des couvertures NATURA R3, PRIVECO, PRIVECO VARIA, PRIVECO PLUS, PRIVECO PLUS VARIA, OPTIMA, OPTIMA VARIA, OPTIMA PLUS, OPTIMA PLUS VARIA, ULTRA, ULTRA VARIA, AVENTURA, MONDIA, MONDIA PLUS, PREVISIA PLUS, PREVISIA MAXI et PREVISIA EXTRA ont droit à l'ensemble des garanties décrites dans les présentes conditions.
Les assurés au bénéfice des couvertures COMPLEMENTA ET COMPLEMENTA PLUS ont uniquement droit aux garanties 1 à 3.
2. Au sens des présentes dispositions, on entend par :
Proches parents : les ascendants et descendants au premier degré, le conjoint, les frères et sœurs du bénéficiaire, ainsi que toute personne qui fait ménage commun avec lui.
Raison médicale grave : une blessure ou lésion suite à un accident ou maladie impliquant un séjour prévisible à l'hôpital, sur place, de plus de 24 heures ou l'administration de soins spécialisés.
Pays de résidence : le pays dans lequel le bénéficiaire a son domicile fiscal et dans lequel il réside plus de 90 jours par an.

Article 2 Territorialité des garanties

1. Les assurés NATURA R3, PRIVECO, PRIVECO VARIA, PRIVECO PLUS, PRIVECO PLUS VARIA, OPTIMA, OPTIMA VARIA, OPTIMA PLUS, OPTIMA PLUS VARIA, ULTRA, ULTRA VARIA, AVENTURA, MONDIA, MONDIA PLUS, PREVISIA PLUS, PREVISIA EXTRA et PREVISIA MAXI bénéficient des garanties 1 à 11 à l'étranger, dans le monde entier, et de la garantie 2 en Suisse et au Liechtenstein au-delà d'un rayon de 20 km du domicile.
2. Les assurés COMPLEMENTA et COMPLEMENTA PLUS bénéficient des garanties 1 à 3 à l'étranger, dans le monde entier, et de la garantie 2 en Suisse et

au Liechtenstein au-delà d'un rayon de 20 km du domicile.

3. Pour les frontaliers résidant hors de Suisse, le pays de domicile est assimilé à la Suisse et au Liechtenstein.

Article 3 Prescription

Toute action dérivant de la présente assurance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

Article 4 Subrogation et subsidiarité

Assura SA est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre tout responsable des dommages ayant entraîné l'intervention de l'organisme d'assistance et jusqu'à concurrence des sommes déboursées par Assura SA.

En cas de doubles couvertures avec un assureur social, l'organisme d'assistance ne prend les frais en charge qu'à titre complémentaire.

Article 5 Responsabilité de l'organisme d'assistance

L'organisme d'assistance ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des services convenus en cas de grève, explosion, émeute, mouvement populaire, restriction à la libre circulation, sabotage, terrorisme, guerre civile ou étrangère, dégagement de chaleur, irradiation ou effet de souffle provenant de la fission ou de la fusion de l'atome, radioactivité, ou tout autre cas fortuit ou de force majeure.

CHAPITRE II DESCRIPTION DES GARANTIES

A) GARANTIES DE PERSONNES

Garantie 1 Organisation des soins et prise en charge des frais médicaux

A la suite d'une maladie ou d'un accident, l'organisme d'assistance :

1. organise, à la demande du bénéficiaire, les consultations médicales nécessaires (médecin, hôpital, analyses, interventions chirurgicales...),
2. avance pour le compte d'Assura SA des frais d'hospitalisation ou des frais de traitements ambulatoires dépassant la contre-valeur de fr. 1'000.-. La garantie se limite à ce qui sera vraisemblablement pris en charge par les assurances obligatoires et complémentaires du bénéficiaire dans la situation concrète.
Toute avance devra être remboursée par le bénéficiaire à Assura SA dans les trente jours à compter du retour dans le pays de résidence, dans la mesure où le montant n'est pas pris en charge directement par Assura SA ou d'autres assureurs conformément aux couvertures d'assurance conclues.
Avant de procéder à l'avance, l'organisme d'assistance et Assura SA se réservent le droit

d'exiger du bénéficiaire une reconnaissance de dette, à hauteur de l'avance.

Sont exclus de la présente garantie :

- les frais médicaux et chirurgicaux prescrits par un médecin en Suisse respectivement au pays de résidence ;
- les frais ordonnés après expiration de la garantie ainsi que ceux engagés après le retour en Suisse ou au pays de résidence ;
- les frais de prothèse, d'optique et de cure thermale.

Garantie 2 Transport sanitaire

En cas de raison médicale grave, l'organisme d'assistance :

1. facilite l'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de la maladie ou de l'accident ;
2. transfère le bénéficiaire, si nécessaire, par tout moyen approprié (ambulance, avion de ligne, avion sanitaire privé) vers un centre hospitalier proche du lieu de l'accident ou de la maladie plus adapté au traitement à lui faire suivre selon la nature des blessures, de la lésion ou de la maladie ;
3. organise le rapatriement du bénéficiaire à son domicile après traitement dès que sa condition le permet par tout moyen de transport public adéquat dans la mesure où le titre de transport initialement prévu par le bénéficiaire pour son retour au pays de résidence est inutilisable ;
4. le cas échéant, rapatrie le bénéficiaire vers un centre hospitalier proche de son domicile au pays de résidence si sa condition le permet. Ce rapatriement sanitaire sera effectué par tout moyen adéquat, y compris l'avion sanitaire privé. Si l'état du bénéficiaire le nécessite, le transport sanitaire sera effectué sous surveillance médicale.

Garantie 3 Rapatriement après décès

En cas de décès du bénéficiaire, l'organisme d'assistance se charge de toutes les formalités à accomplir sur place et du paiement immédiat des frais de traitement post mortem, de cercueil et de transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation au pays de résidence, à l'exclusion des frais d'obsèques et d'inhumation.

Garantie 4 Rapatriement des autres personnes assurées

En cas de rapatriement d'un bénéficiaire pour raison médicale grave ou décès, sont garantis les frais supplémentaires engagés pour le rapatriement simultané des autres bénéficiaires voyageant avec le bénéficiaire par train première classe ou avion de ligne en classe business jusqu'à leur domicile au pays de résidence, et ce dans la mesure où ils ne peuvent revenir par les moyens de transport initialement prévus pour leur retour normal.

Garantie 5 Visite d'un proche parent

Si le bénéficiaire est hospitalisé à l'étranger pour une durée supérieure à sept jours, l'organisme d'assistance met à disposition d'un proche parent, pour rendre visite au bénéficiaire, un titre de transport aller-retour par les moyens les plus appropriés.

Garantie 6 Rapatriement des enfants du bénéficiaire

Si, à la suite de l'hospitalisation ou du rapatriement sanitaire du bénéficiaire, la garde de ses enfants de moins de 15 ans ne peut plus être assurée, l'organisme d'assistance met à la disposition d'une personne désignée

par le bénéficiaire un billet aller-retour pour qu'elle puisse s'en occuper ou les rapatrier.

Garantie 7 Recherche et sauvetage

1. En cas de disparition, l'organisme d'assistance paie, à concurrence de fr. 10'000.-, les frais de recherche et de sauvetage du bénéficiaire.
2. En cas d'accident de ski, l'organisme d'assistance paie les frais de sauvetage sur piste à concurrence de fr. 300.-.

Garantie 8 Fourniture de médicaments

Si l'état du bénéficiaire nécessite des médicaments essentiels qui ne sont pas disponibles sur place, l'organisme d'assistance prendra toutes les mesures nécessaires pour les obtenir et les faire parvenir au bénéficiaire ou à l'hôpital où il se trouve.

B) ASSISTANCE ADMINISTRATIVE

Garantie 9 Perte ou vol de documents d'identité

En cas de perte ou de vol de documents d'identité, l'organisme d'assistance s'efforcera, dans la mesure du possible, d'aider le bénéficiaire à prendre les mesures administratives nécessaires et fera parvenir tout document nécessaire requis pour le retour du bénéficiaire dans son pays de résidence.

Garantie 10 Perte ou vol de titres de transport

En cas de perte ou de vol du titre de transport du bénéficiaire pour son retour, l'organisme d'assistance avancera le montant requis pour acheter un autre titre contre reconnaissance de dette signée par le bénéficiaire ou dépôt effectué pour son compte au bureau de l'organisme d'assistance à Genève.

Dans tous les cas, le bénéficiaire doit rembourser l'organisme d'assistance dès son retour au pays de résidence.

Garantie 11 Réception et transmission de messages

L'organisme d'assistance recevra et transmettra les messages urgents consécutifs à un sinistre donnant lieu à l'intervention de l'organisme d'assistance.

CHAPITRE III EXCLUSIONS

A) EXCLUSIONS GENERALES

Les garanties prévues dans la présente convention ne s'appliquent qu'aux voyages de moins de 45 jours consécutifs.

Sont exclus les sinistres :

1. occasionnés par une guerre étrangère ou civile, les émeutes ou les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage ;
2. provoqués volontairement par le bénéficiaire ou résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense ;
3. résultant de la participation du bénéficiaire, comme concurrent, à des paris ou courses de toute nature, ou imputables à la pratique de sports à titre professionnel et à titre amateur lorsqu'il s'agit d'entraînement ou essais en vue de se préparer à participer à des compétitions officielles ou exhibitions, celles-ci étant également exclues ;
4. dus aux effets directs ou indirects des réactions de l'atome ;
5. résultant de déplacements aériens effectués par le bénéficiaire lorsqu'il n'est pas usager payant d'un

avion exploité commercialement par une compagnie habilitée à le faire.

Les frais de rapatriement, transports sanitaires, voyages de visite ou de retour dont l'organisation n'a pas été effectuée par l'organisme d'assistance ou qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation préalable, ne sont pas assurés.

B) EXCLUSIONS MEDICALES OU COMPORTEMENTALES

Ne peuvent donner lieu à intervention tous sinistres consécutifs :

1. à une affection médicale ou chirurgicale antérieure à la date de départ en voyage quelle qu'en soit la gravité et dans la mesure où elle est encore en évolution, la convalescence étant considérée comme partie intégrante de cette évolution ;
2. à l'accouchement et aux complications d'un état de grossesse après le sixième mois ;
3. aux maladies mentales, au suicide ou aux conséquences d'une tentative de suicide ;
4. aux effets de drogues ou de l'alcool ou de médicaments non prescrits par un médecin.

CHAPITRE IV OBLIGATIONS DU BENEFICIAIRE

A) GARANTIES DE PERSONNES

Transports sanitaires selon garantie 2

1. Pour permettre à l'organisme d'assistance d'intervenir dans les plus brefs délais, le bénéficiaire ou toute personne agissant en son nom doit indiquer :
 - le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'hôpital où se trouve le patient ;
 - le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin traitant sur place ;
 - le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin de famille au pays de résidence, si nécessaire.
2. Les médecins et délégués de l'organisme d'assistance devront, sous peine de déchéance du droit à l'assistance du bénéficiaire et sauf opposition justifiée, avoir libre accès auprès du bénéficiaire afin de constater son état.
3. Dans tous les cas, les décisions concernant l'opportunité et le choix des dates, des moyens de transport, ainsi que de l'établissement d'accueil se feront par le médecin-conseil de l'organisme d'assistance en accord avec le médecin traitant si nécessaire et le médecin de famille.
4. Lorsqu'un transport est pris en charge, le bénéficiaire est tenu de restituer à l'organisme d'assistance le billet de retour inutilisé ou sa contre-valeur.
5. Dans tous les cas de demande d'intervention, le bénéficiaire doit avertir l'organisme d'assistance au plus tard dans les trois jours suivant la date de survenance de l'événement, sous peine de se voir réclamer les frais supplémentaires engagés par l'organisme d'assistance lorsqu'ils n'auraient pas été encourus si la demande avait été déclarée dans ce délai, et ceci sauf s'il résulte des circonstances que la faute n'est pas imputable au bénéficiaire ou à l'ayant droit (article 45 LCA).

B) DISPOSITIONS COMMUNES

Obligation de réduire le dommage

Le bénéficiaire doit user de tous les moyens en son pouvoir pour diminuer le dommage ou en prévenir la survenance. A défaut, les prestations ne seront accordées qu'à hauteur de celles qui auraient été dues si l'obligation avait été remplie.

Obligation de passer par l'organisme d'assistance

1. Les prestations ne sont octroyées que dans la mesure où le bénéficiaire a pris contact avec l'organisme d'assistance au préalable et est passé par son intermédiaire. Le numéro d'urgence, atteignable 24h/24, figure sur la carte d'assurance-maladie du bénéficiaire.
2. **Aucun frais notamment de rapatriement, de transport sanitaire ou de soins médicaux sur place ne sera remboursé si le bénéficiaire a organisé ceux-ci de sa propre initiative ou par l'intermédiaire d'un autre organisme d'assistance.**

Identité de l'organisme d'assistance

1. SOS Assistance SA (également appelée International SOS) est l'organisme d'assistance à contacter en cas de sinistre, au numéro indiqué dans les présentes conditions ainsi que sur la carte d'assurance. Son siège se situe au Grand-Saconnex (Suisse – GE).
2. Assura SA se réserve le droit de changer en tout temps d'organisme d'assistance. Cela ne donne pas de droit de résiliation au preneur d'assurance, pour autant que les prestations énumérées ci-dessus soient garanties. Assura SA en informera le preneur par écrit.

Contestations et for

1. Assura SA est le porteur de risque à contacter en cas de désaccord ou de litige résultant de l'octroi ou du refus d'une prestation prévue par les présentes conditions.
2. Toute contestation découlant des présentes conditions doit être adressée à Assura SA, qui admet pour tout litige le for du domicile suisse du bénéficiaire ou de l'ayant droit ou de son siège.

Assura SA

GAGNEZ DU TEMPS

Lors de votre premier appel à l'organisme d'assistance (tél. +41 21 721 44 88), soyez prêts à fournir les informations suivantes :

1. Nom, prénom et adresse en précisant "assuré ASSURA SA" ;
2. Numéro d'assuré ASSURA SA ;
3. Où se trouve l'assuré et à quel numéro de téléphone il peut être atteint ?
4. Quelle est la nature du problème justifiant l'appel ?