



Conditions d'assurance

sodalís gesundheitsgruppe

Information à la clientèle selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

Conditions générales d'assurance selon la LCA – édition 0122

Sommaire

Information à la clientèle selon LCA

Conditions générales d'assurance

1. Étendue et but de l'assurance

- 1.1 | Bases contractuelles
- 1.2 | Objet de l'assurance
- 1.3 | Renonciation à la réduction des prestations
- 1.4 | Refus de l'assureur
- 1.5 | Recours aux prestations de tiers
- 1.6 | Rapport avec l'assurance-maladie selon la LAMal et autres assurances
- 1.7 | Pas de prise en charge de la franchise annuelle, quote-parts, participations et taxes
- 1.8 | Validité territoriale
- 1.9 | Validité temporelle

2. Terminologie

- 2.1 | Assureur
- 2.2 | Assurés et preneurs d'assurance
- 2.3 | Assureurs primaires
- 2.4 | Maladie
- 2.5 | Maternité
- 2.6 | Accident
- 2.7 | Maladie professionnelle
- 2.8 | Cas d'assurance/rechute
- 2.9 | Fournisseurs de prestations reconnus
 - 2.9.1 | Médecins, dentistes et chiropraticiens
 - 2.9.2 | Personnel infirmier
 - 2.9.3 | Hôpital
 - 2.9.4 | Établissements de cure
- 2.10 | Prestations de soins/service hôtelier
- 2.11 | Incapacité de travail
- 2.12 | Incapacité de gain/invalidité
- 2.13 | Ayants droit en cas de décès
- 2.14 | Neutralité de genre

3. Sinistre

- 3.1 | Obligation d'annoncer
- 3.2 | Garantie de prise en charge des coûts
- 3.3 | Décès
- 3.4 | Obligation de renseigner
- 3.5 | Remplacement par des proches
- 3.6 | Décompte de sinistre

4. Dispositions générales

- 4.1 | Début de l'assurance
- 4.2 | Début de l'assurance pour les enfants
- 4.3 | Durée du contrat et résiliation ordinaire
 - 4.3.1 | Résiliation ordinaire par les parties

- 4.3.2 | Réactivation ultérieure du contrat après résiliation par le preneur d'assurance
- 4.3.3 | Durée du contrat en cas d'assurance couvrant l'incapacité de travail (indemnités journalières)
- 4.4 | Résiliation après sinistre
- 4.5 | Extinction de la couverture d'assurance et prestations d'assurance
 - 4.5.1 | Extinction de la couverture d'assurance
 - 4.5.2 | Extinction du droit aux prestations d'assurance
- 4.6 | Durée et étendue des prestations
- 4.7 | Restrictions de prestations
- 4.8 | Prime
 - 4.8.1 | Échéance de la prime
 - 4.8.2 | Paiement échelonné
 - 4.8.3 | Remboursement des primes au prorata
 - 4.8.4 | Procédure de sommation/suspension de l'obligation d'allouer des prestations
 - 4.8.5 | Frais de maladie et d'accident en cas de prime impayée
 - 4.8.6 | Modification des primes, de la franchise ou de la quote-part
 - 4.8.7 | Tarif des primes
- 4.9 | Résiliation après modification du contrat
- 4.10 | Obligation d'annoncer lors de la conclusion du contrat
- 4.11 | Augmentation et réduction du danger
 - 4.11.1 | Obligation d'annoncer l'augmentation du risque
 - 4.11.2 | Prime après aggravation du risque
 - 4.11.3 | Prime après réduction du risque
- 4.12 | Communications/services d'annonce
- 4.13 | For juridique

5. Divers

- 5.1 | Prestations à l'étranger
- 5.2 | Prestations en cas de police de remplacement
- 5.3 | Échéance et versement des prestations d'assurance
- 5.4 | Cession et mise en gage
- 5.5 | Assurance multiple
- 5.6 | Révision des conditions générales d'assurance

Information à la clientèle selon LCA

Généralités

Cette information à la clientèle donne un aperçu clair et concis des principaux contenus de nos assurances complémentaires selon la loi sur le contrat d'assurance (art. 3 LCA). Les détails résultent principalement des Conditions générales d'assurance et des Conditions complémentaires liées aux produits.

Assureur

L'assureur est sodalis gesundheitsgruppe (ci-après sodalis), dont le siège statutaire est situé à Balfrinstrasse 15, Viège. sodalis est une association de droit suisse. Le rayon d'activité de sodalis englobe les cantons du Valais et de Berne.

Risques assurés

Assurances complémentaires

Assurance d'hospitalisation **Ospita**

Assurance complémentaire **Ospita Plus**

sodalis Assurance d'hospitalisation

Sana Plus frais de traitement élargis

Assurance d'indemnités journalières **Moneta** Édition 1016 Incapacité de travail pour cause de maladie et/ou d'accident

Assurance d'indemnités journalières **Moneta** Édition 0811 Incapacité de travail pour cause de maladie et/ou d'accident

Assurance complémentaire **Denta**

Risques

Maladie, maternité et accident (si coassuré)

Maladie, maternité et accident (si coassuré)

Maladie, maternité et accident (si coassuré)

Maladie, maternité et accident (si coassuré)

Couverture d'assurance complète

Assurances complémentaires

Assurance d'hospitalisation **Ospita**

Assurance complémentaire **Ospita Plus**

Assurance d'hospitalisation **sodalis**

Sana Plus frais de traitement étendus

Assurance d'indemnités journalières **Moneta** Édition 1016 Indemnités journalières en cas de maladie, d'accident ou de maternité

Assurance d'indemnités journalières **Moneta** Édition 0811 Indemnités journalières en cas de maladie, d'accident ou de maternité

Assurance complémentaire **Denta**

Risques

Couverture des frais d'hospitalisation; division générale, semi-privée et privée

Couverture des frais d'hospitalisation; division générale, semi-privée et privée

Couverture des frais d'hospitalisation; division générale, semi-privée et privée

Couverture des frais de traitement étendus

Indemnités journalières en cas de maladie, d'accident ou de maternité

Indemnités journalières en cas de maladie, d'accident ou de maternité

Couverture des contrôles et traitements dentaires; niveaux 1, 2, 3, 4.

La couverture d'assurance par sodalis est toujours une assurance dommages. L'étendue de la couverture d'assurance résulte en détail de la proposition d'assurance, de la police d'assurance, des conditions générales d'assurance (CGA) et des conditions complémentaires liées au produit.

Validité

En principe, l'assurance est valable en Suisse et, en cas d'urgence médicale, également à l'étranger. Il n'y a pas d'urgence si le voyage a lieu à l'étranger aux fins du traitement. Les exceptions sont explicitement mentionnées dans les CGA.

Prime

Le montant des primes dépend des risques assurés et de la couverture souhaitée. Il figure dans le tarif des primes ou la police d'assurance. Les primes varient par principe en fonction de l'âge de la personne assurée. La prime concrète est communiquée au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat. Selon le mode de paiement, un escompte peut être déduit.

Obligations

Les assurés sont tenus de faire leur possible pour réduire au minimum les conséquences d'un événement assuré (obligation légale de réduire le dommage). En particulier, en cas de maladie ou d'accident, ils doivent se soumettre à un traitement médical approprié, suivre les instructions médicales et fournir les renseignements demandés. Lors de clarifications en rapport avec le contrat d'assurance, p. ex. concernant l'obligation d'annoncer ou lors de la vérification des prestations, la personne assurée doit collaborer et fournir ou remettre tous les renseignements et documents pertinents. En particulier, la survenance d'un événement assuré (p. ex. déclaration d'accident, admission planifiée à l'hôpital, ordonnance médicale de cure) doit être annoncée dans les délais impartis (voir ci-dessous).

Durées et fin du contrat d'assurance

Le contrat est conclu pour une durée convenue et se prolonge tacitement d'une année civile, pour autant que sodalis ne reçoive pas de résiliation au plus tard trois mois avant la fin de l'année.

Le contrat d'assurance peut notamment être résilié par le preneur d'assurance dans les cas suivants: résiliation ordinaire pour la fin d'une année d'assurance (au plus tard après 3 ans), résiliation après communication d'une modification des primes, résiliation après un sinistre et résiliation en cas de violation de l'obligation d'information au sens de l'art. 3 LCA. sodalis peut notamment résilier le contrat d'assurance dans les cas suivants: violation de l'obligation d'annoncer, retard de paiement des primes et augmentation significative du risque.

Protection des données

Le traitement des données personnelles constitue une base indispensable à l'exécution du contrat. Il est régi par les dispositions de la loi sur la protection des données (LPD). La LPD régit en particulier le traitement des données personnelles sensibles et des profils de la personnalité. L'obligation légale de garder le secret s'applique à tous les collaborateurs de sodalis. sodalis dispose du certificat OCPD prescrit par la loi concernant la certification des systèmes de gestion de la protection des données ainsi que du label de protection des données GoodPrivacy. Vous trouverez de plus amples informations concernant le traitement et la gestion des données personnelles de notre clientèle sur notre site Internet www.sodalis.ch. sodalis collecte, utilise et enregistre (physiquement et électroniquement) les catégories de données suivantes:

- données liées à la demande (demande d'assurance avec indications sur l'état de santé)
- données de base (nom, adresse, coordonnées de paiement)
- données de paiement (primes impayées, rappels, avoirs)
- données relatives aux prestations (demandes et justificatifs de prestations, rapports d'enquête et paiements de prestations)

Les données personnelles sont traitées de manière strictement confidentielle et utilisées exclusivement pour l'exécution du contrat d'assurance.

Dans le cadre du traitement des données, les données clients peuvent être transmises aux tiers suivants:

- tiers prestataires de services (p. ex. sociétés informatiques pour le traitement des données, fournisseurs de conseils médicaux ou de prestations en cas d'urgence à l'étranger);
- autres assureurs sociaux et privés, avocats et experts externes, dans la mesure où cela est nécessaire au bon déroulement de l'activité d'assurance;
- tiers responsables et leur assurance responsabilité civile.

Ces tiers sont contractuellement tenus de respecter les dispositions légales dans la même mesure.

Droit de révocation

Le preneur d'assurance peut révoquer sa demande de conclusion du contrat ou sa déclaration d'acceptation par écrit ou sous une autre forme textuelle.

Le délai de révocation est de 14 jours et commence à courir dès que le preneur d'assurance a demandé ou accepté le contrat. Le délai est réputé respecté si le preneur d'assurance communique sa révocation à l'assureur ou remet sa déclaration de révocation par courrier postal le dernier jour du délai de révocation.

Le droit de révocation est notamment exclu pour les assurances collectives de personnes.

Délai pour la déclaration de sinistre

Un sinistre doit en principe être annoncé à l'assureur dans un délai de quatre semaines.

Pour l'assurance d'indemnités journalières, l'incapacité de travail assuré doit être annoncé à l'assureur dans les cinq jours suivant l'expiration du délai d'attente convenu.

Saisie des sinistres

La couverture d'assurance ne couvre que les sinistres survenus pendant la durée du contrat mais aussi déclarés à l'assureur pendant cette même durée.

Conditions générales d'assurance

1. Étendue et finalité de l'assurance

1.1 | Bases contractuelles

Le contrat d'assurance repose sur la proposition initiale, la police avec les avenants éventuels, les conditions générales (ci-après CGA) ainsi que les conditions complémentaires des catégories d'assurance concernées (ci-après assurances complémentaires). Sont également considérées comme bases contractuelles toutes les autres déclarations écrites ou sous une autre forme textuelle du preneur d'assurance à l'assureur et aux médecins examinateurs.

Sauf convention contraire, la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA) s'applique.

1.2 | Objet de l'assurance

Dans le cadre des assurances complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal qu'il propose, l'assureur accorde une couverture d'assurance contre les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident pendant la durée contractuelle convenue. Toutes les prestations des assurances complémentaires des soins sont fournies en complément et à titre subsidiaire aux prestations de l'assurance obligatoire des soins ou d'autres assurances sociales. Les assurances complémentaires souscrites sont mentionnées dans le contrat.

1.3 | Renonciation à la réduction des prestations

L'assureur renonce à réduire les prestations pour négligence grave. En revanche, les éventuelles réductions de prestations d'un assureur primaire en raison d'accidents ou de maladies provoqués de manière fautive ainsi que de risques extraordinaires et d'entreprises téméraires ne sont pas compensées par l'assureur.

1.4 | Refus de l'assureur

L'assureur peut refuser sans justification ou émettre des réserves quant à une demande d'assurance complémentaire, une réduction ou la suppression de la franchise annuelle ou de la participation aux coûts ainsi que l'inclusion ultérieure du risque accident.

1.5 | Recours aux prestations de tiers

Toutes les prestations convenues avec l'assureur sont accordées par celui-ci à la suite des prestations d'assureurs sociaux étrangers ou suisses ainsi que d'un tiers responsable, dans le cadre des CGA en vigueur au mo-

ment de l'événement assuré, des conditions complémentaires et des cotisations fixées. Peu importe que ces prestations de tiers soient fournies en vertu de la loi, du contrat ou par faute.

Si les coûts assurés sont couverts par l'assurance auprès de plusieurs assureurs privés, ils ne sont remboursés qu'une seule fois et uniquement dans la mesure où, compte tenu des prestations de tiers, l'assuré ne réalise aucun bénéfice. Dans le cadre des assurances complémentaires conclues auprès de l'assureur, les coûts ne sont remboursés qu'au prorata, en fonction du rapport entre sa somme d'assurance et le montant total des sommes d'assurance. Si des tiers responsables sont tenus d'allouer des prestations pour les conséquences d'un événement assuré, l'assureur est subordonné aux droits de l'assuré pour les postes de sinistres de même nature qu'il couvre, dans la mesure et à la date de sa prestation. L'assuré s'engage à ne rien entreprendre qui s'opposerait à l'exercice d'un éventuel droit de recours à l'égard de tiers.

Si l'assuré ou le preneur d'assurance conclut avec des tiers tenus de verser des prestations, sans le consentement de l'assureur, un accord par lequel il renonce partiellement ou totalement à des prestations d'assurance ou à des dommages-intérêts, le droit aux prestations envers l'assureur s'éteint dans la mesure correspondante.

Les CGA d'un assureur en vigueur au moment de l'événement assuré ainsi que les dispositions légales et contractuelles d'autres tiers tenus de verser des prestations constituent les bases de l'implication des prestations de tiers.

1.6 | Rapport avec l'assurance-maladie selon la LAMal et ses assurances

En l'absence d'une assurance de base selon la LAMal, la part des coûts qui aurait dû être prise en charge par l'assurance des soins selon la LAMal n'est pas prise en charge. La même règle s'applique aux coûts qui auraient dû être pris en charge par le canton.

1.7 | Pas de prise en charge de la franchise annuelle, franchises, participations et frais

La franchise annuelle, les quotes-parts, les participations ou les frais convenus entre la personne assurée et d'autres assureurs primaires ne sont pas non plus indemnisés par l'assureur.

1.8 | Validité territoriale

Sauf convention contraire, l'assurance est valable dans le monde entier. Elle n'est conclue qu'avec des personnes domiciliées dans le rayon d'activité de l'assu-

reur (cantons du Valais et de Berne). Elle s'éteint au plus tard à la fin de la deuxième année d'assurance au cours de laquelle l'assuré transfère son domicile civil en dehors du territoire d'activité de l'assureur.

Si l'assuré transfère son domicile à l'étranger (y compris la Principauté du Liechtenstein, mais à l'exclusion des enclaves de Büsingen et Campione), l'assurance s'éteint au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle le domicile est transféré. Le domicile à l'étranger désigne un transfert du domicile civil.

Le preneur d'assurance ou l'assuré est tenu d'informer l'assureur du changement de domicile dans un délai de quatre semaines.

1.9 | Validité temporelle

Sauf convention contraire, le contrat ne couvre les cas que si le sinistre survient pendant la durée du contrat et a en outre été déclaré pendant la durée du contrat.

2. Terminologie

2.1 | Assureur

Par «assureur», on entend sodalis gesundheitsgruppe, dont le siège social est à Viège, qui gère les assurances-maladie complémentaires proposées selon la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA).

Pour les assurances-maladie complémentaires selon la LCA, l'assureur peut conclure des conventions d'intermédiation avec d'autres assureurs-maladie locaux du Haut-Valais. Ces intermédiaires ont également le droit, vis-à-vis du preneur d'assurance ou de l'assuré, d'agir en tant qu'organe de communication juridiquement valable pour le présent contrat d'assurance.

2.2 | Assurés et preneurs d'assurance

Par «assurés», on entend les personnes qui sont assurées par le biais du contrat d'assurance.

Par «preneurs d'assurance», on entend les personnes qui ont conclu le contrat d'assurance avec l'assureur.

2.3 | Assureurs primaires

On entend par «assureurs primaires» tous les assureurs sociaux obligatoires et facultatifs, suisses et étrangers, ainsi que les tiers responsables, tenus d'avancer les prestations envers l'assureur en vertu de dispositions légales, contractuelles ou par faute.

2.4 | Maladie

Est réputée 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 entraîne une incapacité de travail.

2.5 | Maternité

La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la période de convalescence consécutive de la mère. Sauf convention contraire, la maternité est assimilée à une maladie, pour autant que la mère soit assurée contre la maladie auprès de l'assureur depuis au moins 270 jours au moment de l'accouchement.

2.6 | Accident

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

Sont également considérés comme accidents:

- gelures
- coups de chaleur
- insulations (à l'exclusion des coups de soleil)
- atteintes à la santé dues aux rayons ultraviolets.

Les lésions corporelles suivantes sont assimilées à des accidents, même en l'absence de toute cause extérieure inhabituelle:

- les fractures osseuses, pour autant qu'elles ne sont pas clairement dues à une maladie;
- les déboîtements d'articulations, déchirures du ménisque, déchirures de muscles, élongations de muscles, déchirures de tendons, lésions de ligaments, lésions du tympan.

Cette énumération est exhaustive.

2.7 | Maladie professionnelle

Sont considérées comme maladies professionnelles les maladies qui, dans le cadre de l'activité professionnelle assurée, sont causées exclusivement ou principalement par des substances dommageables ou certains travaux, selon l'annexe 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) du 20 décembre 1982, et qui sont survenues pendant la durée de la couverture d'assurance.

Elles sont réputées survenues dès le moment où l'assuré a besoin d'un traitement médical ou est en incapacité de travail pour la première fois.

Pour les personnes exerçant une activité lucrative jusqu'à la date ordinaire ou anticipée de la retraite, les maladies professionnelles sont assimilées à des accidents.

2.8 | Cas d'assurance/rechute

Sauf convention contraire, les maladies et les accidents en lien d'un point de vue médical avec des maladies ou des accidents indemnisés antérieurement ne sont traités comme de nouveaux cas d'assurance que si l'assuré n'a été ni en incapacité de travail ni en traitement médical pour ces événements depuis au moins douze mois.

2.9 | Fournisseurs de prestations reconnus

Sont considérés comme fournisseurs de prestations en principe reconnus les personnes et institutions admis au sens de la législation sur l'assurance-maladie selon la LAMal et avec lesquelles l'assureur a conclu des accords contractuels pour mettre en œuvre l'assurance-maladie. D'autres fournisseurs de prestations reconnus peuvent être cités dans le contrat, dans les conditions complémentaires ou dans les dispositions complémentaires. Sauf accord contraire, les fournisseurs de prestations suivants sont également considérés comme reconnus:

2.9.1 | Médecins, dentistes et chiropraticiens

Médecins, dentistes ou chiropraticiens autorisés à exercer la profession, titulaires d'un diplôme fédéral ou d'un certificat de compétence étranger équivalent.

2.9.2 | Personnel infirmier

Personnel infirmier diplômé et personnel infirmier mis à disposition par les associations de malades et les organisations de soins à domicile.

2.9.3 | Hôpital

Est considéré comme hôpital tout établissement qui n'héberge que des personnes accidentées ou malades soumises à la surveillance d'un médecin diplômé. Les établissements de cure ne sont pas considérés comme des hôpitaux.

2.9.4 | Établissements de cure

Sont considérés comme établissements de cure les institutions sous supervision ou surveillance médicale pour des balnéothérapies, des cures climatiques ou de réadaptation ou des séjours de convalescence.

2.10 | Prestations de soins/service hôtelier

Par prestations de soins, on entend les soins prescrits par un médecin, un dentiste, un chiropraticien, le personnel infirmier ainsi que les mesures de guérison prescrites dans le cadre d'un séjour en hôpital ou en établissement de cure. Le contrat précise si et dans quelle mesure seul le remboursement des coûts du

service hôtelier est pris en charge par l'assureur.

2.11 | Incapacité de travail

Il y a incapacité de travail lorsque l'assuré est dans l'incapacité totale ou partielle d'exercer sa profession actuelle à la suite d'un événement assuré.

2.12 | Incapacité de gain/invalidité

Il y a incapacité de gain lorsque, à la suite d'un événement assuré, l'assuré est dans l'incapacité totale ou partielle d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative adaptée à sa situation, à ses connaissances et à ses aptitudes.

Il y a également incapacité de gain lorsqu'elle est décidée par l'assurance-invalidité fédérale (1^{er} pilier).

2.13 | Ayants droit en cas de décès

Sauf s'il en est stipulé autrement dans la demande initiale ou dans une communication écrite ultérieure à l'assureur, les ayants droit sont le conjoint, à défaut les enfants ou enfants adoptifs, à défaut les parents, à défaut les frères et sœurs et, à défaut, les autres héritiers.

2.14 | Neutralité de genre

Les termes «assuré», «ayant droit», «preneur d'assurance» et «demandeur» utilisés dans le contrat doivent être compris sans distinction de genre.

3. Sinistre

3.1 | Obligation d'annoncer

Dans chaque cas d'assurance susceptible de donner droit à des prestations d'assurance, un médecin doit être consulté et des soins appropriés doivent être prodigués. Les instructions des médecins doivent être suivies.

Sauf convention contraire, un sinistre doit en principe être annoncé à l'assureur dans un délai de quatre semaines.

L'assureur communique au preneur d'assurance ou à l'assuré les documents que celui-ci doit fournir, le cas échéant à ses propres frais, pour déterminer s'il y a droit à l'assurance.

L'assureur doit être immédiatement informé d'une éventuelle reprise du travail ou de la fin des mesures thérapeutiques.

3.2 | Garantie de prise en charge des coûts

Dans les conditions complémentaires, le contrat pré-

cise dans quelle mesure l'assuré doit informer l'assureur avant de recourir aux prestations de fournisseurs de prestations.

Sur demande, l'assureur accorde à l'assuré, lors de son admission à l'hôpital, une garantie de prise en charge des coûts à hauteur des prestations assurées.

Pour les autres prestations non convenues dans le contrat, le preneur d'assurance ou l'assuré est directement responsable vis-à-vis du fournisseur de prestations. Si, dans le cadre de la garantie de prise en charge, l'assureur a remboursé à des prestataires des frais non couverts par le contrat, le preneur d'assurance ou l'assuré s'engage à les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi du décompte.

3.3 | Décès

Sauf convention contraire, les décès doivent être annoncés à l'assureur dans les 24 heures, même si l'événement de base assuré a déjà été annoncé. L'assureur peut exiger l'autopsie du corps.

Le droit à l'assurance s'éteint si l'autopsie est refusée ou rendue impossible en raison d'une déclaration tardive fautive du décès.

3.4 | Obligation de renseigner

L'assureur est en droit d'exiger tous les renseignements et documents relatifs à l'événement assuré et à d'éventuels accidents ou maladies antérieurs, en particulier des certificats médicaux, et d'ordonner des examens par des médecins qu'il aura désignés.

Le preneur d'assurance et l'assuré sont tenus de fournir à l'assureur tous les renseignements sur le sinistre de manière conforme à la vérité, et de délier du secret médical tous les médecins que l'assuré a consultés. L'assureur traite ces documents de manière strictement confidentielle.

3.5 | Remplacement par des proches

Si le preneur d'assurance ou l'assuré n'est pas en mesure de remplir ses obligations en cas de sinistre, celles-ci incombent aux proches et aux éventuels autres ayants droit.

3.6 | Décompte de sinistre

L'assureur n'est en principe pas débiteur des honoraires vis-à-vis des fournisseurs de prestations. Les détails sont régis à l'art. 5.3.

L'assuré est tenu de remettre à l'assureur un décompte des prestations qui lui ont été versées par l'assureur primaire.

L'assureur peut compenser des prétentions aux prestations échues par des créances envers le preneur d'as-

surance ou l'assuré. Le preneur d'assurance et l'assuré n'ont aucun droit de compensation à l'encontre de l'assureur.

4. Généralités

4.1 | Début de l'assurance

Si l'assureur ne délivre pas de couverture provisoire, le contrat d'assurance est réputé conclu au moment de l'envoi de la déclaration d'acceptation ou de la police d'assurance.

La couverture d'assurance débute au plus tôt à la date indiquée dans la police d'assurance ou dans la déclaration écrite.

Cette disposition s'applique également à toutes les modifications du contrat.

4.2 | Début de l'assurance pour les enfants

Pour les prestations fixées par l'assureur, les nouveaux-nés peuvent être assurés sans réserve dès le jour de leur naissance, pour autant que l'assureur ait reçu la demande avant la naissance

4.3 | Durée du contrat et résiliation ordinaire

4.3.1 | Résiliation ordinaire par les parties

Tant le preneur d'assurance que l'assureur ont la possibilité de mettre fin au contrat après trois ans de contrat au plus tard. La résiliation se fait par écrit ou sous une autre forme textuelle moyennant un préavis de trois mois pour la fin d'une année d'assurance. Si le contrat n'est pas résilié, il est reconduit pour une année d'assurance supplémentaire. L'année d'assurance dure du 1^{er} janvier au 31 décembre (année civile). Pour les contrats conclus en cours d'année civile, la prime est prélevée au prorata temporis.

Si et dans la mesure où l'assurance est une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, le droit de résiliation ordinaire n'appartient qu'au preneur d'assurance. Dans l'assurance collective d'indemnités journalières, le droit revient aux deux parties.

L'assureur dispose en outre de droits de résiliation légaux (notamment en cas de fraude à l'assurance et de réticence).

4.3.2 | Réactivation ultérieure du contrat après la résiliation par le preneur d'assurance

Si le contrat a été résilié par le preneur d'assurance et qu'il décide finalement pendant le délai de résiliation de réactiver le contrat tel quel ou modifié auprès de l'assureur, les conditions de la reprise sont laissées à l'appréciation de l'assureur. Une telle réactivation du contrat équivaut juridiquement à la conclusion d'un nouveau contrat.

4.3.3 | Durée du contrat en cas d'assurance contre l'incapacité de travail (indemnités journalières)

Dans le cas d'un contrat pour des prestations en cas d'incapacité de travail (indemnités journalières), la couverture d'assurance prend fin sans autre formalité à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré a atteint l'âge ordinaire de la retraite ou prend une retraite anticipée. Le preneur d'assurance ou l'assuré doit informer immédiatement l'assureur de la cessation de l'activité lucrative mentionnée. Si le risque d'accident est coassuré, l'assuré doit informer immédiatement l'assureur si le domaine d'activité déclaré au début du contrat change en ce qui concerne le risque d'accident ou si le revenu de l'activité lucrative déclaré au début du contrat a subi une modification importante ou si l'activité lucrative a pris fin pour d'autres raisons que le départ à la retraite.

En cas d'omission fautive de cette déclaration, l'assureur est en droit de réduire en conséquence d'éventuels droits aux prestations avec effet rétroactif. Demeurent réservées les dispositions relatives à l'augmentation notable du risque selon les art. 28 ss LCA, selon lesquelles l'assureur peut ne plus être lié par le contrat.

4.4 | Résiliation après un sinistre

Après la survenance d'un sinistre donnant lieu à indemnisation, l'assureur et le preneur d'assurance sont en droit de résilier le contrat au plus tard lors du versement de l'indemnisation. En cas de résiliation du contrat, la responsabilité de l'assureur s'éteint 14 jours après la notification de la résiliation à l'autre partie.

Si et dans la mesure où l'assurance est une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, le droit de résiliation en cas de sinistre ne revient qu'au preneur d'assurance. Dans l'assurance collective d'indemnités journalières, le droit revient aux deux parties.

4.5 | Extinction de la couverture d'assurance et des prestations d'assurance

4.5.1 | Extinction de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance s'éteint à l'expiration du contrat, à la résiliation ou au décès de la personne assurée. Demeurent réservées les dispositions impératives de la LCA.

4.5.2 | Extinction de prétentions d'assurance existantes

Les prétentions d'assurance existantes découlant de cas d'assurance en cours ne s'éteignent pas à la fin du contrat. Demeurent réservées les dispositions impératives de la LCA.

4.6 | Durée et étendue des prestations

La durée et l'étendue des prestations sont définies dans les conditions complémentaires.

4.7 | Restrictions de prestations

Sauf accord contraire, les exclusions de prestations suivantes s'appliquent:

- les maladies, accidents et leurs conséquences qui existaient déjà au moment de la conclusion du contrat. La charge de la preuve incombe au demandeur ou à l'assuré;
- les interventions pour la correction ou l'élimination de défauts physiques ou d'altérations, dans la mesure où elles ne sont pas devenues nécessaires en raison d'un événement assuré, les cures de rajeunissement, les traitements par implantation de tissus et de cellules;
- le suicide et l'automutilation ou les tentatives d'intervention de l'assuré sur sa propre personne, même en état d'incapacité de discernement;
- les conséquences de faits de guerre en Suisse et à l'étranger, à moins que la maladie ou l'accident ne survienne dans un délai de 14 jours à compter de la première survenance de tels faits dans le pays où l'assuré séjourne et qu'il n'ait été surpris par le déclenchement de faits de guerre dans ce pays;
- les conséquences de troubles ou émeutes de toute nature, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas été actif du côté des auteurs de troubles ou en tant qu'instigateur;
- les conséquences de séismes en Suisse;
- les conséquences de la participation à des courses avec des véhicules et des bateaux à moteur de toute nature, y compris les courses d'entraînement sur des circuits de course;
- les conséquences subies pendant la durée du service militaire à l'étranger;
- les conséquences d'épidémies et de pandémies en Suisse;
- les conséquences de la commission intentionnelle de crimes ou de délits ou de tentative de commission de tels crimes ou délits par l'assuré;
- les conséquences de rayonnements ionisants de toute nature et les dommages dus à l'énergie nucléaire;

- les conséquences de l'ingestion ou de l'injection intentionnelle de médicaments, drogues ou produits chimiques, dans la mesure où cela n'est pas médicalement nécessaire;
- les coûts d'un traitement inefficace, inapproprié ou non économique. Est considéré comme tel tout traitement qui est entièrement exclu de toute obligation d'allouer des prestations en vertu de la loi fédérale sur l'assurance obligatoire des soins;
- les accidents dus à des dangers extraordinaires ou à des entreprises téméraires, les dispositions et directives de la loi fédérale sur l'assurance-accidents obligatoire (LAA) étant déterminantes à cet égard;
- les traitements dentaires et maxillaires dans le cadre d'Ospita, dans la mesure où aucune prestation de l'assurance obligatoire des soins n'est fournie;
- en cas d'accidents/maladies consécutifs à des entreprises téméraires particulières (les entreprises téméraires sont des actes par lesquels l'assuré s'expose à un danger particulièrement important). Par ailleurs, la jurisprudence relative à la notion d'entreprise téméraire s'applique.

4.8 | Prime

4.8.1 | Échéance de la prime

Les primes sont payables d'avance pour chaque année d'assurance, à la date fixée dans la police, au siège de l'assureur.

4.8.2 | Paiement échelonné

S'il a été convenu d'un paiement échelonné, les tranches échues au cours de l'année d'assurance sont réputées différées, sous réserve de l'alinéa suivant. En cas de non-paiement d'une mensualité dans les délais, la prime est due pour toute l'année d'assurance.

4.8.3 | Remboursement des primes au prorata

Si le contrat est résilié pour quelque raison que ce soit avant la fin de l'année d'assurance, l'assureur rembourse les primes payées correspondant à l'année d'assurance non écoulée et ne réclame plus les mensualités échues ultérieurement.

L'assureur conserve le droit à la prime pour l'année d'assurance en cours si, après un sinistre, le preneur d'assurance résilie le contrat pendant l'année qui suit la conclusion du contrat.

4.8.4 | Procédure de sommation/ suspension de l'obligation d'allouer des prestations

Si le preneur d'assurance ne satisfait pas à son obligation de paiement dans les 30 jours (délai supplémen-

taire), il est invité à ses frais, par écrit ou sous une autre forme textuelle, dans un délai de 14 jours à compter de l'envoi de la sommation, à s'acquitter des primes pour toute l'année d'assurance, indépendamment d'éventuels paiements échelonnés convenus.

Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur d'allouer des prestations s'éteint à compter de l'expiration du délai de sommation. Si la prime en souffrance n'est pas remboursée dans un délai de deux mois après l'expiration du délai susmentionné, le preneur d'assurance est en droit de considérer que l'assureur résilie le contrat en renonçant au paiement de la prime arriérée. Si la prime est perçue a posteriori par l'assureur, sa responsabilité reprend effet au moment où la prime arriérée, intérêts et frais compris, est payée.

4.8.5 | Frais de maladie et d'accident en cas de prime impayée

Pour les maladies, la grossesse et les accidents survenant pendant la suspension de l'obligation d'allouer des prestations, il n'est pas possible de faire valoir un droit, même en cas de paiement ultérieur et d'acceptation de la prime.

4.8.6 | Modification des primes, de la franchise ou des quotes-parts

En cas de modification des primes, de la franchise ou des modalités relatives aux quotes-parts en cours de durée d'assurance avec l'approbation de l'autorité de surveillance, l'assureur peut exiger l'adaptation du contrat à partir de l'année d'assurance suivante. L'assureur communique cette modification au preneur d'assurance par écrit ou sous une autre forme textuelle au moins deux mois avant le début de l'année d'assurance suivante.

Les raisons de l'augmentation des primes peuvent être p. ex. une évolution défavorable des coûts et des sinistres, une adaptation à l'âge de la personne assurée, la modification du cercle des fournisseurs de prestations, la modification des formes de thérapie, de nouveaux développements médicaux coûteux ou la modification du catalogue légal des prestations de l'assurance de base selon la LAMal.

Si l'assuré change de domicile, l'assureur peut redéfinir la prime pour la durée contractuelle restante.

4.8.7 | Tarif des primes

Les primes varient en fonction de l'âge des personnes assurées. Pendant la durée du contrat, les assurés peuvent entrer dans une classe tarifaire supérieure. Dans le cadre du tarif des primes, l'assureur fait la distinction entre les classes d'âge suivantes:

0-18, 19-25, 26-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71+.

4.9 | Résiliation après modification du contrat

Si le preneur d'assurance n'est pas d'accord avec la modification de la prime, de la franchise ou des modalités de quote-part avec effet à partir de l'année d'assurance suivante, il peut résilier l'assurance complémentaire individuelle pour la fin de l'année d'assurance moyennant un délai de résiliation d'un mois.

Si le preneur d'assurance n'est pas d'accord avec l'adaptation des primes après un changement de domicile, il peut résilier le contrat avec effet immédiat, au plus tard deux mois après la communication de l'augmentation des primes.

Si le contrat n'est pas résilié après l'annonce d'une adaptation du contrat, il est réputé approuvé par le preneur d'assurance.

4.10 | Obligation d'annoncer lors de la conclusion du contrat

Si, en répondant aux questions posées dans le cadre de la conclusion du contrat, le demandeur a répondu de manière inexacte ou dissimulé un fait important qu'il connaissait ou devait connaître et au sujet duquel il a été interrogé, l'assureur peut résilier le contrat par écrit ou sous une autre forme textuelle dans un délai de quatre semaines à compter du moment où il a eu connaissance de la réticence. La résiliation prend effet à sa réception par l'assureur.

Avec cette résiliation, l'obligation de l'assureur d'allouer des prestations pour les sinistres déjà survenus s'éteint, dans la mesure où le fait important non déclaré ou déclaré de manière erronée a influencé leur survenance et leur étendue. Dans la mesure où l'obligation d'allouer des prestations a déjà été remplie, l'assureur a droit au remboursement.

4.11 | Augmentation et réduction des risques

4.11.1 | Obligation d'annoncer l'augmentation du risque

Si un fait mentionné dans la proposition d'assurance change pendant la durée de l'assurance (p. ex. un changement de l'activité professionnelle ou la cessation de l'activité lucrative) et qu'il en résulte une augmentation notable du risque, l'assureur doit en être immédiatement informé par écrit. Il n'y a pas d'augmentation du risque en cas de survenance de maladies évoquées lors de la demande, mais qui n'étaient pas encore identifiées par l'assuré et qui ne surviennent qu'après le début du contrat et nécessitent un traitement médical. Si l'aggravation notable du risque est le fait de la personne

assurée, l'assureur n'est pas lié par le contrat pour la période suivante, à moins qu'il n'approuve l'augmentation du risque après son annonce. Si l'aggravation notable du risque est survenue sans intervention de la personne assurée, l'assureur n'est pas lié par le contrat pour la période suivante dans la mesure où le preneur d'assurance a omis de communiquer immédiatement par écrit à l'assureur l'augmentation du risque dont il a eu connaissance.

4.11.2 | Prime après augmentation du risque

En cas d'aggravation notable du risque, l'assureur peut procéder à une augmentation de prime correspondante pour le reste de la durée du contrat à partir de l'aggravation du risque ou résilier le contrat en observant un délai de deux semaines dans les 14 jours suivant la réception de l'avis, en observant un délai de deux semaines.

L'assureur a le droit d'augmenter les primes conformément aux tarifs applicables à compter de la date de l'aggravation du risque.

Si l'assureur procède à une augmentation de prime et que le preneur d'assurance réfute cette hausse, il est en droit de résilier le contrat par écrit ou sous une autre forme textuelle dans un délai de quatre semaines à compter de la réception de la communication de l'assureur, moyennant un préavis de quatre semaines. Dans ce cas, l'augmentation de la prime (dans la mesure où elle est appropriée) s'applique à partir de la survenance de l'augmentation du risque jusqu'à la fin du contrat par résiliation.

4.11.3 | Prime après réduction du risque

En cas de réduction substantielle du risque, le preneur d'assurance peut résilier le contrat ou exiger une réduction de prime conformément à l'art. 28a LCA.

4.12 | Communications/services d'annonce

Sauf convention contraire, toutes les notifications et communications du preneur d'assurance ou de l'assuré concernant le présent contrat d'assurance doivent être adressées par écrit ou sous une autre forme textuelle à l'assureur en Suisse. Toutes les communications de la part de l'assureur sont valablement envoyées à la dernière adresse en Suisse indiquée par le preneur d'assurance.

Sauf convention contraire, toutes les notifications et communications du preneur d'assurance concernant le présent contrat d'assurance doivent être adressées par écrit ou sous une autre forme textuelle à l'assureur, en tant que service d'annonce en Suisse, à l'adresse suivante: sodalis gesundheitsgruppe, Balfrinstrasse 15,

3930 Viège (téléphone 027 948 14 00).

4.13 | For juridique

Pour les prétentions découlant du contrat d'assurance, les tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'assuré ou du siège principal de l'assureur sont compétents, au choix.

5. Divers

5.1 | Prestations à l'étranger

Sauf convention contraire, les prestations convenues à l'étranger sont versées pendant 180 jours au maximum sur une période de 540 jours consécutifs, dans la mesure où l'assuré ne s'est pas rendu à l'étranger pour y traiter une affection préexistante, mais qu'il est malade ou victime d'un accident à l'étranger et que le voyage de retour ne peut être exigé de lui pour des raisons médicales.

En cas de traitement imminent à l'étranger pour une affection déjà existante, l'assureur doit être informé au préalable. L'assureur décide, d'une part, d'une éventuelle garantie de prise en charge des coûts dans le domaine des frais de guérison et, d'autre part, de l'obligation d'allouer des prestations dans le domaine des indemnités journalières.

5.2 | Prestations en cas de police de remplacement

Si une police est remplacée par une police prévoyant des prestations plus élevées, les prestations perçues jusqu'à présent et sur lesquelles il existe des restrictions en termes de conditions, de montant ou dans le temps sont prises en compte au prorata lors du calcul des prestations futures.

5.3 | Échéance et versement des prestations d'assurance

Le droit à l'assurance est exigible quatre semaines après que l'assureur a reçu toutes les informations et tous les certificats médicaux lui permettant de s'assurer de la pertinence de la prétention. Si l'assureur conteste son obligation d'allouer des prestations, le preneur d'assurance est en droit d'exiger, à l'expiration du délai susmentionné, des acomptes jusqu'à concurrence du montant incontesté. Les prestations sont généralement versées au preneur d'assurance et sont payables à son domicile en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein. Les paiements peuvent également être effectués par l'assureur directement à l'émetteur

de la facture, sous déduction de la franchise ou compensation de celle-ci avec d'autres prétentions du preneur d'assurance découlant du présent contrat.

5.4 | Cession et mise en gage

Les droits aux prestations assurées ne peuvent être ni cédés ni mis en gage avant leur détermination définitive sans le consentement exprès de l'assureur.

5.5 | Assurance multiple

Si le même intérêt est assuré contre le même risque et pour la même période auprès de plus d'un assureur privé de telle sorte que les sommes assurées cumulées dépassent la valeur d'assurance (assurance multiple), le preneur d'assurance est tenu d'en informer immédiatement l'assureur par écrit ou sous une autre forme textuelle.

Si, au moment de la conclusion du présent contrat, le preneur d'assurance n'avait pas connaissance de l'existence d'une assurance multiple, il peut le résilier par écrit ou sous une autre forme textuelle dans un délai de quatre semaines à compter de la découverte de l'assurance multiple.

Si une résiliation n'est pas possible ou souhaitée, le preneur d'assurance peut suspendre les assurances complémentaires selon la LCA contre paiement d'une prime appropriée. La condition préalable est la preuve qu'il existe une autre couverture d'assurance prescrite pour l'assurance complémentaire à suspendre.

Si le motif de suspension disparaît, le preneur d'assurance peut exiger immédiatement la reprise sans réserve de ce qui a été convenu initialement.

5.6 | Révision des conditions générales d'assurance

Si les conditions générales d'assurance (CGA) et les conditions complémentaires du même type d'assurance sont modifiées en cours d'assurance, le preneur d'assurance peut demander que le contrat soit poursuivi aux nouvelles conditions. Toutefois, si une contrepartie plus élevée est requise pour l'assurance aux nouvelles conditions, il doit s'acquitter de la différence.

Succursales

■ **sodalis**
gesundheitsgruppe

brigue

furkastrasse 18
3900 brigue-glis
t 027 924 66 10
f 027 924 66 14
brig@sodalis.ch

goms

furkastrasse 65
3994 lax
t 027 971 13 22
f 027 971 41 22
goms@sodalis.ch

lötschental

dorfstrasse 70
3918 wiler
t 027 939 18 55
f 027 939 18 52
loetschen@sodalis.ch

naters

furkastrasse 18
3904 naters
t 027 527 15 20
f 027 948 14 04
naters@sodalis.ch

saastal

obere dorfstrasse 39
3906 saas-fee
t 027 527 15 50
f 027 527 15 51
saastal@sodalis.ch

schattenberge

dorfstrasse 70
3944 unterbäch
t 027 934 53 03
f 027 934 53 05
schattenberge@sodalis.ch

stalden

bahnhofstrasse 6
3922 stalden
t 027 952 20 40
f 027 952 20 43
stalden@sodalis.ch

staldenried

eschji 12
3933 staldenried
t 027 952 29 26
f 027 952 29 28
staldenried@sodalis.ch

susten-loèche

sustenstrasse 17
3952 susten
t 027 527 15 80
susten-leuk@sodalis.ch

viège

balfrinstrasse 15
3930 viège
t 027 948 14 00
f 027 948 14 04
info@sodalis.ch

zermatt

am bach 9
3920 Zermatt
t 027 966 65 80
f 027 966 65 89
zermatt@sodalis.ch