

Conditions générales d'assurance (CGA) Assurance complémentaire Global School

EG

EGGA01-F4 – édition 01.01.2024

Table des matières

Art. 1	Bases du contrat d'assurance	Art. 13	Tarif des fournisseurs de prestations
Art. 2	But de l'assurance	Art. 14	Primes
Art. 3	Définitions	Art. 15	Modification du tarif des primes
Art. 4	Preneur d'assurance et personnes assurées	Art. 16	Obligations du preneur d'assurance
Art. 4a	Proposition d'assurance	Art. 17	Obligations en cas de sinistre
Art. 5	Début, durée et fin du contrat	Art. 18	Devoir de réduire le dommage
Art. 6	Début et fin de la couverture d'assurance	Art. 19	Adaptation des conditions d'assurance
Art. 6a	Nature de l'assurance	Art. 20	Communications
Art. 7	Validité territoriale	Art. 21	Prescription
Art. 8	Prestations assurées	Art. 22	Lieu d'exécution et droit applicable
Art. 9	Droit aux prestations et limitations	Art. 23	For
Art. 10	Exclusions de prestations	Art. 24	Sortie du cercle des assurés
Art. 11	Pluralité d'assureurs et prestations de tiers	Art. 25	Protection des données
Art. 12	Fournisseurs de prestations reconnus par l'assureur		

Art. 1 Bases du contrat d'assurance

1. La proposition d'assurance, les présentes conditions générales (CGA) ainsi que la police d'assurance et ses avenants constituent les bases du contrat d'assurance.
2. Le contrat d'assurance est régi par les prescriptions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 pour les questions qui ne sont pas réglées par les bases mentionnées ci-dessus.

Art. 2 But de l'assurance

1. Le but de cette assurance est de fournir des prestations générales en cas de maladie et/ou accident en complément:
 - à l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal),
 - à une couverture d'assurance privée équivalente à l'AOS, pour les personnes exemptées au sens de l'art. 2, al. 4 OAMal (étudiants, écoliers et stagiaires venant de l'étranger dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement).
2. L'assurance Global School est composée de trois niveaux de couverture:
 - Niveau 1
 - Niveau 2
 - Niveau 3
3. L'assurance couvre les conséquences économiques de la maladie et de l'accident. Les prestations de maternité sont exclues de l'assurance.

Art. 3 Définitions

1. Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.
2. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les lésions corporelles au sens de l'art. 6 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) sont assimilées aux accidents.
3. La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier.

Art. 4 Preneur d'assurance et personnes assurées

1. Le preneur d'assurance est la personne morale qui conclut un contrat d'assurance avec l'assureur en vue de faire bénéficier un tiers d'une protection d'assurance.
2. Le preneur d'assurance doit être domicilié en Suisse.
3. Sont assurées les personnes appartenant aux cercles des assurés définis dans la police d'assurance.

Art. 4a Proposition d'assurance

1. La transmission d'une proposition d'assurance ne constitue pas une demande d'offre, mais une déclaration formelle du proposant à l'assureur de vouloir contracter un contrat d'assurance. Le proposant demeure lié envers l'assureur conformément aux dispositions de l'article 1 LCA, à savoir pendant 14 jours, respectivement 4 semaines si des renseignements médicaux sont nécessaires.
2. Le proposant peut révoquer sa proposition au plus tard dans les 14 jours suivant sa demande de conclusion de contrat. Ce délai est respecté si le proposant remet la révocation à l'assureur conformément à l'art. 20 des CGA ou qu'il remet son avis de révocation à la poste au plus tard le dernier jour du délai.
3. Lorsque la proposition émane de l'assureur, le preneur d'assurance peut révoquer le contrat au plus tard dans les 14 jours suivant son acceptation.
4. L'assureur se réserve le droit d'accepter ou de refuser la proposition d'assurance. Il n'a pas l'obligation de motiver sa décision.

Art. 5 Début, durée et fin du contrat

1. Le contrat est conclu dès que l'assureur a communiqué au proposant l'acceptation de la proposition.
2. Le contrat débute à la date d'entrée en vigueur indiquée dans la police d'assurance.
3. Au terme de la durée convenue dans la police, le contrat se renouvelle tacitement d'année en année s'il n'est pas dénoncé trois mois au moins avant son expiration. Conformément à l'art. 35a, al. 4 LCA, seul le preneur d'assurance peut faire usage de ce droit de résiliation.
4. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à l'assureur, au plus tard le jour qui précède le début du délai de trois mois.
5. Si le contrat est conclu pour une durée inférieure à un an, il expire sans autre au jour convenu.
6. Le contrat prend fin lorsque l'assureur s'est départi du contrat suite au non-paiement des primes conformément à l'art. 21 al. 1 LCA.
7. L'assureur peut résilier le contrat en cas de violation fautive des obligations mentionnées à l'art. 16 al. 1-4 des présentes conditions générales d'assurance. Dans ce cas, le contrat d'assurance prend fin quatorze jours après la notification de la résiliation par l'assureur.
8. Après chaque sinistre pour lequel une prestation est due par l'assureur, le preneur d'assurance a le droit de se départir du contrat au plus tard dans les 14 jours après qu'il a eu connaissance du paiement de l'indemnité. Si le preneur d'assurance se départit du contrat, l'assurance cesse de déployer ses effets dès réception de l'avis de résiliation par l'assureur. Conformément à l'art. 35a, al. 4 LCA, seul le preneur d'assurance peut faire usage de ce droit de résiliation.

9. Le droit de résiliation pour violation du devoir d'information par l'assureur avant la conclusion du contrat s'éteint quatre semaines après que le preneur d'assurance a eu connaissance de la contravention et des informations mais au plus tard deux ans après la contravention. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient à l'assureur. La prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat lorsque celui-ci est résilié ou prend fin avant son échéance.
10. En cas de justes motifs au sens de l'art. 35b LCA, le contrat peut être résilié en tout temps par le preneur d'assurance ou l'assureur. L'assureur est notamment en droit de se départir du contrat en cas de fausses déclarations, de dol ou de leurs tentatives.
11. Toute résiliation doit être adressée conformément à l'art. 20 des présentes conditions générales.

Art. 6 Début et fin de la couverture d'assurance

1. La couverture d'assurance prend effet à la date indiquée dans l'attestation d'assurance qui est remise à l'assuré par le preneur d'assurance.
2. La couverture d'assurance prend fin à la date indiquée dans l'attestation d'assurance qui est remise à l'assuré par le preneur d'assurance ou lorsque l'assuré sort du cercle des assurés défini par la police.
3. La couverture d'assurance cesse à la fin du contrat.

Art. 6a Nature de l'assurance

1. La couverture de l'assurance Global School relève de l'assurance de dommages.
2. Les couvertures d'assurance relevant de l'assurance de dommages indemnisent le dommage effectif subi jusqu'à concurrence des prestations assurées.

Art. 7 Validité territoriale

1. L'assurance est valable en Suisse (cf. art. 8.1).
2. Lors de voyage ou séjours en dehors de la Suisse ne dépassant pas 90 jours consécutifs, l'assurance prend en charge le coût des traitements définis à l'article 8, al. 3 des présentes conditions générales d'assurance effectués en cas d'urgence. Il y a urgence lorsque l'assuré a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié.

Art. 8 Prestations assurées

1. En Suisse

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Hospitalisation	Division commune	Division Commune	Mi-privée ou privée La variante assurée est mentionnée sur la police d'assurance	<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> Libre choix en Suisse selon le niveau choisi, d'un établissement hospitalier en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu et les accidents. <p>Remarques</p> <ul style="list-style-type: none"> L'assureur prend en charge les coûts des établissements ou médecins reconnus, c'est-à-dire ceux avec lesquels l'assureur a passé une convention tarifaire. Si un assuré bénéficie de prestations d'un établissement ou médecin non reconnu, il lui sera alloué pour l'intervention de ce(s) dernier(s), selon le type de soins (aigus, réadaptation ou psychiatrie) et la division (mi-privée ou privée), les prestations d'hospitalisation stationnaire effectivement facturées mais au maximum les montants figurant dans l'annexe A, par nuit d'hospitalisation. La liste des fournisseurs de prestations et des montants maximums est disponible sur le site internet de l'assureur ou remise sur demande. La liste valable au moment du traitement est déterminante. La liste des fournisseurs de prestations peut être modifiée en tout temps par l'assureur. Une telle modification de la liste n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance. Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 180 jours au cours d'une année civile. Après 180 jours d'hospitalisation en division mi-privée ou privée au cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées. La durée des prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique est imputée sur la durée des prestations d'hospitalisation en division mi-privée ou privée. Lorsqu'un assuré renonce de son plein gré ou sur proposition de l'assureur à un séjour en division semi-privée ou privée pour la division commune, l'assureur peut allouer une indemnité allant jusqu'à 50% des frais économisés et estimés par ce dernier mais au maximum CHF 5'000.- par hospitalisation. <p>Obligation de l'assuré</p> <ul style="list-style-type: none"> L'assuré est tenu de vérifier auprès de l'assureur si l'établissement, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner fait partie des établissements reconnus.
Traitements ambulatoires	100%	100%	100%	<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> Libre choix du lieu de traitement en Suisse en cas de traitement ambulatoire reconnu au sens de la LAMal. Prise en charge de la différence entre le tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré et le tarif en vigueur au lieu de résidence du fournisseur de prestations.
Médicaments limités et hors liste	90%	90%	90%	<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> Médicaments ordonnés par un médecin ou un prescripteur de soins reconnu LAMal, non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). <p>Exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> Produits figurant sur la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA).
Frais de recherche, sauvetage et transport	90%	90%	90%	<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant que lesdits transports soient médicalement nécessaires. <p>Remarque</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou hélicoptère. Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également pris en charge.
Médecines alternatives	30% max Fr. 1'000.- tous les 3 ans	60% max Fr. 1'000.- tous les 3 ans	90% max Fr. 1'000.- tous les 3 ans	<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> Thérapies selon liste ci-dessous (point 8.2 liste des thérapies) exécutées par un médecin diplômé ou un praticien en thérapie naturelle reconnu par l'assureur. <p>Remarque</p> <ul style="list-style-type: none"> L'assureur tient une liste des thérapeutes reconnus pour la thérapie envisagée. Cette liste est disponible sur le site de l'assureur ou remise sur demande du preneur d'assurance ou d'une personne assurée. Cette liste peut être modifiée à tout moment par l'assureur. Une telle modification n'ouvre pas droit de résiliation pour le preneur d'assurance.
Lunettes médicales et verres de contact	Fr. 150.- chaque 3 ans	Fr. 200.- chaque 3 ans	Fr. 200.- chaque 3 ans	<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> Le montant prévu pour des frais d'achat de lunettes médicales ou de verres de contact en Suisse ou à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Traitements dentaires	Aucune prestation	80%, max Fr. 2'000.-/ année civile	80%, max Fr. 2'000.-/ année civile	<p>Remarques</p> <ol style="list-style-type: none"> Les soins d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) ne sont pas couverts. Pour les autres soins dentaires, il y a une participation aux frais selon le niveau choisi : <ol style="list-style-type: none"> Le traitement dentaire effectué par un médecin dentiste diplômé, Contrôle dentaire prophylactique annuel, Laboratoire Pour les traitements dentaires consécutifs à un accident survenu après l'entrée en vigueur de l'assurance, le droit aux prestations est immédiat. Les prestations pour interventions prothétiques (remplacement des dents, pose de couronnes, de dents-pivots, de bridges, de prothèses partielles ou intégrales, etc...) sont, en cas d'accident, octroyées immédiatement après l'entrée en vigueur de l'assurance, pour les autres cas, elles sont accordées au plus tôt après 12 mois d'affiliation. Pour les autres traitements dentaires, les prestations d'assurance sont accordées au plus tôt après 3 mois d'affiliation sous réserves des points 2 et 3 précités. Le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point) est déterminant pour le calcul des prestations prises en charge ; la majoration éventuelle ne peut excéder 50%. Les traitements à l'étranger sont pris en charge pour autant que le personnel médical étranger dispose d'une formation équivalente à la formation suisse et que les coûts ne dépassent pas ceux qui auraient été facturés en Suisse.
Cures de convalescence	Aucune prestation	50%, max 30 jours/ année civile	90%, max 30 jours/ année civile	<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> Frais de traitement et de pension en cas de cure de convalescence en Suisse dans les établissements reconnus par l'assureur, et ce pour autant que la cure soit ordonnée suite à une hospitalisation. <p>Remarques</p> <ul style="list-style-type: none"> L'assureur tient une liste des établissements reconnus. Cette liste est disponible sur le site de l'assureur ou remise sur demande du preneur d'assurance ou d'une personne assurée. Cette liste peut être modifiée à tout moment par l'assureur. Une telle modification n'ouvre pas droit de résiliation pour le preneur d'assurance. <p>Obligation de l'assuré</p> <ul style="list-style-type: none"> Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande de prise en charge ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Cures thermales	Aucune prestation	50%, max 30 jours/ année civile	90%, max 30 jours/ année civile	<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> Frais de traitement et de pension en cas de cure thermale dans les établissements de cures balnéaires reconnus par l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Les prestations sont octroyées si elles sont prescrites par un médecin reconnu au sens de la LAMal. <p>Obligation de l'assuré</p> <ul style="list-style-type: none"> Sous peine de déchéance du droit aux prestations, une demande de prise en charge ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumise à l'assureur au minimum 20 jours avant le début de la cure.
Aide à domicile	50%, max. Fr. 1'500.-/ année civile	50%, max. Fr. 1'500.-/ année civile	90%, max. Fr. 2'500.-/ année civile	<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> Frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide à domicile appartenant à un service officiel et qui se charge des travaux domestiques et ménagers journaliers à la place de l'assuré. Tous les autres frais sont exclus (grand nettoyage, etc.). <p>Remarque</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucune prestation n'est allouée lorsque l'assuré est reconnu invalide par l'assurance invalidité (AI), bénéficie d'une rente d'allocation pour impotent ou séjourne dans un établissement hospitalier, de cure ou de convalescence.
Cure de désintoxication de l'alcool	Fr. 50. - /jour, max. 30 jours/ année civile	Fr. 100. - /jour, max. 30 jours/ année civile	Fr. 100. - /jour, max. 30 jours/ année civile	<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> Contribution aux frais de traitement et de pension en cas de cure résidentielle, dans un établissement spécialisé en matière de cures de désintoxication pour alcooliques. <p>Remarques</p> <ul style="list-style-type: none"> L'assureur tient une liste des établissements reconnus. Cette liste est disponible sur le site Internet de l'assureur ou remise sur demande du preneur d'assurance ou d'une personne assurée. Cette liste peut être modifiée à tout moment par l'assureur. Une telle modification n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.
Vaccins	90%	90%	90%	<p>Description</p> <ul style="list-style-type: none"> Frais pour les vaccinations médicalement prescrites pour la Suisse (non comprises dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS)), ainsi que celles qui sont recommandées par l'Office fédéral de la santé publique en cas de départ à l'étranger.
Check-up	90%, max. Fr. 1'000.- / tous les 3 ans	90%, max. Fr. 1'000.- / tous les 3 ans	90%, max. Fr. 1'000.- / tous les 3 ans	<p>Remarque</p> <ul style="list-style-type: none"> Seuls les check-up dispensés par un médecin reconnu au sens de la LAMal sont pris en charge.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Seconde opinion	90%	90%	90%	Description - Frais résultant d'un deuxième avis médical avant une hospitalisation pour autant que la mention «seconde opinion» figure sur la note d'honoraires.
Promotion santé	50%, max. Fr. 200.-/ année civile	50%, max. Fr. 200.-/ année civile	50%, max. Fr. 200.-/ année civile	Description - Frais résultant d'une prestation fournie dans un établissement ou par un fournisseur reconnu par l'assureur, et cela dans les domaines de l'école du dos, du fitness et lors de cure pour désintoxication au tabac. Remarques - L'assureur tient une liste des établissements et fournisseurs de prestations reconnus pour la désintoxication au tabac. - L'assureur tient une liste définissant les critères de reconnaissance pour les fitness et l'école du dos. - Ces listes sont disponibles sur le site Internet de l'assureur ou remise sur demande du preneur d'assurance ou d'une personne assurée. - Ces listes peuvent être modifiées à tout moment par l'assureur. Une telle modification n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance. - Si plusieurs mesures destinées à promouvoir la santé sont effectuées au cours de la même année civile, la prestation maximale totale prise en charge est de Fr. 200.-.

2. Liste des thérapies “médecines alternatives”

Naturopathie	Techniques du toucher	Autres
Acupuncture	Acupressure	Biodynamique
Aromathérapie	Drainage lymphatique	Eurythmie
Auriculothérapie	Etiopathie	Rebirthing
Biorésonance	Fasciathérapie	Sophrologie
Biothérapie	Intégration posturale	Tomatis (méthode)
Chromothérapie	Kinésiologie	
Conseil en nutrition	Massages	
Electroacupuncture	Médecine anthroposophique	
Géobiologie	Mésothérapie	
Herboristerie	Métamorphose	
Homéopathie	Orthobionomie	
Iridologie	Ostéopathie	
Irrigation colonique	Polarité	
Laserthérapie	Rééquilibration énergétique	
Magnétisme	Réflexologie	
Magnétothérapie	Reiki	
Morathérapie	Rolfing	
Naturopathie	Shiatsu	
Oxygénothérapie	Trager	
Phytothérapie	Training autogène	
Sympathicothérapie		
Ventouses		

3. Hors de Suisse en cas d'urgence

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Détails
Traitements ambulatoires				Description – Consultations, analyses, radiographies et médicaments reconnus.
Hospitalisation				Description – Prise en charge des traitements reconnus par la LAMal, des frais hôteliers à l'hôpital et des honoraires des médecins. Remarque – Les établissements doivent être reconnus par les autorités sanitaires compétentes du pays dans lequel le traitement est prodigué.
Participations légales				Description – Prise en charge à 100% des participations légales étrangères dans le cadre d'un traitement ambulatoire ou hospitalier en application de l'accord sur la libre circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale, sous réserve du droit étranger.
Frais de recherche, sauvetage et transport			La somme assurée s'élève au maximum à Fr. 100'000.– par année civile	Description – Transports jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires. Remarque – Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance ou par hélicoptère.
Visite d'un membre de la famille hors du pays de d'origine de l'assuré				Description – Visite d'un membre de la famille de l'assuré hospitalisé depuis plus de 7 jours, à savoir: <ul style="list-style-type: none"> - les frais attestés pour le voyage aller et retour en classe économique et les transports publics jusqu'au lieu d'hospitalisation de l'assuré; - les frais de pension et de logement attestés, au plus à hauteur de Fr. 250.– par jour et jusqu'à concurrence de Fr. 2'000.–.

1. Les prestations ci-dessus sont servies dans le monde entier, à l'exclusion de la Suisse, en supplément ou en complément de la couverture sociale suisse ou étrangère. En cas d'assurance multiple selon la LCA, chaque assureur répond du dommage dans la proportion qui existe entre la somme assurée par lui et le montant total des sommes assurées.
2. Les prestations assurées correspondent à celles couvertes en Suisse lors de problèmes de santé semblables.
3. Les prestations ci-dessus sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies par des personnes ou des institutions qui disposent de la formation, de la reconnaissance et de l'autorisation nécessaire des organismes sociaux étrangers.
4. Paiement des prestations
 Pour les traitements à l'étranger, est reconnu comme cours de change, le cours des devises officiel du franc suisse au dernier jour de traitement. L'assureur reconnaît les tarifs usuels valables dans le pays ou la région de traitement.

4. Groupe Mutuel Assistance

1. Validité territoriale
 Les prestations Groupe Mutuel Assistance sont valables en Suisse ainsi que lors de voyages ou séjours en dehors de la Suisse ne dépassant pas 90 jours consécutifs.
2. Prestations assurées
 - a. Recherche, sauvetage et transport
 - Organisation des frais de recherche et de sauvetage lorsque l'assuré s'est trouvé dans une situa-

tion de détresse prouvable et justifiant les frais survenus.

- Organisation des frais de transport définis à l'art. 8 al. 1 et 3 des présentes conditions générales d'assurance, vers l'hôpital ou le médecin le plus proche adapté aux soins nécessités par l'assuré.
- b. Rapatriement sanitaire
 - Organisation et prise en charge des frais de rapatriement sous surveillance médicale dans un hôpital proche du lieu de résidence en Suisse de l'assuré.
 - Organisation et prise en charge des frais de rapatriement sans accompagnement médical vers le lieu de résidence en Suisse de l'assuré faisant suite à une hospitalisation.
- c. Rapatriement de la dépouille mortelle
 En cas de décès de l'assuré, organisation et prise en charge des frais de transport du cercueil, à bord d'un avion de ligne régulière ou d'un fourgon prévu à cet effet, en respect des législations nationales ou conventions internationales applicables au transport des corps, jusqu'au domicile de l'assuré à l'étranger ou en Suisse et à condition que ce transfert soit réalisable et que les dispositions appropriées soient prises par la famille ou le représentant de l'assuré pour réceptionner le corps.
 - Les prestations sont couvertes jusqu'à concurrence de Fr. 10'000.– pour l'ensemble des frais assurés.
 - Les frais d'inhumation et autres frais funéraires sont exclus.

- Les rapatriements vers des régions déconseillées par le Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) ou en situation de guerre, révolution, rébellion ou autres troubles intérieurs sont exclus.

d. Avance de frais de traitement

Si la personne assurée doit être hospitalisée ou subir un traitement coûteux hors de Suisse, la centrale d'appel d'urgence Groupe Mutuel Assistance fournit, si nécessaire, une avance de frais.

3. Obligations du preneur d'assurance et de l'assuré

En complément aux dispositions de l'article 16 et 17 des présentes conditions générales d'assurance, le preneur d'assurance ou l'assuré doit aviser immédiatement la centrale d'appel d'urgence Groupe Mutuel Assistance (numéro de téléphone 0848 808 111, depuis l'étranger + 41 848 808 111) dès la survenance de l'événement faisant l'objet d'une demande d'assistance.

Dans tous les cas, les médecins de la centrale d'appel d'urgence « Groupe Mutuel Assistance » décident, si nécessaire en accord avec le médecin traitant de l'assuré, des services qui peuvent être fournis et de leur prise en charge. Les prestations prévues par le présent art. 8 al. 4 ne sont pas accordées lorsque la centrale d'appel d'urgence « Groupe Mutuel Assistance » ne les a pas préalablement approuvées. L'assureur renonce toutefois à refuser ses prestations si l'assuré est en mesure de prouver qu'elles étaient médicalement justifiées. D'autre part, en cas de violation de l'obligation de contacter immédiatement la centrale d'appel d'urgence Groupe Mutuel Assistance, celle-ci est considérée comme non fautive au vu des circonstances et ne fait pas l'objet d'une réduction de prise en charge s'il résulte des circonstances que la violation n'est pas imputable au preneur d'assurance ou à l'ayant droit.

L'assureur décline toute responsabilité pour le cas où il lui serait impossible, par suite de grèves ou de circonstances indépendantes de sa volonté, y compris tout cas de force majeure (guerre, invasion, agression ennemie, hostilités déclarées ou non, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, émeute ou agitation civile, interdictions de vol ou celles imposées par la législation locale) d'assurer ses services ou de les fournir en temps voulu.

4. Exclusions de prestations

En complément aux dispositions de l'article 10 des présentes conditions générales d'assurance, sont également exclus :

- les cas pour lesquels la centrale d'appel d'urgence « Groupe Mutuel Assistance » n'a pas été sollicitée, en application des dispositions de l'art. 8, al. 4. ch 3 ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'assuré de poursuivre son voyage ;
- les cas où l'état de santé de l'assuré lui permet de voyager normalement en place assise et sans escorte médicale, sauf si les médecins de la centrale d'appel d'urgence « Groupe Mutuel Assistance » en

acceptent la prise en charge ;

- les états de grossesse sauf complications nettes et imprévisibles ;
- les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement.

Art. 9 Droit aux prestations et limitations

1. Les prestations sont imputées en fonction des dates de traitement.

Lorsque des prestations d'assurance sont réclamées, l'assuré doit remettre à l'assureur tous les certificats médicaux, rapports, justificatifs et factures des différents dispensateurs de soins dans les délais prévus à l'art. 21 des présentes conditions générales.

Un cumul de prestations identiques ou similaires assurées en Suisse et à l'étranger pour la même maladie ou le même accident n'est pas possible.

Les frais postérieurs à l'épuisement des droits (prestations avec limite de durée ou de montant) ne peuvent être reportés sur l'année suivante.

Si un traitement médical ou une thérapie alternative n'est plus justifié médicalement et n'apporte plus d'amélioration thérapeutique, l'assureur informe l'assuré de la réduction ou de la fin du versement des prestations. Dans la mesure prévue par les présentes conditions d'assurance, l'assureur rembourse les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) lorsque les prestations fournies émanent d'un médecin dont le diplôme est reconnu par le droit suisse ou d'une personne dûment autorisée et reconnue par l'assureur. L'assurance régie par les présentes conditions ne peut en aucun cas servir à couvrir les quotes-parts et les franchises légales de l'AOS.

La couverture d'assurance s'étend cependant à la prise en charge des participations légales étrangères dans le cadre d'un traitement d'urgence fourni hors de la Suisse en application de l'accord sur la libre circulation des personnes UE/AELE ou d'autres conventions internationales de sécurité sociale et pour autant que la loi du pays en question ne l'interdise pas.

2. Les prestations hospitalières sont limitées à la phase aiguë de la maladie et/ou de l'accident. Dès que l'assuré n'est plus considéré de type aigu, en particulier lors de traitements d'affections stabilisées ou chroniques, ou lorsque le séjour hospitalier ne sert pas à améliorer l'état de santé de l'assuré, le droit aux prestations s'éteint. Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique ne sont plus versées après 180 jours en cours d'une année civile.

Après 180 jours d'hospitalisation en division mi-privée ou privée en cours d'une année civile, les prestations d'hospitalisation ne sont plus versées.

Les prestations d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique sont imputées sur les prestations d'hospitalisation en division mi-privée ou privée.

3. Les soins d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) sont exclus de l'assurance.

Les prestations dentaires pour interventions prothétiques (remplacement de dents, pose de couronnes, de dents-pivots, de bridges, de prothèses partielles ou intégrales, etc.)

sont, en cas d'accident, octroyées immédiatement après l'entrée en vigueur de l'assurance. Pour les autres cas, elles sont accordées au plus tôt après 12 mois d'affiliation. Pour tous les autres traitements dentaires, les prestations d'assurance sont accordées au plus tôt après 3 mois d'affiliation.

Le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point) est déterminant pour le calcul des prestations prises en charge. La majoration éventuelle ne peut excéder 50%.

4. En cas d'annonce tardive d'un sinistre, l'assureur se réserve le droit de réduire ou de refuser les prestations. Cette sanction n'est pas applicable en cas de violation non fautive de ce devoir d'annonce au sens de l'article 45 LCA. Si tel est le cas, l'annonce de sinistre doit être effectuée aussitôt l'empêchement disparu.
5. L'assureur ne répond pas d'une aggravation des conséquences d'une maladie et/ou d'un accident dues à la consultation tardive d'un thérapeute ou à l'inobservation de ses ordonnances.

Art. 10 Exclusions de prestations

1. Il n'y a pas de couverture d'assurance:
 - a. pour les maladies, les accidents et leurs suites après extinction du contrat d'assurance et après la sortie du cercle des assurés, ceci également lorsque des prestations ont été servies au cours de la durée d'assurance;
 - b. pour les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique. Par inefficace, on entend un traitement dont l'efficacité n'a pas été démontrée selon des méthodes scientifiques. Par inadéquat, on entend un traitement qui est contre-indiqué ou non adapté, ou lorsque l'indication médicale n'est pas clairement établie. Par non économique, on entend un traitement qui aurait pu être remplacé par un autre traitement meilleur marché, ou s'il est inutile;
 - c. pour les traitements de l'infertilité;
 - d. - pour les interventions destinées à corriger ou à éliminer des défauts ou des imperfections physiques relevant de l'esthétique, à moins qu'elles ne soient nécessitées par un événement assuré;
 - pour les cures de rajeunissement ou les interventions destinées à améliorer les performances physiques;
 - e. pour les traitements qui découlent d'un cas de suicide, de mutilation volontaire et de tentatives de l'un ou de l'autre;
 - f. pour les dommages à la santé résultant de l'action de rayons ionisants et les dommages causés par l'énergie atomique ;
 - g. pour les suites d'événements de guerre:
 - en Suisse;
 - à l'étranger, à moins que l'assuré n'ait été surpris de ce fait dans le pays où il séjourne et que la maladie et/ou l'accident survienne dans les 15 jours dès le début de ces événements.
 - h. pour les suites de troubles de tous genres et les mesures prises pour les combattre, 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;

- i. pour les maladies dues à l'addiction à l'alcool;
 - j. pour les maladies et les accidents dus à la surconsommation de médicaments ou d'alcool ou à la consommation de stupéfiants (drogues) ;
 - k. pour les changements de sexe, y compris pour les traitements et les séquelles;
 - l. pour les transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie à Soleure (SVK) a conclu des forfaits par cas. Cette règle vaut également pour les établissements hospitaliers pour lesquels aucun forfait par cas n'a été convenu;
 - m. les cas pour lesquels des factures fausses ou falsifiées ont été établies par l'assuré et/ou le preneur d'assurance ainsi qu'en cas de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance par l'assuré et/ou le preneur d'assurance;
 - n. les cas où il y a eu une violation fautive par le preneur d'assurance ou l'assuré de leurs obligations stipulées à l'art. 17 al. 5 des présentes conditions générales d'assurance. Les dispositions de l'article 45 LCA sont applicables lorsqu'au vu des circonstances la violation des obligations ne résulte pas d'une faute du preneur d'assurance ou de l'assuré, ou que le preneur d'assurance ou l'assuré apporte la preuve que la violation n'a pas eu d'incidence sur le sinistre et l'étendue des prestations. Si tel est le cas, l'accomplissement de l'acte retardé doit être réalisé aussitôt l'empêchement disparu.
2. Sont en outre exclus les maladies et les accidents que l'assuré subit:
 - a. lors du service militaire à l'étranger;
 - b. lors de tremblements de terre;
 - c. lors de crimes ou de délits commis ou tentés intentionnellement par l'assuré ainsi que lors de participation de l'assuré à des actes guerriers ou de terrorisme;
 - d. lors d'accidents de circulation survenant alors que l'assuré présente un taux d'alcoolémie constituant une infraction grave au sens de la loi sur la circulation routière;
 - e. lors de participation à des rixes et bagarres, sauf si l'assuré a été blessé par les protagonistes alors qu'il n'était pas en cause ou en portant secours à une personne sans défense;
 - f. lors de dangers auxquels l'assuré s'expose en provoquant gravement autrui;
 - g. en participant à des entreprises téméraires, à savoir des entreprises à l'occasion desquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grand sans pouvoir prendre les mesures qui ramènent le risque à un niveau raisonnable.

Art. 11 Pluralité d'assureurs et prestations de tiers

1. Toutes les prestations selon les présentes conditions générales d'assurance sont accordées en complément aux prestations des assureurs étrangers et suisses, sociaux et privés ou d'un tiers responsable.
2. En cas d'assurance multiple selon la LCA, chaque assureur répond du dommage dans la proportion qui existe entre la somme assurée par lui et le montant total des sommes assurées.

3. Dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations fournies, aux droits de l'assuré contre tout tiers responsable. L'assureur n'est pas lié par les accords passés entre l'assuré et les tiers tenus à prestations.

Art. 12 Fournisseurs de prestations reconnus par l'assureur

1. Les soins dispensés par des fournisseurs de prestations reconnus à la fois par l'assurance-maladie obligatoire des soins LAMal et par l'assureur sont pris en charge par ce dernier.
2. D'autres fournisseurs de prestations non admis par l'assurance-maladie obligatoire des soins LAMal peuvent être reconnus par l'assureur.
3. L'assureur peut tenir une liste des fournisseurs de prestations reconnus ou exclus. Ces listes sont disponibles sur le site internet de l'assureur ou remises sur demande de la personne assurée.
4. L'assureur peut modifier en tout temps le cercle des fournisseurs de prestations reconnus ou exclus.
5. Une telle modification n'ouvre pas un droit de résiliation pour le preneur d'assurance.

Art. 13 Tarif des fournisseurs de prestations

1. L'assureur prend en charge les tarifs valables pour les assurances sociales suisses ainsi que les tarifs privés appliqués conventionnellement auxquels il a adhéré, ainsi que les tarifs privés dans les normes usuelles.
2. Les accords sur les honoraires, passés entre fournisseurs de prestations et personnes assurées, ne lient pas l'assureur.
3. En cas de litige sur le tarif des prestations, l'assuré cède à l'assureur ces droits contre le fournisseur de prestations.

Art. 14 Primes

1. La prime d'assurance est calculée sur la base de l'âge et du sexe des personnes assurées.
2. L'assuré qui, durant l'année, atteint le niveau maximal de sa classe d'âge est automatiquement transféré dans la classe supérieure au début de l'année civile suivante. Les classes d'âge déterminantes sont les suivantes :
 - de 0 à 18 ans;
 - de 19 à 25 ans;
 - de 26 à 30 ans;
 - de 31 à 35 ans;
 - de 36 à 40 ans.
3. Un changement de classe d'âge entraîne en principe une adaptation automatique de la prime.
4. Le preneur d'assurance paie une prime fixée provisoirement au début de chaque période d'assurance (prime anticipée) correspondant à la prime effective présumée. La période d'assurance est définie dans la police. Dans l'hypothèse où un paiement par acomptes a été convenu, les acomptes arrivant à échéance au cours de l'année d'assurance sont dus.

5. Un décompte définitif de la prime est établi à la fin de chaque période d'assurance ou à la suite de la résiliation du contrat. Le preneur d'assurance est tenu de remplir le formulaire permettant à l'assureur de connaître toutes les données nécessaires à l'établissement du décompte définitif.

Si les informations nécessaires ne sont pas fournies dans les 30 jours dès l'envoi, l'assureur somme le preneur d'assurance de s'exécuter dans les 14 jours dès l'envoi de la sommation.

Si la sommation reste sans effet, l'assureur procédera lui-même à une taxation d'office en majorant la prime annuelle de l'exercice précédent d'un pourcentage qu'il fixera à son gré.

Les suppléments ou ristournes de prime doivent être versés dans les 30 jours qui suivent la remise du décompte définitif. L'assureur peut immédiatement dénoncer le contrat si le preneur d'assurance ne retourne pas le formulaire dans les délais.

L'assureur communique au preneur d'assurance le montant d'une éventuelle prime complémentaire, payable dans un délai d'un mois.

Le montant versé en trop est porté en acompte sur la prime provisoire de la période suivante ou, sur demande, remboursé au preneur d'assurance.

Les parties contractantes renoncent à la prime complémentaire, respectivement à la prime payée en trop, dans la mesure où elle est inférieure à Fr. 20.–.

6. Lorsque le montant de la prime complémentaire ou de la prime payée en trop est supérieur à Fr. 500.–, l'assureur peut adapter dans la même mesure la prime anticipée pour la prochaine période d'assurance.

Art. 15 Modification du tarif des primes

1. L'assureur peut adapter chaque année le tarif des primes en raison notamment de :
 - de l'évolution de la fréquence ou de la charge des sinistres ;
 - de l'adaptation de l'étendue de la couverture conformément à l'art.19 des présentes CGA.
2. L'assureur doit informer le preneur d'assurance des nouvelles dispositions du contrat au moins 30 jours avant l'expiration de la période d'assurance.
3. En cas d'augmentation du tarif des primes (cf.al. 1 ci-dessus), le preneur d'assurance a le droit de résilier son contrat d'assurance concerné par l'augmentation, avec effet à la fin de la période d'assurance en cours, dans un délai de 30 jours dès réception de la police ou de la communication de l'augmentation. La résiliation doit être parvenue à l'assureur dans le délai de 30 jours. Si le preneur d'assurance ne résilie pas le contrat, les adaptations faites au niveau des primes seront considérées comme acceptées.
4. En cas de diminution du tarif des primes (cf. al. 1 ci-dessus), il n'existe pas de droit de résiliation pour le preneur d'assurance.

Art. 16 Obligations du preneur d'assurance

1. Le preneur d'assurance a l'obligation d'informer les personnes assurées de la teneur principale du présent contrat, de ses modifications et de sa résiliation. A cet effet, il reçoit de l'assureur le document «Informations pratiques et juridiques conformément à la Loi sur le contrat d'assurance (LCA)» ainsi que les présentes conditions générales d'assurance (CGA).
2. L'assureur doit être informé dans les 30 jours de toutes les nouvelles personnes qui intègrent le cercle des personnes assurées.
3. Le preneur d'assurance doit informer l'assureur par écrit dans les 30 jours de la sortie d'une personne du cercle des assurés.
4. Le preneur d'assurance s'engage à contrôler que les assurés fassent bien partie des personnes assurables, dans un délai de 30 jours à partir de l'envoi annuel au preneur d'assurance par l'assureur de la liste des assurés.
5. L'assureur doit être informé dans les 5 jours au plus tard, de l'entrée de l'assuré dans un hôpital ou une clinique. L'annonce doit avoir lieu avant l'entrée si une garantie de prise en charge est réclamée.
6. Les échanges entre assureur et preneur d'assurance (école) se limitent à des informations administratives. Aucune donnée personnelle sensible ne peut être échangée entre l'école et l'assureur sans le consentement explicite de la personne assurée (étudiant).

Art. 17 Obligations en cas de sinistre

1. L'assuré est tenu de se renseigner auprès de l'assureur si l'établissement, l'établissement de cure, la division d'établissement ou la clinique où il se fera soigner est un établissement reconnu.
2. Avant chaque traitement, l'assuré est tenu de se renseigner si le fournisseur de prestations auprès duquel il se fera soigner fait partie des fournisseurs de prestations reconnus par l'assureur.
3. Sous peine de déchéance du droit aux prestations, L'assuré ou le preneur d'assurance doit :
 - a. informer l'assureur dans les 5 jours au plus tard de l'entrée de l'assuré dans un hôpital ou une clinique. L'annonce doit avoir lieu avant l'admission si une garantie de prise en charge est réclamée.
 - b. aviser l'assureur de tout accident de l'assuré dans les meilleurs délais mais au plus tard dans les 10 jours. Il doit donner tout renseignement concernant:
 - le moment, le lieu, les circonstances et les suites de l'accident;
 - le médecin ou l'hôpital;
 - les éventuels responsables et assurances intéressées.
 - c. fournir à l'entreprise d'assurance tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre,

au maximum dans les délais prévus à l'art. 21 des présentes conditions. Ainsi, l'assuré est tenu de fournir toutes pièces justificatives nécessaires originales ou numérisées (factures détaillées, certificats médicaux, ordonnances, etc.), à condition qu'il lui soit possible de se les procurer sans grands frais.

L'assureur se réserve le droit d'exiger la production des documents originaux et des preuves de paiement.

- d. soumettre, avant chaque début d'une cure thermique ou de convalescence, une demande de prise en charge ainsi que l'ordonnance médicale doivent être soumises à l'assureur au minimum 20 jours à l'avance.
 - e. autoriser expressément les thérapeutes qui ont soigné l'assuré à donner au médecin-conseil de l'assureur tous les renseignements dont il a besoin pour l'appréciation du cas. Il les délègue à cette fin du secret professionnel.
 - f. se soumettre – en tant qu'assuré – aux expertises médicales qui servent à déterminer le diagnostic et à définir le droit aux prestations. Ces expertises sont demandées par l'assureur – à sa charge – et sont effectuées par des médecins ou des spécialistes de son choix afin de définir l'état de santé de l'assuré.
 - g. requérir à l'avance l'accord préalable de l'assureur pour les hospitalisations volontaires planifiées hors de l'UE et AELE et de leur pays de résidence.
4. annoncer préalablement à Groupe Mutuel Assistance, au moyen du formulaire «annonce pour demande de garantie financière», les cas d'hospitalisation et autres traitements coûteux, hors de Suisse. Les cas d'urgence hors de Suisse doivent être immédiatement annoncés à la centrale d'appel Groupe Mutuel Assistance (numéro de téléphone figurant sur la police et l'attestation d'assurance).
 5. En cas de violation de l'obligation mentionnée à l'art. 17, al. 3, let. c des présentes CGA, l'assureur peut refuser le paiement des prestations jusqu'à la réception des renseignements et pièces justificatives lui permettant de déterminer le bien-fondé de la prétention du preneur d'assurance ou de l'assuré.
 6. En cas de violation des obligations mentionnées à l'art. 17, al. 3, let. e, f, g et h des présentes CGA, l'assureur peut réduire ou refuser les prestations. Conformément à l'art. 10, al. 1, let. n des présentes CGA, ces sanctions ne sont pas encourues lorsque le manquement aux obligations ne résulte pas d'une faute de la personne assurée ou si la personne assurée apporte la preuve que le manquement n'a aucune influence sur la survenance de l'événement redouté et sur l'étendue des prestations.

Art. 18 Devoir de réduire le dommage

1. L'assuré doit, dès le début de la maladie et/ou de l'accident, consulter un thérapeute diplômé possédant une autorisation de pratiquer et suivre entièrement ses prescriptions. Il doit éviter tout ce qui pourrait nuire à sa guérison ou prolonger sa maladie et doit se conformer aux indications que le thérapeute lui a données quant aux heures de sortie autorisées.

2. L'assuré ne peut pas amener le thérapeute à effectuer des traitements et des contrôles inutiles ou non économiques (par exemple visites à domicile inutiles, traitements stationnaires à la place de traitements ambulatoires, tourisme médical).

Art. 19 Adaptation des conditions d'assurance

1. L'assureur est en droit d'adapter les conditions générales d'assurance et notamment lorsqu'il y a des modifications dans les domaines ci-après:
 - a. développement de la médecine moderne;
 - b. établissement de formes de thérapies nouvelles ou onéreuses, comme par exemple les techniques opératoires, médicaments et autres cas similaires;
 - c. élargissement du nombre ou établissement de nouveaux genres de fournisseurs de prestations;
 - d. modifications de prestations dans l'assurance obligatoire des soins.
2. Les nouvelles conditions s'appliquent au preneur d'assurance si elles sont adaptées selon le premier alinéa durant la validité de l'assurance.
3. L'assureur communique ces adaptations au preneur d'assurance. Si le preneur d'assurance ne les accepte pas, il peut résilier le contrat concerné pour la date d'entrée en vigueur des adaptations. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours, il y a acceptation des nouvelles dispositions.

Art. 20 Communications

1. Les communications du preneur d'assurance, de l'assuré et de l'assureur peuvent être adressées valablement par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en apporter la preuve par un texte (courrier électronique ou moyens de communication mis à disposition par l'assureur), exception faite des réseaux sociaux.
2. Les communications du preneur d'assurance ou de l'assuré doivent être transmises aux adresses postales ou électroniques indiquées sur les documents officiels de l'assureur.
3. Les communications de l'assureur sont faites valablement à la dernière adresse postale ou électronique indiquée à l'assureur par le preneur d'assurance ou l'assuré.

Art. 21 Prescription

Les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par cinq ans à compter du fait d'où naît l'obligation.

Art. 22 Lieu d'exécution et droit applicable

1. Sauf dispositions particulières contraires, les obligations résultant du contrat doivent être exécutées sur territoire et en francs suisses.
2. Le droit suisse, notamment la Loi sur le contrat d'assurance (LCA), est applicable.

Art. 23 For

1. En cas de contestations, le preneur d'assurance ou l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse ou de sa résidence habituelle en Suisse, soit ceux du siège de l'assureur.
2. Si l'assuré ou l'ayant droit est domicilié à l'étranger, le siège de l'assureur est le for exclusif.

Art. 24 Sortie du cercle des assurés

En cas de sortie du cercle des assurés défini dans la police d'assurance, les personnes assurées peuvent, à conditions qu'elles soient au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) ou d'une assurance facultative des soins selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) conformément à l'art. 7a de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), poursuivre leur couverture à titre individuel sans examen de santé dans le produit similaire suivant de Groupe Mutuel Assurances GMA SA :

- Global smart, Niveau 1 (catégorie GO) pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global School, Niveau 1 (division commune) ;
- Global smart, Niveau 2 (catégorie GO) pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global School, Niveau 2 (division commune) ;
- Global smart, Niveau 3 – division mi-privée (catégorie GO) pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global School, Niveau 3 (division mi-privée) ;
- Global smart, Niveau 3 – division privée (catégorie GO) pour les assurés précédemment au bénéfice de l'assurance Global School, Niveau 3 (division privée).

Les personnes assurées doivent faire valoir ce droit dans les 90 jours suivants le jour où elles quittent le cercle des assurés. Elles peuvent également opter pour un niveau inférieur du produit en question.

Les tarifs et conditions d'assurance en vigueur correspondant à ce produit sont alors appliqués aux personnes assurées concernées.

La durée d'assurance ainsi que les prestations perçues avant la sortie du cercle des assurés sont pris en compte pour le calcul des maxima de prestations.

Art. 25 Protection des données

Données personnelles et sensibles

Groupe Mutuel Services SA traite les données personnelles et sensibles du preneur d'assurance, de la personne assurée, et le cas échéant de leurs ayants-droits ou des personnes liées (ci-après : les personnes concernées) pour le compte de Groupe Mutuel Assurances GMA SA, votre assureur. Le traitement des données est délégué à Groupe Mutuel Services SA (ci-après : Groupe Mutuel), une société de Groupe Mutuel Holding SA. Ces deux sociétés sont soumises à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD).

Par données personnelles, on entend les informations relatives aux personnes concernées qui incluent notamment celles relatives à la gestion du contrat d'assurance. Par données sensibles on entend les informations relatives à l'état de santé des

personnes assurées et aux sinistres. Sont principalement traitées les catégories de données personnelles et sensibles suivantes: les données déclaratives des personnes concernées, c'est-à-dire celles que le Groupe Mutuel peut être amené à recueillir auprès des personnes concernées lors de la manifestation d'intérêt et/ou de la souscription à des produits et services qu'il fournit ou distribue; les données relatives aux prestations fournies ou de fonctionnement des produits et services ou de leur utilisation, notamment lors de l'utilisation des services en ligne; les données provenant de tiers, d'autres services ou d'informations publiques quand cela est autorisé.

Base juridique

Le Groupe Mutuel traite les données personnelles et sensibles des personnes concernées et met en œuvre les traitements sur la base des fondements juridiques suivants: le consentement des personnes concernées, respectivement le consentement exprès pour les données sensibles; les dispositions légales applicables aux activités du Groupe Mutuel (notamment la Loi fédérale sur la protection des données); le contrat conclu entre le Groupe Mutuel et les personnes concernées; l'intérêt public prépondérant ou l'intérêt privé prépondérant du Groupe Mutuel ou des personnes concernées.

Finalités

Les données personnelles servent notamment à évaluer les risques à assurer, traiter les cas de sinistres, assurer le suivi administratif, statistique et financier du contrat, permettre la gestion de ses activités (statistiques, audit interne et externe, etc.) et le respect de ses obligations légales, l'amélioration et le développement des services fournis, l'optimisation et l'économie des coûts d'assurance, la réalisation d'opérations de prospection et de marketing, la gestion des demandes au titre des droits des personnes, la gestion des impayés et des contentieux, la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et le détournement fiscal. A cet effet, ces données peuvent être communiquées, mutualisées et échangées entre le Groupe Mutuel et des tiers (voir ci-dessous). Ces échanges font l'objet de contrats précisant les obligations et les responsabilités de chacune des parties, ou se basent sur une disposition légale.

Sécurité

Lorsque des données personnelles sont traitées, et au regard des risques que présentent les traitements, le Groupe Mutuel, ses intermédiaires d'assurances et autres mandataires (par exemple un réassureur), s'engagent à prendre toutes les dispositions nécessaires afin de respecter la législation relative à la protection des données. Ces dispositions comprennent notamment les mesures techniques, physiques et organisationnelles nécessaires pour préserver la sécurité des données personnelles et empêcher qu'elles ne soient modifiées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

Transfert des données

Les données sont traitées de manière confidentielle et peuvent être communiquées à des tiers (par exemple: intermédiaires

d'assurance, réassureurs, médecins, ayants-droits, office AI, sécurité sociale du pays de résidence de la personne assurée), y compris à l'étranger. Cette communication intervient sur la base d'obligations légales, de décisions judiciaires, des conditions générales d'assurance ou du consentement des personnes concernées. Le consentement doit être exprès s'il s'agit de données sensibles. Si le traitement des données fait l'objet d'un contrat de sous-traitance, d'outsourcing ou de collaboration avec des tiers, ces derniers s'engagent dans le cadre de leur relation contractuelle avec le Groupe Mutuel à respecter la législation relative à la protection des données. Le Groupe Mutuel sélectionne des sous-traitants présentant les garanties nécessaires. Les données confiées aux intermédiaires d'assurances seront enregistrées et transmises au Groupe Mutuel pour le traitement des demandes d'assurance et pour le suivi administratif et financier entre l'intermédiaire d'assurance et le Groupe Mutuel. Ce dernier n'est pas responsable des traitements des données personnelles que la personne concernée a pu autoriser auprès de tiers ou ceux qui sont mis en œuvre indépendamment du Groupe Mutuel. Il appartient aux personnes concernées de se référer aux politiques de protection des données de ces tiers pour vérifier les conditions des traitements réalisés, ou pour exercer leurs droits au titre de ces traitements.

Profilage

Au cours de sa relation avec le Groupe Mutuel, il est possible que la personne concernée fasse l'objet d'un profilage marketing, afin que l'assureur lui propose des services et produits qui correspondent à ses attentes, son profil et ses besoins. Les modalités de ce profilage sont précisées dans la politique de protection des données idoine. D'autres types de profilages peuvent avoir lieu pour les finalités exposées plus haut.

Durée de conservation

Les données personnelles sont conservées aussi longtemps que la législation, la gestion du contrat d'assurance, des sinistres, des droits de recours, du recouvrement et/ou d'éventuels litiges entre le Groupe Mutuel, l'assuré, l'intermédiaire d'assurance ou des tiers l'exigent.

Droits d'accès et de rectification

Les personnes concernées ont le droit d'accéder à leurs données personnelles, de faire corriger ces données, de faire supprimer leurs données dans la limite des dispositions légales applicables, de faire limiter un traitement, de demander la portabilité des données, de retirer leur consentement à un traitement de données personnelles sous réserve des traitements nécessaires à l'exécution du contrat, d'en appeler à l'autorité de surveillance compétente.

Data Protection Officer

Le Groupe Mutuel a désigné un Data Protection Officer qui peut être contacté à l'adresse suivante: dataprotection@groupemutuel.ch. De plus amples informations relatives à la protection des données sont disponibles sur le site Internet du Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Annexe A

Montants maximums remboursés pour les prestations d'hospitalisation fournies par des établissements ou médecins non reconnus par l'assureur (art. 8, al. 1 des présentes conditions particulières d'assurance, rubrique Hospitalisation).

Montants par nuit d'hospitalisation				
	Soins aigus		Réadaptation et Psychiatrie	
	Mi-Privée	Privée	Mi-Privée	Privée
Médecin non reconnu : Remboursement des frais médicaux	Fr. 500.-	Fr. 500.-	Fr. 0.-	Fr. 0.-
Hôpital non reconnu : Remboursement des frais hospitaliers	Fr. 300.-	Fr. 500.-	Fr. 100.-	Fr. 150.-
Hôpital et Médecin non reconnus : Remboursement total - Frais médicaux - Frais hospitaliers	Fr. 800.- - Fr. 500.- - Fr. 300.-	Fr. 1'000.- - Fr. 500.- - Fr. 500.-	Fr. 100.- - Fr. 0.- - Fr. 100.-	Fr. 150.- - Fr. 0.- - Fr. 150.-