

Assurances complémentaires des soins

Informations à la clientèle concernant les Conditions générales d'assurance (CGA) des assurances complémentaires des soins

Le présent document vous renseigne, sous forme condensée, sur l'identité de l'assureur et les principaux éléments du contrat d'assurance, conformément à l'art. 3 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les droits et obligations de chacune des parties contractantes découlent de la proposition et de la police d'assurance, des CGA et des Conditions complémentaires d'assurance (CCA), ainsi que des lois applicables en vigueur, en particulier la LCA.

Qui est l'assureur?

L'assureur est CONCORDIA Assurances SA, ci-après CONCORDIA, dont le siège statutaire se situe Bundesplatz 15, 6002 Lucerne. CONCORDIA est une société anonyme de droit suisse.

Quels sont les risques assurés et quelle est l'étendue de la protection d'assurance?

L'assurance couvre les conséquences financières des risques suivants:

- maladie et/ou
- accident et/ou
- maternité.

Les risques concrètement assurés et l'étendue de la protection d'assurance sont définis dans la proposition et la police d'assurance, ainsi que dans les CGA et les CCA. Les prestations proposées par chacun des produits d'assurance sont répertoriées dans l'aperçu des prestations.

Les CCA de chaque produit spécifient s'il s'agit d'une assurance de sommes ou d'une assurance de dommages.

La couverture d'assurance n'est pas valable entre autres pour:

- les traitements consécutifs à des maladies ou accidents liés à la consommation de drogues ainsi qu'à l'abus d'alcool ou de médicaments (éventuelles complications ou séquelles comprises);
- les traitements consécutifs à des maladies ou accidents liés à un suicide, des automutilations, ou à des tentatives de tels actes (éventuelles complications ou séquelles comprises);
- le traitement de l'obésité (surpoids; éventuelles complications ou séquelles comprises);
- la fécondation artificielle et le traitement de la stérilité (éventuelles complications ou séquelles comprises);
- les traitements esthétiques et la chirurgie transgenre (éventuelles complications ou séquelles comprises);
- les participations aux coûts (franchises et quotes-parts) de l'assurance obligatoire des soins ou d'autres assurances.

Les motifs d'exclusion ci-contre s'appliquent également lorsqu'ils ne sont que partiellement à l'origine d'une

maladie ou d'un accident. D'autres exclusions sont prévues dans les CGA et les CCA.

À combien s'élève la prime?

Le montant de la prime dépend de l'âge et du domicile de droit civil de la personne assurée, des risques assurés, ainsi que de la couverture et de la participation aux coûts (franchise et quote-part) souhaitées. Toutes les informations relatives à la prime et à la participation aux coûts figurent dans la proposition et la police d'assurance, ainsi que dans les CCA. Les contrats d'assurance collective peuvent contenir des dispositions divergentes.

Quand la prime doit-elle être payée?

La prime annuelle doit être payée à l'avance au 1^{er} janvier de chaque année ou – si les paiements se font par acomptes – au 1^{er} jour du mois. Dans le cas de paiements directs effectués par CONCORDIA aux fournisseurs et fournisseuses de prestations (médecin, hôpital, pharmacie, etc.), le preneur ou la preneuse d'assurance a l'obligation de restituer la participation aux coûts convenue dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle la facture a été établie par CONCORDIA.

Quelles sont les autres obligations de la personne assurée?

- **Obligation temporaire de déclarer:** si des changements concernant l'état de santé interviennent entre le moment où le questionnaire de santé a été rempli et la conclusion du contrat, le ou la proposant-e ou la personne assurée doit en informer CONCORDIA. Cette annonce doit se faire sans délai et par écrit, en complétant ou en corrigeant le questionnaire de santé. L'obligation de déclarer s'éteint à partir du moment où le contrat est conclu.
- **Obligation de réduire le dommage:** en cas de maladie ou d'accident, la personne assurée doit se soumettre aussi rapidement que possible à un traitement médical adéquat. Elle est tenue de se conformer aux prescriptions médicales et d'éviter tout ce qui pourrait contribuer à une aggravation de son état de santé.

- **Obligation d'annoncer:** en cas de traitement ambulatoire, les factures et justificatifs détaillés doivent être envoyés à l'assureur au moins une fois par année et, dans tous les cas, à la fin du traitement. En cas de traitement stationnaire, la personne assurée doit déclarer son admission à l'hôpital sans délai, au plus tard dans les cinq jours qui suivent. Les prescriptions médicales pour les cures doivent parvenir à l'assureur avant le début de la cure, avec indication de l'établissement ou de la station thermale où la cure aura lieu, ainsi que de sa date de début.
- **Obligation de collaborer:** la personne assurée doit fournir à CONCORDIA des renseignements complets et conformes à la vérité sur tout ce qui concerne le cas d'assurance (maladie, accident, maternité), ainsi que sur les maladies et accidents antérieurs, et délie le personnel médical traitant (médecin, etc.) du secret professionnel à l'égard de CONCORDIA.

D'autres obligations sont prévues dans les CGA, les CCA, les éventuelles conditions particulières d'assurance (CPA) et la LCA.

Quand débute l'assurance?

L'assurance débute le jour indiqué dans la proposition d'assurance ou dans la police.

Le preneur ou la preneuse d'assurance peut révoquer sa proposition de contrat ou l'acceptation du contrat par écrit. Le délai de révocation est de quatorze jours et commence à courir dès que le preneur ou la preneuse d'assurance a proposé ou accepté le contrat.

Quelle est la durée du contrat?

Si la police ou les CCA ne mentionnent pas de durée contractuelle fixe, le contrat est conclu à vie. La durée minimale d'un contrat conclu à vie s'élève à un an, à moins que la proposition ou la police d'assurance ne prévoient une autre durée contractuelle minimale. Dans le cas des assurances-hospitalisation avec franchise à option, le passage à une franchise plus basse est possible pour la première fois après une durée d'assurance de trois ans.

Quand le contrat prend-il fin?

Le preneur ou la preneuse d'assurance peut résilier le contrat comme suit:

- Pour les assurances conclues à vie, pour la fin d'une année civile après expiration de la durée contractuelle minimale, moyennant un préavis de trois mois. La résiliation est donnée dans les délais impartis lorsque CONCORDIA la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du préavis de trois mois.
- Pour les contrats conclus avec une durée contractuelle fixe, pour la fin de la durée contractuelle, moyennant un préavis de trois mois. Si le contrat a été conclu pour une durée supérieure à trois ans, il peut être résilié pour la fin de la troisième année ou de chaque année suivante, moyennant un préavis de trois mois. La résiliation est

donnée dans les délais impartis lorsque CONCORDIA la reçoit au plus tard le dernier jour avant le début du préavis de trois mois. Sans résiliation, le contrat est renouvelé tacitement d'année en année.

- Après chaque cas d'assurance pour lequel une prestation doit être octroyée, au plus tard quatorze jours à partir du moment où le preneur ou la preneuse d'assurance a eu connaissance du paiement par CONCORDIA.
- Si CONCORDIA modifie les primes. Dans ce cas-là, CONCORDIA doit recevoir la résiliation au plus tard le dernier jour de l'année civile.

CONCORDIA peut résilier le contrat lorsque des faits importants n'ont pas été déclarés ou l'ont été inexactement (violation de l'obligation de déclarer, réticence).

CONCORDIA n'est pas en droit de résilier le contrat suite à la survenance d'un événement assuré.

CONCORDIA peut se départir du contrat dans les cas suivants:

- si la personne assurée n'a pas payé une prime arriérée malgré une sommation et que CONCORDIA renonce à recouvrer cette prime;
- en cas de fraude à l'assurance;
- si, entre le moment où le questionnaire de santé a été rempli et celui où l'assurance a été conclue, des changements concernant l'état de santé sont intervenus et que le ou la proposant-e ou la personne assurée ne l'a pas immédiatement déclaré par écrit à CONCORDIA.

Le contrat prend fin automatiquement si la personne assurée établit son domicile de droit civil à l'étranger ou y transfère son lieu de résidence habituel pendant plus de douze mois, autrement dit à partir du moment où l'assurance obligatoire des soins conclue chez CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA prend fin.

D'autres possibilités de mettre un terme à l'assurance sont prévues dans les CGA, les CCA et la LCA.

Quand le droit aux prestations prend-il fin?

Le droit aux prestations (y compris celles fournies pour des traitements dentaires, de maladie, d'accident ou en lien avec la maternité antérieurs ou en cours) s'éteint quand l'assurance prend fin ou quand l'exclusion de la couverture d'assurance en question prend effet.

Quelles sont les formes de communication assimilées à la forme écrite?

Les autres formes de communication dont la preuve peut être établie sous forme de texte sont réputées en principe assimilées à la forme écrite, sauf exception prévue par les CGA et CCA.

Sont en principe assimilés à la forme écrite:

- les textes parvenant à CONCORDIA par le biais du portail clientèle;

- les textes qui, après vérification de l'identité des personnes concernées, parviennent à CONCORDIA au moyen du formulaire de contact électronique prévu à cet effet sur www.concordia.ch. CONCORDIA n'est pas tenue de mettre à disposition un tel formulaire;
- les textes de documents PDF scannés portant une signature et parvenant à CONCORDIA via l'adresse e-mail info@concordia.ch ou celle indiquée sur la police d'assurance;
- les textes d'e-mails portant une signature électronique qualifiée et parvenant à CONCORDIA via l'adresse e-mail info@concordia.ch ou celle indiquée sur la police d'assurance.

Dans quels buts les données sont-elles traitées par CONCORDIA?

- Conclusion et exécution du contrat d'assurance (y compris établissement de l'offre):

Les données sont traitées en vue de l'établissement de l'offre ainsi que de la conclusion et de l'exécution du contrat d'assurance, notamment dans le cadre des activités suivantes: réponse aux demandes, traitement des prestations, respect des lois, des réglementations et des directives internes, versement des commissions, gestion des données, analyses statistiques, vérification des propositions, examen du risque et clarification des violations de l'obligation de déclarer (LCA), informations à la clientèle, correspondance avec la clientèle, encaissement et décaissement, conseil à la clientèle, carte d'assurance, vérification de l'obligation de s'assurer, contrôle des rabais, lutte contre la fraude à l'assurance. Les données sont enregistrées au format électronique ou conservées sur support papier.

- Sécurité:

Les données sont traitées afin de garantir la sécurité des informations. Cet objectif englobe notamment les activités suivantes: surveillance et journalisation des systèmes et des réseaux de CONCORDIA, garantie de l'opérationnalité, tests, gestion des dysfonctionnements et des sauvegardes.

- Marketing:

CONCORDIA utilise les données à des fins de marketing. Les personnes concernées peuvent notamment recevoir une fois par année un courrier et un appel téléphonique de la part d'un collaborateur ou d'une collaboratrice de CONCORDIA Assurances SA ou d'un centre partenaire. D'autres activités de marketing peuvent également être effectuées, p. ex. sondage sur la satisfaction et les besoins de la clientèle, étude de marché, prestation de services sur mesure. Les personnes concernées peuvent révoquer leur consentement à tout moment. La légitimité du traitement des données réalisé jusqu'à la révocation n'est pas affectée par ladite révocation.

Les données sont-elles échangées avec des tiers?

Il est possible, dans certaines conditions, de recueillir des données auprès de tiers (p. ex. hôpitaux, personnel médical, autres assureurs, autorités). Ces données concernent des personnes assurées (p. ex. nom, adresse, numéro de téléphone, e-mail, produits d'assurance conclus) ou leur santé (p. ex. factures, rapports médicaux, décomptes de prestations).

Dans le cadre des obligations légales et contractuelles, les données peuvent également être communiquées à des tiers. En fonction du cas, les catégories de destinataires sont notamment les suivantes: prestataires de services auxquels CONCORDIA fait appel pour remplir ses objectifs de traitement des données (p. ex. prestataires informatiques, imprimeries, centres partenaires), autorités, autres assureurs, réassureurs, expert-es externes, tiers impliqués dans des litiges et autres sociétés du groupe CONCORDIA.

Les données peuvent être transmises aux centres clientèle de CONCORDIA au Liechtenstein. Le Conseil fédéral a établi que la législation liechtensteinoise garantit un niveau de protection approprié en vertu de l'art. 16 al. 2 de la loi fédérale sur la protection des données (LPD).

Qui est responsable du traitement des données?

CONCORDIA Assurances SA, Bundesplatz 15, 6002 Lucerne, est responsable du traitement des données. La personne assurée a le droit de demander à CONCORDIA les renseignements prévus par la loi relatifs au traitement des données la concernant et peut pour cela prendre contact avec le conseiller ou la conseillère à la protection des données interne à l'entreprise par courrier, e-mail ou téléphone: CONCORDIA, Protection des données, Bundesplatz 15, 6002 Lucerne, info@concordia.ch, +41 41 228 01 11.

Vous trouverez des informations détaillées à ce sujet dans la déclaration relative à la protection des données, disponible sur www.concordia.ch/protectiondesdonnees.

Assurances complémentaires des soins

Conditions générales d'assurance (CGA)

	Art.		
I. Généralités		VII. Restrictions de la protection d'assurance	
Bases contractuelles	1	Exclusion de prestations	32
Assureur, personnes assurées	2	Réduction de prestations	33
Proposition d'assurance	3	Prestations de tiers, subsidiarité	34
		Prise en charge provisoire des prestations, droit de recours	35
II. Étendue des assurances		VIII. Divers	
Objet des assurances	4	Obligation de payer	36
Admission dans les assurances	5	Conventions de rémunération et tarifs	37
Champ d'application territorial	6	Lieu d'exécution et for juridique	38
		Communications	39
III. Définitions		Conventions particulières	40
Forme écrite, formes de communication assimilées à la forme écrite	7	Compensation, cession, mise en gage et remboursement	41
Maladie, maternité	8	Adaptation des conditions d'assurance	42
Accident	9	Garantie des droits acquis à l'égard des modifications au 1 ^{er} janvier 2022	43
Fournisseurs et fournisseuses de prestations	10	Application de la loi révisée sur le contrat d'assurance entrée en vigueur le 1 ^{er} janvier 2022	44
Période d'assurance	11		
IV. Début et fin des assurances		I. Généralités	
Début de la protection d'assurance	12	1 Bases contractuelles	
Révocation	13	1.1 Les pièces suivantes constituent les bases du contrat:	
Durée du contrat	14	1.1.1 les Conditions générales d'assurance (CGA), les Conditions complémentaires d'assurance (CCA), les éventuelles Conditions particulières d'assurance (CPA), ainsi que les dispositions de la police et des éventuels avenants;	
Police de remplacement	15	1.1.2 les déclarations écrites que le preneur ou la preneuse d'assurance (proposant-e) et les personnes assurées (personnes à assurer) font dans la proposition, dans le rapport médical ainsi que dans d'autres documents.	
Fin des assurances	16	1.2 Les dispositions divergentes des CCA ou CPA ont la priorité sur les présentes CGA. Pour les personnes assurées qui ont conclu une forme particulière de l'assurance obligatoire des soins (p. ex. modèle HMO ou médecin de famille) conformément à l'art. 62 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les CPA correspondantes s'appliquent également.	
Résiliation	17	1.3 Tout état de fait qui n'est pas réglé expressément dans ces documents tombe sous le coup de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA).	
Extinction du droit aux prestations	18		
Suspension des assurances	19		
V. Primes et participations aux coûts			
Tarif de primes	20		
Échéance, paiement des primes	21		
Sommation, retard de paiement	22		
Remboursement des primes	23		
Adaptation des tarifs de primes	24		
Modification de l'échelonnement des primes	25		
Remboursement des participations aux coûts	26		
VI. Obligations et justification des prétentions			
Obligation de se soumettre à un traitement médical, obligation d'informer	27		
Obligation d'annoncer un traitement ambulatoire	28		
Obligation d'annoncer un traitement stationnaire	29		
Obligation d'informer l'assureur avant une cure	30		
Justification des prétentions	31		

2 Assureur, personnes assurées

- 2.1 L'assureur au sens des dispositions suivantes est CONCORDIA Assurances SA, Lucerne, ci-après nommée CONCORDIA.
- 2.2 Sont assurées les personnes mentionnées dans la police.

3 Proposition d'assurance

- 3.1 Pour qu'une admission dans l'assurance ou qu'une modification d'assurance soit possible, il convient de remplir le formulaire de proposition prévu à cet effet de manière complète et conforme à la vérité, puis de le transmettre à l'assureur. Il en va de même pour les indications complémentaires demandées, le cas échéant. L'assureur peut subordonner sa décision au résultat d'un examen médical.
- 3.2 Les nouveau-né-es peuvent être assuré-es dès le jour de leur naissance, à condition que le formulaire de proposition soit parvenu à l'assureur avant cette date.
- 3.3 Si, au moment de répondre aux questions, le ou la proposant-e ou la personne assurée ont omis de déclarer ou ont déclaré de manière incorrecte des faits importants qui leur étaient connus ou qui auraient dû l'être, notamment des maladies ou suites d'accident existant au moment de l'établissement de la proposition d'assurance ou ayant existé antérieurement, l'assureur peut se départir du contrat par écrit dans les quatre semaines à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la violation de l'obligation de déclarer. La résiliation prend effet à la date de réception de la notification par le preneur ou la preneuse d'assurance.
- 3.4 **Si, entre le moment où les questionnaires ont été remplis et celui de la conclusion de l'assurance, l'état de santé de la personne assurée change, le ou la proposant-e ou la personne assurée doivent le signaler immédiatement par écrit à l'assureur et compléter ou rectifier leurs réponses.** En cas de manquement à cette obligation de tenir informé l'assureur avant la conclusion de l'assurance, l'assureur est en droit de se départir du contrat par écrit dans les quatre semaines à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la violation de cette obligation. La résiliation prend effet à la réception de la notification par le preneur ou la preneuse d'assurance.

II. Étendue des assurances

4 Objet des assurances

- 4.1 Sont assurables les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et des accidents en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et à l'assurance-accidents selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Les prestations sont accordées en complément à celles de ces assurances obligatoires.

- 4.2 Les détails concernant les différentes assurances sont réglés dans les CCA.

5 Admission dans les assurances

- 5.1 L'assureur est en droit d'émettre des réserves pour certaines maladies ou séquelles d'accident, voire de refuser l'assurance dans son intégralité.
- 5.2 L'admission d'enfants n'est assortie d'aucune réserve si la proposition d'assurance est soumise avant la naissance. Les dispositions dérogoatoires dans les CCA demeurent réservées.

6 Champ d'application territorial

- 6.1 Les assurances déploient leurs effets dans le monde entier.
- 6.2 Les prestations à l'étranger sont prises en charge pour autant que cela soit prévu dans les CCA.
- 6.3 En cas de maintien des assurances à l'étranger conformément à l'art. 16.4 ou 16.5, la conclusion d'une nouvelle assurance complémentaire des soins et le passage à une classe d'assurance supérieure sont exclus.

III. Définitions

7 Forme écrite, formes de communication assimilées à la forme écrite

Sont réputées en principe assimilées à la forme écrite les autres formes de communication dont la preuve peut être établie sous forme de texte. Sur son site Internet (www.concordia.ch) et dans le document d'information à la clientèle conformément à l'art. 3 LCA, l'assureur peut émettre des directives concernant ces autres formes afin qu'elles puissent être assimilées à la forme écrite. Les dispositions légales impératives ainsi que la jurisprudence en la matière demeurent réservées. L'utilisation des autres formes peut entraîner des risques accrus en matière de protection des données. L'assureur ne répond pas de comportements dont le preneur ou la preneuse d'assurance est personnellement responsable.

8 Maladie, maternité

- 8.1 Par maladie, on entend tout trouble médicalement décelable de la santé physique ou mentale indépendant de la volonté de la personne assurée, trouble qui nécessite un traitement médical et qui n'est dû ni à un accident ni à une lésion corporelle assimilée à un accident conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire.
- 8.2 La grossesse et l'accouchement sont assimilées à des maladies, à condition que l'assurance de la mère soit en vigueur depuis une année au moins au moment de l'accouchement.

9 Accident

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, ainsi que les lésions corporelles assimilées à un accident conformément à la définition de l'assurance-accidents obligatoire.

10 Fournisseurs et fournisseuses de prestations

Sont réputées fournisseurs et fournisseuses de prestations au sens du contrat les personnes, établissements et institutions admis-es à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire de soins selon l'art. 35 ss LAMal ou à la charge de l'assurance-accidents selon l'art. 53 LAA, et qui remplissent les conditions qui y sont fixées.

11 Période d'assurance

Est réputée période d'assurance l'année civile.

IV. Début et fin des assurances

12 Début de la protection d'assurance

Les assurances peuvent être conclues pour le premier jour de chaque mois. La protection d'assurance produit ses effets aussitôt que l'assureur a accepté par écrit la proposition d'assurance, au plus tôt cependant à la date de début d'assurance figurant dans la proposition ou dans la police.

13 Révocation

Le preneur ou la preneuse d'assurance peut révoquer sa proposition de contrat ou l'acceptation du contrat par écrit. Le délai de révocation est de quatorze jours et commence à courir dès que le preneur ou la preneuse d'assurance a proposé ou accepté le contrat.

14 Durée du contrat

14.1 Le contrat est conclu pour la durée contractuelle fixe indiquée dans la police. Il se renouvelle ensuite tacitement d'année en année pour autant que le preneur ou la preneuse d'assurance ne l'ait pas résilié pour la fin de la durée contractuelle.

14.2 Si aucune durée contractuelle fixe n'est convenue dans la police, les assurances sont conclues pour toute la vie de la personne assurée.

15 Police de remplacement

Lorsqu'une police est remplacée, les prestations perçues antérieurement et limitées contractuellement soit dans le temps soit par un montant maximal sont imputées sur le droit aux prestations futures.

16 Fin des assurances

Les assurances prennent fin:

16.1 au décès de la personne assurée;

16.2 en cas de révocation ou de résiliation;

16.3 lorsque le preneur ou la preneuse d'assurance ou l'assureur se retirent du contrat (art. 22.2);

16.4 en cas de transfert du domicile de droit civil à l'étranger, dès que l'assurance obligatoire des soins chez CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA prend fin;

16.5 en cas de transfert du lieu de résidence habituel à l'étranger pendant plus de douze mois, dès que l'assurance obligatoire des soins chez CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA prend fin. Une suspension des assurances demeure réservée.

17 Résiliation

17.1 Le preneur ou la preneuse d'assurance peut résilier les assurances:

- pour la fin de la durée contractuelle, moyennant un préavis de trois mois, pour les contrats conclus avec une durée contractuelle fixe;

- pour la fin de chaque période d'assurance, moyennant un préavis de trois mois et après une durée contractuelle minimale d'une année, pour les assurances conclues à vie. Les CCA ou la police de certaines assurances peuvent prévoir une durée contractuelle minimale plus longue, de trois ans au maximum;

- si les tarifs de primes ou les réglementations relatives aux participations aux coûts font l'objet d'adaptations (art. 24);

- si les conditions d'assurance sont adaptées (art. 42);

- après chaque cas d'assurance pour lequel l'assureur a octroyé des prestations, au plus tard quatorze jours à compter du moment où le preneur ou la preneuse d'assurance a eu connaissance du versement;

- en tout temps pour de justes motifs, conformément à l'art. 35b LCA.

17.2 La résiliation doit revêtir la forme écrite. Elle doit être communiquée dans les délais prévus, autrement dit l'assureur doit la recevoir au plus tard le dernier jour avant le début du délai de préavis.

17.3 L'assureur ne dispose ni du droit de résiliation ordinaire ni du droit de résiliation en cas de sinistre. Le droit de résiliation de l'assureur demeure réservé en cas de violation de l'obligation de déclarer ainsi qu'en cas de fraude ou tentative de fraude à l'assurance.

18 Extinction du droit aux prestations

Le droit aux prestations (y compris celles fournies pour des traitements dentaires, de maladie ou d'accident antérieurs ou en cours) s'éteint quand l'assurance prend fin ou quand l'exclusion de la couverture d'assurance en question prend effet, sauf s'il y a une obligation de fournir des prestations périodiques au sens de l'art. 35c LCA.

19 Suspension des assurances

- 19.1 Une suspension des assurances moyennant une réduction de primes peut être accordée pour une période maximale de deux ans en cas de prise de domicile ou de séjour à l'étranger, pour autant que la personne assurée ne reste pas assurée en Suisse pour l'assurance obligatoire des soins.
- 19.2 La demande de suspension du contrat d'assurance doit être déposée par écrit auprès de CONCORDIA avant le départ de la personne et être accompagnée de tous les documents nécessaires (p. ex. attestation de départ). Il n'existe pas de droit acquis à une suspension des assurances.
- 19.3 Pendant la durée de la suspension, aucune prestation d'assurance n'est exigible. Le passage à une classe d'assurance supérieure est également exclu pendant cette période.
- 19.4 Si un risque (maladie, accident ou maternité) se réalise durant la période de suspension des assurances, ses conséquences économiques ne sont couvertes ni durant la période de suspension ni par la suite.
- 19.5 Lorsque le motif de la suspension prend fin (p. ex. retour de l'étranger avec réadmission dans l'assurance obligatoire des soins en Suisse) ou que le délai de deux ans a expiré, la suspension s'achève également. Le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée ont l'obligation de prendre contact avec CONCORDIA.

V. Primes et participations aux coûts

20 Tarif de primes

- 20.1 Les primes sont calculées par période d'assurance (art. 11) et sont portées dans le tarif de primes.
- 20.2 Le tarif de primes peut prévoir un échelonnement des primes selon l'âge, le sexe, la profession, l'activité, le domicile de droit civil de la personne assurée ou le siège du preneur ou de la preneuse d'assurance. Si la profession, l'activité, le domicile de droit civil de la personne assurée ou le siège du preneur ou de la preneuse d'assurance change, l'assureur doit en être avisé immédiatement par écrit. Les primes peuvent être adaptées avec effet au jour où le changement est intervenu.
- 20.3 Les classes d'âge déterminantes sont les suivantes:
- 0-15 ans;
 - puis classes d'âge par tranches de 5 ans jusqu'à 60 ans;
 - 61 ans et plus.
- La prime augmente au moment où la classe d'âge supérieure est atteinte. Les CCA des différentes assurances peuvent prévoir d'autres classes d'âge.

21 Échéance, paiement des primes

- 21.1 La prime annuelle doit être payée à l'avance. Elle échoit au 1^{er} janvier de chaque année; si l'assurance débute en cours d'année, la prime est due à la remise de la facture pour la période restante de l'année.
- 21.2 Un paiement par acomptes peut être convenu moyennant un supplément de prime. Les acomptes doivent également être payés à l'avance.
- 21.3 Lorsque le preneur ou la preneuse d'assurance a souscrit plusieurs assurances (dont l'assurance obligatoire des soins) auprès de l'assureur, il convient de déterminer un mode de paiement uniforme.
- 21.4 Si un paiement par acomptes est convenu, les acomptes arrivant à échéance en cours d'année sont considérés comme ayant simplement bénéficié d'un délai de paiement.
- 21.5 Lorsque le preneur ou la preneuse d'assurance est en retard dans le paiement d'un acompte, le solde de la prime pour la période d'assurance en cours est dû immédiatement.

22 Somation, retard de paiement

- 22.1 Si la prime n'a pas été payée à l'échéance, l'assureur somme par écrit le preneur ou la preneuse d'assurance de s'en acquitter dans les quatorze jours suivant l'envoi de la sommation en lui rappelant les conséquences d'un retard de paiement. Si la sommation reste sans effet, l'obligation à prestations de l'assureur est suspendue à l'expiration du délai de sommation.
- 22.2 Si l'assureur n'entame pas de procédure juridique de recouvrement de la prime arriérée dans les deux mois après l'échéance du délai de sommation au sens de l'art. 22.1, il est réputé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée.
- 22.3 Si l'assureur poursuit le paiement de la prime par voie juridique ou l'accepte ultérieurement, son obligation à prestations reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été payée, intérêts et frais compris. L'assureur n'est pas tenu de verser des prestations pour les cas d'assurance qui se sont produits pendant la durée du retard et après l'expiration du délai de sommation.

23 Remboursement des primes

- 23.1 Si, pour des raisons légales ou contractuelles, le contrat est annulé avant l'expiration de la période d'assurance convenue, l'assureur rembourse la part de la prime acquittée pour la période d'assurance non échue ou renonce à exiger le paiement d'acomptes arrivant à échéance ultérieurement.
- 23.2 Cette disposition n'est pas applicable si le preneur ou la preneuse d'assurance résilie le contrat à la suite d'un sinistre avant l'expiration de la première année d'assurance.

24 Adaptation des tarifs de primes

Si les tarifs de primes ou les réglementations relatives à la participation aux coûts changent, l'assureur peut exiger l'adaptation de l'assurance au premier jour de la période d'assurance suivante. À cet effet, il doit communiquer par écrit au preneur ou à la preneuse d'assurance les nouvelles conditions contractuelles au moins 25 jours avant leur entrée en vigueur. Le preneur ou la preneuse d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance pour la fin de la période d'assurance en cours, en faisant parvenir à l'assureur la résiliation au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours. En pareil cas, l'assurance s'éteint à l'expiration de la période d'assurance en cours. Si le preneur ou la preneuse d'assurance omet de procéder à la résiliation de l'assurance, l'adaptation apportée à l'assurance est réputée acceptée.

25 Modification de l'échelonnement des primes

25.1 Si un changement d'âge, de profession, d'activité, de domicile de droit civil de la personne assurée ou de siège du preneur ou de la preneuse d'assurance entraîne une reclassification au sein de l'échelonnement des primes, l'assureur peut adapter la prime en conséquence avec effet au moment de la modification.

25.2 Les modifications de l'échelonnement des primes ne constituent pas un motif de résiliation au sens de l'art. 24, hormis celles selon l'âge qui entraînent un changement de prime.

26 Remboursement des participations aux coûts

26.1 Si l'assureur règle directement les factures des fournisseurs et fournisseuses de prestations, le preneur ou la preneuse d'assurance s'engage à lui verser la franchise et la quote-part convenues dans les 30 jours qui suivent l'établissement de la facture.

26.2 Si le preneur ou la preneuse d'assurance ne remplit pas son obligation de remboursement, l'art. 22 s'applique par analogie.

VI. Obligations et justification des prétentions

27 Obligation de se soumettre à un traitement médical, obligation d'informer

27.1 Lorsqu'une maladie ou un accident donnera vraisemblablement droit à des prestations, il convient de veiller à ce que des soins médicaux adéquats soient prodigués dès que possible. La personne assurée est tenue de se conformer aux prescriptions du ou de la médecin ou des autres fournisseurs ou fournisseuses de prestations.

27.2 L'assureur est en droit de demander aux fournisseurs et fournisseuses de prestations des renseignements ou justificatifs complémentaires, notamment des certificats médicaux. De plus, le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée doivent fournir des renseignements complets et conformes à la vérité sur tout ce qui concerne le sinistre ainsi que les maladies et accidents antérieurs, et délient les fournisseurs et fournisseuses de prestations qui prodiguent ou ont prodigué des soins du secret professionnel vis-à-vis de l'assureur.

27.3 De plus, la personne assurée a l'obligation de se soumettre, sur ordre de l'assureur, à un examen mené par des médecins mandaté-es par l'assureur.

28 Obligation d'annoncer un traitement ambulatoire

En cas de traitement ambulatoire, les factures et justificatifs détaillés doivent être envoyés à l'assureur au moins une fois par année et, dans tous les cas, à la fin du traitement. L'assureur est en droit de réclamer les documents originaux.

29 Obligation d'annoncer un traitement stationnaire

29.1 Toute admission à l'hôpital doit être annoncée à l'assureur sans délai, au plus tard dans les cinq jours qui suivent.

29.2 À la demande du fournisseur ou de la fournisseuse de prestations ou de la personne assurée, l'assureur délivre une garantie de paiement au moment de l'hospitalisation.

30 Obligation d'informer l'assureur avant une cure

L'ordonnance de cure, établie par un·e médecin, doit être présentée à l'assureur avant le début de la cure et faire mention de l'établissement de cure ou de la station thermale ainsi que de la date du début de la cure.

31 Justification des prétentions

31.1 Lorsque la personne assurée fait valoir un droit aux prestations, elle doit présenter à l'assureur tous les certificats médicaux, rapports, justificatifs et factures des fournisseurs et fournisseuses de prestations. L'assureur est en droit de réclamer les documents originaux.

31.2 Si d'autres assureurs sociaux ou privés (p. ex. assurance-invalidité, assurance militaire, autres assurances-maladie ou accidents) sont aussi tenus de verser des prestations pour une maladie ou les séquelles d'un accident en même temps que l'assureur, il y a lieu de remettre à l'assureur, outre les documents mentionnés, également les décomptes des autres assureurs impliqués.

- 31.3 Le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée doivent informer l'assureur de toutes les prestations par suite de maladie ou d'accident qu'ils ou elles ont reçues et de toutes celles qu'ils ou elles peuvent faire valoir à l'encontre d'un tiers sur la base d'un acte illicite, d'un contrat ou de la loi.
- 31.4 Les prestations de l'assureur découlant du contrat d'assurance se prescrivent par cinq ans à compter de la survenance du fait duquel naît l'obligation.

VII. Restrictions de la protection d'assurance

32 Exclusion de prestations

- 32.1 Aucune prestation d'assurance n'est versée pour les maladies et les accidents, ainsi que leurs complications et séquelles, en lien avec les événements suivants:
- suites d'événements belliqueux en Suisse ou à l'étranger. Cependant, si la personne assurée est surprise par l'éclatement de ces faits dans le pays où elle séjourne, la protection d'assurance continue de déployer ses effets pendant quatorze jours après leur première survenance;
 - service militaire à l'étranger;
 - participation à des actes de guerre ou de terrorisme;
 - participation à des troubles, à des manifestations ou à des événements similaires;
 - perpétration de crimes et de délits, que ce soit intentionnellement ou par négligence grave;
 - participation à des rixes ou à des bagarres, à moins que la personne assurée n'ait été blessée par les protagonistes alors qu'elle n'était pas en cause ou qu'elle venait en aide à une personne sans défense;
 - dangers auxquels la personne assurée s'expose en provoquant gravement autrui;
 - effets de radiations ionisantes et dommages causés par l'énergie atomique;
 - consommation de drogues, de stupéfiants et d'autres substances toxicomanogènes, ainsi qu'abus d'alcool et de médicaments;
 - suicide ou automutilations ou tentatives de tels actes.
- Les motifs d'exclusion susmentionnés s'appliquent également lorsqu'ils ne sont que partiellement à l'origine d'une maladie ou d'un accident.
- 32.2 De plus, aucune prestation n'est versée pour:
- le traitement de l'adiposité (surpoids; complications et séquelles comprises);
 - les traitements (complications et séquelles comprises) dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique ne sont pas démontrés par des méthodes scientifiques;
 - la fécondation artificielle et le traitement de la stérilité (complications et séquelles comprises);

- les traitements esthétiques (complications et séquelles comprises);
- la chirurgie transgenre (complications et séquelles comprises);
- les participations aux coûts (franchises et quotes-parts) de l'assurance obligatoire des soins et d'autres assurances.

33 Réduction de prestations

Les prestations assurées sont réduites et, dans des cas particulièrement graves, refusées:

- lorsque le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée ne remplissent pas leurs obligations et leurs devoirs, à moins qu'ils ou elles ne prouvent que la violation n'est pas imputable à une faute de leur part ou que la violation n'a pas eu d'incidence sur le sinistre ni sur l'étendue des prestations dues par l'assureur;
- lorsque l'événement assuré est provoqué par une négligence grave du preneur ou de la preneuse d'assurance ou de la personne assurée;
- en cas d'accidents résultant d'une entreprise téméraire. Les entreprises téméraires sont celles par lesquelles la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre ou pouvoir prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables. En revanche, le sauvetage de personnes est couvert par l'assurance, même s'il peut être considéré comme une entreprise téméraire.

34 Prestations de tiers, subsidiarité

- 34.1 Les prestations des assurances complémentaires des soins sont accordées en complément aux prestations versées selon la législation fédérale suisse sur l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité et à celles des assurances étrangères correspondantes. Lorsque la personne assurée a droit à des prestations des assurances sociales mentionnées, les prestations des assurances complémentaires des soins ne sont accordées que si le cas a été annoncé aux assureurs en question dans les délais impartis.
- 34.2 Lorsque des contrats d'assurance de droit privé ont été conclus auprès de plusieurs assureurs tenus de verser des prestations, la totalité des prestations ne peut être versée qu'une seule fois. En pareil cas, le montant des prestations que chaque assureur devrait verser au titre de l'assurance existant chez lui est déterminé comme s'il était le seul à devoir octroyer des prestations; ce montant sert ensuite de base au calcul de la somme totale des prestations. Chaque assureur ne prend en charge que le montant qui correspond à sa part de la somme totale.

- 34.3 Dans le cas où des tiers responsables ou leurs assureurs responsabilité civile sont tenus de verser des prestations pour des suites de maladie ou d'accident, CONCORDIA n'accorde de prestations que lorsque ceux-ci ont acquitté leurs prestations et uniquement dans la mesure où ses propres prestations ne constituent pas une source d'enrichissement pour la personne assurée. Une prise en charge provisoire des prestations conformément à l'art. 35 des présentes CGA demeure réservée.
- 34.4 Lorsqu'un autre assureur réduit ses prestations ou refuse de les accorder pour des motifs exposés à l'art. 33 des présentes CGA, ce manque à gagner n'est pas compensé.

35 Prise en charge provisoire des prestations, droit de recours

- 35.1 L'assureur peut avancer certaines prestations si la personne assurée lui cède ses droits vis-à-vis de tiers à concurrence du montant des prestations prises en charge provisoirement et qu'elle s'engage à ne rien entreprendre qui pourrait s'opposer à la revendication du droit de recours éventuel envers des tiers.
- 35.2 L'assureur est libéré de toute obligation à prestations lorsque la personne assurée a conclu, sans l'approbation de l'assureur, un arrangement avec un tiers tenu de verser des prestations par lequel elle renonce, entièrement ou en partie, à des prestations d'assurance ou à des indemnités, ou un arrangement par lequel elle reçoit une indemnité en capital.

VIII. Divers

36 Obligation de payer

Le débiteur ou la débitrice des fournisseurs et fournisseuses de prestations est, par principe, la personne assurée. Le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée acceptent cependant que l'assureur et les fournisseurs et fournisseuses de prestations concluent des accords prévoyant un paiement direct aux fournisseurs et fournisseuses de prestations.

37 Conventions de rémunération et tarifs

Les rémunérations convenues entre la personne assurée et le fournisseur ou la fournisseuse de prestations n'engagent pas l'assureur. Un droit à des prestations n'existe que dans le cadre des tarifs reconnus par l'assureur.

38 Lieu d'exécution et for juridique

- 38.1 Les obligations découlant du contrat doivent être honorées en Suisse et en devise suisse.
- 38.2 En cas de litiges découlant du contrat, le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée ont le choix entre le for juridique de Lucerne et celui de leur domicile en Suisse.

39 Communications

- 39.1 Toutes les communications peuvent être adressées valablement au Siège principal de CONCORDIA ou à la représentation désignée dans la police.
- 39.2 Lorsque les assurances complémentaires de CONCORDIA sont délivrées par un autre assureur, les communications et annonces faites à ce dernier ont la même validité que si elles étaient adressées à CONCORDIA.
- 39.3 Les communications de l'assureur se font valablement à la dernière adresse en Suisse indiquée par le preneur ou la preneuse d'assurance.
- 39.4 Les communications peuvent aussi être adressées par voie électronique. Sur son site Internet (www.concordia.ch) et dans le document d'information à la clientèle selon l'art. 3 LCA, l'assureur peut émettre des directives sur les communications électroniques afin qu'elles puissent être considérées comme notifiées valablement. Les dispositions légales impératives ainsi que la jurisprudence en la matière demeurent réservées.

40 Conventions particulières

Toute convention en dehors de ces dispositions engage l'assureur uniquement si elle a fait l'objet d'une confirmation écrite par son Siège principal.

41 Compensation, cession, mise en gage et remboursement

- 41.1 Le preneur ou la preneuse d'assurance ou la personne assurée n'ont pas le droit de compenser des primes en souffrance avec des droits aux prestations.
- 41.2 Le droit à des prestations assurées ne peut être cédé ou mis en gage qu'avec l'accord exprès de l'assureur.
- 41.3 Les prestations perçues à tort doivent être restituées à l'assureur.

42 Adaptation des conditions d'assurance

- 42.1 L'assureur est en droit d'adapter les conditions d'assurance, notamment dans les situations suivantes:
- 42.1.1 en cas de multiplication du nombre de fournisseurs et fournisseuses de prestations ou d'émergence de nouveaux types de fournisseurs et fournisseuses de prestations;
- 42.1.2 en cas d'avancées de la médecine moderne;
- 42.1.3 en cas d'apparition de formes thérapeutiques nouvelles ou plus coûteuses (p. ex. médicaments, modes opératoires, techniques diagnostiques);
- 42.1.4 en cas de modification des dispositions concernant les prestations de la LAMal ou de ses ordonnances d'exécution.

42.2 Lorsque les conditions d'assurance sont adaptées pour ces raisons, les nouvelles conditions d'assurance s'appliquent au preneur ou à la preneuse d'assurance, à la personne assurée et à l'assureur. L'assureur communique les adaptations par écrit au preneur ou à la preneuse d'assurance au plus tard 25 jours avant leur entrée en vigueur. Le preneur ou la preneuse d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance pour la fin de la période d'assurance en cours, en faisant parvenir à l'assureur la résiliation au plus tard le dernier jour de la période d'assurance en cours. En pareil cas, l'assurance s'éteint à l'expiration de la période d'assurance en cours. Si le preneur ou la preneuse d'assurance omet de procéder à la résiliation de l'assurance, l'adaptation apportée à l'assurance est réputée acceptée.

43 Garantie des droits acquis à l'égard des modifications au 1^{er} janvier 2022

43.1 Si les modifications des présentes CGA ou des CCA au 1^{er} janvier 2022 ont un effet préjudiciable pour la personne assurée, les dispositions des CGA ou CCA des assurances complémentaires valables jusqu'au 31 décembre 2021 continuent de s'appliquer aux contrats d'assurance conclus avant 2022. Pour le reste, les nouvelles CGA ou CCA sont valables.

43.2 La garantie des droits acquis s'applique en particulier:

- aux frontaliers et frontalières (art. 6.3 CGA, édition 2007; art. 25 al. 2 CCA DIVERSA, édition 2017);
- aux tarifs privés (art. 36.2 CGA, édition 2007);
- aux moyens auxiliaires (art. 16 CCA DIVERSA, édition 2017);
- aux cures balnéaires (art. 5 CCA DIVERSA, édition 2017; art. 10 CCA Assurance-hospitalisation, édition 2010; art. 13 CCA Assurance-hospitalisation LIBERO, édition 2007);
- au droit d'option pendant un séjour hospitalier (art. 7.2 CCA Assurance-hospitalisation LIBERO, édition 2007).
- aux traitements effectués par des personnes parentes ou vivant dans le même ménage (la troisième phrase de l'art. 6 CCA NATURA, édition 2022, ne s'applique pas dans ce cas).

44 Application de la loi révisée sur le contrat d'assurance entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022

Pour les contrats d'assurances complémentaires des soins conclus avant 2022, la révision partielle de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, s'applique uniquement dans le cadre de la disposition transitoire de l'art. 103a LCA.



Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone +41 41 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch