

Assurance DIVERSA

Conditions complémentaires d'assurance (CCA)

	Art.	
I. Définition et objet		I. Définition et objet
Assurance complémentaire	1	1 Assurance complémentaire
Objet	2	1.1 L'assurance DIVERSA est une assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins (assurance de base). Pour toutes les questions qui ne sont pas expressément réglées dans les présentes Conditions complémentaires d'assurance (CCA), les dispositions légales et les Conditions générales d'assurance pour les assurances complémentaires des soins (CGA) s'appliquent.
Maladie et accident	3	1.2 Pour l'assuré qui a conclu une forme particulière de l'assurance de base selon l'art. 62 LAMal (p. ex. HMO, modèle du médecin de famille), s'appliquent en outre les Conditions particulières d'assurance (CPA) correspondantes.
II. Prestations en Suisse		2 Objet
Médicaments non à charge de l'assurance de base	4	2.1 L'assurance DIVERSA accorde des prestations multiples allant au-delà de l'assurance de base.
Cures balnéaires	5	2.2 L'assurance DIVERSA peut être conclue dans les variantes DIVERSA, DIVERSA ^{care} , DIVERSA ^{plus} ou DIVERSA ^{premium} .
Cures de convalescence	6	3 Maladie et accident
Obligation de déclarer	7	Les prestations de l'assurance DIVERSA sont allouées en cas de maladie et d'accident.
Aide familiale	8	II. Prestations en Suisse
Transports en cas de maladie ou d'accident en Suisse	9	4 Médicaments non à charge de l'assurance de base
Traitements dentaires	10	Les médicaments non à charge de l'assurance de base prescrits par un médecin et enregistrés en Suisse auprès de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic) sont pris en charge à hauteur de:
Indemnité de décès	11	DIVERSA et DIVERSA ^{care} : 50 %
Verres de lunettes, lentilles de contact	12	DIVERSA ^{plus} et DIVERSA ^{premium} : 75 %
Chirurgie réfractive non à charge de l'assurance de base	13	Sont exceptées de l'obligation à prestations les préparations contenues dans la Liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA) et celles utilisées dans le cadre d'études scientifiques.
Psychothérapie non médicale	14	
Vaccinations	15	
Moyens auxiliaires	16	
Traitements non à charge de l'assurance de base	17	
Médecins en récusation	18	
Nuitée en cas d'intervention ambulatoire	19	
Chambre familiale en cas d'accouchement	20	
Rooming-in	21	
Garde d'enfants	22	
Cours sur les urgences chez les enfants en bas âge	23	
Protection juridique des patients	24	
III. Prestations à l'étranger		
A Traitements en cas d'urgence		
Validité territoriale et temporelle	25	
Centrale d'alarme	26	
Frais de guérison	27	
Secours d'urgence	28	
Durée des prestations	29	
Obligation de déclarer	30	
Restrictions en matière de prestations	31	
B Traitements planifiés		
Traitements médicaux ambulatoires planifiés	32	

5 Cures balnéaires

5.1 Pour les cures balnéaires stationnaires effectuées sur prescription médicale dans une station thermale suisse dirigée par un médecin au sens de l'art. 40 LAMal, les prestations suivantes sont versées en sus des frais couverts par l'assurance de base durant 21 jours au maximum par année civile:

DIVERSA et DIVERSA^{care}: CHF 30 par jour

DIVERSA^{plus} et DIVERSA^{premium}: CHF 50 par jour

Ces montants sont également accordés si la cure balnéaire stationnaire prescrite par un médecin a lieu dans une station thermale européenne dirigée par un médecin, disposant du personnel professionnel requis et proposant une thérapie appropriée pour le traitement des patients de cures balnéaires.

5.2 Ces prestations ne sont accordées que si la cure a été précédée d'un traitement intensif approprié et reconnu scientifiquement ou si un tel traitement n'est pas possible en ambulatoire. De plus, un examen médical d'entrée doit avoir lieu au début de la cure et des mesures balnéologiques/physiothérapeutiques reconnues scientifiquement en Suisse doivent être effectuées selon le plan de cure.

6 Cures de convalescence

6.1 Si un séjour de cure est médicalement nécessaire et prescrit par un médecin en vue de la guérison ou de la convalescence consécutive à une maladie grave ou à une opération lourde, les prestations suivantes sont versées par jour:

DIVERSA et DIVERSA^{care}: jusqu'à CHF 30

DIVERSA^{plus} et DIVERSA^{premium}: jusqu'à CHF 50

6.2 La cure doit avoir lieu dans un établissement de cure suisse reconnu par l'assureur. Ce dernier tient une liste régulièrement mise à jour des établissements qu'il reconnaît. Les assurés peuvent la consulter auprès de l'assureur ou en demander un extrait.

6.3 Les prestations assurées sont versées au maximum pendant 21 jours par année civile.

7 Obligation de déclarer

L'ordonnance de cure, établie par un 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.

8 Aide familiale

8.1 Si, en cas d'incapacité totale de travail, l'assuré doit, sur prescription médicale, faire appel à une aide familiale en raison de son état de santé et de circonstances personnelles et familiales, les prestations journalières suivantes sont allouées:

DIVERSA et DIVERSA^{care}: CHF 30

DIVERSA^{plus} et DIVERSA^{premium}: CHF 50

8.2 Est considérée comme aide familiale la personne qui, à titre professionnel, pour son compte ou celui d'une organisation, se charge des tâches ménagères en lieu et place de l'assuré. Le même montant peut être accordé si une autre personne se charge des tâches ménagères en lieu et place de l'assuré malade et que les frais correspondants sont dûment justifiés.

8.3 La prestation journalière assurée est accordée 30 fois au maximum par année civile.

9 Transports en cas de maladie ou d'accident en Suisse

9.1 En complément des prestations de l'assurance de base, l'assureur prend en charge aux tarifs usuels les frais engendrés en Suisse pour les transports par ambulance médicalement nécessaires jusqu'au médecin ou à l'hôpital le plus proche. Le moyen de transport doit être économique et approprié.

9.2 Pour les frais de recherche et de sauvetage d'assurés accidentés ou atteints d'une maladie aiguë, les prestations suivantes sont allouées en complément des prestations de l'assurance de base:

DIVERSA: jusqu'à CHF 10'000

DIVERSA^{care}: jusqu'à CHF 15'000

DIVERSA^{plus}: jusqu'à CHF 20'000

DIVERSA^{premium}: jusqu'à CHF 25'000

9.3 Si une organisation fait dépendre l'établissement de la facture pour l'aide apportée des prestations de l'assureur, les prestations sont réduites de moitié.

10 Traitements dentaires

10.1 L'assureur accorde les prestations suivantes:

10.1.1 En cas de traitements hospitaliers chirurgicaux en vue de l'élimination d'états pathologiques (reconstruction de la maxillaire et des crêtes alvéolaires à l'aide de greffes osseuses, reconstruction du vestibule, etc.), les frais de la division commune de l'hôpital conventionné dans le canton de résidence sont pris en charge.

10.1.2 En cas de traitement ambulatoire, les frais qui ne sont couverts ni par l'assurance de base ni par les soins dentaires scolaires sont pris en charge à hauteur de

DIVERSA et DIVERSA^{care}: 50%

DIVERSA^{plus} et DIVERSA^{premium}: 75%

Les prestations sont remboursées selon le tarif dentaire AA/AM/AI ou le tarif pour soins dentaires scolaires et selon les positions tarifaires portées au chapitre correspondant. Il s'agit en l'occurrence des traitements suivants:

- traitement d'orthopédie dento-faciale en raison de troubles fonctionnels de la mastication (correction de malpositions des dents et de déformations de la mâchoire) jusqu'à la 22^e année révolue;

- traitement de troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (syndrome de Costen), à l'exception des couronnes et des ponts;
- traitement parodontal (mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'appareil de retenue des dents ou au parodonte, à l'exclusion des extractions, des prothèses, etc.);
- extraction chirurgicale d'une dent incluse ou d'un reste radiculaire totalement pris dans l'os;
- extraction avec volet.

10.2 Les assurés qui peuvent prétendre à des prestations dentaires au sens du présent article doivent soumettre à l'assureur les factures originales détaillées du dentiste avec indication des positions tarifaires selon le tarif dentaire AA/AM/AI.

11 Indemnité de décès

- 11.1 Si l'assuré décède après le troisième jour de vie et avant l'âge de 65 ans, l'assureur verse une indemnité de décès de CHF 1'000.
- 11.2 Le versement se fait aux ayants droit survivants. Sont considérés comme ayants droit, de manière exhaustive: le conjoint, à défaut les enfants, à défaut le père et la mère.
- 11.3 La désignation d'autres bénéficiaires ou l'exclusion d'ayants droit n'est pas possible.
- 11.4 Le décès d'un assuré doit être immédiatement signalé à l'assureur. En vue de faire valoir le droit à l'indemnité, un acte de décès officiel doit être présenté.
- 11.5 Si, dans un délai de six mois, aucun acte de décès officiel n'est présenté, le droit à l'indemnité de décès s'éteint.

12 Verres de lunettes, lentilles de contact

Pour les verres de lunettes et les lentilles de contact fournis par un opticien, les prestations suivantes sont versées une fois par année civile aux enfants jusqu'à leur 18^e année révolue et une fois en l'espace de trois années civiles aux adultes:

DIVERSA:	jusqu'à CHF 150
DIVERSA ^{care} :	jusqu'à CHF 200
DIVERSA ^{plus} :	jusqu'à CHF 250
DIVERSA ^{premium} :	jusqu'à CHF 300

Pour les assurés qui ont conclu DIVERSA^{care} et DIVERSA^{premium}, le délai d'attente mentionné à l'art. 13.2 est réservé.

13 Chirurgie réfractive non à charge de l'assurance de base

- 13.1 Les prestations suivantes sont octroyées une fois en l'espace de cinq années civiles aux assurés âgés de 21 à 50 ans révolus pour la correction chirurgicale d'amétropies non à charge de l'assurance de base, pour autant que l'assurance ait été conclue depuis une année au moins au moment de l'intervention:

DIVERSA^{care}: 50 %, au maximum CHF 400

DIVERSA^{premium}: 50 %, au maximum CHF 600

Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA et de DIVERSA^{plus}.

- 13.2 Il n'y a aucun droit à prestations pour des verres de lunettes et des lentilles de contact selon l'art. 12 durant les trois années qui suivent l'intervention pour laquelle des prestations ont été versées dans le cadre de l'art. 13.1.

14 Psychothérapie non médicale

- 14.1 Pour autant qu'il ne s'agisse pas d'une prestation à charge de l'assurance de base, les prestations suivantes sont octroyées au titre de DIVERSA pour les coûts de traitements prescrits médicalement et fournis par des psychothérapeutes non-médecins reconnus:

DIVERSA et DIVERSA^{care}: 75%,
au maximum CHF 2'000
en l'espace de 3 années civiles

DIVERSA^{plus} et DIVERSA^{premium}: 75%,
au maximum CHF 3'000
en l'espace de 3 années civiles

Le montant des prestations versées se limite aux positions tarifaires applicables pour la psychothérapie déléguée.

- 14.2 Sont considérés comme psychothérapeutes non-médecins reconnus les psychologues indépendants qui sont membres de l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) ou qui figurent sur la liste de santésuisse.
- 14.3 Les psychothérapies pratiquées en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité ou dans un but autre que le traitement d'une maladie ne sont pas prises en charge.

15 Vaccinations

Les frais de vaccinations non couverts par l'assurance de base sont pris en charge à hauteur de 90%.

16 Moyens auxiliaires

- 16.1 Pour autant qu'il n'existe pas de droit à prestations au titre de l'assurance de base ou d'une autre assurance sociale, les prestations suivantes sont versées pour chaque moyen auxiliaire prescrit par un médecin:

DIVERSA et DIVERSA^{care}: 50%,
au maximum CHF 1'000

DIVERSA^{plus} et DIVERSA^{premium}: 50%,
au maximum CHF 2'000

- 16.2 Les moyens auxiliaires réutilisables remis par l'intermédiaire de la Fédération suisse pour tâches communes des caisses-maladie (SVK) sont délivrés aux assurés à titre de prêt gratuit.
- 16.3 Les frais de fonctionnement et d'entretien des moyens auxiliaires ne sont pas pris en charge.

17 Traitements non à charge de l'assurance de base

Les prestations suivantes sont versées pour les frais de la chirurgie corrective des oreilles décollées et des interventions de ligature (stérilisation et vasectomie):

DIVERSA et DIVERSA ^{care} :	50%, au maximum CHF 2'000
DIVERSA ^{plus} et DIVERSA ^{premium} :	50%, au maximum CHF 4'000

18 Médecins en récusation

Les prestations suivantes sont versées pour les traitements effectués par des médecins qui ont refusé de fournir leurs soins selon le tarif de l'assurance de base (médecins en récusation):

DIVERSA et DIVERSA ^{care} :	aucune prestation
DIVERSA ^{plus} et DIVERSA ^{premium} :	75%, au maximum CHF 2'000 par année civile

19 Nuitée en cas d'intervention ambulatoire

Les prestations suivantes sont octroyées par année civile pour une nuitée payante non nécessaire d'un point de vue médical dans une chambre d'hôpital avant ou après une intervention ambulatoire effectuée dans une salle d'opération du même établissement et qui est prise en charge par l'assurance-accidents obligatoire ou l'assurance de base:

DIVERSA ^{care} :	50%, au maximum CHF 200
DIVERSA ^{premium} :	75%, au maximum CHF 200

Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA et de DIVERSA^{plus}.

20 Chambre familiale en cas d'accouchement

20.1 Les prestations suivantes sont octroyées par nuitée pour cinq nuitées au plus par année civile si des membres de la famille d'une assurée prennent une chambre familiale payante dans l'hôpital ou la maison de naissance où a lieu l'accouchement et que l'assurance de la mère a été conclue au moins une année avant l'accouchement:

DIVERSA ^{care} :	jusqu'à CHF 60
DIVERSA ^{premium} :	jusqu'à CHF 100

Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA et de DIVERSA^{plus}.

20.2 Aucune prestation n'est octroyée pour la chambre familiale si des prestations de rooming-in sont déjà versées conformément à l'art. 21.

21 Rooming-in

21.1 Les prestations suivantes sont octroyées par nuitée au titre de l'assurance de la personne hospitalisée pour dix nuitées au plus par année civile si l'un des parents passe la nuit dans une chambre payante de l'hôpital où son enfant âgé de moins de 10 ans est hospitalisé ou si un ou plusieurs enfants âgés de moins de 10 ans passent la nuit dans une chambre payante de l'hôpital où le parent assuré est hospitalisé:

DIVERSA ^{care} :	jusqu'à CHF 60
DIVERSA ^{premium} :	jusqu'à CHF 100

Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA et de DIVERSA^{plus}.

21.2 Le droit vaut aussi pour les enfants en famille d'accueil et les enfants du conjoint.

21.3 Aucune prestation n'est octroyée pour le rooming-in si des prestations sont déjà versées pour la chambre familiale conformément à l'art. 20.

22 Garde d'enfants

22.1 Si un enfant âgé de 4 à 12 ans révolus doit être gardé en raison d'une maladie ou d'un accident, que les parents exercent une activité lucrative durant cette période et que l'enfant ne peut être gardé par une autre personne, le parent assuré peut demander à l'assureur de trouver en temps utile, en collaboration avec des partenaires contractuels appropriés, une personne spécialisée adaptée pour assurer la garde.

22.2 Les prestations suivantes sont octroyées par heure pour les coûts de la garde d'enfants:

DIVERSA ^{care} :	jusqu'à CHF 30, au maximum CHF 600 par année civile
---------------------------	--

DIVERSA ^{premium} :	jusqu'à CHF 50, au maximum CHF 600 par année civile
------------------------------	--

Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA et de DIVERSA^{plus}.

22.3 Le droit aux prestations existe si le parent assuré signale le besoin de garde à l'assureur ou à son partenaire contractuel au moins 24 heures à l'avance, que l'assureur reconnaît la nécessité de la garde et que le service est fourni par le personnel spécialisé mis à disposition par l'assureur par le biais de son partenaire contractuel. Si le besoin de garde est annoncé moins de 24 heures à l'avance, le droit aux prestations dépend de la disponibilité du personnel spécialisé.

22.4 Si les deux parents sont assurés auprès de l'assureur, la contribution maximale par heure n'est accordée qu'une seule fois par garde.

22.5 Le droit vaut aussi pour les enfants en famille d'accueil et les enfants du conjoint.

23 Cours sur les urgences chez les enfants en bas âge

23.1 Les parents assurés d'enfants de moins de 6 ans ont droit aux prestations suivantes une fois en l'espace de trois années civiles pour les coûts d'un cours sur les urgences chez les enfants en bas âge:

DIVERSA ^{care} :	50%, au maximum CHF 200
DIVERSA ^{premium} :	50%, au maximum CHF 200

Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA et de DIVERSA^{plus}.

23.2 Le cours sur les urgences chez les enfants en bas âge doit répondre aux critères de qualité définis par l'assureur. Ce dernier tient une liste régulièrement mise à jour des prestataires de cours reconnus. Les assurés peuvent la consulter auprès de l'assureur ou en demander un extrait.

24 Protection juridique des patients

24.1 Si, en sa qualité de patient, un assuré a besoin d'une assistance juridique dans le cadre de litiges contractuels ou de responsabilité civile avec des fournisseurs de prestations reconnus par CONCORDIA, il a droit aux prestations suivantes par cas juridique:

DIVERSA^{care}: jusqu'à CHF 300'000 en Europe
jusqu'à CHF 50'000 hors Europe

DIVERSA^{premium}: jusqu'à CHF 500'000 en Europe
jusqu'à CHF 50'000 hors Europe

Aucune prestation n'est accordée pour la protection juridique des patients au titre de DIVERSA et de DIVERSA^{plus}.

24.2 Afin de garantir ces prestations, CONCORDIA a conclu un contrat avec un assureur de protection juridique. Les conditions d'assurance de ce dernier s'appliquent pour toutes les questions relatives à la protection juridique des patients. CONCORDIA est en tout temps habilitée à changer d'assureur de protection juridique, tout en garantissant le maintien de la couverture d'assurance. Le cas échéant, elle en informe ses assurés au moins un mois à l'avance.

III. Prestations à l'étranger

A Traitements en cas d'urgence

25 Validité territoriale et temporelle

25.1 La protection d'assurance à l'étranger est valable dans le monde entier pour un séjour à l'étranger de moins de 12 mois.

25.2 Pour les frontaliers, on entend par «étranger» les territoires qui se trouvent hors de la Suisse et d'un corridor limitrophe de 20 km à partir de la frontière nationale suisse.

26 Centrale d'alarme

26.1 En cas de maladie subite, d'accident, d'accouchement imprévu ou de décès à l'étranger qui nécessitent un secours d'urgence selon l'art. 28 ou l'hospitalisation d'un assuré, la centrale d'alarme de l'assureur placée sous la direction de «medicall» doit être avertie immédiatement. Elle conseille l'assuré et lui apporte le secours nécessaire.

26.2 Le secours d'urgence nécessaire est ordonné, organisé et exécuté en cas de besoin par la centrale d'alarme et remboursé par l'assureur.

26.3 Les frais de secours d'urgence selon l'art. 28 non ordonnés par la centrale d'alarme de l'assureur ne sont pas pris en charge.

27 Frais de guérison

En cas de maladie subite, d'accident ou d'accouchement imprévu à l'étranger, les frais de guérison suivants sont pris en charge au tarif local en vigueur:

27.1 les traitements médicaux (uniquement les traitements curatifs reconnus en Suisse);

27.2 les médicaments;

27.3 les analyses;

27.4 les soins donnés par un chiropraticien;

27.5 les traitements dentaires à la suite d'un accident;

27.6 les traitements stationnaires dans des hôpitaux pour soins aigus.

28 Secours d'urgence

28.1 En cas de maladie sérieuse, d'accident grave ou de décès à l'étranger, l'assureur prend en charge les prestations suivantes, organisées par «medicall»:

28.1.1 les actions de sauvetage et les transports médicalement nécessaires;

28.1.2 les actions de recherche en vue du sauvetage et du dégagement d'un assuré victime d'un accident ou d'une maladie aiguë jusqu'à concurrence de
DIVERSA et DIVERSA^{care}: CHF 10'000
DIVERSA^{plus} et DIVERSA^{premium}: CHF 20'000

28.1.3 en cas de nécessité médicale, le transfert au domicile de l'assuré ou à l'hôpital suisse compétent;

28.1.4 le dégagement et le rapatriement d'un assuré défunt au lieu de domicile où il résidait en Suisse avant le départ.

28.2 Lorsque des mesures de recherche, de sauvetage ou de transport sont rendues impossibles en raison de grèves, de troubles, d'actes de guerre, de radioactivité, de force majeure ou de causes similaires, leur exécution ne peut pas être exigée.

29 Durée des prestations

29.1 Les prestations lors de traitements ambulatoires sont accordées aussi longtemps que la protection d'assurance selon l'art. 25.1 est valable.

29.2 Les prestations en cas de séjour stationnaire sont versées aussi longtemps que l'on ne saurait exiger raisonnablement sous l'angle médical le retour au domicile ou le transport à l'hôpital compétent en Suisse, mais au maximum durant

DIVERSA:	30 jours
DIVERSA ^{care} :	45 jours
DIVERSA ^{plus} :	60 jours
DIVERSA ^{premium} :	75 jours

30 Obligation de déclarer

30.1 En cas de maladie subite, d'accident ou d'accouchement imprévu à l'étranger, la centrale de secours de l'assureur doit être avisée immédiatement (art. 26).

30.2 Les factures originales détaillées, le décompte de prestations d'autres assureurs en cas de maladie ou d'accidents éventuels et les indications médicales nécessaires doivent être remises à l'assureur dans les meilleurs délais dans une des langues nationales suisses ou en anglais.

30.3 Si l'organisateur de voyages ou l'entreprise de transports rembourse à l'assuré des frais de vacances et de voyages qui ont déjà été payés avant le départ et qui sont devenus inutiles ou inutilisables en raison d'une maladie subite ou d'un accident, l'assureur doit en être avisé immédiatement. Le montant remboursé est déduit des prestations d'assurance.

31 Restrictions en matière de prestations

31.1 Les prestations à l'étranger ne sont accordées que pour des traitements effectués dans le pays de séjour actuel. Aucune prestation ne peut être revendiquée pour des transferts et traitements dans des États tiers.

31.2 Aucune prestation n'est accordée si la personne assurée se rend à l'étranger en vue d'un traitement, de soins, d'une cure ou d'un accouchement. Les prestations ne sont pas non plus versées pour les maladies et suites d'accidents qui existaient déjà au moment du départ à l'étranger. L'art. 32 est réservé.

B Traitements planifiés

32 Traitements médicaux ambulatoires planifiés

32.1 Lors d'un traitement ambulatoire à l'étranger planifié qui donnerait droit à des prestations au titre de l'assurance de base s'il était effectué en Suisse, l'assureur prend en charge, sur garantie de paiement préalable de sa part, les coûts du traitement médical ambulatoire dans un cabinet médical ou un hôpital, ainsi que les coûts des médicaments nécessaires aux fournisseurs de prestations pour effectuer le traitement. Les prestations, calculées sur la base des tarifs locaux et après déduction d'une franchise annuelle de CHF 1'000, sont les suivantes:

DIVERSA^{premium}: 75%,
au maximum CHF 10'000 par année civile

Aucune prestation n'est accordée au titre de DIVERSA, de DIVERSA^{care} et de DIVERSA^{plus}.

32.2 L'assuré doit soumettre une demande de garantie de paiement à l'assureur au plus tard sept jours avant le traitement. Elle doit mentionner la période de traitement, le traitement médical prévu et le fournisseur de prestations choisi. Aucune prestation n'est octroyée si la demande est soumise trop tard ou si elle est refusée.

32.3 L'assuré doit fournir les informations médicales nécessaires au versement des prestations et la facture originale détaillée dans une des langues

nationales suisses ou en anglais. Si l'assuré n'est pas en mesure de fournir une facture détaillée, l'assureur fixe les prestations sur la base du type et de la gravité de la maladie ou des suites de l'accident.

32.4 L'assureur tient une liste des pays dans lesquels les traitements ambulatoires prévus ou le contrôle des prestations ne peuvent être garantis avec un degré de qualité suffisant, notamment les régions en guerre ou en crise, ainsi que les pays en développement ou émergents. Pour qu'un traitement ambulatoire dans l'un des pays figurant sur la liste susmentionnée puisse être pris en charge, il faut d'une part que la qualité des soins médicaux soit suffisante et, d'autre part, que tout comportement frauduleux puisse être exclu. Afin que l'assureur puisse examiner ces critères, l'assuré doit expliquer pourquoi il souhaite effectuer le traitement prévu auprès du fournisseur de prestations en question et fournir, en sus des informations requises selon l'art. 32.2, tous les documents qu'il possède sur le fournisseur de prestations ainsi qu'un devis. Si l'assureur considère que les conditions sont remplies, il remet à l'assuré une garantie de paiement. Dans le cas contraire, il refuse la garantie de paiement et n'octroie pas de prestations. Les assurés peuvent consulter la liste actuelle des pays concernés auprès de l'assureur ou en demander un extrait.

32.5 L'assureur tient également une liste des fournisseurs de prestations qui, selon les informations en sa possession, n'ont par le passé pas fourni des soins médicaux de qualité suffisante, qui ont prodigué des traitements non économiques ou établi des factures trop chères, qui n'ont pas coopéré de manière suffisante avec l'assureur ou ses partenaires ou qui se sont livrés à des agissements frauduleux. L'assureur n'octroie pas de garantie de paiement pour les traitements effectués auprès de ces fournisseurs de prestations et ne prend pas en charge les coûts. Étant donné qu'il respecte la protection des données et de la personnalité, il ne mentionne les fournisseurs de prestations figurant sur cette liste que dans certains cas au moment d'examiner des demandes de garantie de paiement ou de prise en charge des coûts. L'autorité de surveillance de l'assureur peut exiger en tout temps de consulter la liste.

32.6 Sont exclus de l'obligation à prestations:

- les psychothérapies médicales et non médicales;
- les préparations mentionnées dans la Liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA);
- les produits dits de confort et les préparations analogues;
- les préparations destinées à des fins cosmétiques;
- les dépenses personnelles;
- les prestations pour les événements mentionnés aux art. 31 et 32 des CGA.

32.7 En cas de fluctuations monétaires ou d'augmentation des coûts du système de santé à l'étranger, l'assureur est habilité à modifier le montant maximal ou la franchise pour la prestation assurée. Le cas échéant, il communique les nouvelles conditions contractuelles par écrit au preneur d'assurance au plus tard 25 jours avant leur entrée en vigueur. Le preneur d'assurance a alors le droit de résilier l'assurance pour la fin de l'année civile en cours. S'il le fait, l'assurance s'éteint à la fin de l'année civile en cours. Le courrier de résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour de l'année civile en cours. Si le preneur d'assurance omet de procéder à la résiliation, il est réputé avoir accepté l'adaptation de l'assurance.



CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Lucerne
Téléphone 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch