

Conditions complémentaires (CC) Assurance complémentaire (LCA) Indemnités journalières de soins

A noter:

- Les désignations de personnes s'appliquent dans le présent document de façon générale aux deux sexes. Il est fait usage du terme générique pour des raisons de lisibilité.
- La version originale des présentes Conditions est la version en allemand. Les autres versions, en d'autres langues, sont des traductions. En cas d'éventuels problèmes d'interprétation, le texte allemand fait foi.

I Assurance complémentaire Indemnités journalières de soins

Les présentes conditions complémentaires sont partie intégrante du contrat d'assurance. Nous renvoyons expressément les parties contractantes aux Conditions générales du contrat d'assurance (CGA) des assurances-maladie complémentaires selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

Rabais familial (valable pour les nouvelles conclusions à partir du 1er janvier 2020)

Le deuxième enfant et tous les suivants obtiennent un rabais de 50% sur la prime, jusqu'à l'âge de 18 ans révolus. Le rabais n'est accordé que si au moins deux enfants disposent d'une assurance-maladie complémentaire auprès de Visana Assurances SA. Lorsque le 1er enfant atteint l'âge de 18 ans, le 2e enfant est considéré comme le 1er et n'a donc plus droit au rabais.

Lorsqu'un rabais familial de 50% ne peut plus être justifié pour le produit, du point de vue actuariel, Visana Assurances SA est autorisée à réduire ou à supprimer le rabais pour la fin de l'année civile.

Visana Assurances SA communique les réductions ou les suppressions de rabais au plus tard 30 jours avant leur entrée en vigueur. Les personnes assurées ont alors le droit de résilier la couverture d'assurance concernée par la réduction ou la suppression du rabais, pour la fin de l'année calendaire en cours. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à Visana Assurances SA au plus tard le dernier jour de travail de l'année civile. En ne résiliant pas votre contrat, vous acceptez tacitement la modification.

1. Généralités

1.1 Que peut-on assurer?

L'assurance comprend des indemnités de soins pour les frais non couverts lors de séjours dans des institutions et divisions pour les personnes souffrant de maladies chroniques et nécessitant des soins.

1.2 Quelles sont les variantes proposées?

On peut convenir des indemnités de soins suivantes:

- Indemnité de soins minimale par jour: CHF 15.–
- Indemnités complémentaires par tranche de: CHF 5.–
- Indemnité de soins maximale par jour: CHF 200.

1.3 Quel est le délai d'attente?

Un délai d'attente de 730 jours est fixé.

1.4 La durée des prestations est-elle limitée?

Les indemnités de soins sont allouées pour une durée limitée. La durée de prestations est de 3650 jours au maximum.

1.5 Quelles conditions doivent être remplies?

L'assurance Indemnités journalières de soins alloue des prestations pour le logement, les soins et le traitement des personnes souffrant de maladies chroniques ou nécessitant des soins dans une institution ou une division appropriée et reconnue selon la planification hospitalière et des établissements médico-sociaux des cantons.

Les prestations sont allouées, à condition qu'il y ait d'une part indication médicale pour le traitement en milieu hospitalier et les soins dispensés, et d'autre, une nécessité régulière de prestations de base et de traitement au sens de l'assurance obligatoire des soins. Il y a indication médicale lorsque le diagnostic et l'ensemble des mesures prises justifient le séjour dans une institution ou une division hospitalière appropriée pour les personnes souffrant de maladies chroniques ou nécessitant des soins.

Les prestations sont versées exclusivement en complément à l'assurance obligatoire des soins. Les frais couverts par l'assurance obligatoire des soins ainsi que les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins ne sont pas compris dans l'assurance Indemnités journalières de soins, que le patient soit affilié ou non à l'assurance obligatoire. Dans tous les cas, l'assurance rembourse au maximum les frais effectifs.

2. Etendue des prestations

2.1 Quelles sont les prestations assurées?

L'indemnité de soins assurée est versée au terme d'un délai d'attente de 730 jours. Le délai d'attente commence à courir au moment de l'hospitalisation dans une institution ou division hospitalière reconnue pour les personnes souffrant de maladies chroniques ou nécessitant des soins. Le délai d'attente est calculé par cas. S'il y a une interruption et une réadmission dans une institution ou division reconnue pour les personnes souffrant de maladies chroniques ou nécessitant des soins (re-chute), le délai d'attente écoulé ainsi que les prestations déjà allouées sont pris en considération pour autant que la rechute ait lieu dans les 365 jours. Un nouveau séjour dans une institution ou division hospitalière reconnue pour les personnes souffrant de maladies chroniques ou nécessitant des soins est considéré comme nouveau cas d'assurance au niveau de la durée des prestations et du délai d'attente lorsque la dernière hospitalisation de même type remonte à plus de 365 jours.

Les indemnités journalières de soins sont allouées durant un maximum de 3650 jours. Les éventuelles réductions des indemnités journalières n'entraînent aucune prolongation de la durée de prestations. Après l'épuisement de la durée de prestations, l'assurance d'indemnités journalières de soins prend fin.

Les prestations sont allouées exclusivement lors de séjours dans des institutions ou divisions appropriées pour les personnes souffrant de maladies chroniques ou nécessitant des soins en Suisse.

2.2 Quelles sont vos obligations en rapport avec la détermination du droit aux prestations?

Vous êtes tenu de faire valoir votre droit aux prestations d'assurance dans un délai d'une semaine à partir de la fin du délai d'attente.

2.3 Peut-il y avoir prescription sur le droit aux prestations?

La Visana Assurances SA n'accorde aucune prestation si vous faites valoir le droit aux prestations passé un délai de deux ans après l'expiration du délai d'attente.

3. Dispositions particulières

3.1 Que se passe-t-il en cas de l'introduction d'une assurance obligatoire des soins de longue durée?

En cas d'introduction d'une assurance obligatoire de soins de longue durée, les prestations de l'assurance d'indemnités journalières de soins ne seront versées qu'en complément aux prestations de l'assurance obligatoire.

3.2 Est-il possible de suspendre l'assurance?

En dérogation au chiffre 4.9 des CGA pour les assurances-maladie complémentaires selon la LCA, l'assurance d'indemnités journalières de soins ne peut pas être suspendue.

3.3 En cas de résiliation de l'assurance d'indemnités journalières de soins par les assurés, ceux-ci peuvent-ils faire valoir un droit sur le capital de couverture qui s'est formé?

Une partie de la prime perçue par la Visana Assurances SA est utilisée à des fins de formation de capital de couverture. Ce capital sert à garantir les prestations durant la vieillesse. En cas de sortie volontaire de l'assurance d'indemnités journalières de soins ou en cas de décès il n'existe aucun droit au capital.