

BASIC 1 (AB1).

Assurance des médicaments non obligatoires, de la médecine alternative et des médecins relevant de la LAMal dans toute la Suisse

Conditions complémentaires



Edition janvier 1997

1 But

Par BASIC 1, sont pris en charge les frais de traitements ambulatoires en Suisse dans le cadre des présentes conditions complémentaires.

Les conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances complémentaires d'après la LCA forment la base légale.

2 Prestations

2.1 Médecins relevant de la LAMal dans toute la Suisse

Les frais sont pris en charge selon le tarif des caisses maladie, sous déduction de la franchise choisie dans l'assurance des soins d'après la LAMal et de la quote-part légale.

Cela se limite aux médecins soumis à la protection tarifaire selon art. 44, al. 2 LAMal.

2.2 Médicaments

90% des frais des médicaments non obligatoires (scientifiquement reconnus) prescrits par un médecin, à l'exception des:

- fortifiants
- produits alimentaires (également ceux destinés à un régime spécial)
- eaux minérales et vins toniques

- préparations de glandes fraîches et sèches
- produits anticonceptionnels
- produits cosmétiques
- articles sanitaires
- produits contre la calvitie

2.3 Médecine alternative

80% des frais (examens, thérapies, médicaments délivrés), au maximum fr. 5000.– par année civile, si le traitement est nécessaire par des fournisseurs de prestations suivants:

- médecin
- pharmacien ayant une formation supplémentaire correspondante
- médecin naturopathe autorisé légalement par un canton à exercer
- praticien en thérapies naturelles APTN (NVS) (membre à part entière)

A condition qu'une prescription médicale soit présentée, les prestations sont allouées aussi pour d'autres thérapeutes ayant une formation correspondante.

3 Divers

En cas de sortie de BASIC, l'assurance de BASIC 1 s'éteint également automatiquement au même moment.

BASIC 2 (AB2).
Assurance de diverses prestations
non obligatoires

Conditions complémentaires



Edition janvier 1997

1 But

Par BASIC 2, sont pris en charge les frais de traitements en Suisse dans le cadre des prestations des présentes conditions complémentaires. Pour les lunettes ou les verres de contact, les prestations sont aussi fournies à l'étranger.

Les conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances complémentaires d'après la LCA forment la base légale.

2 Prestations

2.1 Prévention - Prophylaxie

80% des frais, au total max. fr. 1000.– par année civile, pour:

- vaccinations
- check-up (y compris 1 test VIH par année civile)
- examen gynécologique préventif (y compris 1 mammographie par année civile)
- ligatures (vasectomie/stérilisation)
- désaccoutumance au tabac*
- cours d'école du dos, par des physiothérapeutes diplômés* (par exemple Backademy)

*si prescrit médicalement

2.2 Mère et enfant

80% des frais, au total max. fr. 1000.– par année civile,

par l'assurance de la mère pour:

- examens de contrôle durant la grossesse (y compris 1 examen par ultrasons)
- gymnastique prénatale et postnatale et cours de préparation à l'accouchement

par l'assurance de l'enfant pour:

- succédané de lait en cas de rejet du lait naturel, si prescrit médicalement

2.3 Séjour simultané d'un des parents en cas d'hospitalisation d'un enfant

80% des frais, max. fr. 2000.– par année civile par l'assurance de l'enfant lors d'un séjour simultané d'un des parents, si l'enfant doit se faire traiter stationnairement dans les 5 premières années de sa vie.

La condition est que le parent concerné et l'enfant soient assurés chez Sanitas pour l'assurance des soins d'après la LAMal et les assurances complémentaires BASIC 1 et 2.

2.4 Lunettes ou verres de contact

Prestation pour les adultes:

- max. fr. 300.– toutes les trois années civiles

Prestation pour les enfants (jusqu'à 18 ans):

- max. fr. 200.– toutes les années

2.5 Traitements dentaires

• 50% des frais pour:

- appareils orthodontiques, y compris les radiographies et les contrôles pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus

• dents de sagesse (extraction)

- max. fr. 100.– par dent

• médicaments prescrits ou délivrés par un médecin-dentiste en relation avec un traitement dentaire non obligatoirement à la charge des caisses

• 80% des frais pour:

- remplacement de dents à la suite de rayons ou de chimiothérapie

– en cas de traitements ambulatoires: selon le tarif LAA

– en cas de traitements stationnaires: selon la taxe conventionnelle de la division générale d'un hôpital public conventionné dans le canton de domicile; pour les frontaliers dans le canton de l'employeur.

2.6 Chirurgie esthétique

80% des frais pour:

- opérations des seins
 - corrections des cicatrices
 - corrections en cas d'oreilles décollées
- à condition qu'il s'agisse d'une mesure salubre, recommandée médicalement

– en cas de traitements ambulatoires: selon le tarif des caisses

– en cas de traitements stationnaires: selon la taxe conventionnelle de la division générale d'un hôpital public conventionné dans le canton de domicile; pour les frontaliers dans le canton de l'employeur.

2.7 Psychothérapie

80%, max. fr. 500.– par année civile, pour:

- une psychothérapie prescrite par un médecin auprès de psychothérapeutes indépendants

2.8 Moyens et appareils

80%, max. fr. 500.– par année civile pour:

- l'achat de moyens et appareils médico-thérapeutiques, prescrits par un médecin, dépassant la prestation obligatoire d'après la liste des moyens et appareils (LAMal) ou ne faisant pas partie des prestations obligatoires, à l'exception des lunettes et verres de contact

2.9 Frais de voyage

Frais de voyage pour la réalisation de rayons, chimiothérapies ou hémodialyses à l'extérieur: billet 2ème classe des transports publics (également en cas de transport en voiture).

2.10 Frais de transport

Au max. fr. 500.– par année civile pour:
transports d'urgence chez le médecin le plus proche ou à l'hôpital situé le plus proche pour le traitement approprié, ainsi que transferts indiqués médicalement, effectués par des ambulances.

2.11 Prise en charge des primes en cas de décès ou d'invalidité d'un des parents

Pour les enfants déjà assurés à Sanitas pour BASIC, les primes de BASIC seront prises en charge jusqu'à et y compris l'année civile où ils atteignent 18 ans révolus:

- en cas de décès d'un des parents assuré BASIC auprès de Sanitas
- en cas d'invalidité permanente d'un des parents assuré BASIC auprès de Sanitas, à condition qu'une rente complète lui soit versée selon les dispositions de l'AI.

L'exemption de la prime doit être demandée par écrit en annexant les documents officiels correspondants (acte de décès, décision de rente AI).

Si la demande arrive à Sanitas plus d'une année après la survenance du décès, resp. après l'émission de la décision de rente par l'AI, l'exemption des primes intervient dès le mois où la demande a été déposée auprès de Sanitas.

En cas de remariage ou en cas de diminution du degré d'invalidité du parent invalide, ce qui doit être immédiatement annoncé par écrit à Sanitas, le droit à l'exemption de la prime est supprimé à partir du mois suivant le changement de situation. En cas de communication tardive, les primes sont facturées rétroactivement.

3 Divers

3.1 Reconnaissance des fournisseurs de prestations

En cas de traitements en Suisse, seules les factures établies par des personnes possédant un diplôme fédéral ou cantonal ou ayant une autorisation permettant d'exercer la profession sont prises en considération.

3.2 Fin de la protection d'assurance

En cas de sortie de BASIC, l'assurance de BASIC 2 s'éteint également automatiquement au même moment.

Assurance de base légale

LAMaI

Les informations les plus importantes

INFO

Edition 1998

Sanitas Assurance Maladie avec siège à Zurich



sanitas

Ce mémento vous informe des aspects les plus importants de la nouvelle loi sur l'assurance maladie (LAMal) – il ne prétend pas être complet. Est déterminant la loi (LAMal) et l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal). Toutes les deux peuvent être obtenues auprès de l'Office fédéral central des imprimés et du matériel à Berne, tél. 031 322 21 11.

Par mesure de simplification, le texte rédigé au masculin dans ce mémento s'applique par analogie également aux personnes du sexe féminin.

Qu'est-ce qui est assuré?

Maladie:	Oui.
Accident:	Pour autant qu'aucune autre assurance accident n'intervienne.
Maternité:	Sept examens avant et un après la grossesse, l'accouchement et la convalescence qui s'ensuit.

Qui doit s'assurer et quand?

Toute personne domiciliée en Suisse:	Dans les 3 mois qui suivent sa naissance ou sa prise de domicile en Suisse.
Particularités:	En cas d'adhésion tardive, l'assurance ne déploie ses effets que depuis l'appartenance à l'assureur maladie. Si le retard n'est pas excusable, l'assuré doit verser un supplément de prime pour la double période du retard.

Qui peut s'assurer et quand?

Frontaliers:	Avec les membres de leur famille sur requête de leur part et dans les 6 mois suivant le début de la validité de l'autorisation pour frontaliers.
Particularités:	En cas d'affiliation dans les 3 mois suivant le début de la validité de l'autorisation pour frontaliers, l'assurance déploie ses effets dès cette date. En cas d'adhésion ultérieure, l'assurance déploie ses effets dès le jour de l'affiliation.

Quelles sont les prestations assurées en Suisse?

Traitements au lieu du domicile ou du travail:	Dans des cas indiqués médicalement également hors de ce rayon. Les traitements, examens et mesures thérapeutiques doivent être effectués par les personnes suivantes: <ul style="list-style-type: none">• Médecins• Chiropraticiens• Sages-femmes• Sur prescription médicale:<ul style="list-style-type: none">– Physiothérapeutes– Ergothérapeutes– Infirmières– Logopédistes
Séjours hospitaliers:	Tous les hôpitaux publics conventionnés dans le canton de domicile figurant sur les listes des hôpitaux. Dans des cas indiqués médicalement, également dans d'autres cantons, pour lesquels le canton de domicile prend en charge une éventuelle différence des coûts.
Accidents:	Selon tarif (comme en cas de maladie). Remboursement à titre subsidiaire, c'est-à-dire après que d'éventuels tiers aient alloué leurs prestations.

Analyses:	Celles obligatoirement à charge et prescrites par un médecin.
Cures balnéaires:	Prescrites par un médecin et effectuées dans des stations thermales reconnues. Fr. 10.– par jour, 21 jours par année civile.
Dentiste: (Certains traitements)	Par principe, des factures de dentiste ne sont pas couvertes. Toutefois, elles sont prises en charge dans les cas suivants: <ul style="list-style-type: none"> • lors d'affections graves des dents ou des gencives et que celles-ci ne pouvaient être évitées • si le traitement est nécessaire en raison d'une maladie grave généralisée • lors d'accidents dentaires. Des traitements pour des maladies imputées au manque d'hygiène dentaire ne sont pas pris en charge.
Examens de laboratoire:	Prescrits par un médecin.
Infirmités congénitales:	Si l'assurance invalidité n'est pas tenue à fournir des prestations.
Maternité:	Examens de contrôle (sept avant la naissance de l'enfant et un après), accouchement, conseils en allaitement.
Médecine alternative:	Par un médecin, pour autant que des méthodes reconnues soient utilisées.
Médicaments:	Ceux obligatoirement à charge et prescrits par un médecin.
Moyens et appareils pour le traitement:	Prescrits par un médecin et ayant un but diagnostique et thérapeutique.
Prévention:	Contributions à certains examens préventifs et aux mesures par lesquels des maladies sont détectées à temps ou empêchées.
Sauvetage:	50%, max. fr. 5000.– par année civile, aux frais de sauvetage en Suisse.
Soins médicaux à domicile:	a) Par des infirmières ou des infirmiers, ambulatoirement ou dans un établissement médico-social. b) Par des organisations de soins médicaux à domicile (Spitex). c) Par des établissements médico-sociaux.
Transport:	50%, max. fr. 500.– par année civile, aux frais de transports en Suisse.
Verres de lunettes/ lentilles de contact:	En principe: enfants (jusqu'à 15 ans) fr. 200.– par année. Adultes (de 16 à 45 ans) fr. 200.– tous les 5 ans. La première ordonnance doit être établie par un médecin, ensuite, celle de l'opticien est suffisante. Dès l'âge de 46 ans, fr. 200.– tous les 5 ans et seulement sur ordonnance médicale.

Quelles sont les prestations assurées à l'étranger?

Traitements effectués en cas d'urgence: Il y a urgence lorsque l'assuré qui séjourne temporairement à l'étranger nécessite un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Prestations allouées jusqu'à concurrence du double du montant des frais qui auraient été engendrés en Suisse (ce montant s'applique également aux prestations pour des frontaliers et les membres de leur famille, pour des travailleurs détachés à l'étranger et les membres de leur famille ainsi que pour des personnes occupées par un service public qui séjournent à l'étranger et les membres de leur famille).

Accouchement: Uniquement lorsqu'il constitue le seul moyen de procurer à l'enfant la nationalité de la mère ou du père et lorsque l'enfant serait apatride s'il était né en Suisse. Prestations allouées jusqu'à concurrence du montant des frais qui auraient été engendrés en Suisse.

Quand un changement d'assureur est-il possible?

Généralement au 30 juin ou au 31 décembre: En observant un délai de préavis de 3 mois.

En cas d'augmentation de primes, pour la fin d'un mois: En observant un délai de préavis d'un mois dès la communication de l'augmentation de primes.

En cas de franchise à option après une année: Une assurance avec une franchise plus élevée (engendrant des primes meilleur marché) permet le changement d'assureur un an au plus tôt après l'adhésion à l'assurance avec franchises à option. En outre, un délai de préavis de trois mois est applicable.

En cas de départ à l'étranger ou de changement d'emploi immédiatement: Si l'assureur maladie doit être quitté parce que l'assuré s'établit à l'étranger ou qu'il change d'emploi et que l'assurance est obligatoire auprès de son nouvel employeur, l'affiliation prend fin immédiatement au moment du changement de résidence à l'étranger ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur.

En cas de changement d'assureur, quand prend fin l'ancienne affiliation?

Confirmation du nouvel assureur: Le nouvel assureur confirme à l'ancien qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. L'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus.

Aucun arriéré: Primes ou participations aux coûts arriérées doivent être entièrement payées y compris les intérêts de retard. Dans le cas contraire, un changement d'assureur n'est pas possible.

Qui peut suspendre la couverture accident?

Salariés obligatoirement assurés contre les accidents:

Une preuve doit être présentée à Sanitas et une demande doit être faite par écrit. La suspension déploie ses effets au plus tôt le premier jour du mois qui suit la demande. La prime est réduite en conséquence.

Quand la couverture accident doit-elle de nouveau être remise en vigueur?

En cas de suppression de la couverture accident séparée:

La communication doit être faite à Sanitas dans le mois qui suit l'information donnée par l'employeur ou l'assurance-chômage que la couverture accident obligatoire n'existe plus.

Quelles franchises peuvent être conclues et de combien se montent les rabais de primes?

Enfants (jusqu'à 18 ans):

Franchise minimale obligatoire

Les enfants n'ont pas à payer de franchise, seulement une quote-part de 10%.

Franchise annuelle à option

Les franchises annuelles à option sont fixées par le Conseil fédéral. Un rabais, échelonné selon la franchise annuelle choisie, est accordé.

Adultes (dès 19 ans):

Franchise minimale obligatoire ainsi que franchise annuelle à option

La franchise minimale ainsi que les franchises annuelles à option sont fixées par le Conseil fédéral. Pour les franchises annuelles à option, un rabais, échelonné selon la franchise annuelle choisie, est accordé.

Quand la franchise peut-elle être modifiée?

Pour une franchise plus élevée au début d'une année civile:

Au plus tôt un an après l'adhésion à l'assurance avec franchises à option moyennant un préavis de trois mois.

Pour une franchise moins élevée à la fin d'une année civile:

Au plus tôt un an après l'adhésion à l'assurance avec franchises à option moyennant un préavis de trois mois.

Sur quoi une participation aux coûts doit-elle être payée et de combien se monte-t-elle?

Pour des traitements ambulatoires ou stationnaires

Adultes (dès 19 ans):

Franchise

En plus de la franchise:

10% de quote-part pour les frais dépassant la franchise, au max. le montant, par année civile, fixé par le Conseil fédéral.

En plus en cas de séjour hospitalier:

Fr. 10.– par jour. En sont exceptés les assurés qui vivent en ménage commun avec une ou plusieurs personnes avec lesquelles ils ont une relation relevant du droit de la famille.

Enfants (jusqu'à 18 ans):

10% de quote-part, au max. la moitié du montant pour adultes fixé par le Conseil fédéral ou (si une franchise à option est conclue)

Franchise annuelle

En plus de la franchise

10% de quote-part, au max. la moitié du montant pour adultes fixé par le Conseil fédéral.

Si plusieurs enfants d'une même famille sont assurés chez Sanitas, la participation aux coûts totale pour tous les enfants ne doit pas dépasser le double du montant maximal par enfant (franchise à option et quote-part).

Particularités:

La date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part. Aucune participation aux coûts n'est perçue s'il s'agit de prestations en cas de maternité.

Qui a droit à une réduction de primes?

Familles et personnes seules ayant de petits revenus:

Etant donné que la procédure diffère de canton à canton, veuillez vous renseigner auprès de l'administration de votre commune de domicile.

Particularités:

Pour une partie des assurés, la charge des primes reste stable après déduction de la réduction de primes. Elle peut même diminuer.

Que faut-il observer en cas de retard dans les paiements?

Aucune prestation:

Principe: Sanitas peut refuser les prestations aux personnes qui, malgré sommation et procédure de poursuite, ne paient pas des primes ou des participations aux coûts, jusqu'à ce que les arriérés y compris les intérêts de retard soient réglés.

Particularités:

Les services sociaux apportent leur aide aux assurés qui sont insolvables pour cause de détresse sociale.

Qui contacter en cas de questions ou de problèmes?

- Sanitas:** Nous vous conseillons au niveau des primes, des prestations, de la protection d'assurance et de la réduction de primes et répondons à toutes autres questions en rapport avec l'assurance maladie.
- Office de médiation:** Si un dialogue avec Sanitas ne permet pas de trouver une solution, les assurés peuvent s'adresser à l'Office de médiation de l'assurance-maladie sociale. Celui-ci accepte les demandes par écrit ou par téléphone.
- Office de médiation de l'assurance-maladie sociale
Morgartenstrasse 9
6003 Lucerne
Téléphone français/italien: 041 210 72 55
Téléphone allemand: 041 210 70 55
Téléfax: 041 210 71 44
- Voies de droit:** Lorsque les problèmes ne peuvent être résolus par le dialogue, l'assuré peut recourir aux voies de droit. En cas de besoin, Sanitas renseigne sur la procédure à suivre.

Dispositions tarifaires

DT

Edition janvier 1998



sanitas

Dispositions tarifaires générales:

1 Prime

La prime est en fonction de l'âge d'entrée, du sexe, de la région et du risque assuré.

Pour des contrats suspendus, une prime de suspension de 30% de la prime ordinaire est perçue.

Des suspensions sont possibles au plus tard jusqu'à l'âge AVS.

En cas de transfert du lieu de domicile à l'étranger, une surprime est perçue. Celle-ci se monte à 50% dans les pays de l'UE/EEE et à 100% dans le reste du monde.

2 Paiement des primes

Un paiement de primes annuel, semestriel, trimestriel, bimestriel ou mensuel peut être choisi.

En cas de paiement semestriel et annuel des primes, un escompte est alloué. Chaque année, celui-ci est nouvellement fixé et il se situe entre l'intérêt du livret d'épargne et celui des bons de caisse avec une valeur entre 3 et 5 ans. (L'escompte est refacturé, si le paiement de la prime n'est pas parvenu à Sanitas dans les 30 jours depuis l'échéance).

Dispositions tarifaires particulières: BASIC 1 (AB1) BASIC 2 (AB2) HOSPITAL «Plus» (H3) MEDICAL «Private» (PE)

1 Conditions d'admission

Les personnes ayant leur domicile de droit civil en Suisse ainsi que les frontaliers et les membres de leur famille (conjoint et enfants resp. adolescents jusqu'à 25 ans) peuvent s'assurer, s'ils n'ont pas plus de 55 ans (55ème anniversaire) au moment du début du contrat.

Les enfants sont assurés sans réserve dès la naissance pour l'assurance BASIC 1 et/ou BASIC 2, HOSPITAL «Plus», MEDICAL «Private», si la proposition parvient à Sanitas avant ou dans les 30 jours dès la naissance.

BASIC 1, BASIC 2 et HOSPITAL «Plus» ne peuvent chacune être conclues que conjointement avec BASIC (assurance des soins d'après la LAMal).

MEDICAL «Private» ne peut être conclue que conjointement avec BASIC (assurance des soins d'après la LAMal) ou en plus avec HOSPITAL

«Royal Plus» (H1) ou HOSPITAL «Comfort Plus» (H2) ou HOSPITAL «Comfort» (H2T).

Dans BASIC 1 et BASIC 2, le risque accident est coassuré et ne peut pas être exclu.

Dans HOSPITAL «Plus» et MEDICAL «Private», le risque accident peut être coassuré.

2 Libération des primes dès le troisième enfant

Dans les assurances BASIC 1, BASIC 2 et/ou HOSPITAL «Plus», le troisième enfant et les suivants d'une famille sont assurés gratuitement jusqu'à l'âge révolu de 18 ans, à condition que les enfants soumis au paiement des primes soient aussi assurés de façon équivalente.

Pour la calculation du droit à la libération des primes, les enfants d'une famille comptent jusqu'à l'âge de 18 ans révolus.

Dispositions tarifaires particulières: BASIC 3 (AB3) JUMP

1 Conditions d'admission

Les personnes âgées de 19 à 24 ans, qui ont leur domicile de droit civil en Suisse ainsi que les frontaliers, peuvent s'assurer.

BASIC 3 ne peut être conclue que conjointement avec BASIC (assurance des soins d'après la LAMal).

Les propositions pour JUMP sont acceptées sans réserve ou refusées.

Si BASIC «Top» est déjà assurée, il est renoncé à un nouvel examen de risque. Le passage dans BASIC 3 n'est toutefois possible que s'il n'existe aucune réserve dans BASIC 1 et BASIC 2.

Le risque accident est coassuré et ne peut pas être exclu.

2 Prime

La prime est calculée en fonction des régions.

Pour des contrats suspendus, une prime de suspension de 30% de la prime ordinaire est perçue.

En cas de transfert du lieu de domicile à l'étranger, une surprime est perçue. Celle-ci se monte à 50% dans les pays de l'UE/EEE et à 100% dans le reste du monde.

Dispositions tarifaires particulières:
HOSPITAL «Royal Plus» (H1)
HOSPITAL «Comfort Plus» (H2)
HOSPITAL «Comfort» (H2T)

1 Conditions d'admission

Les personnes ayant leur domicile de droit civil en Suisse ainsi que les frontaliers et les membres de leur famille (conjoint et enfants resp. adolescents jusqu'à 25 ans) peuvent s'assurer, s'ils n'ont pas plus de 55 ans (55ème anniversaire) au moment du début du contrat.

Les enfants sont assurés sans réserve dès la naissance pour les assurances HOSPITAL «Royal Plus», HOSPITAL «Comfort Plus» et HOSPITAL «Comfort», si la proposition parvient à Sanitas avant la naissance.

Le risque accident peut être coassuré.

2 Franchise annuelle à choix dans HOSPITAL «Royal Plus», HOSPITAL «Comfort Plus» et HOSPITAL «Comfort»

Les assurés peuvent participer eux-mêmes aux frais, en choisissant un montant fixe par année civile (franchise annuelle à choix) de

- fr. 1500.–
- fr. 3000.–
- fr. 5000.–

Dispositions tarifaires particulières: DENTAL (Z)

1 Conditions d'admission

Les personnes ayant leur domicile de droit civil en Suisse ainsi que les frontaliers et les membres de leur famille (conjoint et enfants resp. adolescents jusqu'à 25 ans) peuvent s'assurer, s'ils n'ont pas plus de 55 ans (55ème anniversaire) au moment du début du contrat.

L'assurance doit être demandée au moyen du formulaire «Proposition pour l'assurance des soins dentaires» et du certificat signé par un médecin-dentiste diplômé.

Entre le dernier traitement dentaire ou contrôle et la demande d'adhésion, il ne doit pas y avoir plus de 6 mois.

Lors d'un début d'assurance jusqu'au 5ème anniversaire, les enfants sont assurés sans certificat dentaire.

DENTAL ne peut être conclue que conjointement avec BASIC (assurance des soins d'après la LAMal).

Le risque accident peut être coassuré.

Dispositions tarifaires particulières: SALARY «LCA»

1 Conditions d'admission

Les personnes ayant leur domicile de droit civil en Suisse ainsi que les frontaliers et les membres de leur famille (conjoint et enfants resp. adolescents jusqu'à 25 ans) peuvent s'assurer, s'ils ont au moins 16 ans (16ème anniversaire) au moment du début du contrat, mais pas plus de 55 ans (55ème anniversaire).

Un montant maximal de fr. 300.– par jour peut être assuré.

Les ménagères et hommes au foyer qui s'occupent de leur propre ménage, mais qui n'ont pas d'activité lucrative, peuvent s'assurer, jusqu'à l'âge AVS, pour fr. 30.– par jour au maximum, avec un délai d'attente de 2 jours ou davantage. De plus, fr. 70.– par jour au maximum peuvent être assurés, avec un délai d'attente d'au moins 30 jours.

L'indemnité en cas d'accident peut être coassurée.

L'indemnité en cas d'accident ne peut jamais être supérieure à l'indemnité assurée en cas de maladie.

Dispositions tarifaires particulières: TRAVEL

1 Conditions d'admission

L'assurance peut être conclue par toutes les personnes ayant leur domicile de droit civil en Suisse, ainsi que par les frontaliers et les membres de leur famille (conjoint et enfants resp. adolescents jusqu'à 25 ans), toutefois uniquement conjointement avec BASIC (assurance des soins d'après la LAMal).

L'assurance est conclue par le versement de la prime correspondante, au moyen du bulletin de versement prévu à cet effet, lequel peut être obtenu auprès des services clients de Sanitas.

Sur le bulletin de versement de Sanitas, tous les renseignements désirés doivent être notés. Le montant payé doit correspondre à la prime de la

durée indiquée pour la protection d'assurance désirée.

L'assurance peut être conclue pour une durée de 1 à 20 semaines, mais pas pour des jours isolés. En cas de conclusion pour 20 semaines, l'assurance est valable 1 année.

Le risque accident est coassuré et ne peut pas être exclu.

2 Prime

La prime est calculée selon les sommes d'assurance soit fr. 20 000.–/fr. 50 000.–/fr. 100 000.– et selon la durée d'assurance désirée.

3 Paiement de la prime

La prime doit être payée avant le départ en voyage. La protection d'assurance commence au jour mentionné sur le bulletin de versement, cependant au plus tôt le jour du paiement de la prime d'assurance en Suisse (le timbre postal fait foi) au moyen du bulletin de versement dûment rempli destiné à l'assurance pour vacances et voyages.