

ALL IN ONE

SWISS STUDIES

CONDITIONS GÉNÉRALES et PARTICULIARES D'ASSURANCE



SOMMAIRE

0	INFORMATIONS GÉNÉRALES	3
1	DÉFINITIONS	3
1.1	LES PERSONNES.....	3
1.2	LE CONTRAT ET LES DOCUMENTS D'ASSURANCE.....	4
1.3	LE TERRITOIRE, LA COUVERTURE ET LE SINISTRE	5
2	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
2.1	LES RELATIONS ENTRE ASSUREUR MALADIE ET ASSUREUR ASSISTANCE.....	7
2.2	RÈGLES DE BASE APPLICABLES AUX COUVERTURES	8
3	DISPOSITIONS PROPRES À LA COUVERTURE D'ASSURANCE MALADIE	12
3.1	CADRE GÉNÉRAL	12
3.2	CATALOGUE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE	13
3.3	LIMITATIONS DE COUVERTURE	22
3.4	OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ	23
4	DISPOSITIONS PROPRES À LA COUVERTURE D'ASSURANCE – ASSISTANCE	25
4.1	CADRE GÉNÉRAL	25
4.2	CATALOGUE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE ASSISTANCE.....	26
4.3	LIMITATIONS DE COUVERTURE	27
4.4	OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ	28
5	DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES	29
5.1	CALCUL DES DÉLAIS	29
5.2	COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS	29
5.3	VERSEMENT DES PRIMES D'ASSURANCE.....	29
5.4	AJUSTEMENT DES PRIMES	30
5.5	MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCE	31
5.6	CLAUSE DE SAUVEGARDE.....	31
6	DISPOSITIONS FINAL	31
6.1	DURÉE DU CONTRAT D'ASSURANCE.....	31
6.2	RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE	31
6.3	DROIT APPLICABLE, CONCILIATION ET JURIDICTIONS COMPÉTENTES	32
6.4	ENTRÉE EN VIGUEUR.....	32

0 INFORMATIONS GÉNÉRALES

ASSUREUR

L'assureur maladie et accident est Mutuelle Générale d'Enseignement National (ci-après MGEN) ayant son siège à Square Max Hymans n°3, 75015 Paris 15, France (numéro du registre Siren 775 685 399), autorisée par l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR) d'opérer notamment dans les domaines de l'assurance maladie et accident et qui assurent l'ensemble des risques décrits dans les CGA (ci-après ASSUREUR), à l'exception des risques d'assistance.

Dans le cadre du présent contrat, l'assureur sera représenté par SOS Evasan SA en matière de déclaration et de gestion des sinistres. Par voie de conséquence, EVASAN est habilité à recevoir les appels et à gérer les sinistres pour le compte de l'assureur.

GESTION DES SINISTRES ET CENTRALE D'ALARME

Le gestionnaire des sinistres et l'assureur du volet assistance en matière maladie et accident est SOS Evasan SA (ci-après EVASAN), Route de L' Etraz 12c CP 5, CH-1267 Vich, enregistrée auprès de l'Autorité Fédérale de Surveillance des Marchés Financiers FINMA (numéro du registre du commerce CH-660-0168995).

ADMINISTRATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Administrateur du contrat d'assurance est EVASAN qui gèrera la vie du contrat, l'émission des documents contractuels et leurs éventuelles modifications, le renouvellement du contrat d'assurance ainsi que l'encaissement des primes d'assurance.

EVASAN pourra être contactée par l'assuré pour toutes questions administratives au

Tél. : + 41 (0)22 929 52 51 de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h (du lundi au vendredi) ou par courriers électroniques
E-mail: info@evasan.com ou info@healthmobility.eu

1 DÉFINITIONS

1.1 LES PERSONNES

1.1.1 QUI EST L'ASSUREUR ?

1. Mutuelle Générale d'Enseignement National, assurent l'ensemble des risques décrits dans les CGA, à l'exception des risques d'assistance, qui sont assurés par SOS Evasan SA.
2. Le terme générique d'« assureur » désigne Mutuelle Générale d'Enseignement National et SOS Evasan ce dans le cadre de leurs activités respectives.

1.1.2 QUI EST LE PRENEUR (D'ASSURANCE) ?

1. La personne physique ou morale qui a proposé et souscrit le contrat d'assurance pour son propre compte ou celui d'autrui et qui, par voie de conséquence, est redevable de la prime.
2. En cas d'assurance pour le compte d'autrui, seul l'assuré – à l'exclusion du preneur – a qualité de bénéficiaire et peut réclamer des prestations. Les éventuels engagements que le preneur aurait pris vis-à-vis de tiers n'obligent pas les parties au présent contrat, même lorsqu'ils auraient motivé sa conclusion. Demeurent réservées les éventuelles dérogations contractuelles expresses.

1.1.3 QUI EST L'ASSURÉ ?

1. La personne au bénéfice des prestations de l'assureur. Seules les personnes ou les groupes de personnes désignés comme bénéficiaires dans le contrat d'assurance ou sur une liste nominative annexée ont la qualité d'assurés.
2. Sont assurés les ressortissants étrangers ou groupes d'étrangers jusqu'à l'âge de 36 ans révolus, qui souhaitent séjourner sur le territoire contractuel dans le cadre d'une formation ou de cours de

perfectionnement, tels que les étudiants, les écoliers et les stagiaires, ou dans le cadre d'une autre activité non lucrative pour laquelle la loi prévoit la possibilité d'être exemptés de l'obligation de s'assurer auprès de l'assurance de base obligatoire des soins.

3. Exceptionnellement, moyennant mention contractuelle expresse et application d'un tarif majoré, l'assureur pourra assurer les personnes dont l'âge est compris entre 37 et 65 ans révolus à conditions toutefois que celles-ci soient autorisées à séjourner sur le territoire contractuel pendant une année, et ce dans le but soit de chercher du travail, soit dans le cadre d'études, de stages, de cours de perfectionnement ou pour d'autres motifs prévoyant la possibilité d'être exemptés de l'obligation de s'assurer auprès de l'assurance de base obligatoire des soins.

1.1.4 QU'EST-CE QU'UN PROCHE ?

Toute personne qui, sans être nécessairement un parent, se trouve en étroite relation de fait avec l'assuré.

1.1.5 QU'EST-CE QU'UN TIERS ?

1. Toute personne qui ne se trouve pas dans une relation de travail ou d'organe avec l'assureur et qui ne présente pas de lien de parenté avec l'assuré, n'a pas la qualité de conjoint, ou de concubin, ou de proche.
2. Toute autre personne à laquelle l'étudiant est confié, qui en a ainsi la garde et la responsabilité, soit temporairement soit définitivement, telle que les instituteurs, les professeurs, les instructeurs, les éducateurs, les assistantes maternelles, les nourrices, les entraîneurs et les moniteurs (liste non exhaustive).

1.1.6 QU'EST-CE QU'UN RÉPONDANT FINANCIER

Le répondant financier est la personne qui s'engage à régler les frais de scolarité de l'étudiant et son conjoint non séparé de corps, ou son concubin participant aux charges du foyer pour autant qu'il établisse de manière officielle sa communauté de résidence avec l'assuré depuis au moins un an.

1.2 LE CONTRAT ET LES DOCUMENTS D'ASSURANCE

1.2.1 QU'EST-CE QU'UNE PROPOSITION D'ASSURANCE ?

1. L'offre que le proposant soumet à l'assureur en vue de conclure un contrat d'assurance. Cette offre ne vaut pas conclusion du contrat.
2. La mise à disposition par l'assureur du formulaire de proposition d'assurance au proposant constitue une simple d'offre. Une proposition d'assurance ne remplace en aucun cas une police d'assurance.

1.2.2 QU'EST-CE QU'UNE ATTESTATION D'ASSURANCE ?

1. L'attestation d'assurance est un document déclaratif que l'assureur fournit à la demande du proposant pour lui permettre d'entreprendre auprès de tiers les démarches administratives nécessaires aux fins de, notamment, s'inscrire dans une école et obtenir l'autorisation de séjourner temporairement sur le territoire contractuel.
2. Par ce document, qui est émis après encaissement de la prime, l'assureur confirme accepter de conclure avec le proposant à condition toutefois que tous les éléments essentiels du contrat soient réunis subséquentement.
3. Une attestation ne fait pas office de police d'assurance. En cas de remboursement de la prime ou d'invalidation du contrat, l'assureur est en droit d'en informer toute autorité et tout tiers concernés.

1.2.3 QU'EST-CE QU'UN CONTRAT D'ASSURANCE ?

La manifestation réciproque et concordante de la volonté du proposant et de l'assureur portant sur tous les points essentiels de leurs rapports. Toutes les déclarations que le preneur d'assurance, l'assuré et leurs

représentants conignent dans la proposition d'assurance et dans tout autre document écrit, ainsi que les rapports médicaux fournis par l'assuré lors de la souscription forment les bases du contrat.

1. Les éléments essentiels du contrat, qui s'entendent cumulativement, sont les suivants :
 - a. Lecture et approbation des Conditions générales et particulières d'assurance (CGA et CPA) ;
 - b. Rédaction complète du formulaire de proposition et des autres annexes éventuelles ;
 - c. Encaissement de la prime d'assurance par l'assureur ;
 - d. Acceptation par l'assureur de conclure avec le proposant.
 - e. Compréhension par l'assurée de la langue du contrat
2. L'assureur est libre de refuser une proposition d'assurance et donc de refuser de conclure un contrat notamment sur la base de critères médicaux. Il n'est pas tenu de fournir une justification.

1.2.4 QU'EST-CE QU'UNE POLICE D'ASSURANCE ?

1. Le document qui confirme l'existence d'un contrat d'assurance et constate les droits et obligations des parties.
2. Si le contenu de la police ou des avenants y relatifs ne concorde pas avec les accords passés, le preneur doit exiger par écrit sa correction dans les 14 jours dès réception de la police, faute de quoi leur contenu est considéré comme accepté.

1.3 LE TERRITOIRE, LA COUVERTURE ET LE SINISTRE

1.3.1 QUE SONT LE PAYS DE PROVENANCE, LA DESTINATION, LE PAYS DE SÉJOUR ET LE TERRITOIRE ?

1. Aux fins des présentes conditions d'assurance, le pays de provenance englobe l'État ou les États dans le(s) quel(s) l'assuré et/ou le bénéficiaire :
 - a. possède son domicile légal ; et
 - b. a résidé durablement avant de se déplacer vers son lieu de destination ; et
2. L'État ou les États dont il est le ressortissant (nationalité).
3. La destination est le lieu auquel l'assuré a l'intention de se rendre au cours de son déplacement.
4. Aux fins des présentes conditions d'assurance, le pays de séjour est l'État au sein duquel l'assuré est autorisé à résider pendant une certaine durée pour y exercer l'une des activités non lucratives suivantes (études, recherche d'emploi, etc.) admises au sens de l'alinéa 2 ou 3 de l'art. 1.1.3.
5. Le territoire est la zone géographique ou politique, telle que définie par le contrat, sur laquelle se déploient les effets contractuels, et à l'intérieur de laquelle se trouvent tant la destination que le pays de séjour.

1.3.2 QUE SONT LES PÉRIODES DE GARANTIE ?

1. La durée effective du séjour de l'assuré. Toute période de garantie doit débiter et s'achever à l'intérieur de la durée du présent contrat d'assurance et la date de commencement doit figurer sur la police d'assurance.
2. Elle ne peut excéder 90 jours consécutifs s'agissant des prestations d'assistance pendant les voyages.

1.3.3 QU'EST-CE QU'UN SINISTRE ?

L'événement dommageable, non intentionnel, qui s'est produit dans la période et aux conditions prévues au contrat et qui réalise, dans les limites légales et contractuelles, l'obligation de l'assureur de fournir sa prestation en faveur de l'assuré.

1.3.4 QUAND LE RISQUE SE RÉALISE-T-IL EN MATIÈRE DE PRESTATIONS DESOINS ?

1. Le risque se réalise (sinistre) en cas de nécessité médicale d'administrer à l'assuré des prestations de soins (traitement) suite à une maladie ou à un accident soudain.
2. La réalisation du risque débute avec le traitement et se termine dès qu'il ressort de l'analyse objective et rationnelle des résultats des examens médicaux indispensables que la nécessité d'un traitement n'existe plus.
3. Si le traitement doit être étendu à une maladie ou aux suites d'un accident avec lesquelles il n'existe pas de relation de causalité, il y a réalisation d'un nouveau risque.
4. Les examens et traitements médicaux nécessités par une grossesse et un accouchement, de même que les examens médicaux ambulatoires de dépistage dans le cadre des programmes prévus par la loi (examens de dépistage ciblés) sont également reconnus comme des sinistres.

1.3.5 QU'EST-CE QU'UN ACCIDENT ?

Toute atteinte dommageable, soudaine, imprévisible et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure et violente qui affecte l'intégrité corporelle de l'assuré et qui peut être objectivement constatée.

1.3.6 QU'EST-CE QU'UNE MALADIE SOUDAINE ?

Toute péjoration non intentionnelle de l'état de santé qui nécessite une consultation, un traitement ou des soins médicaux, qui ne résulte pas d'un accident et qui n'est pas la manifestation d'un état préexistant.

1.3.7 QU'EST-CE QU'UN ÉTAT DE SANTÉ PRÉEXISTANT ?

Toute altération, affection, maladie ou infirmité physique ou psychique ayant objectivement existé avant la date de souscription du contrat d'assurance et dont la manifestation, les conséquences ou complications nécessitent un traitement, une consultation, des examens ou une intervention médicale au cours de la durée de garantie d'assurance assistance décrite dans l'art. 4.

1.3.8 QU'EST-CE QU'UN DÉLAI DE CARENCE ?

Une période d'attente initiale (réserve), commençant en même temps que la période de garantie effective, durant laquelle l'assuré n'a pas le droit à certaines des prestations d'assurance visées par son contrat.

1.3.9 QUE SONT UNE FRANCHISE, UNE QUOTE-PART ET UNE PARTICIPATION ?

1. La franchise est le montant déterminé par le contrat qui demeure à la charge de l'assuré en cas de sinistre.
2. Chaque année contractuelle, l'assuré participe à un certain pourcentage des coûts des prestations qui lui sont accordées. Cette quote-part comprend, selon le plan de couverture choisi par le preneur d'assurance :
 - a. Un montant fixe par année contractuelle (« quote-part franchise »), et/ou
 - b. Une quote-part fixe de 10% des coûts dépassant la franchise pour chaque sinistre.

1.3.10 QU'EST-CE QU'UNE « CENTRALE D'ALARME » ?

La structure téléphonique d'intervention et d'assistance comprenant les opérateurs, médecins, techniciens et professionnels de l'assurance qu'EVASAN met, (24h/24h, tous les jours de l'année), dans le cadre du présent contrat, à disposition des assurés au sens du présent contrat. Ces derniers prennent l'engagement formel de contacter la centrale en cas de sinistre imminent ou déclaré.

1.3.11 QU'EST-CE QU'UNE HOSPITALISATION ?

1. Une admission dans un établissement hospitalier pour une période de 24h et plus en vue de subir une intervention médicale.

2. Par établissements hospitaliers, on entend des hôpitaux et des cliniques qui sont dirigés et surveillés par un médecin et qui accueillent exclusivement des personnes malades ou accidentées.
3. Ne sont pas réputés hôpitaux des établissements de cure, des établissements pour personnes âgées ou malades chroniques, des établissements médico-sociaux, et d'autres institutions non prévues pour le traitement de personnes souffrant de maladies aiguës.
4. Par établissements de cure, on entend des établissements thermaux ou de cure balnéaire officiellement reconnus ainsi que des maisons de convalescence dirigées ou surveillées par un médecin.

1.3.12 QU'EST-CE QU'UN LIEU DE STABILISATION ?

L'endroit vers lequel l'assuré est transporté à la suite d'un sinistre en vue de le rendre apte à une évacuation ou à un rapatriement.

2 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.1 LES RELATIONS ENTRE ASSUREUR MALADIE ET ASSUREUR ASSISTANCE

2.1.1 QUELLES SONT LES COUVERTURES ET BASES JURIDIQUES ?

1. MGEN couvre les maladies et accidents ainsi que leurs conséquences économiques directes d'un point de vue médical. La garantie consiste en l'indemnisation des frais de traitement curatif et autres prestations convenues dans le cadre de l'assurance de base obligatoire des soins applicable sur le territoire couvert, et en particulier dans le pays de séjour. L'étendue de la garantie est déterminée par la police d'assurance, les éventuels contrats écrits ultérieurs, les conditions d'assurance, de même que par les dispositions légales en vigueur.
2. EVASAN couvre et fournit l'assistance en déplacement et autres événements mentionnés dans le contrat. L'étendue de la garantie d'EVASAN est déterminée par la police d'assurance, les éventuels contrats écrits ultérieurs, les conditions d'assurance, de même que par les dispositions légales applicables.
3. Les dispositions générales s'appliquent tant que les dispositions propres à chaque couverture n'y dérogent pas.

2.1.2 INDÉPENDANCE DES PRESTATIONS

MGEN ne répond pas du fait des prestations qui incombent à EVASAN et EVASAN ne répond pas pour celles de MGEN.

MGEN et EVASAN ne sont pas solidairement responsables, chaque assureur répondant pour les risques par lui couverts.

2.1.3 CONTACTS AVEC L'ASSUREUR

1. Sur mandat de MGEN, EVASAN assiste les assurés de MGEN au titre du présent contrat et met à leur disposition la centrale d'alarme d'EVASAN.
2. EVASAN se charge, pour son compte et celui de MGEN, de gérer les dossiers sinistres et de recevoir les déclarations sinistres, étant précisé que les décisions et la responsabilité relatives aux prestations d'assurance de MGEN sont prises et assumées par cette dernière et n'engagent pas EVASAN.

2.2 RÈGLES DE BASE APPLICABLES AUX COUVERTURES

2.2.1 MODIFICATION DU CONTRAT PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE

Pour toute modification du contrat, une nouvelle proposition doit être soumise à l'assureur, qui procède à un nouvel examen du risque.

2.2.2 CHANGEMENT DE NOM ET D'ADRESSE/ADRESSES DE CONTACT

L'annonce de tout changement de nom ou d'adresse doit être faite par l'assuré et par écrit et adressée à EVASAN dans un délai de 30 jours. Ce dernier s'engageant à transmettre cette information dans le même délai à l'assureur. Voir Chapitre

« 0 » ci-dessus rubrique : Administration du contrat.

Dans l'intervalle, la dernière adresse connue de l'assureur est réputée valable.

2.2.3 PASSAGE DE L'ASSURANCE COLLECTIVE VERS L'ASSURANCE INDIVIDUELLE

L'assuré qui sort d'un contrat collectif ou doit sortir en raison d'une annulation du contrat collectif, peut passer vers l'assurance individuelle s'il continue à séjourner dans le territoire contractuel. L'assuré doit alors faire valoir son droit au près d'EVASAN dans les 30 jours. Voir Chapitre « 0 » ci-dessus rubrique Administration du contrat.

Il est alors assuré pour les prestations similaires à celles du contrat collectif. Les prestations touchées dans le cadre de l'assurance collective sont imputées à celles de l'assurance individuelle. Une réserve qui serait en cours dans l'assurance collective sera maintenue.

2.2.4 TERRITOIRE ASSURÉ

1. Prestations d'assurance - maladie

- a. La garantie s'étend aux soins dispensés sur le territoire des États membres de l'Union européenne (UE) et de l'Association européenne de libre-échange (AELE).
- b. L'assuré qui, durant son séjour sur le territoire assuré, retourne dans son pays de provenance pour des vacances de courte durée, y est assuré pour les traitements médicaux d'urgence et dès lors qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre un traitement. La garantie d'assurance malade au titre du présent contrat ne sera acquise que dans la mesure où l'assuré ne dispose pas d'une autre protection d'assurance, sociale et/ou associative dans ledit pays de provenance.

2. Prestations assurance - assistance

- a. A l'extérieur d'un rayon de 0 km (incl.) à vol d'oiseau, calculé depuis son adresse de séjour (art. 1.3.1. al. 3), l'assuré est, sous réserve de l'alinéa 4, couvert dans le monde entier durant son déplacement, à l'exclusion des États-Unis d'Amérique (USA), du Canada et du Japon.
- b. L'assuré qui, durant son séjour sur le territoire assuré, retourne dans son pays de provenance pour des vacances de courte durée y est assuré exclusivement pour les frais médicaux d'urgence et dès lors qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre un traitement. La garantie d'assurance malade au titre du présent contrat ne sera acquise que dans la mesure où l'assuré ne dispose pas d'une autre protection d'assurance, sociale et/ou associative dans ledit pays de provenance.

3. S'agissant des couvertures d'assurance maladie et assistance, le droit à d'éventuelles prestations s'éteint dès que l'assuré pénètre sur le territoire d'un pays exclu de la garantie d'assurance.

2.2.5 DATE DE PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

1. La garantie prend effet le lendemain à 0h00 de la date indiquée dans la police d'assurance, mais en aucun cas avant la conclusion du contrat d'assurance – ni avant l'échéance d'un éventuel délai de carence. Aucune prestation ne sera accordée au titre des sinistres survenus avant la date de prise d'effet. Les sinistres survenus après la conclusion du contrat d'assurance ne sont exclus de l'obligation de prestation que dans la mesure où ils sont antérieurs à la date de prise d'effet de la garantie ou sont survenus pendant une période de carence.
2. S'agissant des enfants nouveau-nés, la garantie de l'assurance maladie prend effet sans délai de carence et immédiatement à la naissance, à condition que l'un des parents ait souscrit depuis 3 mois au moins une assurance maladie auprès de l'assureur et que la déclaration à l'assurance intervienne rétroactivement au premier du mois de la naissance et deux mois au plus tard après celle-ci. La garantie ne doit pas être plus élevée ni plus complète que celle dont dispose un parent assuré. Les nouveau-nés peuvent être admis uniquement dans le respect des tarifs accessibles aux nouveaux contrats.
3. L'adoption est soumise aux mêmes dispositions que la naissance d'un enfant dans la mesure où l'enfant adopté est encore mineur à la date de l'adoption. Compte tenu d'une augmentation du risque, il peut être décidé d'instituer une surprime qui pourra égaler au maximum le montant de la prime simple.
4. Dans tous les cas, la prise d'effet de la garantie suppose que la prime d'assurance ait été payée.

2.2.6 RÉTICENCE

1. Si le proposant a, lors de la conclusion du contrat d'assurance, omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître, l'assureur est en droit de résilier le contrat par écrit dans les 4 semaines après qu'il a eu connaissance de la réticence.
2. Dans ce cas, l'obligation d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait, l'objet de la réticence, a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre.

2.2.7 DOUBLE ASSURANCE

1. Lorsque le même intérêt est assuré contre le même risque, et pour une même période de temps, par plus d'un assureur, de sorte que les sommes assurées réunies dépassent la valeur d'assurance, le preneur est tenu d'en informer l'assureur, immédiatement et par écrit.
2. Si le preneur d'assurance a intentionnellement omis de fournir cette information, ou s'il a conclu la double assurance dans l'intention de se procurer un enrichissement illégitime, l'assureur est automatiquement libéré de toute obligation contractuelle à son égard.

2.2.8 AGGRAVATION ESSENTIELLE DU RISQUE

1. Est essentielle l'aggravation portant sur un fait important pour l'appréciation du risque dont l'étendue avait été déterminée lors de la conclusion du contrat. Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (en particulier : l'état de santé de l'assuré, la pratique d'activités à risque, etc.).
2. Si l'assuré provoque de son fait une aggravation essentielle du risque au cours de l'assurance, l'assureur cesse automatiquement d'être lié par le contrat.
3. Si l'aggravation intervient sans le fait de l'assuré, le contrat ne cesse automatiquement d'exister que si l'assuré a omis de déclarer l'aggravation. Une telle déclaration devra être faite par l'assuré par écrit et adressée à l'assureur.

A réception de cette déclaration écrite de l'assuré, l'assureur se réserve le droit de résilier le contrat dans les 14 jours suivant la réception de cette déclaration.

2.2.9 CARACTERE ECONOMIQUE DES PRESTATIONS

Les prestations entrant dans le champ des conditions d'assurance doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité, l'adéquation et l'économicité doivent être démontrées selon des méthodes scientifiques.

Le fournisseur des prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La rémunération des prestations qui dépassent cette limite pourra être refusée par l'assureur.

De même, l'assureur se réserve le droit de refuser toute réitération inutile d'actes diagnostiques notamment lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs.

L'assureur se réserve le droit de faire appel à son médecin conseil, un professionnel indépendant, afin que ce dernier donne son avis indépendant et objectif sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives aux factures médicales présentées. Généralement parlant les fournisseurs de prestations doivent mettre à la disposition du médecin conseil les indications et informations qui sont nécessaires à ce dernier afin d'accomplir sa mission.

Dans le cas où il ne serait pas possible au médecin conseil d'obtenir des fournisseurs les informations à lui nécessaires, le médecin conseil peut demander à examiner lui-même l'assuré.

Le médecin conseil ne transmet aux équipes médicales de l'assureur que les indications dont ces derniers ont besoin pour décider de la prise en charge d'une prestation, pour fixer la rémunération ou encore pour motiver une décision.

Ce faisant ils respectent le droit de la personnalité des assurés.

2.2.10 PRESTATION PARTIELLE

Si l'assuré n'utilise aucune ou qu'une partie des prestations fournies par l'assureur, ce dernier n'est pas tenu à remboursement. Si les frais occasionnés par un sinistre sont inférieurs à ceux cités dans la police, l'assuré ne peut pas demander le remboursement de la différence.

2.2.11 SAISIE DES DONNÉES – DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

1. L'assuré autorise l'assureur à saisir toutes les données par système informatique et à réunir les renseignements nécessaires pour la liquidation du droit aux prestations.
2. L'assuré bénéficie des garanties suisses (vis-à-vis d'EVASAN) et communauté de l'UE (vis-à-vis de ASSUREUR) en matière de traitement et de protection de ses données personnelles.

2.2.12 VERSEMENT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE

1. L'assureur n'est tenu de fournir ses prestations que si les justificatifs y relatifs lui sont effectivement fournis de manière exhaustive.
2. Les justificatifs de frais présentés doivent être des originaux. L'assureur est en droit de demander la preuve que les factures dont le remboursement est demandé par l'assuré aient été réglées au préalable par l'assuré. Dans le cas où un autre assureur ou institution a anticipé aux frais, la production des copies des factures est suffisante, à condition qu'un justificatif soit fourni sur le montant remboursé par l'autre assureur et ou institution.
3. Les factures doivent impérativement comporter : le nom et l'adresse du praticien, le nom du patient, la période de traitement, les diverses prestations effectuées assorties de leur codification et la désignation explicite de la maladie. Les ordonnances sont à adresser à l'assureur accompagnées des notes d'honoraires correspondantes en provenance du praticien, des factures portant sur les médicaments et appareillages, ainsi que de la prescription médicale qui doit également faire mention de la maladie.
4. Une attestation de l'établissement médical faisant mention de la date de début et de fin d'un traitement stationnaire, ainsi que de la désignation de la maladie est impérativement nécessaire. Dans le cas où le praticien se refuserait à désigner clairement la maladie, l'assureur est libre de refuser ses prestations ou

de les faire dépendre d'un examen médical complémentaire réalisé par le praticien de son choix et/ou du médecin conseil de l'assureur.

5. Les factures de toute sorte sont à envoyer à EVASAN dès leur réception par l'assuré.
6. L'assureur est habilité à fournir les prestations au porteur ou à l'expéditeur de justificatifs établis avec rigueur et clarté.
7. Les frais de maladie facturés dans des monnaies étrangères seront convertis en euros ou en francs suisses au cours du jour où les justificatifs parviennent à l'assureur (cachet de la poste ou accusé de réception si transmission électronique faisant foi).
8. Les frais de virement bancaire concernant le remboursement des prestations, de même que de traduction reste à la charge de l'assuré et sont déductibles des prestations.
9. En tant qu'elle est prescrite par LAMal, l'application du système du « tiers payant » demeure réservée.

2.2.13 INCESSIBILITÉ DE LA CRÉANCE

La créance de l'assuré susceptible de résulter du contrat d'assurance est incessible et ne peut pas être mise en gage. En particulier, l'assuré ne pourra pas la céder à un tiers quelconque (à un proche, hôpital, service de recouvrement, entreprise, preneur, collègue de travail, autorité, etc.)

2.2.14 SUBROGATION

1. L'assureur est subrogé dans les droits et créances de tout bénéficiaire, de tout ou partie des garanties d'assurance figurant dans les conditions d'assurance,
2. Cette subrogation joue à l'égard de tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché ses prestations et de l'assureur de ce dernier et ce à concurrence des frais engagés par l'assureur en exécution du présent contrat d'assurance.
3. Dans le cas où l'assuré a droit à des dommages-intérêts en provenance d'un tiers, et indépendamment de la subrogation contractuelle, ce droit devra être cédé par écrit à l'assureur à concurrence du montant des indemnités accordées au titre du contrat d'assurance. Ce droit est transféré dans cette mesure à l'assureur. Si l'assuré renonce à cette prétention, ou encore à un droit servant de garantie à cette prétention, sans l'accord de l'assureur, ce dernier est dégagé de son obligation de prestation à concurrence de l'indemnité qui aurait pu lui échoir au titre de la créance ou du droit de son assuré et/ou bénéficiaire.

2.2.15 EXTINCTION DE LA GARANTIE

1. La garantie prend fin – aussi pour les sinistres déjà déclarés – à la date d'expiration du contrat d'assurance.
2. Si, pour des motifs médicaux impératifs, l'assuré ne peut quitter son lieu de destination un mois après l'expiration de la garantie, cette dernière est, sur requête écrite de l'assuré et sur préavis d'un médecin indépendant mandaté par l'assureur, prolongée jusqu'à ce que l'assuré soit considéré apte à entreprendre le voyage de retour sans mettre sa vie en danger. Dans tous les cas, la garantie ne peut être prolongée de plus de deux autres mois et un complément de prime sera exigé par l'assureur en pareil cas.
3. Si l'activité de l'assuré vient à changer et que de ce fait son immatriculation au régime de base LAMal devient obligatoire en Suisse.

2.2.16 PRESCRIPTION

Toute réclamation au titre du présent contrat sera prescrite dans les 2 années à partir de la date de l'événement assuré sur la réclamation se fonde.

3 DISPOSITIONS PROPRES À LA COUVERTURE D'ASSURANCE MALADIE

3.1 CADRE GÉNÉRAL

3.1.1 OBJET DE LA PRÉSENTE COUVERTURE

1. L'assurance maladie dispensée par ASSUREUR offre une protection équivalente aux prestations définie par la loi fédérale et en conformité avec l'art. 2 al.4 OAMal et l'art 3 al.2 OAMal sur le territoire contractuel. Durant ses séjours en Suisse, l'assuré bénéficie des prestations de soins en cas de maladie, d'accident (en l'absence de prise en charge par un potentiel autre assureur assurance accident) et de maternité. L'étendue des prestations est définie par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et par la jurisprudence y relative.
2. Principe de subsidiarité : la couverture maladie visée par le présent contrat s'entend en complément de toutes les autres assurances dont pourraient bénéficier l'assuré ou le preneur d'assurance (Ex. Assurances sociales obligatoires, assurance- accident, assurance-maladie de l'État de provenance, prestation due au titre d'un contrat de service ou au titre de l'adhésion à une association auxquelles l'assuré cotise ou a adhéré).
3. Les prestations doivent notamment être efficaces, appropriées et économiques. En cas de prestations inefficaces, inappropriées ou de sur tarification, l'assureur se réserve le droit de réduire, objectivement et techniquement, l'indemnisation due à l'assuré à de plus justes proportions.

3.1.2 RECONNAISSANCE DES FOURNISSEURS DE PRESTATIONS DE SOINS

1. En cas de traitements fournis en Suisse, seules les factures établies par des prestataires qualifiés, aptes et autorisés à pratiquer (art. 35-40 LAMal) sont prises en considération.
2. En cas de traitements dans un autre Etat du territoire contractuel, seules les factures établies par des praticiens titulaires d'un diplôme les autorisant à exercer selon les dispositions légales régissant leur profession et ce dans l'environnement légal du pays dans lequel est réalisé le traitement, sont prises en considération.

3.1.3 ÉTENDUE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE

1. Les conditions tarifaires usuellement pratiqués dans le territoire où a lieu le traitement, déterminent le montant des prestations d'assurance.

Les tarifs retenus par les prestataires doivent se fonder notamment sur les éléments objectifs suivants.

- le temps consacré à la prestation ;
- l'indication de la codification de la prestation ;
- le montant du forfait applicable usuellement à la prestation ainsi codifiée ;
- le cas échéant, la raison pour laquelle le fournisseur n'a pas appliqué le forfait habituellement applicable mais une tarification supérieure

Pour les prestations réalisées en Suisse, les tarifs de référence de l'assurance LAMal serviront de base à l'assureur pour le calcul de l'étendue des prestations.

2. Sous réserve de la négociation de conditions particulières instaurant un réseau obligatoire de médecins, l'assuré est libre de consulter le médecin ou dentiste établi et agréé de son choix. Au cas où un médecin, installé dans une autre localité que l'assuré, facture une indemnité kilométrique ou de déplacement, la prise en charge de ces frais peut être réduite au prorata de la distance que le médecin compétent le plus proche de l'assuré aurait dû parcourir.

3.1.4 EXCLUSIONS GÉNÉRALES DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE MALADIE

Sont exclues de la couverture, si bien qu'aucune prestation ne sera due par l'assureur, les situations suivantes et leurs conséquences :

1. la commission par l'assuré d'un crime, d'un délit ou d'une entreprise téméraire à l'origine du dommage ;
2. l'usage de stupéfiants, de médicaments, d'alcool et/ou de produits hallucinogènes et toxiques par l'assuré ayant conduit ou contribué à la survenance du sinistre, hormis les cas où l'assurance de base obligatoire des soins (- LAMal pour ce qui est de la Suisse -) exige une prise en charge;
3. tous les dommages et atteintes à la santé qui sont provoqués par la fabrication ou l'utilisation, voulues ou involontaires, de substances chimiques, biologiques, biochimiques ou d'ondes électromagnétiques destinées à servir d'armes (indépendamment d'éventuelles causes concurrentes), ainsi que tous dommages et atteintes occasionnés par des moyens ABC, l'énergie nucléaire ou toute autre irradiation ionisante ;
4. la survenance d'un sinistre sur un territoire exclu du contrat ou en dehors des dates des périodes de garantie effective.

3.2 CATALOGUE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE

3.2.1 HOSPITALISATION

1. L'assureur accorde des prestations en cas de séjour hospitalier lorsque, en considération du diagnostic, l'état de santé de la personne assurée ou le traitement médical dans son ensemble nécessitent le traitement hospitalier.
2. L'assuré a le libre choix parmi les hôpitaux qui remplissent les conditions d'admission de la LAMal.
3. Sont couverts les frais correspondant au standard de la division privée en Suisse ou ceux pratiqués selon la tarification de base (pour les autres pays du territoire contractuel) concernant :
 - a. l'hospitalisation médicale en établissement public ou privé ;
 - b. l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale ;
 - c. les frais (para-) médicaux annexes générés dans le cadre d'une hospitalisation.
4. Si la personne assurée se fait soigner en division privée d'un hôpital, l'assureur alloue les prestations de manière analogue aux taxes pour la division commune de l'hôpital concerné.
5. En cas de séjour hospitalier de l'assuré, l'assureur délivre une garantie de prise en charge dans les limites du droit aux prestations, pour autant qu'il dispose du diagnostic et des circonstances d'admission dans l'hôpital. Ces informations devront lui être fournies par le praticien /ou médecin traitant intervenu et lui parvenir avant toute émission de prise en charge aux fins de vérification et approbation de l'indication médicale des données thérapeutiques par un expert médical.
6. Sous réserve de la négociation de conditions particulières instaurant un réseau obligatoire de médecins, l'assuré choisit librement parmi les hôpitaux publics ou privés au sens des normes internationales en vigueur, ces établissements devant notamment être placés en permanence sous la direction d'un personnel médical, disposent de moyens diagnostiques et thérapeutiques suffisants, ont recours à des méthodes généralement reconnues par la science.
7. La prise en charge dépend de l'accord préalable écrit de l'ASSUREUR représenté ici par EVASAN lorsque l'assuré a l'intention de se soumettre à un traitement curatif stationnaire, dans un service médical pratiquant également des cures ou des soins de convalescence, mais qui satisfait par ailleurs aux conditions énoncées.
8. L'ASSUREUR fournit la prestation prévue au contrat pour les méthodes d'examen ou de traitement et les médicaments généralement reconnus par la médecine officielle. Au-delà, il pourra à titre

exceptionnel fournir également ses prestations pour des méthodes et médicaments qui se sont montrés dans la pratique tout aussi efficaces ou qui sont préconisées en raison de l'absence de méthodes ou de médicaments relevant de la médecine officielle; l'assureur est cependant en droit de réduire ses prestations au montant qui aurait été payable en cas d'emploi de méthodes et de médicaments relevant de la médecine officielle.

3.2.2 TRAITEMENT SEMI – HOSPITALIER

Les dispositions régissant le traitement hospitalier sont applicables par analogie au traitement dans une clinique prodiguant des soins semi-hospitaliers comme une clinique de jour ou de nuit ou dans une institution pour la chirurgie de jour.

3.2.3 TRAITEMENT AMBULATOIRE

1. En cas de traitement ambulatoire, les prestations équivalentes à la LAMal sont versées sans limite de durée.
2. Les fournisseurs de prestations ambulatoires reconnus sont notamment les personnes et les institutions suivantes:
3. les médecins,
4. les pharmaciens,
5. les chiropraticiens,
6. les sages-femmes,
7. les laboratoires,
8. les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques,
9. sur ordonnance médicale:
10. les physiothérapeutes,
11. les infirmières et infirmiers,
12. les logopédistes-orthophonistes.
13. L'assureur prend en charge les frais des traitements ambulatoires conformément aux tarifs valables au lieu de résidence ou de la scolarisation des assurés.
14. L'assuré a le libre choix du praticien selon la LAMal
15. Les prestations non équivalentes à la LAMal ne pourront donner droit à remboursement.
16. Dans les cas où l'assuré procéderait à des changements volontaires et réitérés de praticien et pour le traitement de la même maladie, les prestations seront subordonnées à l'assentiment de l'assureur.

3.2.4 TRAITEMENT AMBULATOIRE « MALADIES GRAVES »

Le cas d'assurance est également constitué par le traitement ambulatoire suite à la survenance d'une des maladies graves suivantes: le cancer, la leucémie, la maladie de Parkinson, la maladie de Hodgkin, la maladie de Pompe, la maladie de Crohn, la maladie d'Alzheimer, le SIDA, le diabète, la tuberculose, la sclérose en plaque, la sclérose latérale amyotrophique, la méningite cérébrospinale, la poliomyélite, les dystrophies musculaires progressives, l'encéphalite, le tétanos, l'hépatite virale, la malaria, le typhus exanthématique, les affections typhoïdes et paratyphoïdes, la diphtérie, le choléra, le charbon, la mucoviscidose, une maladie rénale qui nécessite un traitement de dialyse, la brucellose, la maladie de Creutzfeldt-Jakob et l'Ebola.

Le cas d'assurance débute avec l'instauration du traitement médical et se termine conformément à l'art. 2.2.15 des CGA.

3.2.5 SOINS EXTRA-HOSPITALIERS

L'ASSUREUR rembourse les examens, traitements et soins effectués sur ordonnance médicale par des services de soins extrahospitaliers reconnus ou par du personnel soignant qualifié au domicile du patient. Aucune prestation n'est versée pour les frais d'aides familiales. L'ordonnance médicale est valable tout au plus pour une durée respectivement de 1 mois et de 3 mois pour les patients de longue durée.

3.2.6 PSYCHOTHÉRAPIE ET MÉTHODES APPARENTÉES

Pour la psychothérapie ambulante et/ou stationnaire, l'assureur ne fournira ses prestations qu'à la condition et dans la mesure où l'assureur aura donné son accord préalable écrit sur la base d'un préavis positif (expertise) établi par un médecin par lui mandaté.

Seuls seront pris en charge les soins prodigués par un psychologue –psychothérapeutes au sens FSP du droit suisse. Ce dernier devant par ailleurs être délégué par un psychiatre en charge de la supervision du travail du dit psychologue –psychothérapeute.

3.2.7 MATERNITÉ

Les frais liés à la grossesse et à l'accouchement, en particulier les examens de contrôle, le séjour dans une maison de naissance, les conseils en cas d'allaitement, les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère, sont pris en charge selon les tarifs de base usuels.

Sans indication médicale particulière, 4 examens au plus durant la grossesse ainsi qu'un examen après la grossesse sont pris en charge.

3.2.8 INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

En cas d'IVG, l'ASSUREUR prendra en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie à condition toutefois que :

- l'intervention ait été pratiquée par un chirurgien dûment autorisé aux termes de la loi en vigueur localement dans le pays dans lequel est pratiqué l'intervention. Le chirurgien devra comme préalable à la prise en charge par l'ASSUREUR, attester par écrit, de la légalité de l'intervention.
- l'IVG est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte.

3.2.9 FRAIS DE LABORATOIRES ET D'IMAGERIE

L'ASSUREUR rembourse les frais des analyses ordonnées par un médecin à des fins diagnostiques ou en vue du contrôle de la thérapie, pour autant qu'elles figurent dans la « Liste des analyses » (LA) du DFI et qu'elles soient effectuées par un pharmacien ou par un laboratoire admis selon la LAMal.

Les frais de radiologie, de scanner et d'IRM sont couverts intégralement s'ils sont prescrits par un médecin pour des motifs fondés.

3.2.10 HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE

L'ASSUREUR rembourse intégralement les frais d'hospitalisation psychiatrique pendant une durée maximale de 30 jours par année contractuelle.

3.2.11 GREFFE D'ORGANES

L'intervention relative à la greffe indispensable d'organes est entièrement prise en charge. Les frais de procuration de l'organe ne sont cependant pas couverts.

3.2.12 TRAITEMENT DENTAIRE D'URGENCE

1. Sont couverts les frais de soins dentaires d'urgence :

- a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication ou par une autre maladie grave ou ses séquelles ;

- b. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles ;
2. Sont également couverts les coûts du traitement d'urgence de lésions du système de la mastication causées par un accident, dans la mesure où aucune autre assurance et aucun tiers (prestataire de services, etc.) en assume la charge.
3. Une franchise de 20% des frais dentaires est laissée à la charge de l'assuré lors de chaque traitement.

3.2.13 SOINS DENTAIRES

1. En dérogation à l'article 3.2.12 TRAITEMENT DENTAIRE D'URGENCE, l'article 3.2.13 SOINS DENTAIRES complète notamment les prestations complémentaires qui n'y sont pas prises en charge par LAMal.
2. Le délai de carence s'élève à 3 mois pour les traitements orthodontiques, parodontaux et prothétiques.
3. Les traitements orthodontiques, parodontaux et prothétiques dont l'exécution du plan de traitement a débuté pendant ou avant le délai de carence (pour les traitements orthodontiques, cela correspond au moment du placement de l'appareil orthodontique), sont exclus de la garantie d'assurance. Il n'y a pas de délai de carence pour les autres traitements dentaires
4. PRESTATION : L'assurance complémentaire des soins dentaires comprend des contributions pour les traitements dentaires en complément des traitements prévus par l'article 3.2.12. « TRAITEMENT DENTAIRE D'URGENCE ».

Elle comprend les soins et les traitements dentaires ambulatoires et stationnaires suivants, dispensés par des dentistes, médecins et techniciens dentaires diplômés suisses ou étrangers.

Pour ces frais, l'assureur prend à sa charge 75% des prestations assurées jusqu'à concurrence de CHF 3'000. – maximum par année civile, pour les traitements dus à une maladie ou un accident.
5. MESURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES - A la condition qu'elles soient prodiguées par un médecin- chirurgien-dentiste autorisé à pratiquer en Suisse, en zone frontalière ou à l'étrangers, et à l'exclusion des prestations de « technique dentaire » (ou « prothésiste dentaire ») faisant l'objet du chiffre 2.2 ci- après, l'assureur prend en charge les mesures diagnostiques et thérapeutiques dispensées en ambulatoire selon le tarif conventionnel « SSO- AA/AM/AI ».
6. PRESTATIONS DE « TECHNIQUE DENTAIRE » : En sus de l'indemnisation des honoraires du médecin-chirurgien-dentiste, les prestations de « technique dentaire » ou « prothésiste dentaire » (telles que : confection de couronnes, ponts et prothèses) sont prises en considération jusqu'à concurrence de CHF 1'000.- par année contractuelle.
7. TRAITEMENTS D'ORTHOPÉDIE DENTOFACIALE ET D'ORTHODONTIE, TRAVAUX RELATIFS À DES PROTHÈSES DENTAIRES : Les soins d'orthopédie dentofaciale (orthodontie) sont pris en charge par année pleine à condition que le but de leur réalisation soit exclusivement l'améliorer de la fonction de masticatrice,

Les prestations d'orthopédie dentofaciale sont allouées jusqu'à l'âge de 21 ans révolus.
8. TRAITEMENTS PROPHYLACTIQUES : Les frais pour un traitement prophylactique (tels que : examen de contrôle, nettoyage dentaire) effectués par un dentiste ou un hygiéniste dentaire diplômé sont pris en charge jusqu'à concurrence de CHF 50.- par année civile et ce dès la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du présent contrat

La prestation du chiffre 8 ci-dessus est exempte de quote-part.
9. DROIT AUX PRESTATIONS : Il est possible de bénéficier de la couverture SOINS DENTAIRES décrits à l'article 3.2.13. dans les présentes Conditions d'Assurance et en complément de l'article 3.2.12 uniquement si la denture de l'assuré est assainie et qu'aucun traitement n'est prévu au moment de la signature de la proposition d'assurance « SWISS STUDIES ALL IN ONE ». En aucun cas

l'assuré ne peut prétendre à une garantie de prise en charge de l'assureur pour des traitements ayant débutés avant l'entrée en vigueur contractuelle de sa police ou relatifs à un état déficient préexistant.

10. Les prestations de l'assurance des soins dentaires sont versées pour les traitements économiques, indiqués comme nécessaires (et non pas simplement esthétiques) sur le plan de la médecine dentaire. Ces traitements doivent en outre être prodigués par un médecin-dentiste agréé pour l'assurance obligatoire des soins suisse.
11. Pour faire valoir son droit aux prestations, l'assuré doit remettre à l'assureur la note d'honoraires originale établie par un praticien professionnel diplômé exerçant en Suisse, en zone frontalière ou à l'étranger. Ce document doit être accompagné d'un relevé des prestations libellé par le praticien conformément aux directives de la SSO. Les traitements effectués doivent figurer de manière détaillée sur la facture. Les factures et documents provenant de l'étranger doivent être soumis en français, allemand, italien ou anglais. Une traduction doit être obligatoirement jointe aux factures et documents rédigés dans d'autres langues.
12. Lorsque le coût du traitement envisagé dépasse CHF 1'500.-, l'allocation des prestations est obligatoirement subordonnée à un accord préalable de l'assureur sur la base d'un devis détaillé établi par le dentiste traitant. L'assuré doit solliciter et obtenir auprès de la Centrale d'appel (24h/24h, 365 jours par année) un tel accord préalable de l'assureur au plus tard 1 semaine avant le début du traitement Téléphone : +41 (0)22 929 52 52 ; Fax : +41 (0)22 929 52 55 ; Email claims@evasan.com
13. DEBUT DU DROIT AUX PRESTATIONS : Si des traitements non dus à un accident ou si des traitements prophylactiques sont effectués, le droit aux prestations commence 180 jours après le début du présent contrat d'assurance (délai de carence). Il n'y a pas de délai de carence pour les traitements dentaires dus à un accident. La protection d'assurance s'applique aux accidents survenus après le début de l'assurance.
Si l'assurance débute en cours d'année scolaire, le droit maximal aux prestations est calculé au prorata du nombre de mois assurés.
14. LA DÉLIMITATION DE LA COUVERTURE : Sont aussi exclus :
 - a. toute mesure visant à remédier à un état déficient de la denture qui était préexistant au moment de l'entrée en vigueur de ladite couverture; en cas de doute, l'avis du dentiste-conseil de l'assureur est déterminant;
 - b. les mesures de remplacement pour les dents manquantes au moment de la conclusion du contrat d'assurance ;
 - c. les traitements prothétiques (y compris les implants dentaires) des dents de sagesse ;
 - d. les soins et travaux dentaires dont l'indication est esthétique ;
 - e. les produits de soins dentaires ;
 - f. l'élimination et le remplacement d'obturations à l'amalgame motivés par une allergie supposée ou réelle.

3.2.14 MÉDICAMENTS

1. L'assureur couvre le 100% des médicaments à la condition que ces derniers soient agréés par l'État et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dont ils relèvent. Les médicaments homéopathiques sont couverts à condition toutefois d'avoir fait l'objet d'une prescription médicale en provenance d'un praticien reconnu.

En Suisse l'assureur prend en charge les frais des médicaments prescrits par un médecin et figurant dans la « Liste des médicaments avec tarif » (LMT) et dans la « Liste des spécialités » (LS) qui sont agréés par l'État et à charge de la législation de base obligatoire des soins.

2. Les médicaments, bandages et appareillages doivent faire l'objet d'une ordonnance établie par un médecin ou un autre praticien agréé, à l'exception de tout praticien appartenant à la famille ou aux proches de l'assuré ou du preneur.
3. Les médicaments doivent être achetés en pharmacie, et non dans une droguerie ou commerce.
L'achat de quantités multiples d'un médicament relevant de la même prescription doit être justifié par une mention correspondante du praticien sur l'ordonnance.
4. Ne sont pas couverts les produits non médicamenteux d'usage courant tels que : alcool médical, coton hydrophile, crème solaire, produits d'hygiène dentaire, shampoing, produits alimentaires (également ceux destinés à un régime spécial), eaux minérales et vins toniques, préparations de glandes fraîches et sèches, produits anticonceptionnels, produits contraceptifs, produits cosmétiques, articles sanitaires, produits contre la calvitie, insecticides, etc.

3.2.15 REMÈDES

1. Sont couverts les remèdes suivants :
Les prestations de masseurs agréés par l'État ou de masseurs-kinésithérapeutes (il s'agit des massages, de la thermothérapie, électro-physiothérapie, kinésithérapie et des cures balnéaires) ;
Les traitements de la voix, de la parole et les exercices d'élocution dispensés par un logopédiste agréé.
2. Les frais de sauna ainsi que de bains thermaux et similaires ne peuvent faire l'objet de remboursement.
3. La couverture des remèdes est conditionnée à leur prescription par un médecin agréé et, si l'assureur le juge utile, à un préavis favorable d'un expert médical privé.
4. A moins d'être interdit par l'assurance de base obligatoire des soins - LaMal, un délai de carence de 3 mois est applicable.

3.2.16 MÉDECINE ALTERNATIVE

Les frais de médecine alternative sont pris en charge à raison de 100% (examens, thérapies, médicaments), mais au maximum jusqu'à CHF 1'000.- par période de trois années contractuelles, à condition qu'une prescription médicale soit fournie et que la prescription ait été faite par l'un des prestataires suivants :

- a. Un médecin FMH reconnu par l'ASCA dès lors que celui intervient au tarif prévu par l'ASCA (pour les cas suisses) ;
- b. Un praticien thérapeute officiellement agréé par la FSP (pour les cas suisses)

3.2.17 MÉDECINES DOUCES

1. Les prestations MÉDECINES DOUCES de viennent en complément de l'article 3.2.16 MÉDECINE ALTERNATIVE et prennent en charge les médecines douces (l'ayurveda, les massages médicaux, la naturopathie et les médecines traditionnelles chinoises), les médicaments limités, les cures de convalescence et couvre ponctuellement et dans les limites définies ci-dessous, des prestations qui n'y seraient pas pris en charge.
2. PRESTATIONS : L'assureur prend en charge toutes les prestations énumérées ci-dessous dans la limite de CHF 2'000 maximum - par année d'assurance. Des sous-limites et quote-part peuvent également être définies pour certaines prestations.
 - a. Ayurveda : Les massages ayurvédiques et les médicaments ayurvédiques
 - b. Massage médicaux : Le drainage lymphatique, l'électrothérapie, l'hydrothérapie, l'ostéopathie et le shiatsu
 - c. Naturopathie
 - d. La diététique naturopathe et l'aromathérapie

- e. Médecine traditionnelle chinoise
 - f. L'acupuncture, l'acupuncture au laser et l'acupressure
 - g. Médicaments limités : La participation de l'assureur s'exerce jusqu'à concurrence de 50 % et au maximum pour CHF 500.- par année d'assurance.
3. DROIT AUX PRESTATIONS : La prise en charge des coûts liés aux prestations référencées aux articles 3.2.17
- « MÉDECINES DOUCES » sont obligatoirement conditionnées à l'accord préalable de l'assureur qui s'obtient auprès de la Centrale d'appel (24h/24h, 365 jours par année) : Téléphone : +41 (0)22 929 52 52, Fax : +41 (0)22 929 52 55,
- Email : claims@evasan.com
- a. Si l'accord préalable n'a pas été obtenu ou n'a pas été demandé par l'assuré à l'assureur, ce dernier se réserve le droit de refuser toute prise en charge.
 - b. L'assureur se réserve le droit de contester les factures et notes d'honoraires qu'il aura estimées manifestement excessives et de limiter ses prestations en conséquence. Sont considérés comme excessifs les frais de soins résultant d'un traitement inefficace, inadéquat et non économique.
 - c. La conclusion de la présente couverture d'assurance est possible uniquement si aucune prestation y relative n'est prévue au moment de la signature de la proposition d'assurance « SWISS STUDIES ALL IN ONE ». En aucun cas l'assuré ne peut prétendre à un remboursement de l'ASSUREUR pour des traitements ayant débuté avant l'entrée en vigueur contractuelle de sa police ou relatifs à un état déficient préexistant.
 - d. Pour faire valoir son droit aux prestations, l'assuré doit remettre à l'assureur les factures originales établies par un médecin diplômé ou un thérapeute exerçant en Suisse. Ce document doit être accompagné d'un relevé des prestations libellé par le praticien conformément au système de tarification légal suisse. Les traitements effectués doivent figurer de manière détaillée sur la facture.
 - e. Les prestations sont payées par l'assureur à la condition qu'elles donnent lieu à un traitement curatif et pour autant que l'assuré recoure à des traitements prodigués par des thérapeutes pouvant justifier d'une formation appropriée et de leur adhésion à une association professionnelle officiellement agréée en Suisse.
 - f. Avant toute consultation liée, l'assuré est tenu de prendre contact avec l'assureur afin de vérifier que le thérapeute choisi fait partie des praticiens répondants aux critères de l'alinéa 1 du présent article.
 - g. Les prestations référencées qui sont dispensées dans un but d'entretien ou de confort sont exclues de la couverture d'assurance.
4. DEBUT DU DROIT AUX PRESTATIONS : La durée, l'extinction et l'expiration des prestations prévues par l'article 3.2.17. « MÉDECINES DOUCES » sont liées à celles du contrat principal SWISS STUDIES ALL IN ONE ». Lorsque des prestations visées par l'article 3.2.17. sont en cours de réalisation, le droit aux prestations de l'assureur s'étend automatiquement au jour de la résiliation ou de l'annulation de la présente couverture d'assurance. Si l'assurance débute en cours d'année scolaire, le droit maximal aux prestations est calculé au prorata du nombre de mois assurés.
5. LA DÉLIMITATION DE LA COUVERTURE « MÉDECINES DOUCES » : Sont exclues de la présente couverture d'assurance, les prestations suivantes :
- a. lorsqu'elles sont le fait des conséquences de l'alcoolisme et de l'usage de stupéfiant ;
 - b. résultant d'un état préexistant de l'assuré avant l'entrée en vigueur de la présente couverture d'assurance (les maladies mentales ou nerveuses par exemple) ;

- c. découlant d'une maladie ou d'un accident résultant d'une entreprise téméraire, de la tentative de suicide ou de l'automutilation ;
- d. liées à la chirurgie esthétique, les cures d'amaigrissement, les cures de réconfort et à la thérapie cellulaire ;
- e. définies à l'article 3 alinéa 1 pour lesquelles il n'y a pas eu accord préalable de l'assureur (omission d'annonce de l'assuré ou sans obtenir l'accord de l'assureur).

3.2.18 SOINS À DOMICILE

Un montant maximum de CHF 20.- par jour est alloué, au maximum pendant 30 jours par année contractuelle, à la suite d'une hospitalisation ou pour remplacer une hospitalisation.

3.2.19 RÉÉDUCATION

Un montant maximum de CHF 20.- par jour est alloué, au maximum pendant 30 jours par année contractuelle, à la suite d'une hospitalisation.

3.2.20 DÉPISTAGE ET SOINS DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Sous réserve des dispositions obligatoires relatives à la prévention et hormis les cas où l'assurance de base obligatoire des soins - LAMal exige une prise en charge sans la limitation du montant alloué, un montant de CHF 2'000.- est alloué par période de trois années contractuelles.

3.2.21 CURES THERMALES

L'assureur verse une contribution journalière aux frais de cures balnéaires ordonnées par un médecin/praticien reconnu. Pour l'allocation d'un montant maximum de CHF 20.- par jour pendant au maximum 21 jours par année contractuelle, les conditions suivantes sont applicables :

Les cures doivent avoir été prescrites médicalement ;

- a. Les cures doivent avoir lieu dans le pays de séjour ;
- b. Les cures doivent avoir été ordonnées dans le cadre d'un traitement médical et par un médecin agréé ;
- c. Les prescriptions de cure doivent être annoncées à l'assureur avant le commencement de la cure.

L'ordonnance médicale pour un séjour de cure, y compris le diagnostic, doit être présentée à l'assureur deux semaines avant le début de la cure.

En cas d'interruption d'une cure, les frais partiels de cure ne peuvent être pris en charge que si l'interruption était due à une maladie ou à d'autres raisons impératives et si elle est justifiée par un certificat établi par le médecin de cure.

3.2.22 PHYSIOTHÉRAPIE, LOGOPÉDIE ET ORTHOPTIE

Un montant maximum de CHF 1'000.- est alloué par période de trois années contractuelles pour la physiothérapie, la logopédie et l'orthoptie, à condition qu'une telle thérapie ait été au préalable prescrite par un praticien thérapeute officiellement agréé.

3.2.23 CHIROPRACTICIEN ET OSTÉOPATHE

1. Les frais de chiropraxie ne sont pris en charge que si l'assuré a recours à un chiropraticien autorisé à exercer en vertu d'un certificat de capacité légalement reconnu sur le territoire contractuel.
2. Les frais d'ostéopathie sont couverts à hauteur de 50% à raison d'un maximum de 4 séances par année.

3.2.24 PSYCHOTHÉRAPIE

1. L'assurance prend en charge le coût de la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes dont l'efficacité est scientifiquement prouvée.

2. Pour la psychothérapie ambulante et/ou stationnaire, l'assureur ne fournira ses prestations qu'à la condition et dans la mesure où l'assureur aura donné son accord préalable écrit sur la base d'un préavis positif (expertise) établi par un médecin par lui mandaté.
3. Seuls seront pris en charge les soins prodigués par un psychologue – psychothérapeutes au sens FSP du droit suisse. Ce dernier devant par ailleurs être délégué par un psychiatre en charge de la supervision du travail du dit psychologue – psychothérapeute.
4. Dans un premier temps, l'assureur prend en charge les coûts de maximum 10 séances diagnostiques et thérapeutiques. Le médecin traitant doit adresser à temps un rapport au médecin-conseil de l'assureur et Il doit mentionner le type de maladie, le cadre, le déroulement et les résultats du traitement en cours et faire une proposition de prolongation de la thérapie indiquant la finalité, le setting et la durée probable. Ce rapport ne peut contenir que des données nécessaires à l'assureur pour évaluer l'opportunité de la prise en charge.
5. Le médecin-conseil examine le rapport et propose éventuellement de poursuivre la psychothérapie en indiquant la durée de prise en charge de cette thérapie.
6. Les psychothérapeutes indépendants ne font pas partie des auxiliaires médicaux qui exercent à titre indépendant et à leur propre compte autorisés à fournir des prestations prises en charge
7. Les psychothérapies ayant pour objectif une prise de conscience, un épanouissement personnel ou une maturation de la personnalité ne sont pas prises en charge.

3.2.25 PRÉVENTION – PROPHYLAXIE

L'assureur prend en charge les coûts des mesures ou examens préventifs ordonnés par un médecin conformément à l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, notamment les vaccinations infantiles et les examens gynécologiques préventifs.

Les frais de prévention, de dépistage et de prophylaxie sont couverts exclusivement, par rapport aux assurés particulièrement menacés et dans les limites de l'assurance de base obligatoire des soins en particulier :

- a. examens gynécologiques préventifs;
- b. dépistage d'infections sexuellement transmissibles, dans les situations prévues par le catalogue des soins des prestations de la LAMal.

Pour les vaccins médicalement prescrits, un montant de CHF 600.- est alloué par période de trois années contractuelles.

3.2.26 APPAREILLAGES

1. Sont considérés comme appareillages les verres et montures de lunettes, jusqu'à un montant facturé figurant au tarif (au plus tôt toutefois quatre ans après l'achat de la dernière monture de lunettes), les lentilles de contact, bandages, bandages herniaires, bas en caoutchouc, inserts de correction pour les pieds, coquilles de plâtre, attelles correctrices, appareils orthopédiques de soutien du tronc, des bras et des jambes, appareils auditifs, larynx électroniques, prothèses des bras, des jambes ou du pied.
2. Les frais sont couverts selon la liste des moyens et appareils de la législation de base obligatoire des soins.
3. Le droit aux prestations liées à l'optique commence 9 mois à compter de la date d'effet du contrat (délai de carence).
4. Un montant maximum de CHF 350.- est alloué par période de trois années contractuelles pour les verres, montures de lunettes et les lentilles, à condition qu'ils soient prescrits par un médecin ophtalmologue.
5. Les frais occasionnés par l'ensemble des autres appareillages, appareils médicaux et articles sanitaires (chaussures orthopédiques, appareils de massage, appareils de mesure de la tension, appareils pour

inhalations, lampes à rayons, coussins chauffants), de même que les frais liés au bon fonctionnement, à l'utilisation et à l'entretien d'appareillages, ne sont remboursables qu'aux conditions de l'assurance de base obligatoire des soins.

3.2.27 FRAIS DE TRANSPORT SANITAIRE ET DE SAUVETAGE

1. Par année contractuelle, l'ASSUREUR prend en charge au maximum CHF 2'000.- pour les frais occasionnés par un transport d'urgence ou au maximum CHF 5'000.- de sauvetage médicalement indiqué, afin de permettre la dispensation des soins par le fournisseur agréé ou l'hôpital situés le plus proche pour le traitement approprié, en tant qu'ils font partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir en vertu du contrat et de la législation de base obligatoire des soins à condition que
 - a. l'assuré fasse appel à un fournisseur agréé et dûment autorisé par la législation de base obligatoire des soins ;
 - b. que le transport ait été effectué vers l'établissement médical le plus proche en vue du traitement approprié ;
2. Les frais de transport et de sauvetage ne sont couverts que lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé.
3. L'assureur prend en charge 50% des frais de transport et de sauvetage induits par les cas suivants, mais au maximum CHF 500.- par année contractuelle :
 - a. la maladie ou l'accident qui sont le fait volontaire de l'assuré, les mutilations volontaires ou les tentatives de suicide ;
 - b. la toxicomanie ou l'alcoolisme ;
 - c. l'éthylisme, l'ivresse manifeste ou s'il s'avère qu'au moment d'un accident, l'assuré avait un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 0.50 g par litre de sang.
4. L'assureur couvre, dans les limites contractuelles susmentionnées, les frais de transport et de sauvetage dans la mesure où ils n'auraient pas déjà été réalisés par EVASAN dans le cadre des prestations d'assistance fournis par cette dernière.

3.3 LIMITATIONS DE COUVERTURE

1. En sus des exclusions et limitations générales, l'assureur est libéré de ses obligations contractuelles dans les cas suivants :
 - a. les maladies, y compris leurs suites, ainsi que les suites d'accidents causés par des faits de guerre ou reconnus en tant que dommages survenus dans le cadre du service militaire national et qui ne sont pas expressément inclus dans la garantie ;
 - b. les maladies ou accidents d'origine dolosive, y compris leurs suites, dans le respect de la LAMal
 - c. en cas de transgression des dispositions légales, des conditions d'assurance, de dol ou d'abus ;
 - d. les traitements dispensés par des médecins, dentistes et dans des établissements hospitaliers dont l'assureur avait préalablement expressément exclu le remboursement en le notifiant à l'assuré ou à son représentant désigné. Ainsi pour les sinistres en cours et concernés par une telle notification, l'assureur ne pourra être tenu remboursement des frais survenus dans les trois mois suivant cette notification ;
 - e. les traitements curatifs ambulatoires dans une station thermale ou dans une ville de cure. Cette limitation devient caduque si la personne assurée y a son séjour, ou encore lorsqu'un traitement curatif devient nécessaire durant un séjour momentané et à la suite d'une maladie ou d'un accident survenus sur place et sans lien avec le but du séjour ;
 - f. les traitements prodigués par un conjoint, un ascendant ou un descendant direct ou par un proche ;
 - g. les opérations cosmétiques de tous genres et leurs suites ou complications ;

- h. les expertises, attestations, descriptifs de soins et devis dans la mesure où ils ont été établis par l'assuré lui-même ;
 - i. dans la mesure où les prestations fournies ne sont pas efficaces, appropriées et/ou économiques, conformément à l'avis médical motivé d'un médecin conseil indépendant mandaté par l'assureur ;
2. Si le montant d'un traitement curatif ou d'autres types de soins pour lesquels des prestations ont été convenues excède les frais médicalement nécessaires, l'assureur est en droit de réduire ses prestations à un montant acceptable. L'assureur est également habilité à une telle réduction lorsque les frais facturés au titre d'un traitement curatif nécessaire ou d'un autre type de soins dépassent un montant acceptable.

3.4 OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

3.4.1 ANNONCE EN CAS DE SINISTRE

1. En cas de sinistre, l'assuré a l'obligation d'appeler la Centrale d'appel (24h/24h, 365 jours par année), et ce dès la première apparition du sinistre :

Téléphone :	+ 41 (0)22 929 52 52
Email:	claims@evasan.com

2. Dans le cas particulier où l'assuré démontre son incapacité totale à informer ou à faire informer la Centrale d'appel préalablement à tout accord en matière de prestations de soins, parce que son pronostic vital était directement en jeu, l'avis donné dans les plus brefs délais objectivement possibles, par l'assuré ou le preneur, un proche, la police, un hôpital ou tout intervenant dans le sinistre, vaudra avis donné valablement.
3. S'agissant en particulier de prothèses dentaires ou de chirurgie maxillo-faciale, l'assuré est tenu de fournir à l'assureur, et ce avant le début des soins, un descriptif complet et précis des soins ainsi qu'un devis, qui seront soumis au service médical de l'assureur.
4. Les traitements psychothérapeutiques doivent en tous les cas faire l'objet d'un accord écrit préalable de la part de l'assureur.

3.4.2 OBLIGATION DE COLLABORER

Le proposant ou le représentant légal doit donner tous les renseignements exigés dans le formulaire de proposition d'assurance. S'il omet de répondre à ces exigences, la proposition est considérée comme non valable et sans objet.

L'assuré doit annoncer immédiatement les accidents soumis à l'assurance obligatoire. Il doit renseigner l'ASSUREUR sur:

- L'heure, le lieu, les circonstances de l'accident;
- Le médecin traitant ou l'hôpital;
- Les éventuels responsables concernés et leurs assureurs ;
- L'assuré est tenu, dans un délai de dix jours, de communiquer à l'assureur chaque cas de maladie.
- Les changements d'adresse et de nom, ainsi que les décès, doivent être communiqués par écrit, dans un délai de trente jours, à EVASAN pour transmission dans le même délai à l'assureur maladie ;
- Les ordonnances en vue de mesures médicales (séjours en division aiguë, convalescences, cures, etc.) doivent être envoyées à l'assureur par le prestataire ou par l'assuré avant le début du traitement. Sont réservés les cas d'urgence.

3.4.3 DOCUMENTS ET RENSEIGNEMENTS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

1. Au plus tard 60 jours après le sinistre, 30 jours dès l'émission de ces documents ou, à défaut, 20 jours dès leur réception dûment étayée par l'assuré (cachet de la poste ou attestation officielle annexée), l'assuré doit, à ses frais et spontanément, fournir à l'ASSUREUR les documents originaux mentionnés ci-dessous :
 - a. le constat d'accident et/ou les procès-verbaux dressés par les autorités de police, les sapeurs-pompiers ou tout service d'urgence ;
 - b. le dossier médical complet établi par le médecin consulté ou les établissements hospitaliers visités consécutivement au sinistre ;
 - c. les ordonnances de pharmacie et autres prescriptions ;
 - d. les factures originales des actes médicaux dont l'assuré a bénéficié, d'hospitalisation et d'achat de médicaments.
2. En outre, le preneur et l'assuré sont spontanément tenus de fournir à l'ASSUREUR tout autre renseignement et tout autre justificatif nécessaires au constat du sinistre ou de l'obligation d'indemnisation de l'assureur ainsi que du montant de cette indemnisation, dont ils pourraient avoir connaissance.
3. A la demande de l'ASSUREUR, l'assuré doit lui fournir, aux frais de l'assuré, tout renseignement sur les faits et toute pièce justificative supplémentaire pouvant servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit, à fixer ses conséquences ou à contrôler la véracité de la déclaration de sinistre. Lorsqu'il formule sa demande par écrit, l'assureur peut impartir à l'assuré un délai minimum de 10 jours pour la fourniture des renseignements ou documents requis, passé lequel l'assuré sera déchu de tout droit aux prestations d'assurance.
4. A la demande de l'ASSUREUR, la personne assurée est tenue de se faire examiner, aux frais de l'assureur, par un médecin conseil désigné par lui.
5. Le présent article n'affecte pas, en tant qu'applicable, l'application du système du « tiers payant ».

3.4.4 SECRET MÉDICAL, TRANSFERT DES DONNEES ET PROTECTION DES DONNEES

1. Moyennant l'acceptation des présentes dispositions, l'assuré libère du secret professionnel à l'égard de l'ASSUREUR tous les médecins et le personnel (para-) médical qui l'ont examiné et/ou soigné tant avant qu'après le sinistre. L'assuré s'engage, en cas de besoin, à expressément réitérer cette démarche après la survenance du sinistre et/ou à signer un formulaire d'autorisation ad hoc que l'assureur pourra lui soumettre le cas échéant. Tout refus de la part de l'assuré entraînera la déchéance de ses droits contractuels.
2. L'ASSUREUR s'engage à respecter les dispositions applicables en matière de protection des données et à se conformer aux dispositions de la LPGA, de la LAMal et de la Loi sur la protection des données (LPD).
3. Toute personne collaborant aux travaux administratifs et aux contrôles de l'assurance maladie est soumise au secret professionnel envers les tiers.

3.4.5 CONSÉQUENCES DU NON - RESPECT DES OBLIGATIONS

1. Sous réserve des conséquences du non-respect énoncées aux articles précédents, le manquement aux obligations susmentionnées entraîne les conséquences suivantes :
 - a. Si le manquement découle de l'intention de tromper l'ASSUREUR, ce dernier est automatiquement délié du contrat, n'est plus tenu à indemnisation et a le droit de réclamer le remboursement d'éventuelles prestations que l'assuré aurait déjà perçues.

- b. Si le manquement découle d'une faute intentionnelle ou d'une négligence grave de la part de l'assuré, l'ASSUREUR est dégagé de ses obligations d'indemniser s'il en avertit l'assuré dans les 4 semaines suivant la prise de connaissance de cette faute et de ses conséquences.
 - c. En cas d'autres manquements, l'assureur est en droit de diminuer ses prestations du montant correspondant au dommage subi par lui en raison du non-respect par l'assuré de ses obligations.
2. Le preneur et/ou l'assuré sont seuls responsables de l'acquittement par eux des obligations contractées.

4 DISPOSITIONS PROPRES À LA COUVERTURE D'ASSURANCE – ASSISTANCE

4.1 CADRE GÉNÉRAL

4.1.1 OBJET DE LA PRÉSENTE COUVERTURE

1. EVASAN assure et fournit, dans les limites légales et contractuelles, l'assistance aux personnes en difficulté au cours de déplacements à l'intérieur du territoire contractuel, pour autant que ces personnes bénéficient simultanément d'une couverture d'assurance maladie.
2. Au titre de l'assistance, EVASAN met immédiatement une aide à la disposition du bénéficiaire du contrat lorsque ce dernier se trouve en difficulté par suite d'un évènement fortuit, dans le cas et conditions prévus par le contrat.
3. La fourniture d'une aide urgente ne préjuge pas d'une prise en charge financière, dont l'assureur décide après avoir obtenu les pièces et renseignements nécessaires.

4.1.2 PÉRIODES DE GARANTIE D'ASSISTANCE

4.1.2.1 Définition

1. La période de garantie correspond à la durée effective du voyage et du séjour de l'assuré sur le territoire couvert. Elle ne peut excéder 90 jours consécutifs.
2. Toute période de garantie doit débuter et s'achever à l'intérieur de la durée du contrat d'assurance et la date de commencement doit figurer sur la police d'assurance.

4.1.2.2 Flexibilités

1. L'assuré peut faire partir plusieurs périodes de garantie d'assurance chronologiquement distinctes à l'intérieur de la durée de validité du contrat, pour autant que leur durée globale n'excède pas 90 jours.
2. Sont seuls recevables pour attester de la durée effective du séjour les documents suivants, dont la fourniture incombe à l'assuré : passeport avec timbre officiel d'entrée et de sortie du territoire de destination ou toute autre attestation officielle d'une autorité compétente dudit territoire ; à défaut, titre de transport nominatif dûment daté et validé (billet d'avion, de train, de car etc.). Si l'assuré ou le preneur d'assurance ne fournit aucun justificatif attestant de son voyage et de son entrée sur le territoire couvert, la date de départ de la période de garantie figurant sur la police d'assurance fera foi.

4.1.2.3 Option : Supplément de prime pour délai de grâce

Moyennant versement d'un supplément de prime mentionné dans la police d'assurance, la période de garantie dont bénéficie l'assuré est d'emblée prolongée de 5 jours, dans la mesure où, sans sa faute, il se trouve objectivement empêché (p.ex. : fermeture des aéroports pour cause de catastrophe naturelle) de regagner, avant l'échéance de la période de garantie, son pays de provenance ou – si son séjour légal lié aux activités décrites à l'art. 1.1.3. doit se prolonger – son pays de séjour.

4.1.3 EXCLUSIONS GÉNÉRALES DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE ASSISTANCE

Sont exclues de la couverture, si bien qu'aucune prestation ne sera due par l'assureur, les situations suivantes et leurs conséquences :

- a. tout sinistre consécutif à la survenance d'un cas de force majeure, d'une situation d'exception (conflit armé, révolution, irradiation nucléaire, etc.) ou d'une catastrophe naturelle ayant pour cause déterminante l'intensité anormale d'un agent naturel (p.ex. éruption volcanique, chute de météorite, raz-de-marée, séisme) ;
- b. la pratique par l'assuré d'entreprises téméraires, qui sont de nature à modifier de manière substantielle le risque couvert ;
- c. lorsque l'assuré requiert de manière abusive l'organisation de son évacuation ou rapatriement alors qu'il souffre d'une affection ou lésion bénigne qui aurait pu être traitée sur place et qui ne l'aurait pas empêché de poursuivre son voyage ou son séjour ;
- d. les accidents consécutifs aux symptômes d'épilepsie et de paludisme ;
- e. la fugue et l'enlèvement ;
- f. l'inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect des règles officielles de sécurité, liée à la pratique d'une activité sportive et/ou de loisir ;
- g. la pratique, à tous niveaux, d'un sport à haut risque (p.ex. parachutisme), d'un sport mécanique, l'usage de motos de 125 cm³ et plus, tout type de chasse ;
- h. les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un rapatriement par avion de ligne et les frais de douane ;
- i. la survenance d'un sinistre sur un territoire exclu du contrat ou en dehors des dates des périodes de garantie effective.

4.2 CATALOGUE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE ASSISTANCE

4.2.1 RECHERCHE ET SAUVETAGE

En cas de sinistre, l'EVASAN participe aux frais de recherche et/ou de sauvetage, entrepris par les autorités compétentes jusqu'à concurrence de CHF 5'000.-.

4.2.2 ÉVACUATION ET RAPATRIEMENT

- a. Dès lors que l'état de l'assuré, victime d'une maladie soudaine ou d'un accident, l'exige et à condition que les médecins en charge donnent leur accord, EVASAN organise et prend en charge l'évacuation de l'assuré vers le centre hospitalier approprié le plus proche.
- b. L'EVASAN prend en charge les frais d'évacuation sanitaire jusqu'à concurrence de CHF 10'000.- (par évènement – voir tableau des prestations ci-dessous).
- c. Le choix et l'organisation du moyen de transport adéquat (voies aériennes, terrestres ou maritimes) appartiennent à l'EVASAN.
- d. L'EVASAN prend en charge les frais d'évacuation raisonnables et usuels qui ont effectivement été engagés pour le transport.
- e. Les prestations d'évacuation sanitaire et/ou, si nécessaire, de rapatriement ne seront fournies qu'avec l'accord du service médical d'EVASAN, en étroite collaboration avec le médecin traitant ou les médecins du lieu de stabilisation.

4.2.3 RAPATRIEMENT DE LA DÉPOUILLE MORTELLE

- a. En cas de décès de l'assuré pendant le voyage hors de son domicile ou de sa résidence habituelle, l'assureur organise le rapatriement de la dépouille mortelle du lieu du décès jusqu'au lieu des funérailles

dans son État de domicile ou de résidence habituelle. Le rapatriement s'effectue en conformité avec les législations nationales et les conventions internationales et à la condition que ce transfert soit réalisable.

- b. L'EVASAN prend en charge les frais de transport de la dépouille mortelle jusqu'à concurrence d'un montant maximal de CHF 10'000.- par évènement – (voir tableau des prestations ci-dessus).
- c. L'EVASAN se charge de toutes les formalités nécessaires au transport de la dépouille mortelle.
- d. Lorsqu'ils sont objectivement indispensables pour rendre le transport exécutable, l'EVASAN prend en charge les frais suivants jusqu'à concurrence d'un montant maximum de CHF 5'000.- (par évènement) : les frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagement spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement et les frais de cercueil pour le modèle le plus simple, tels qu'indispensables au transport et conformes à la législation locale et internationale. Restent exclus : les frais d'inhumation, d'embaumement et de cérémonie funéraire ou autres.

4.2.4 ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL

Pendant son évacuation ou, si nécessaire, son rapatriement, l'assuré est accompagné et assisté par du personnel médical et/ou paramédical possédant la spécialisation requise par son état et désigné par le service médical d'EVASAN ou mandaté par ce dernier.

L'EVASAN ne saurait être tenu pour responsable d'éventuels dommages causés par ces derniers.

4.2.5 AVIS MÉDICAL À DISTANCE

Sur demande expresse de l'assuré, un avis médical à distance pourra être organisé par EVASAN aux frais de l'assureur. Dans ce cadre EVASAN pourra mettre l'assuré en relation avec un médecin indépendant qualifié pour répondre aux questions liées à l'état de santé de l'assuré. L'avis donné par ce médecin et les conséquences de cet avis n'engagent pas la responsabilité de l'assureur.

4.2.6 INDICATION DE MÉDECINS SPÉCIALISTES LOCAUX

Si un premier examen révèle que l'assuré se trouve dans un état critique et que cet état nécessite l'intervention d'un spécialiste, l'EVASAN communique à l'assuré, à sa demande ou à celle du médecin traitant du lieu de survenance du sinistre, le nom d'un médecin spécialiste, pour autant qu'il en existe dans la région où se trouve l'assuré. L'avis donné par ce médecin et les conséquences de cet avis n'engagent pas la responsabilité d'EVASAN.

ENVOI EN URGENCE DE MÉDICAMENTS

L'EVASAN organise et prend en charge l'envoi de médicaments requis par le traitement de l'assuré s'ils ne sont pas disponibles dans le pays où le sinistre est survenu et pour autant qu'ils soient disponibles sur le territoire contractuel et que leur usage soit autorisé sur le lieu de leur utilisation. Les frais d'expédition de médicaments sont à la charge d'EVASAN.

4.3 LIMITATIONS DE COUVERTURE

1. En sus des exclusions et limitations générales, l'EVASAN est en droit de refuser de fournir ses prestations et, le cas échéant, de résilier le contrat dans les cas suivants :
 - a. Le défaut de communication immédiat du sinistre à la Centrale d'alarme par l'assuré ou par tout tiers ;
 - b. Le défaut d'approbation préalable impérative par l'EVASAN quant à l'organisation et à la prise en charge de l'assistance ou d'un traitement, d'une hospitalisation ;
 - c. L'absence ou le retard dans la communication par l'assuré des renseignements et pièces nécessaires à l'EVASAN pour contrôler ou liquider le cas de sinistre ;

- d. Tout état de santé préexistant. De plus, l'EVASAN se réserve le droit de réduire ses prestations lorsque l'état de l'assuré n'est pas préexistant en tant que tel mais qu'il révèle des facteurs de risque importants, tels le diabète, l'hypertension, l'hypercholestérolémie etc. ;
 - e. Les incidents, désagréments et complications liés à un état de grossesse dont le risque était connu ou raisonnablement prévisible avant le jour du début du déplacement ;
 - f. Le défaut de l'annonce par l'assuré de l'existence d'une autre assurance couvrant les mêmes risques ou la commission d'une réticence ;
 - g. L'absence de mesures qui auraient dû raisonnablement être prises par l'assuré pour éviter l'aggravation essentielle du risque et empêcher ainsi la survenance du sinistre ;
 - h. Tout refus de collaboration avec l'EVASAN, en particulier au sens de l'art. 4.4.
2. Tout refus par l'assuré, ou par celui qui décide en son nom, des prestations d'assistance contractuelles (p.ex. offre de rapatriement) prévues en cas de sinistre entraînera la suspension automatique de la couverture d'assistance. Les frais occasionnés par le refus des prestations demeurant intégralement à la charge de l'assuré. En cas de changement d'avis avant le terme de la période de couverture, les frais liés au refus de prestations initiales (p.ex. frais liés à un prolongement d'hospitalisation, etc.) et au changement de décision sont à la charge de l'assuré.
 3. Sous peine de déchéance de ses droits, l'assuré et le preneur s'abstiennent de toute intervention dans la gestion du sinistre par l'assureur sans son autorisation préalable.

4.4 OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

4.4.1 ANNONCE IMMÉDIATE EN CAS DE SINISTRE

1. Afin de bénéficier des prestations d'assistance médicale pendant les déplacements, il est impératif d'appeler immédiatement la Centrale d'alarme (24h/24h, 365 jours par année), soit dès la première apparition du sinistre et avant toute consultation médicale :

Téléphone : +41 (0)22 929 52 52 ; Fax : +41 (0)22 929 52 55 ; Email : claims@evasan.com

2. Attention : la nécessité d'appel immédiat et préalable est une obligation essentielle du présent contrat.
3. Celle-ci va permettre à l'EVASAN, à sa Centrale d'alarme et à tout tiers mandaté par cette dernière de venir en aide à l'assuré, de le conseiller et de fournir les prestations d'assurance-assistance. Le non-respect de cette obligation entraîne la déchéance immédiate des droits de l'assuré et de tout autre bénéficiaire éventuel.
4. Si l'assuré prouve son incapacité totale d'informer ou de faire informer la Centrale d'alarme dès l'apparition de premiers symptômes et préalablement à toute obtention de prestations, parce que son pronostic vital était directement en jeu, l'avis donné, dans les plus brefs délais objectivement possibles, par ce dernier, par le preneur, un proche, la police, un hôpital ou tout intervenant dans le sinistre, vaudra avis donné valablement.

4.4.2 DOCUMENTS ET RENSEIGNEMENTS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

1. Au plus tard 60 jours après le sinistre ou 20 jours après l'émission de ces documents y afférent ou, à défaut, 10 jours à compter de leur réception dûment étayée par l'assuré (cachet de la poste ou attestation officielle annexée), l'assuré doit, à ses frais et spontanément, fournir à l'assureur les documents originaux mentionnés ci-dessous. Passés ces délais, l'assuré sera déchu de son droit à remboursement.
 - a. le constat d'accident et/ou les procès-verbaux dressés par les autorités de police, les sapeurs-pompiers ou tout service d'urgence ;

- b. le dossier médical complet établi par le médecin consulté ou les établissements hospitaliers visités ensuite du ou en relation avec le sinistre ;
 - c. les ordonnances de pharmacie et autres prescriptions ;
 - d. les factures originales des actes médicaux dont l'assuré a bénéficié, d'hospitalisation et d'achat de médicaments.
2. En outre, le preneur et l'assuré sont spontanément tenus de fournir à l'EVASAN tout autre renseignement et tout autre justificatif nécessaires au constat du sinistre ou de l'obligation d'indemnisation de l'EVASAN ainsi que du montant de cette indemnisation, dont ils pourraient avoir connaissance.
 3. A la demande d'EVASAN, l'assuré doit lui fournir, aux frais de l'assuré, tout renseignement sur les faits et toute pièce justificative supplémentaire pouvant servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit, à fixer ses conséquences ou à contrôler la véracité de la déclaration de sinistre. Lorsqu'il formule sa demande par écrit, l'EVASAN peut impartir à l'assuré un délai minimum de 10 jours (mise en demeure) pour la fourniture des renseignements ou documents requis, passé lequel l'assuré sera déchu de tout droit aux prestations d'assurance.
 4. A la demande de l'EVASAN, la personne assurée est tenue de se faire examiner, aux frais de l'assureur, par un médecin désigné par lui.

4.4.3 SECRET MÉDICAL

Moyennant l'acceptation des présentes dispositions, l'assuré libère du secret professionnel à l'égard d'EVASAN tous les médecins et le personnel (para-) médical qui l'ont examiné et/ou soigné tant avant qu'après le sinistre. L'assuré s'engage à expressément réitérer cette démarche après la survenance du sinistre et/ou à signer un formulaire d'autorisation ad hoc que l'assureur pourra lui soumettre. Tout refus de la part de l'assuré entraînera la déchéance de ses droits contractuels.

5 DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

5.1 CALCUL DES DÉLAIS

Le délai fixé par jour ne comprend pas celui du jour duquel il court.

5.2 COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS

1. Les notifications destinées à l'EVASAN aux termes des présentes CGA, doivent obligatoirement revêtir la forme écrite.
2. Les agents, courtiers et autres intermédiaires d'assurances n'ont pas pouvoir de réceptionner les notifications destinées au seul EVASAN. Seules les communications concernant l'administration et la vie du contrat au sens du Chapitre « 0 », rubrique Administration du contrat, pourront être réceptionnées par EVASAN et/ou les agents, courtiers et autres intermédiaires d'assurances.

5.3 VERSEMENT DES PRIMES D'ASSURANCE

1. L'encaissement de la prime par l'assureur est un élément essentiel du contrat, quelle que soit la modalité du paiement.
2. Les primes sont payables d'avance. Elle est facturée à partir de la date de prise d'effet de la garantie et exigible le 10 du premier mois de chaque année contractuelle.
3. Sur demande, le preneur peut également s'acquitter de la prime sous la forme de paiements fractionnés sous réserve d'une tarification majorée. Ces paiements sont exigibles avant le 10 de chaque mois, ce même lorsqu'un sinistre est déjà intervenu.

4. Dans tous les cas, la première prime ou la première mensualité est payable au plus tard au jour de la remise au preneur ou à l'assuré de la police d'assurance.
5. La compensation des primes échues avec des prétentions d'assurance est interdite.
6. Si le contrat est résilié à la demande de l'assuré avant son expiration, le remboursement des primes est effectué au pro rata pour la période d'assurance non encore expirée.
Toutefois, aucun remboursement n'est dû en cas de réticence, de tentative d'abus ou d'abus au détriment de l'assureur.
7. Le non-paiement de la prime à la date d'échéance entraîne la demeure automatique du débiteur de la prime, sans que l'ASSUREUR ne doive lui adresser une mise en demeure formelle. Si la demeure du débiteur de la prime dépasse 20 jours à partir de l'échéance de la date d'exigibilité du paiement, l'ASSUREUR est en droit, moyennant lettre recommandée adressée au dernier domicile connu du débiteur, de se départir du contrat avec effet immédiat et d'en aviser aussitôt les autorités compétentes en matière d'assurance et, le cas échéant, en matière de droit de séjour des étrangers. L'ASSUREUR n'est pas tenu à indemnisation pour les sinistres survenus le lendemain du vingtième jour de demeure.
8. L'assuré qui, après rappel, ne s'acquitte pas de ses redevances fait l'objet d'une mise en demeure. Si cette sommation n'est pas suivie d'un paiement intégral dans les 5 jours, l'assuré devient immédiatement redevable des primes dues jusqu'à la prochaine échéance et une procédure de recouvrement est introduite.
9. En cas d'opposition au commandement de payer, l'ASSUREUR prononcera la levée d'opposition jusqu'à concurrence du montant dû. L'assuré est astreint à participer aux frais d'édition de rappel et d'établissement de la mise en demeure à raison, respectivement, de CHF 10.- et de CHF 30.-.
10. Lorsqu'une procédure de poursuite ne peut pas être engagée contre un assuré qui n'est pas soumis à la législation suisse ou qu'elle n'aboutit pas au paiement des primes ou participations aux coûts, l'ASSUREUR peut mettre fin aux rapports d'assurance, après une sommation écrite dans laquelle il avertit l'assuré des conséquences de son omission.
11. Lorsque par négligence ou attitude fautive l'assuré provoque des frais administratifs onéreux, il peut être appelé à en supporter les conséquences financières.
12. Si l'ASSUREUR renonce ou sursoit à résilier le contrat, son obligation de prestation est rétablie pour tous les nouveaux sinistres à condition toutefois que le débiteur ait payé l'ensemble des primes exigibles jusqu'à cette date ainsi que, sur la base de justificatifs, les frais de procédure de mise en demeure (à défaut de justificatifs, l'assureur peut facturer un forfait administratif de CHF 100.-). La garantie prend alors effet à 0h00 du jour suivant la date de réception par l'ASSUREUR (ou par la personne ayant reçu pouvoir de l'ASSUREUR à cette fin) de la totalité des primes dues. Il n'y a toutefois pas obligation d'indemnisation si l'assuré ne s'acquitte du paiement des primes qu'à une date où il sait ou peut prévoir, qu'un sinistre va survenir.

5.4 AJUSTEMENT DES PRIMES

1. En raison par exemple d'une augmentation statistiquement établie des coûts de traitement ou de la remise en cause de l'économie globale du contrat d'assurance l'ASSUREUR est en droit d'ajuster la prime applicable au produit d'assurance. Pour ce faire, l'ASSUREUR compare chaque année, le montant des prestations d'assurance effectivement consommées par l'assuré aux prévisions de sinistralité qu'il a fournies. Si cette comparaison révèle une différence supérieure à 10%, toutes les primes tarifaires sont soumises à un réexamen et, le cas échéant, à un réajustement. Les surprimes faisant l'objet d'une convention spéciale seront également modifiées en conséquence.
2. Le réajustement de primes sera porté à la connaissance du preneur d'assurance 3 mois au plus tard avant le début de l'année contractuelle suivante et prendra effet au début de cette même année.
3. En cas d'ajustement de primes, le preneur d'assurance est en droit de résilier le contrat aux conditions gouvernant la résiliation.

5.5 MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCE

1. L'ASSUREUR pourra procéder à un ajustement de la prime ou résilier le contrat dans les cas suivants :
 - a. la modification durable des conditions de santé publique ;
 - b. la nullité ou l'annulation de certaines des conditions par une autorité administrative ou judiciaire ;
 - c. la modification ou l'abrogation des lois et règlements sur lesquels se fondent les dispositions du contrat d'assurance ;
 - d. la modification de la législation, de la pratique administrative ou de la pratique judiciaire ayant une incidence sur les termes, l'interprétation ou la validité du contrat ou de certaines de ses dispositions.
2. Les nouvelles conditions seront portées à la connaissance du preneur d'assurance 3 mois au plus tard avant la date prévue pour leur entrée en vigueur, sous réserve du cas d'urgence, de force majeure ou d'un impératif légal, administratif ou judiciaire.
3. En l'absence de résiliation du contrat d'assurance par l'assuré, les nouvelles conditions sont réputées acceptées par lui.
4. L'ASSUREUR demeure libre de modifier, en tout temps et sans préavis, le libellé de certaines conditions contractuelles lorsque cette adaptation ne sert qu'aux fins de corriger des erreurs typographiques ou des fautes matérielles évidentes, de lever une incertitude interprétative ou de préciser un point déjà couvert par le texte, ou encore d'améliorer les conditions en faveur de l'assuré exclusivement.

5.6 CLAUSE DE SAUVEGARDE

L'invalidité d'une clause figurant aux présentes conditions d'assurance, ne remettent pas en cause la validité des autres clauses.

Afin de remplacer la clause invalide, l'ASSUREUR introduira une clause raisonnable se rapprochant le plus possible, dans la mesure du possible et du licite, de l'intention initiale des parties.

6 DISPOSITIONS FINAL

6.1 DURÉE DU CONTRAT D'ASSURANCE

1. Le contrat d'assurance est conclu pour une durée d'une année.
2. Sous réserve de sa résiliation par l'une des parties, le contrat d'assurance se renouvèle d'année en année par tacite reconduction pour autant que les conditions prévues par l'article 2 alinéa 4 OAMal soient respectées.
3. Le contrat d'assurance commence à courir le lendemain (à 0h00) de la date indiquée dans la police d'assurance et prend fin douze mois plus tard (à 0h00)

6.2 RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

1. Chaque partie est en droit, moyennant courrier recommandé adressé à l'autre partie, de résilier le contrat d'assurance et/ou de faire échec à sa reconduction tacite moyennant un préavis écrit de 3 mois avant l'expiration de l'année contractuelle en cours.
2. Dans les cas de majoration des primes ou de modification des conditions d'assurance qui consacrent un tel droit, le preneur pourra, moyennant courrier recommandé adressé à l'adresse indiquée au Chapitre 0 rubrique Administration du contrat, résilier le contrat d'assurance dans un délai d'un mois suivant la notification de ces changements, et ce avec prise d'effet de la résiliation à la date prévue pour l'entrée en vigueur des modifications annoncées.

3. Sous réserve des clauses légales ou contractuelles stipulant la nullité, la résolution rétroactive, la résiliation immédiate ou la résiliation du contrat d'assurance dans un autre délai, la commission d'une faute non intentionnelle par l'assuré et/ou le preneur autorise l'ASSUREUR à :
 - a. résilier le contrat d'assurance dans un délai d'un mois après avoir eu connaissance du comportement fautif ;
 - b. proposer une modification du contrat d'assurance, dans un délai d'un mois après avoir eu connaissance du comportement fautif, avec effet rétroactif à la date à laquelle il a eu connaissance de ce manquement. Au cas où le contractant refuse la modification du contrat proposée ou s'il ne l'accepte pas dans un délai de 1 jours suivant réception, l'ASSUREUR est en droit de résilier le contrat dans un délai de 14 jours.
4. Si, dans le cadre de contrats d'assurance regroupant plusieurs assurés, les conditions d'une résiliation ne sont données que pour certains d'entre eux, l'exercice du droit de résiliation peut se limiter aux dits assurés.
5. Si le preneur résilie le contrat d'assurance dans sa totalité ou pour certains assurés seulement, il doit, sous peine d'invalidité de sa résiliation, prouver que les assurés concernés ont eu connaissance de la notification de la résiliation et qu'ils l'acceptent. Si les/certains des assurés concernés dont le contrat a été résilié désirent sa reconduction en ce qui les concerne, ils peuvent, moyennant courrier ou courriel adressé à EVASAN dans les 2 mois suivant la notification de la résiliation par le preneur, solliciter la reconduction du contrat les concernant.
6. Le contrat d'assurance prend automatiquement fin avec le décès, la faillite ou l'insolvabilité du preneur. Les assurés sont toutefois en droit de reconduire le contrat d'assurance aux conditions prévues à l'alinéa 5 ci-dessus, le délai de 2 mois étant alors compté à partir du jour du décès, de la déclaration de faillite ou du constat officiel de l'insolvabilité du preneur.

6.3 DROIT APPLICABLE, CONCILIATION ET JURIDICTIONS COMPÉTENTES

1. Le contrat d'assurance est régi par les présentes conditions d'assurance, ainsi que par les conditions particulières propres aux couvertures accessoires qui figurent dans chaque contrat souscrit par le preneur d'assurance, telles que, le cas échéant, adaptées à la situation de l'assuré (CPA additionnelles). Outre les dispositions de droit impératif, la Loi suisse sur le contrat d'assurance (LCA) s'applique à titre supplétif.
2. En cas de procédure judiciaire, les tribunaux helvétiques sont compétents pour connaître des litiges au sujet de l'interprétation ou de l'exécution du présent contrat. Demeurent réservées, en tant qu'applicables, les dispositions spécifiques de la Convention de Lugano du 16 septembre 1988.
3. Il découle de cela que l'assuré aurait la possibilité d'assigner son ASSUREUR privé étranger devant une instance helvétique, quand bien même le contrat d'assurance conclu dans un autre État renverrait à du droit matériel et à un for judiciaire étrangers.
4. Avant l'engagement de toute procédure judiciaire ou arbitrale en rapport avec le contrat et les conditions d'assurance, chacune des parties s'engage, dans les 10 jours suivant la naissance du litige, à contacter par écrit l'autre partie afin de rechercher une solution amiable par la voie de la conciliation.
5. En cas d'échec de la tentative de conciliation, l'ASSUREUR met une voie d'opposition interne et gratuite à la disposition de l'assuré. L'ouverture de celle-ci ne suspend pas les délais légaux ou contractuels. Demeure également réservée la possibilité pour les parties de convenir, moyennant accord écrit, d'une procédure d'arbitrage à un ou trois arbitres.
6. En cas de divergences entre les différentes versions linguistiques des conditions d'assurance spécifiques d'assurance à la couverture « SWISS STUDIES » la version française fait foi.

6.4 ENTRÉE EN VIGUEUR

Les présentes conditions d'assurance entrent en vigueur le 01.07.2017, emportant abrogation de plein droit des précédentes versions des conditions gouvernant le même produit.

PRESTATIONS D'ASSURANCE*		PLAFOND DE GARANTIE
TRAITEMENT AMBULATOIRE		
1	Prescription de médicaments et de matériels	Frais effectifs équivalents LAMal
2	Consultations de médecin et thérapeute	Frais effectifs équivalents LAMal
3	Analyses	Frais effectifs équivalents LAMal
4	Chirurgie ambulatoire	Frais effectifs équivalents LAMal
5	Soins à domicile ou dans un centre de convalescence	CHF 20.- par jour max 30 jours par année
6	Rééducation	20 CHF par jour max 30 jours par année
7	Soins d'urgence en dehors de la zone de résidence	Frais effectifs équivalents LAMal
8	Echographies et mammographies	Frais effectifs équivalents LAMal
9	IRM, tomographie et scanographie-tomographie	Frais effectifs équivalents LAMal
10	Soins d'urgence sans hospitalisation	Frais effectifs équivalents LAMal
11	Soins palliatifs et soins de longue durée	100 % des frais effectifs, Max. 30 jours sur trois ans
12	Consultations de médecin généraliste et médicaments prescrits couverts selon LAMal	Frais effectifs équivalents LAMal
13	Consultations de spécialiste	Frais effectifs équivalents LAMal
14	Consultations de chiropraticien, d'ostéopathe, d'homéopathe, de phytothérapeute	Chiropraticien 100% LAMal - Ostéopathe 50% max 4 séances plafonnées CHF 1000.- / 3 ans
15	Médecine traditionnelle chinoise (acupuncture, l'acupuncture au laser et l'acupressure)	4 séances plafonnées Max CHF 200.-par année contractuelle
16	Consultations prescrites de kinésithérapeute et d'orthophoniste	Frais effectifs équivalents LAMal
17	Massages ayurvédiques et les médicaments ayurvédiques	Max 4 séances plafonnées CHF 200.-/année contractuelle
18	Drainage lymphatique, l'électrothérapie, l'hydrothérapie et le shiatsu	Max 6 séances plafonnées CHF 300.-/année contractuelle
19	Vaccins non prescrits par la LAMal	80% des frais réels Max. CHF 100.- /année contractuelle
20	Naturopathie (Diététique naturopathe, Aromathérapie)	90% des frais réels Max 10 séances plafonnées CHF 1'000.- / année contractuelle
21	Test VIH / SIDA - Dépistage et soin des maladies sexuellement transmissibles	Frais effectifs équivalents LAMal
22	Psychiatrie	Frais effectifs équivalents LAMal
23	Psychothérapie	50% des frais réels + entente préalable de l'assureur
24	Psychothérapeutes non-médecins et psychologues indépendants	80%, max. Fr. 800.- par année contractuelle + entente préalable de l'ASSUREUR
25	Produits prescrits de thérapie de substitution à la nicotine	CHF 50.- / année contractuelle si prescrit par médecin

PRESTATIONS D'ASSURANCE*		PLAFOND DE GARANTIE
HOSPITALISATION		
1	Chambre d'hôpital privée ou semi privée dans toute la Suisse	Frais effectifs
2	Chirurgie, incluant anesthésie et bloc opératoire	Frais effectifs équivalents LAMal
3	Appareillages chirurgicaux et prothèses	Frais effectifs équivalents LAMal
4	Chirurgie esthétique suite à un accident (selon le catalogue des prestations prévues par LAMal)	Max CHF 50'000.-/année contractuelle)
5	Soins hospitaliers suite aux accidents dues à des activités sportives risquées pour autant qu'elles soient pratiquées dans des conditions normales	
6	Greffe d'organe	Frais effectifs équivalents LAMal
7	Hospitalisation de jour	Frais effectifs équivalents LAMal
8	Soins d'urgence en dehors de la zone de résidence	Frais effectifs équivalents LAMal
9	Transport médicalisé en Suisse	Max CHF 2'000.-/année contractuelle)
10	IRM, tomographie et scanographie-tomographie, analyses	Frais effectifs équivalents LAMal
11	Oncologie	Frais effectifs équivalents LAMal
12	Séjour en station thermale en Suisse	20 CHF par jour Max. 21 jours par année contractuelle
13	Cure de convalescence en Suisse	20 CHF par jour Max. 30 jours par année contractuelle
14	Aides médicales prescrites	Frais effectifs équivalents LAMal
15	Frais complémentaires de séjour hospitalier – chambre privée à l'étranger	Frais effectifs équivalents LAMal
MATERNITÉ		
1	Maternité	Frais effectifs équivalents LAMal
2	Complications de grossesse et à l'accouchement	Frais effectifs équivalents LAMal
3	Accouchement à domicile	Frais effectifs équivalents LAMal
4	Examen prénatal (selon le catalogue des prestations prévues par LAMal)	Frais effectifs équivalents LAMal
5	Examen postnatal (selon le catalogue des prestations prévues par LAMal)	Frais effectifs équivalents LAMal
6	Interruption de grossesse légale	Frais effectifs équivalents LAMal
7	Echographies (selon le catalogue des prestations prévues par LAMal)	Frais effectifs équivalents LAMal
OPTIQUE		

PRESTATIONS D'ASSURANCE*		PLAFOND DE GARANTIE
1	Équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro- cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 et + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 et + 4,00 dioptries	CHF 100.- / année contractuelle
2	Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an	CHF 200.-/année contractuelle
3	Lunette et lentilles de contact prescrites	CHF 350.- / pendant 3 années contractuelles
DENTAIRE		
1	Traitement dentaires d'urgence avec hospitalisation (Prothèse dentaire en cas d'accident uniquement)	75 % en cas d'accident ou suite à une maladie grave de l'appareil de mastication
2	Traitement dentaires d'urgence sans hospitalisation	75 % en cas d'accident ou suite à une maladie grave de l'appareil de mastication
3	Soins dentaires et les traitements dentaires ambulatoires et stationnaires	75% des prestations assurées jusqu'à concurrence de CHF 3'000.- par année contractuelle
4	Mesures diagnostiques et thérapeutiques en ambulatoire	Selon la tarif conventionnel « SSO- AA/AM/AI ».
5	Prestations de technique dentaire ou de prothésiste dentaire	Max CHF 1'000.-/ année contractuelle – Prothèses provisoires ou transitoires sont exclus
6	Implants par année civile / bénéficiaires	CHF 200.-/ par année contractuelle
7	Détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en 2 séances maximum)	CHF 150.-/ année contractuelle
8	Traitement prophylactique (soins conservateurs dentaires acceptés)	CHF 50.- par année contractuelle et ce dès la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du contrat
ASSISTANCE MEDICALE* EN EQUIVALENCE DE LAMaI		
1	Recherche et sauvetage	Max CHF 5 000.-
2	Evacuation vers l'hôpital le plus proche	Max CHF 10'000.-
3	Rapatriement de la dépouille mortelle + Frais de première conservation + Frais funéraires	Max CHF 15'000,-
4	Accompagnement médicalisé	100%

Autres garanties figurant dans les CGA « STUDENT TRAVEL SAFE » font parties intégrants de la couverture « SWISS STUDIES ALL IN ONE