



KPT, Case postale, CH-3001 Berne
kpt.ch

Assurance des frais d'hospitalisation Flex Top

Conditions spéciales en complément aux CGA
Édition 07.2023

Contrat

But et conditions préalables Art. 1 Flex Top

- ¹ KPT Assurances SA prend en charge les prestations mentionnées aux art. 3 à 15 ci-après – en particulier les coûts liés à un traitement stationnaire dans une institution reconnue – en complément à l'assurance obligatoire des soins ou à notre «Assurance-maladie facultative (F)».
- ² Les institutions suivantes sont réputées **reconnues** par notre société:
 - Hôpitaux pour soins aigus, cliniques de réadaptation ou cliniques psychiatriques en Suisses qui figurent sur la liste hospitalière du canton de résidence ou de celui où se situe l'hôpital et qui ont reçu un mandat de prestations valable pour le traitement prévu (hôpital répertorié), ou qui ont conclu avec KPT Caisse-maladie SA (assurance des soins selon la LAMal) une convention selon l'art. 49a, al. 4 LAMal (hôpital sous convention), et
 - qui ont conclu avec notre société une convention tarifaire valable au moment du début du traitement et sur la base de laquelle les institutions et les médecins traitants établissent leurs décomptes.
- ³ Nous tenons une **liste des fournisseurs de prestations non reconnus** qui ne remplissent pas les conditions de l'al. 2 et pour lesquels nous ne prenons en charge aucun coût lié aux prestations fournies (**«liste d'exceptions»**).
- ⁴ Pour **certaines institutions non reconnues**, nous pouvons **prendre en charge une partie des coûts**, jusqu'à concurrence d'un montant maximal. Le montant effectivement pris en charge vous est alors communiqué avant le début du traitement, dans le cadre de la garantie de prise en charge. Ces institutions sont définies dans une liste distincte (**«liste des tarifs à bien plaisir»**). La version de la liste en vigueur au moment du début du traitement stationnaire est déterminante.
- ⁵ Nous nous engageons à publier sur notre site Internet une version systématiquement actuelle de la «liste des exceptions» ainsi que de la «liste des tarifs à bien plaisir». Ces documents peuvent également être obtenus au format papier.
- ⁶ Une adaptation de la «liste des exceptions» et de la «liste des tarifs à bien plaisir» ne donne pas lieu à l'octroi d'un droit de résiliation à la personne assurée.

Obligations de la personne assurée Art. 2 Flex Top

Avant chaque hospitalisation planifiable, vous devez vous assurer que l'institution dans laquelle vous souhaitez être traité(e) ne figure ni sur la «liste des exceptions» actuelle ni sur la «liste des tarifs bien à plaisir» (prise en charge d'une partie des coûts seulement).



KPT, Case postale, CH-3001 Berne
kpt.ch

Prestations

Liberté de choix de la division (commune, demi-privée ou privée) dans le cadre de traitements stationnaires Art. 3 Flex Top

Avant le début d'un traitement stationnaire, vous choisissez la division (commune, demi-privée ou privée) dans laquelle vous désirez séjourner et être traité(e).

Participation aux coûts dans le cadre d'hospitalisations stationnaires Art. 4 Flex Top

Nous ne prélevons aucune participation aux coûts au titre de cette assurance complémentaire pour les prestations en division commune; en revanche, en division demi-privée ou privée, vous devez vous acquitter de la participation aux coûts définie dans la police.

Dans le cas d'hospitalisations stationnaires, les participations aux coûts suivantes s'appliquent:

Division	Participation aux coûts
Division commune	Pas de participation aux coûts
Division demi-privée	CHF 150 par journée d'hospitalisation
Division privée	CHF 250 par journée d'hospitalisation

Le montant maximal de votre participation aux coûts s'élève à CHF 4'000 par année civile. Jusqu'à la fin de l'année suivant votre 18^e anniversaire, le montant maximal de la participation aux coûts est de CHF 2'000 par année civile.

Le montant de la participation aux coûts par journée d'hospitalisation ainsi que celui de la participation maximale par année civile peuvent être adaptés annuellement conformément aux dispositions réglementaires. Le cas échéant, nous vous en informons par écrit. Au cas où vous ne seriez pas d'accord avec ce changement, vous aurez le droit de résilier l'assurance à la date de l'adaptation. En l'absence de résiliation de votre part dans les 30 jours suivant la réception de la notification du changement, ce dernier sera considéré comme accepté.

Hospitalisation stationnaire en Suisse Art. 5 Flex Top

- ¹ Nous prenons en charge les frais de traitement et de séjour stationnaire dans la division commune, demi-privée ou privée d'un hôpital ou d'une clinique de réadaptation qui répond aux conditions de l'art. 1, al. 2 Flex Top au moment du début du traitement.
- ² Dans le cas de traitements planifiables, notre **garantie de prise en charge** pour le fournisseur de prestations et la division choisie doit avoir été reçue au plus tard lors de l'admission auprès du fournisseur de prestations. En cas d'**urgence**, une garantie de prise en charge pour le fournisseur de prestations et la division choisie doit nous être demandée dans les plus brefs délais. L'obtention de la garantie de prise en charge incombe au fournisseur de prestations.
- ³ La garantie de prise en charge est octroyée par la KPT si les conditions préalables sont remplies. Dans le cas contraire, la KPT n'accorde aucune garantie de prise en charge et ne rembourse aucun coût.

Interventions ambulatoires Art. 6 Flex Top

Dans le cadre d'une intervention/opération ambulatoire (dan l'ambulatoire la date d'admission et la date de sortie sont identiques) dans une institution reconnue, nous prenons en charge, en complément à l'assurance de base selon la LAMal, 75 % des coûts en tout – dans la limite de CHF 1'000 par année civile – pour les prestations mentionnées ci-après:

- Coûts liés au libre choix du médecin
- Frais supplémentaires en lien avec le séjour dans l'institution reconnue à la suite d'une intervention ambulatoire
- Frais effectifs de transport aller-retour de la personne assurée ainsi que d'un(e) accompagnant(e) en lien avec l'intervention ambulatoire, jusqu'à concurrence de CHF 200 par intervention
- Frais liés aux nuitées non nécessaires sur le plan médical, y compris les repas de la personne assurée et d'un(e) accompagnant(e), le jour de l'intervention ainsi que la veille et le lendemain, dans la limite de CHF 200 par nuit (total pour les deux personnes)
- Livraisons de repas à la suite de l'intervention, jusqu'à concurrence de CHF 50 par jour, pendant max. 7 jours après l'intervention.
- Prise en charge d'enfants (y compris les enfants placés), de personnes ayant besoin de soins dont la personne assurée s'occupait jusqu'ici à titre privé, ainsi que d'animaux domestiques par des entités commerciales (p. ex. refuges animaliers), dans la limite de CHF 100 par jour, le jour de l'intervention et jusqu'à 7 jours après l'intervention

Traitements hospitaliers à l'étranger Art. 7 Flex Top

Conformément à l'art. 36 OAMal, nous prenons exclusivement en charge les traitements suivants à l'étranger:

- Urgences: le caractère d'urgence existe lorsque vous avez besoin d'un traitement médical pendant un séjour provisoire à l'étranger et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. À l'inverse, l'urgence n'est pas caractérisée si vous vous rendez à l'étranger dans le but d'y recevoir un traitement.
- Traitements qui, pour des raisons médicales, ne peuvent pas être dispensés en Suisse. Il est impératif d'obtenir notre autorisation au préalable.

Psychiatrie Art. 8 Flex Top

Dans le cas de traitements stationnaires dans une institution reconnue par notre société conformément à l'art. 1, al. 2 Flex Top, nous prenons en charge les prestations dans la division choisie – après déduction de la participation aux coûts – pendant max. 90 jours par année civile. Si une réadmission intervient dans les 180 jours, nous imputons les journées d'hospitalisation précédentes.

Rooming-In, cures et aide familiale Art. 9 Flex Top

Nous prenons en charge les prestations suivantes dans la limite de CHF 50 par jour et par catégorie:

Rooming-in

Si vous séjournez dans un hôpital pour soins aigus reconnu par notre société conformément à l'art. 1, al. 2 Flex Top, nous prenons en charge pendant max. 30 jours par année civile les frais journaliers liés à l'hébergement et aux repas d'un(e) accompagnant(e), dans la mesure où cette personne dort elle aussi à l'hôpital.

Cures

- ¹ Les cures doivent intervenir immédiatement après un traitement médical intensif et nous être notifiées au plus tard 14 jours avant le début de la cure via une prescription médicale indiquant l'établissement de cure et la date de début. Nous prenons en charge les frais journaliers des cures pendant max. 30 jours par année civile au total.
- ² Nous prenons en charge, pendant max. 30 jours par année civile, les frais journaliers liés aux cures balnéaires prescrites par un médecin et incluant des traitements thérapeutiques dans des établissements reconnus en Suisse.
- ³ Nous prenons en charge, pendant max. 30 jours par année civile, les frais journaliers liés aux cures de convalescence dans un établissement dirigé par un médecin et reconnu par la KPT. Nous tenons une liste des établissements de cure reconnus qui peut être consultée ou obtenue auprès de notre société.
- ⁴ **Nous n'allouons aucune prestation pour toutes les autres cures** qui ne remplissent pas les conditions susmentionnées, notamment pour les cures dans des maisons de repos et hôtels n'étant pas reconnus par notre société et ne figurant pas sur la liste des établissements de cure reconnus, de même que pour les séjours dans des appartements de vacances, des homes thérapeutiques ou des communautés d'accueil thérapeutique pour toxicomanes, les cures à l'étranger ainsi que les cures de désintoxication et les cures préventives.
- ⁵ Une adaptation de la liste des établissements de cure reconnus ne donne pas lieu à l'octroi d'un droit de résiliation à la personne assurée.

Aide familiale et soins à domicile

Nous prenons en charge, pendant max. 30 jours par année civile, les frais journaliers liés à l'aide familiale ou aux soins à domicile prescrits par un médecin et intervenant immédiatement après un séjour à l'hôpital ou une intervention ambulatoire:

- Aide familiale: sur la base d'une facture détaillée incluant un calendrier
- Soins à domicile fournis par des proches au bénéfice d'une formation professionnelle adéquate

Les prestations de soins à domicile sont également prises en charge si elles permettent d'éviter un séjour hospitalier. Ces prestations ne peuvent pas être cumulées avec des prestations de cure. En cas de fourniture de prestations d'aide par des proches, ceux-ci doivent justifier d'une perte de gain.

Accouchement Art. 10 Flex Top

À l'issue du délai de carence mentionné à l'art. 2, al. 2 des conditions générales des assurances complémentaires selon la LCA, nous prenons en charge au titre de l'assurance des frais d'hospitalisation Flex Top de la mère:

- Les coûts liés au séjour et aux soins du nouveau-né en bonne santé
- Max. CHF 50 par jour, pendant max. 5 jours, pour l'aide familiale après un accouchement stationnaire dans une institution reconnue
- Une indemnité unique d'un montant de CHF 1'000 en cas d'accouchement ambulatoire (= date d'admission et date de sortie identiques) dans une institution reconnue ou d'accouchement à domicile. Ce montant n'est versé qu'une seule fois, même en cas de naissance simultanée de plusieurs enfants.



KPT, Case postale, CH-3001 Berne
kpt.ch

Transports d'urgence, sauvetage et dégagement Art. 11 Flex Top

- ¹ En Suisse, nous prenons en charge les coûts:
 - des transports d'urgence médicalement nécessaires à un traitement stationnaire dans l'hôpital le plus proche;
 - des mesures de sauvetage et de dégagement médicalement nécessaires.
- ² À l'étranger, nous prenons en charge les coûts des transports d'urgence médicalement nécessaires à un traitement stationnaire dans l'hôpital le plus proche, dans la limite de CHF 5'000 par année civile.
- ³ Nous remboursons les coûts des opérations de recherche directement liées à une mesure de sauvetage ou de dégagement médicalement nécessaire, jusqu'à concurrence de CHF 30'000 par année civile.
- ⁴ **Nous ne prenons pas en charge les coûts liés à un rapatriement ou au transport d'un corps.**

Voyages et vacances à l'étranger Art. 12 Flex Top

Pendant 8 semaines (56 jours) par année civile, vous êtes couvert(e), lors de voyages et de vacances à l'étranger, contre les coûts suivants: frais de guérison, assistance aux personnes, perte/endommagement de bagages (jusqu'à concurrence de CHF 2'000), frais d'annulation (dans la limite de CHF 20'000) et protection juridique à l'étranger jusqu'à concurrence de CHF 300'000 (CHF 100'000 hors de l'Europe et des pays méditerranéens). Cette couverture se fonde sur l'édition 01.2020 des conditions générales de l'assurance voyages et vacances, qui peut être consultée à l'adresse kpt.ch/assurance_voyages.

Les assureurs des prestations assurées sont KPT Assurances SA (pour les frais de guérison), AWP P&C S.A., Saint-Ouen [Paris], succursale de Wallisellen [Suisse] (pour l'assistance aux personnes, les bagages et les frais d'annulation), ainsi que Coop Protection Juridique SA (pour la protection juridique).

Les prestations allouées au titre de l'assurance voyages et vacances (édition 01.2020) ne sont pas cumulables avec celles de l'assurance voyages et vacances au titre d'autres assurances de KPT Assurances SA (en particulier l'assurance voyages et vacances incluse dans l'assurance des soins Plus/Comfort) et sont fournies pendant max. 8 semaines (56 jours) par année civile.

Droit d'option pour un changement de produit hospitalier sans déclaration de santé

Art. 13 Flex Top

Dans les 10 ans à compter du début de l'assurance complémentaire d'hospitalisation Flex Top (délai de changement), vous avez la possibilité d'opter pour une assurance complémentaire d'hospitalisation de qualité supérieure (en division demi-privée ou privée) de la KPT. Le produit correspondant doit autoriser les nouvelles adhésions. Si l'assurance débute en cours d'année, le délai de changement de 10 ans court à partir du 1^{er} janvier de l'année qui suit la souscription de l'assurance.

Le changement de produit peut intervenir après un délai de carence d'un an, au 1^{er} janvier suivant. Pendant le délai de carence, vous restez assuré(e) selon le modèle Flex Top.

Le droit d'option s'éteint à l'issue du délai de changement.

Vous pouvez exercer votre droit d'option jusqu'à votre 65^e anniversaire, et ce, une seule fois (y compris en cas de réadmission dans l'assurance des frais d'hospitalisation Flex Top).



KPT, Case postale, CH-3001 Berne
kpt.ch

Versement d'un capital en cas de maladie grave Art. 14 Flex Top

Si vous contractez l'une des maladies graves définies ci-après, nous vous versons pendant la durée de l'assurance un capital unique de CHF 5'000 par catégorie de maladie que vous pouvez utiliser librement.

Sont considérées comme des maladies graves au sens des présentes conditions (liste exhaustive):

a) Infarctus du myocarde

Au sens des présentes conditions, un infarctus du myocarde est un événement aigu qui intervient à la suite d'une obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires et qui engendre la destruction de cellules dans une zone précise du myocarde.

Notre obligation de prise en charge est soumise à plusieurs conditions:

1. l'infarctus du myocarde doit être confirmé médicalement par un(e) cardiologue ou un médecin interne;
2. les évolutions nouvellement constatées sur l'électrocardiogramme (ECG) doivent être compatibles avec un infarctus aigu du myocarde; et
3. les enzymes cardiaques (troponine, CK MB, pro-BNP, LDH) doivent présenter une certaine dynamique selon le stade de l'infarctus du myocarde.

Sont exclus de la couverture d'assurance:

- tout événement n'ayant pas été confirmé comme un infarctus du myocarde par un(e) cardiologue ou par un médecin interne;
- les infarctus du myocarde dont l'ancienneté ne peut être définie précisément ainsi que ceux conduisant à un décès dans les 48 heures;
- les dynamiques des enzymes cardiaques occasionnées par une intervention au niveau du coeur, par exemple une angiographie coronaire ou une angioplastie coronaire.

b) Attaque cérébrale

Au sens des présentes conditions, on entend par «attaque cérébrale» la destruction de tissu cérébral occasionnée par un trouble de la circulation sanguine dans le cerveau à la suite d'un infarctus cérébral ou d'une hémorragie non traumatique au sein de la boîte crânienne.

Notre obligation de prise en charge est soumise à plusieurs conditions:

1. l'attaque cérébrale doit être confirmée médicalement par un(e) neurologue;
2. elle doit être démontrée au moyen d'un examen de tomodensitométrie, d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou de tout autre examen par imagerie adéquat; et
3. elle doit engendrer une déficience fonctionnelle motrice et/ou cognitive durable et objectivable dans une zone pilotée par la région du cerveau touchée par l'attaque cérébrale.

Sont exclus de la couverture d'assurance toutes les lésions du tissu cérébral ou des vaisseaux sanguins consécutives à un accident ainsi que les accidents ischémiques transitoires (AIT) et les attaques cérébrales conduisant à un décès dans les 48 heures.

c) Cancer

Au sens des présentes conditions, on désigne par «cancer» la formation de cellules malignes (p. ex. tumeur) caractérisée par une croissance incontrôlée et par la pénétration d'un autre tissu avec une tendance à la formation de métastases. Le terme de «cancer» englobe également les affections malignes du sang, des organes hématopoïétiques ainsi que du système lymphatique. Cette liste est exhaustive.



KPT, Case postale, CH-3001 Berne
kpt.ch

Sont exclus de la couverture d'assurance:

- toutes les maladies cancéreuses ou potentiellement cancéreuses démontrées exclusivement sur la base de procédés moléculaires ou biochimiques mais n'étant pas encore survenues (p. ex. ADN tumoral dans le sang sans survenue d'un cancer au sens de la définition susmentionnée) et
- tous les **basaliomes, mélanomes de stade 0 et I prouvés histologiquement (classification TNM, UICC, état: 2023) et formes de cancer cutané non mélanome**. Les prestations prévues par le contrat sont toutefois fournies en cas de formation de métastases à distance.

Notre obligation de prise en charge en cas de cancer est soumise à la condition que le diagnostic se fonde sur des constatations histologiques (ou cytologiques dans le cas de leucémies).

Prestations de conseil en lien avec des traitements et des interventions *Art. 15 Flex Top*

Nous prenons en charge une partie des coûts d'autres mesures et prestations dans le cadre d'interventions stationnaires et ambulatoires ou de séjours à l'hôpital. Les mesures, prestations et fournisseurs de prestations reconnus ainsi que les contributions concrètes sont publiés dans la liste «Prestations de conseil en lien avec des traitements et des interventions au titre de KPT Flex», qui peut être consultée sur kpt.ch. Il est également possible d'en obtenir un extrait. Nous sommes habilités à modifier cette liste unilatéralement et à tout moment. La version actuelle de la liste est déterminante. Aucun remboursement n'a lieu pour les mesures, prestations et fournisseurs de prestations non mentionnés dans la liste.

Interdiction de cession *Art. 16 Flex Top*

Vous ne pouvez pas céder à des tiers vos prétentions vis-à-vis de notre société en l'absence d'accord écrit de notre part (interdiction de cession).

Coûts non couverts *Art. 17 Flex Top*

Les biens et services payants suivants ne sont pas considérés comme des frais d'hospitalisation: utilisation de moyens de communication, location d'appareils et de contenus audiovisuels, articles pour fumeurs, efforts en cas de décès, frais administratifs. D'éventuelles exceptions en votre faveur convenues entre l'institution et notre société demeurent réservées. Les coûts occasionnés par des sanctions consécutives à une violation des modèles d'assurance obligatoire des soins avec choix limité ne sont pas non plus couverts.

Classes d'âge *Art. 18 Flex Top*

Le montant de la prime de votre assurance complémentaire est tarifié en fonction de l'âge. De façon générale, le passage à une classe d'âge supérieure s'accompagne d'une augmentation de la prime. Celui-ci a lieu le 1^{er} janvier de l'année où vous atteignez l'âge déterminant pour le changement de classe.

Les classes d'âge sont réparties comme suit: 0–5; 6–10; 11–18; 19–25; 26–30; 31–35; 36–40; 41–45; 46–50; 51–55; 56–60; 61–65; 66–70; 71–75; 76–80; 81–85; 86–90; 91+

Berne, le 1^{er} juillet 2023
KPT Assurances SA