

Édition du 1er janvier 2022

Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) VIVANTE – l'assurance des soins de longue durée pour les privés

Table des matières

Généralités

- 1 But
- 2 Définition de la nécessité de soins
- 3 Délai de carence

Prestations

- 4 Calcul de la nécessité de soins
- 5 Niveaux de soins
- 6 Début du droit aux prestations
- 7 Modification et extinction du droit aux prestations
- 8 Attribution à un niveau de soins
- 9 Fourniture de prestations
- 10 Exclusions de prestations
- 11 Devoirs en cas de sinistre
- 12 Divers

Annexe

Questionnaire pour l'évaluation de la nécessité de soins

Généralités

1 But

Selon la variante d'assurance choisie, VIVANTE couvre la personne assurée contre les conséquences économiques des soins de longue durée, devenus nécessaires suite à une maladie ou à un accident. VIVANTE est une assurance de sommes : en cas de nécessité de soins démontrée, elle donne droit à des prestations conformément au contrat d'assurance, sans qu'un dommage doive être prouvé.

2 Définition de la nécessité de soins

Il y a nécessité de soins lorsque, suite à une maladie ou un accident, la personne assurée a besoin d'une aide importante d'autrui pour accomplir les dix actes ordinaires de la vie sur la durée, c'est-à-dire pendant au moins six mois selon l'expérience médicale, c'est-à-dire dans le cas d'une nécessité de soins de niveau 1 au minimum, selon le chiffre 5.

Le simple fait de devoir surveiller la personne assurée n'équivaut pas à une nécessité de soins.

L'aide d'autrui consiste dans la prise en charge ou l'assistance dans l'accomplissement des dix actes ordinaires de la vie. L'aide peut être fournie par des spécialistes ou des profanes.

Voici les actes qui comptent au nombre des dix actes ordinaires de la vie :

- 1 Manger
- 2 Se laver
- 3 Prendre un bain ou une douche
- 4 S'habiller
- 5 Utiliser les toilettes
- 6 Transfert lit-chaise
- 7 Marcher
- 8 Monter les escaliers
- 9 Continence fécale
- 10 Continence urinaire

3 Délai de carence

En cas de nécessité de soins à la suite d'une maladie ou maladie professionnelle, le droit aux prestations débute au plus tôt après un délai de carence de trois ans à partir du début de l'assurance. Aucun délai de carence ne s'applique pour les prestations suite à un accident.

Les maladies professionnelles sont des maladies dues à des substances particulièrement nocives ou à certains travaux ainsi que d'autres maladies qui ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. La liste établie par le Conseil fédéral dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-accidents est déterminante (article 9 LAA).

Prestations

4 Calcul de la nécessité de soins

La nécessité de soins de la personne assurée se détermine en évaluant à l'aide du questionnaire en annexe le degré d'impotence pour chacun des dix actes ordinaires de la vie et en lui attribuant des points. Pour chaque question, on attribue zéro point si l'impotence est nulle, cinq points si l'impotence est moyenne et dix points si l'impotence est grave. Les points obtenus pour les dix actes ordinaires de la vie sont ensuite additionnés pour former un résultat compris entre 0 et 100 points.

5 Niveaux de soins

Les prestations sont versées selon quatre niveaux de soins :

25% de l'indemnité journalière convenue à partir d'un total de 25 points (niveau de soins 1);

50% de l'indemnité journalière convenue à partir d'un total de 50 points (niveau de soins 2);

75% de l'indemnité journalière convenue à partir d'un total de 75 points (niveau de soins 3);

100% de l'indemnité journalière convenue avec un total de 100 points (niveau de soins 4).

L'indemnité journalière convenue est indiquée dans la police.

6 Début du droit aux prestations

Le droit à des prestations débute au plus tôt le jour où la nécessité de soins est démontrée. À cet effet, les trois conditions suivantes doivent être satisfaites : un certificat médical confirme

- une maladie ou un accident;
- et une nécessité de soins résultante qui perdurera vraisemblablement six mois au moins;
- de plus, l'évaluation effectuée à l'aide du questionnaire (en annexe) indique une nécessité de soins d'au moins 25 points.

En cas de maladie ou maladie professionnelle, ce droit s'applique au plus tôt trois ans après le début de l'assurance, même si la maladie ou maladie professionnelle qui en est à l'origine est survenue pendant le délai de carence.

7 Modification et extinction du droit aux prestations

Le droit aux prestations change lorsque, suite à une réévaluation de la nécessité de soins, il en résulte un niveau de soins différent.

Le droit aux prestations s'éteint lorsque, suite à une réévaluation de la nécessité de soins, le total des points du questionnaire est inférieur à 25 points, mais dans tous les cas suite à la résiliation du contrat ou au décès de la personne assurée.

8 Attribution à un niveau de soins

La personne assurée doit annoncer le sinistre à Helsana dans les 14 jours.

Ensuite, Helsana demande un rapport médical qui doit confirmer l'existence d'une maladie ou d'un accident et la nécessité de soins (pendant au moins six mois).

Si la personne assurée est soignée par un spécialiste, Helsana demande alors à ce dernier d'évaluer la nécessité de soins.

Si la personne assurée n'est pas soignée par un spécialiste, Helsana demande alors à un spécialiste indépendant de procéder à cette évaluation.

Le spécialiste détermine la nécessité de soins en remplissant le questionnaire et en l'envoyant à Helsana dans les meilleurs délais pour évaluation.

Est considéré comme spécialiste le personnel soignant spécialisé au bénéfice d'un diplôme qui est reconnu et enregistré en tant que fournisseur de prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Il en va de même pour le personnel soignant spécialisé au bénéfice d'un diplôme qui a été mandaté ou engagé par Helsana.

Helsana est en droit de procéder en tout temps à des vérifications de l'évaluation médicale, respectivement de la nécessité de soins.

9 Fourniture de prestations

Les prestations sont calculées par jour et versées une fois par mois. Le paiement se fait dans la monnaie nationale suisse sur un compte en Suisse.

Pour autant qu'aucun autre arrangement n'ait été conclu avec Helsana, les prestations assurées ne sont fournies que pour des soins en Suisse.

10 Exclusions de prestations

Outre les exclusions de prestations prévues au chiffre 21.1 des CGA pour l'assurance-maladie complémentaire, aucune prestation n'est versée pour les cas suivants :

- en cas de nécessité de soins imputable à une grossesse, à un accouchement, à des lésions prénatales, à des infirmités congénitales et à leurs conséquences directes. Sont réputées infirmités congénitales les maladies présentes à la naissance accomplies de l'enfant;
- en cas de séjour de la personne assurée dans un hôpital (p.ex. en raison d'une aggravation temporaire de son état). On entend par hôpital un des établissements hospitaliers reconnus par les pouvoirs publics, les établissements ou divisions de ceux-ci qui s'occupent du traitement stationnaire de maladies aiguës ou qui dispensent des mesures de réadaptation médicale en stationnaire;
- en cas de soins à l'étranger;
- en cas de violation du devoir d'annonce et des obligations en cas de sinistre (sauf si la violation n'est pas imputable à une faute de la personne assurée).

11 Devoirs en cas de sinistre

Chaque cas susceptible de déclencher un droit à des prestations doit être annoncé par écrit à Helsana dans les 14 jours. En cas d'annonce tardive de la nécessité de soins, le droit aux prestations assurées commence au plus tôt lors de la réception de l'annonce.

Chaque modification de la nécessité de soins et chaque admission dans un hôpital ou sortie d'un hôpital doivent être annoncées par écrit à Helsana dans les 14 jours.

Sur demande de d'Helsana, la personne assurée est tenue de se faire examiner médicalement. Dans ce cas, Helsana mandate un médecin. De même, Helsana peut demander à un spécialiste de procéder à l'examen ou à la réévaluation de la nécessité de soins.

12 Divers

En dérogation au chiffre 12.1 des CGA pour les assurances-maladie complémentaires, la prime est définie en fonction de l'âge d'admission de la personne assurée. Le chiffre 12.2 des CGA pour les assurances-maladie complémentaires n'est pas applicable.

En dérogation au chiffre 9.3 des CGA pour les assurances-maladie complémentaires, l'assurance prend fin en cas de transfert du domicile à l'étranger même si la personne assurée reste soumise à l'assurance obligatoire des soins ou continue à être couverte par l'assurance de base en vertu de l'article 7a de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMalf), pour autant qu'aucun autre accord n'ait été conclu.

En complément du chiffre 11.1 d) des CGA pour les assurances-maladie complémentaires, Helsana est aussi en droit d'adapter les CGA et les CSA lorsqu'une assurance obligatoire de soins est introduite.

Annexe

Questionnaire pour l'évaluation de la nécessité de soins

		Remarque : l'évaluation est effectuée sur la base des observations faites sur les 4 dernières semaines!	Points
1	Le client peut-il manger sans l'aide d'autrui ?	<input type="radio"/> Non, passer à la question suivante	–
		<input type="radio"/> Oui, passer à la question 2	0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour manger ?	<input type="radio"/> Oui, mais uniquement pour préparer le repas	5
		<input type="radio"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable d'accomplir certaines actions lui-même)	5
		<input type="radio"/> Oui, les actions doivent être entièrement accomplies par autrui (le client ne peut plus les effectuer lui-même)	10
2	Le client peut-il se laver sans l'aide d'autrui ?	<input type="radio"/> Non, passer à la question suivante	–
		<input type="radio"/> Oui, passer à la question 3	0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour se laver ?	<input type="radio"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable d'accomplir certaines actions lui-même)	5
		<input type="radio"/> Oui, les actions doivent être entièrement accomplies par autrui (le client ne peut plus les effectuer lui-même)	10
3	Le client peut-il prendre un bain ou une douche sans l'aide d'autrui ?	<input type="radio"/> Non, passer à la question suivante	–
		<input type="radio"/> Oui, passer à la question 4	0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour prendre un bain ou une douche ?	<input type="radio"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable d'accomplir certaines actions lui-même)	5
		<input type="radio"/> Oui, les actions doivent être entièrement accomplies par autrui (le client ne peut plus les effectuer lui-même)	10
4	Le client peut-il s'habiller sans l'aide d'autrui ?	<input type="radio"/> Non, passer à la question suivante	–
		<input type="radio"/> Oui, passer à la question 5	0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour s'habiller ?	<input type="radio"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable d'accomplir certaines actions lui-même)	5
		<input type="radio"/> Oui, les actions doivent être entièrement accomplies par autrui (le client ne peut plus les effectuer lui-même)	10
5	Le client peut-il utiliser les toilettes sans l'aide d'autrui ?	<input type="radio"/> Non, passer à la question suivante	–
		<input type="radio"/> Oui, passer à la question 6	0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour utiliser les toilettes ?	<input type="radio"/> Oui, mais uniquement en partie (le client est encore capable d'accomplir certaines actions lui-même)	5
		<input type="radio"/> Oui, les actions doivent être entièrement accomplies par autrui (le client ne peut plus les effectuer lui-même)	10
		Nombre de points 1	

Suite à la page suivante

		Points
6	Le client peut-il se transférer (lit-chaise) sans l'aide d'autrui ?	–
		0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour le transfert lit-chaise ?	5
		5
		10
		–
7	Le client peut-il marcher sans l'aide d'autrui ?	–
		0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour marcher ?	5
		10
		–
8	Le client peut-il monter les escaliers sans l'aide d'autrui ?	–
		0
	Le client a-t-il besoin de l'aide d'autrui pour monter les escaliers ?	5
		10
		–
9	Le client souffre-t-il d' incontinence fécale ?	–
		0
	Combien de fois par semaine le client souffre-t-il d'incontinence fécale ?	5
		10
		–
10	Le client souffre-t-il d' incontinence urinaire ?	–
		0
	Combien de fois par jour le client souffre-t-il d'incontinence urinaire ?	5
		10
		–
Nombre de points		1
		2
Nombre de points total		–

Clé pour l'attribution des points

J'ai atteint le nombre de points suivant...

Moins de 25

25–45 points

50–70 points

75–95 points

100 points

Cela signifie...

Pas de nécessité de soins

Niveau de soins 1

Niveau de soins 2

Niveau de soins 3

Niveau de soins 4

L'assureur verse...

Pas de prestations d'indemnité journalière

25% de l'indemnité journalière convenue

50% de l'indemnité journalière convenue

75% de l'indemnité journalière convenue

100% de l'indemnité journalière convenue