

ASSURANCES SPÉCIALES POUR LA POPULATION AGRICOLE

Propres assurances

Conditions générales d'assurances LCA

Conditions complémentaires

AGRI-spécial

AGRI-naturel

AGRI-dental

AGRI-revenu

AGRI-indemnité journalière

Assurance d'indemnité journalière

Assurances commutées

Assurance pour auxiliaire

Assurance accidents en cas de décès et d'invalidité (ADI)

L'assurance de capital en cas de décès et d'invalidité KTI-Prevea

AGRI-protect – l'assurance de protection juridique rurale

FEUILLE D'INFORMATION AUX ASSURÉS SELON LCA

Toutes les désignations de personnes mentionnées valent par analogie pour les deux sexes.

Généralités

Cette feuille d'informations vous donne un aperçu sur l'assureur et sur le contenu principal du contrat d'assurance. Les droits et obligations des parties contractuelles résultent de la proposition de

conclure un contrat d'assurance, de la police d'assurance, des Conditions générales d'assurance (CGA) ainsi que des lois qui s'y réfèrent; surtout de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

Qui est l'assureur?

L'assureur est la société Assurances Agrisano SA avec son siège principal à la Laurstrasse 10, 5200 Brougg. Assurances Agrisano

SA est une société anonyme au sens de l'art. 620 ss du Code suisse des obligations (CO).

Quels sont les risques assurés et comment est l'étendue de la couverture d'assurance?

La société Assurances Agrisano SA assure les conséquences économiques suite à une maladie, accident et maternité. Les risques assurés ainsi que l'étendue des couvertures sont décrits sur la proposition de conclure un contrat d'assurance, sur la police d'assurance et dans les CGA. Les détails des couvertures sont répertoriés dans les aperçus des prestations des différents produits.

Ne sont pas couverts: Les maladies préexistantes lors de l'adhésion de l'assurance; les traitements qui n'ont pas pour objectif de remédier à un trouble de la santé ou aux conséquences de ce dernier; la participation à des rixes ou tout événement similaire; le service militaire effectué à l'étranger; les maladies et accidents survenus dans le cadre de la participation à des actions répréhensibles ou à des bagarres; les maladies épidémiques; les répercussions des tremblements de terre ou d'autres catastrophes naturelles.

Montant de la prime et délais de paiement?

Le montant de la prime dépend de l'âge de la personne, du lieu de domicile de l'assuré, des risques assurés, de la couverture souhaitée et de la participation aux coûts choisie. Les détails concernant la prime et la participation aux coûts font objet de la proposition, respectivement de l'offre. Ils font également partie de la police d'assurance. Les contrats collectifs peuvent avoir des conditions différentes.

La prime annuelle est payable d'avance au 1er janvier d'une année ou – pour les paiements par tranches – le 1er du mois courant. Lors des paiements directement aux prestataires par la société Assurances Agrisano SA (médecin, hôpital, pharmacie), le preneur d'assurance est obligé de rembourser la participation convenue dans les 30 jours qui suivent la facturation de la part de la société Assurances Agrisano SA.

Obligations de la personne assurée

Obligations à diminuer les frais médicaux

Lors d'une maladie ou d'un accident, la personne assurée doit tout mettre en œuvre pour avoir des soins médicaux conforme. Elle doit notamment se conformer aux instructions du personnel médical pour favoriser le rétablissement et de s'abstenir de tout ce qui pourrait conduire à une détérioration de leur état physique.

Obligations d'informer et de coopérer

Änderungen Toutes modifications dans la situation personnelle de la personne assurée, par exemple un changement de domicile, doit être communiqué à la société Assurances Agrisano SA dans un

délai de 30 jours, dans la mesure où cette modification concerne l'assurance. La personne assurée doit fournir toutes informations liées à un sinistre ou à un événement précédent, d'une façon complète et véridique à la société Assurances Agrisano SA (maladie, accident, maternité). De plus, elle libère la personne médicale soignante du secret professionnel face à la société Assurances Agrisano SA.

Début, durée et fin de l'assurance

Le début de l'assurance commence le jour indiqué dans la proposition, respectivement dans l'offre. Toute personne dispose d'une couverture d'assurance provisoire à partir de la date indiquée dans la proposition jusqu'au moment de la remise de la police d'assurance. La couverture d'assurance est en principe donnée pour un cas d'assurance qui survient pendant la durée de la couverture provisoire, exceptés pour une maladie, un accident ou les suites d'accidents qui existaient avant le début de la couverture d'assurance provisoire.

Le contrat d'assurance est conclu pour une année civile, du 1er janvier au 31 décembre. Un contrat d'assurance commençant en cours d'année civile est caduc au 31 décembre de la même année. Sauf résiliation formulée dans les délais prescrits, le contrat d'assurance est reconduit tacitement d'une année à la fin de chaque année.

Fin de l'assurance par la résiliation par le preneur d'assurance

L'assurance peut être résiliée, moyennant un délai de résiliation de 3 mois, au 30 juin ou 31 décembre. A la suite de toute maladie, tout accident ou toute maternité entraînant une obligation de prestations, l'assuré peut résilier le contrat par écrit, au plus tard

dans les 14 jours suivant le dernier paiement de la société Assurances Agrisano SA dont il a eu connaissance. La couverture d'assurance expire à réception par la société Assurances Agrisano SA du courrier de notification.

Fin de l'assurance pour des raisons diverses

L'assurance expire suite au décès de la personne assurée, l'âge défini par la société Assurances Agrisano SA pour garantir la couverture, au déménagement à l'étranger ou après versement de toutes les prestations auxquelles l'assuré a droit pour la couverture concernée.

Résiliation par la société Assurances Agrisano SA

La société Assurances Agrisano SA renonce à son droit légal de résilier les contrats. Sauf en cas de fautes contractuelles de la part de l'assuré par exemple en cas de fausses informations ou d'abus envers l'assurance.

Si l'assuré ne fait pas face à ses obligations de paiement des primes ou de participations aux coûts après le délai légal, une lettre de rappel lui est envoyée, demandant le paiement du

montant dû dans un délai de 14 jours. Si aucun paiement n'intervient en dépit du rappel, la couverture d'assurance pour les maladies, les accidents et leurs conséquences est alors suspendue jusqu'au paiement intégral de la prime, des intérêts et des frais administratifs, même si la prime exigible est payée après coup. Si les arriérés ne sont pas réglés dans les deux mois qui suivent

Traitement des données personnelles

La caisse maladie traite et conserve les données issues des documents liés au contrat et à la procédure de l'affiliation afin de les utiliser surtout pour fixer les primes, clarifier les risques, traiter les sinistres, effectuer les statistiques et définir le marketing. La société Assurances Agrisano SA peut, si nécessaire pour la bonne marche à suivre dans la conclusion des contrats, communiquer les données personnelles à des tierces personnes, notamment aux autres assurances et réassureurs qui collaborent avec Agrisano.

La société Assurances Agrisano SA est en tout temps autorisée à donner ou à demander des renseignements aux médecins, aux hôpitaux ou à d'autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés, dans le cadre des dispositions légales de la pro-

l'expiration du délai, le contrat expire alors. La société Assurances Agrisano SA peut résilier le contrat à l'issue du délai de mise en demeure. Avec la fin du contrat expire également l'obligation de remboursement des prestations de la part de la société Assurances Agrisano SA, même si le sinistre est déjà en cours.

tection des données et dans la mesure où les renseignements sont nécessaires à l'appréciation de la couverture d'assurance ou du sinistre. En outre, la société Assurances Agrisano SA peut s'adresser à des offices et à des tiers pour obtenir des renseignements servant en particulier à clarifier l'évolution du sinistre. Cette manière de procéder est valable indépendamment de la conclusion du contrat. La personne assurée peut exiger de la société Assurances Agrisano SA qu'elle l'informe dans le cadre prévu par la loi sur le traitement des données la concernant. Le mode et la durée de conservation des données se limitent aux prescriptions légales, en particulier aux dispositions prévues par la loi fédérale sur la protection des données (LPD).

TABLE DES MATIÈRES

PROPRES ASSURANCES

Assureur: Assurances Agrisano SA

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA LCA)	6
I. GÉNÉRALITÉS	6
II. DÉBUT ET DURÉE DE L'ASSURANCE	6
III. MODIFICATION DE L'ASSURANCE	7
IV. DÉFINITIONS	7
V. PRESTATIONS	7
VI. OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ/COMMUNICATIONS	8
VII. PRIMES	8
VIII. PAIEMENT DES PRESTATIONS	9
IX. DISPOSITIONS FINALES	9
CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-spécial	10
I. GÉNÉRALITÉS	10
II. PRIMES	10
III. ÉTENDUE DES PRESTATIONS	10
IV. MÉDICAMENTS	10
V. TRAITEMENT HOSPITALIER	10
VI. MATERNITÉ	11
VII. AUTRES PRESTATIONS	11
VIII. DISPOSITIONS FINALES	12
CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-naturel	13
I. GÉNÉRALITÉS	13
II. PRIMES	13
III. PRESTATIONS	13
IV. DISPOSITIONS FINALES	13
CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-dental	14
I. GÉNÉRALITÉS	14
II. PRIMES	14
III. DÉBUT ET DURÉE DE L'ASSURANCE	14
IV. PRESTATIONS	14
V. DISPOSITIONS FINALES	14
CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES indemnité journalière agriculture (AGRI-revenu)	15
I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	15
II. DÉBUT, FIN ET SUSPENSION DE L'ASSURANCE	15
III. OFFRE D'ASSURANCE	15
IV. PRIMES	16
V. PRESTATIONS	16
VI. ADAPTION DE L'ASSURANCE	17
VII. SUR-ASSURANCE	17
VIII. DEVOIRS DE L'ASSURÉ ET COMMUNICATIONS	17
IX. DIVERS ET DISPOSITIONS FINALES	18
CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-indemnité journalière	19
I. GÉNÉRALITÉS	19
II. PRIMES	19
III. PRESTATIONS	19
IV. DISPOSITIONS FINALES	20
CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES assurance d'indemnités journalières	21
I. GÉNÉRALITÉS	21
II. PRIMES	21
III. PRESTATIONS	21
IV. DISPOSITIONS FINALES	21

ASSURANCES COMMUTÉES

Assureur: Voir les compagnies d'assurances respectives.

ASSURANCE POUR AUXILIAIRE	24
I. CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE.....	24
ASSURANCE ACCIDENTS EN CAS DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ (ADI)	26
I. ÉTENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURAN	26
II. DÉFINITIONS	26
III. PRESTATIONS D'ASSURANCE	26
IV. RESTRICTIONS DE L'ÉTENDUE DE LA COUVERTURE.....	28
V. DÉBUT ET FIN D'UN CONTRAT	28
VI. PRIME	29
VII. PRÉTENTIONS ET OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE	29
VIII. DISPOSITIONS FINALES.....	29
L'ASSURANCE DE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ KTI-PREVEA	30
I. CONTENU DU CONTRAT	30
II. COUVERTURE D'ASSURANCE	30
III. ASPECTS FINANCIERS.....	30
IV. PRESTATIONS.....	31
V. DISPOSITIONS PARTICULIER.....	31
VI. GLOSSAIRE.....	32
AGRI-protect – L'ASSURANCE DE PROTECTION JURIDIQUE RURALE	33
Toute la Suisse sauf les cantons BE, FR, NE und JU.....	34
Les cantons BE, FR, NE und JU	39

Conditions générales d'assurance (CGA LCA)

Toutes les désignations de personnes mentionnées valent par analogie pour les deux sexes.

I. GÉNÉRALITÉS

Art. 1 Objet de l'assurance

Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) s'appliquent à toutes les assurances de la société Assurances Agrisano SA. Le détail des différentes prestations, ainsi que les variations par rapport aux dispositions communes figurent dans les conditions complémentaires des assurances correspondantes.

Art. 2 Bases de l'assurance

- 1 L'organisme assureur est la société Assurances Agrisano SA.
- 2 Les conséquences économiques des risques maladie, accident et maternité peuvent être assurées pendant la durée pour laquelle l'assurance est conclue.
- 3 Dans la mesure où les dispositions contractuelles ne comportent aucune réglementation s'en écartant, les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) sont applicables.

Art. 3 But

Le but de l'offre d'assurance est de compléter l'assurance de base selon la LAMal. L'offre s'oriente aux besoins de la population agricole.

Art. 4 Information avant la conclusion du contrat

- 1 Avant la conclusion du contrat, la société Assurances Agrisano SA informe le client sur l'identité de la société Assurances Agrisano SA et sur les prestations principales du contrat d'assurance, notamment sur
 - a) les risques assurés;
 - b) l'étendue de la couverture d'assurance;
 - c) les primes à encaisser et les obligations de l'assuré;
 - d) la durée et la fin du contrat;
 - a) les informations concernant la loi fédérale sur la protection des données (LPD) et la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

2 Ces informations doivent être transmises avec le formulaire de demande d'adhésion par écrit au demandeur d'assurance

3 Lors de contrats collectifs qui donnent droit aux prestations à une autre personne qu'au preneur d'assurance, la société Assurances Agrisano SA veille à ce que celui-ci informe cette personne sur le contenu du contrat ainsi que sur les modifications et la résiliation du contrat. La société Assurances Agrisano SA met une feuille d'informations à disposition.

4 Si la caisse maladie ne respecte pas les obligations d'informations selon cette disposition, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat moyennant une explication par écrite. La résiliation est valable dès sa réception à la société Assurances Agrisano SA. Ce droit de résiliation cesse 4 semaines après avoir pris connaissance par le preneur d'assurance des informations ci-dessus et du non-respect des obligations, mais en tous les cas une année après la conclusion du contrat.

Art. 5 Branches d'assurance

- 1 Les dispositions relatives aux possibilités d'assurances offertes sont définies dans les conditions complémentaires.
- 2 Le contrat peut être conclu tant comme assurance individuelle que collective.
- 3 La police d'assurance consigne les assurances souscrites. Les dispositions particulières différant des Conditions générales d'assurance figurent dans la police d'assurance.

Art. 6 Personnes assurées

- 1 Sont assurées les personnes mentionnées dans la police d'assurance.
- 2 S'il est conclu une assurance collective, ce sont les groupes de personnes mentionnés dans la police d'assurance qui sont assurés.

II. DEBUT ET DUREE DE L'ASSURANCE

Art. 7 Début de l'assurance

- 1 La demande d'adhésion est rédigée sur le formulaire pré-imprimé de la société Assurances Agrisano SA. L'assurance peut être souscrite à tout moment avec effet au premier d'un mois.
- 2 Il convient de répondre intégralement et consciencieusement aux questions posées dans le formulaire. Les personnes n'ayant pas la capacité d'exercer leurs droits ne peuvent être assurées que par l'intermédiaire de leur représentant légal. S'il s'avère que les informations portées dans le formulaire de demande sont fausses ou incomplètes, la société Assurances Agrisano SA est en droit de résilier le contrat dans les quatre semaines suivant la date à laquelle elle a eu connaissance de l'irrégularité.
- 3 En signant sa demande d'adhésion, la personne à assurer autorise la société Assurances Agrisano SA à rechercher auprès du personnel médical et d'autres assureurs tous les renseignements nécessaires à l'adhésion et à l'examen sur l'obligation ultérieure de prestations. La société Assurances Agrisano SA peut exiger un certificat médical ou la réalisation d'un examen médical à ses frais. La personne à assurer doit être en mesure de fournir toutes les informations nécessaires sur la personne assurée.
- 4 La couverture d'assurance est, depuis la date indiquée dans le formulaire de demande à la date de remise de la police, provisoire pour chaque personne. Si un sinistre survient durant la période de couverture provisoire, l'assureur n'est pas tenu au versement de prestations s'il ressort des documents fournis que le sinistre trouve son origine dans une maladie, un accident ou les suites d'un accident survenus avant la couverture provisoire.
- 5 Lorsqu'il souscrit pour la première fois une assurance, l'assuré reçoit une police d'assurance, ainsi que les CGA.
- 6 Dans le cas des personnes assurées par une assurance collective, l'assurance commence avec la prise de l'emploi.

Art. 8 Durée du contrat

- 1 Le contrat d'assurance est conclu pour une année civile, du 1er janvier au 31 décembre.
- 2 Un contrat d'assurance commençant en cours d'année civile est caduc au 31 décembre de la même année.
- 3 Sauf résiliation formulée dans les délais prescrits, le contrat d'assurance est reconduit tacitement d'une nouvelle année à la fin de chaque année.

Art. 9 Fin de l'assurance

- 1 L'assurance expire :
 - a) En cas de décès de la personne assurée;
 - b) Par l'âge définit jusqu'auquel la société Assurances Agrisano SA garantit la couverture d'assurance;
 - c) par l'effet d'une résiliation de l'assuré après le délai légal de résiliation;
 - d) en cas de déménagement à l'étranger;
 - e) après épuisement des prestations pour l'assurance en question;
 - f) à la fin du contrat de travail dans le cas de l'assurance collective.
- 2 Avec la fin de l'assurance expire également l'obligation du paiement de prestations de la société Assurances Agrisano SA, même si le sinistre est déjà en cours.

Art. 10 Passage à l'assurance individuelle

- 1 A l'issue de son adhésion à l'assurance collective, la personne assurée dispose de 30 jours pour convertir son assurance en une assurance individuelle.
- 2 La conversion de l'assurance doit être demandée par écrit. Excepté l'art. 100 al. 2 des LCA pour les assurés qui deviennent chômeurs au moment de quitter le contrat collectif.

Art. 11 Résiliation par le preneur d'assurance

1 L'assurance peut être résiliée par écrit au plus tard avant le 31 mars pour le 30 juin ou au plus tard avant le 30 septembre pour le 31 décembre.

2 A la suite de toute maladie, tout accident ou toute maternité entraînant une obligation de prestations, l'assuré peut résilier le contrat par écrit, au plus tard dans les 14 jours suivant le dernier paiement de la société Assurances Agrisano SA dont il a eu

connaissance. La couverture d'assurance expire à réception par la société Assurances Agrisano SA du courrier de notification.

Art. 12 Résiliation par la société Assurances Agrisano SA

La société Assurances Agrisano SA renonce expressément à son droit légal de résilier à l'expiration du contrat ou de résilier le contrat en cas de sinistre. Demeure réservée la résiliation du contrat en cas de tentative de fraude ou de fraude avérée de l'assurance, ainsi que dans les cas prévus par la loi et le contrat.

III. MODIFICATION DE L'ASSURANCE

Art. 13 Modification par l'assuré

En cas de demande de modification du contrat d'assurance visant à augmenter la couverture, seule la partie portant sur la couverture accrue a valeur de nouvelle demande.

Art. 14 Modification par la société Assurances Agrisano SA

1 Si, une fois le contrat conclu, les conditions d'assurance des conséquences économiques des risques maladie, accident ou maternité subissent de profondes modifications, telles que l'augmentation du personnel médical ou de nouvelles catégories de personnel médical, l'élargissement de la gamme des prestations

médicales, l'introduction de nouvelles formes de thérapies coûteuses, de médicaments ou d'évolutions analogues, la société Assurances Agrisano SA est en droit d'adapter les conditions d'assurance.

2 Les nouvelles dispositions contractuelles sont communiquées à l'assuré 30 jours à l'avance. L'assuré a la possibilité, dans les 30 jours qui séparent le communiqué de la date d'entrée en vigueur des modifications, de résilier la branche d'assurance correspondante ou l'intégralité du contrat.

3 L'absence de résiliation par l'assuré a valeur d'approbation des nouvelles dispositions contractuelles.

IV. DEFINITIONS

Art. 15 Maladie

Est considérée comme maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

Art. 16 Maternité

Les prestations liées à la maternité et à la naissance sont assurées au même titre que la maladie, dès lors que la mère est, au moment de l'accouchement, assurée auprès de la société Assurances Agrisano SA depuis au moins 270 jours.

Art. 17 Accident

Est considéré comme accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause

extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale. Sont également considérées comme accidents, les maladies du travail reconnus comme accidents conformément à la loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA) du 20 mars 1981. Les lésions corporelles suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:

- a) fractures (dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie)
- b) déboitements d'articulations
- c) déchirures du ménisque
- d) déchirures de muscles
- e) froissements de muscles
- f) déchirures de tendons
- g) lésions de ligaments
- h) lésions du tympan

V. PRESTATIONS

Art. 18 Droit aux prestations

1 Le droit aux prestations vis-à-vis de la société Assurances Agrisano SA ne vaut que pour la durée de l'assurance. Les frais engagés après la fin de l'assurance ne donnent aucun droit à un remboursement. La date des soins fait office de date de référence.

2 L'assurance couvre les prestations dispensées en Suisse. Les dispositions concernant le champ d'application locale des différentes branches d'assurance sont prioritaires.

3 La personne assurée ne peut faire valoir son droit aux prestations que tant qu'elle a son domicile en Suisse.

Art. 19 Etendue des prestations

1 Les prestations sont assurées conformément à la couverture spécifiée dans la police d'assurance et aux dispositions des différentes branches d'assurance.

2 Les traitements délivrés par le personnel médical ou par les institutions médicales sont assurés dans la mesure où ces derniers sont reconnus conformément à la LAMal.

3 Les prestations fournies par d'autres personnes ou institutions sont assurées dans la mesure où cela est prévu par les différentes branches d'assurance.

4 Les frais de traitement sont couverts lorsqu'ils sont économiques, efficaces et adaptés, ce qui signifie que les coûts des traitements médicaux sont pris en charge dans la mesure où ils se limitent au degré nécessaire à l'intérêt de la personne assurée et à l'objet du traitement.

Art. 20 Prestations exclues

1 Les maladies et suites d'accidents préexistantes lors de l'adhésion de l'assurance peuvent être exclues de la couverture.

2 Le droit aux prestations est nul:

- a) pour les maladies préexistantes au début du contrat;
- b) pendant le délai d'attente;
- c) lorsqu'un traitement n'a pas pour objectif de remédier à un trouble de la santé ou aux conséquences de ce dernier, exception faite des mesures servant à prévenir la menace ou l'aggravation d'un trouble de la santé, en présence d'un état maladif déjà existant;
- d) pour les traitements dentaires, dès lors que leur prise en charge ne fait pas l'objet d'un accord particulier dans la branche d'assurance souscrite.
- e) en cas de participation à des rixes ou bagarres, des troubles de l'ordre ou tout événement similaire, ainsi qu'à un service militaire effectué à l'étranger;
- f) en cas de maladie ou d'accident survenus dans le cadre de la participation à des actions répréhensibles ou à des bagarres ;
- g) pour les répercussions des tremblements de terre ou d'autres catastrophes naturelles;
- h) en cas de troubles de la santé dus à l'action de rayonnements ionisants ou à l'énergie atomique;
- i) en cas de transplantations d'organe pour lesquelles la Fédération Suisse pour tâches communes des caisses-maladie (CLM) a conclu des forfaits d'après le nombre d'actes médicaux, indépendamment de l'endroit où la transplantation a lieu;
- j) pour les participations aux frais légaux et contractuelles dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire;
- k) pour les maladies épidémiques.

Art. 21 Restrictions de prestations

Dans des cas graves, les prestations peuvent être réduites ou refusées:

- a) en cas de violation des obligations découlant des articles 22, 23 et 24 de ces CGA par le preneur d'assurance ou la personne assurée;
- b) en cas de provocation de la maladie ou de l'accident du fait d'une négligence grave;

- c) en cas de troubles de la santé imputables à la prise d'un risque inconsidéré. Les risques inconsidérés sont des actions entreprises par la personne assurée par lesquelles elle s'expose à un danger particulièrement élevé, sans prendre ou pouvoir prendre de dispositions qui limiteraient le risque à des proportions raisonnables. Les actions de sauvetage de personnes sont assurées y compris lorsqu'elles peuvent être considérées comme risque inconsidéré;
- d) lorsque le trouble de la santé a été provoqué intentionnellement.

VI. OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ/COMMUNICATIONS

Art. 22 Obligations de coopérer

1 Les personnes assurées doivent faire parvenir leur demande de remboursement à la société Assurances Agrisano SA conformément aux dispositions prévues par les différentes branches d'assurance.

2 La survenance d'un accident ou d'une maladie doit être signalée dans les 10 jours qui suivent.

3 Lorsque l'assuré souhaite faire valoir des prestations, il doit communiquer toutes les informations nécessaires à la société Assurances Agrisano SA.

Art. 23 Comportement pendant la maladie ou l'accident

La personne assurée doit tout mettre en oeuvre pour favoriser le rétablissement et renoncer à tout ce qui le contrarie. Elle doit notamment se conformer aux instructions du personnel médical.

Art. 24 Devoir de renseignement

1 La personne assurée renseigne la société Assurances Agrisano SA sur toutes les prestations fournies par des tiers en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Elle dégage les médecins traitants et les autres. Elle délie les médecins traitants et autres

personnel médical de leur obligation de garder le secret envers la société Assurances Agrisano SA. La société Assurances Agrisano SA peut, si nécessaire, demander des renseignements auprès d'autres assureurs.

2 La personne assurée devra, sur demande, se faire examiner par un deuxième médecin ou par le médecin-conseil. Les coûts seront pris en charge par la société Assurances Agrisano SA.

Art. 25 Communications

1 Toute modification dans la situation personnelle de la personne assurée, comme p. ex. changement de domicile, etc., devra être communiquée à la société Assurances Agrisano SA dans un délai de 30 jours, dans la mesure où cette modification concerne l'assurance.

2 La personne à assurer ou la personne assurée devra adresser ses communications de changement à l'agence de la société Assurances Agrisano SA compétente.

3 Les communications de la société Assurances Agrisano SA sont envoyées par écrit à la personne assurée ou à la personne à assurer, à la dernière adresse connue.

VII. PRIMES

Art. 26 Tarifs des primes

1 Les primes sont fixées dans un tarif de primes.

2 Le montant des primes est fixé en fonction des risques et de l'âge de la personne assurée. Les modifications de primes dues au changement de la catégorie d'âge sont opérées automatiquement.

3 Dans le cas d'une assurance collective, une prime pourra être fixée séparément pour le groupe de personnes correspondant.

4 Il est possible de définir des rabais de prime pour les familles.

5 Les tarifs de primes et la participation aux coûts peuvent être adaptés à l'évolution des coûts et des dommages. Les adaptations des primes sont communiquées à l'assuré 30 jours à l'avance. L'assuré a le droit de résilier la branche d'assurance correspondante ou l'ensemble du contrat dans les 30 jours qui séparent la communication de la société Assurances Agrisano SA de la date d'entrée en vigueur de l'adaptation. L'absence de résiliation a valeur d'acceptation de l'ajustement de prime.

Art. 27 Echéance des primes

L'assuré doit payer ses primes à l'avance. La période de paiement des différentes branches d'assurances doit concorder avec la période choisie pour le paiement de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

Art. 28 Paiement des primes

1 Les primes doivent être payées sans interruption, y compris durant les périodes de maladie, d'accident, de maternité, d'incapacité de travail ou de suspension temporaire des droits.

2 Lorsque l'assurance commence ou expire au cours d'un mois calendaire, la totalité de la prime mensuelle est exigible.

3 Si l'assuré ne fait toujours pas face à ses obligations de paiement des primes ou de participation aux coûts après un délai supplémentaire de 30 jours, une lettre de rappel lui est envoyée,

demandant le paiement des primes impayées ou de la participation aux frais dans un délai de 14 jours. Le rappel attire l'attention de l'assuré sur les conséquences du non-respect de l'obligation de paiement. Si aucun paiement n'intervient en dépit du rappel, la couverture d'assurance pour les maladies, les accidents et leurs conséquences est alors suspendue jusqu'au paiement intégral de la prime, des intérêts et des frais administratifs, même si la prime exigible est payée après coup. Si la prime exigible n'est pas réclamée judiciairement dans les deux mois qui suivent l'expiration du délai de mise en demeure, le contrat expire alors. La société Assurances Agrisano SA peut résilier le contrat à l'issue du délai de mise en demeure.

4 En cas de retard de paiement, les frais occasionnés par les rappels et le traitement de la procédure sont à la charge du souscripteur d'assurance fautif.

Art. 29 Passage à une catégorie de primes plus élevée

Tout passage à une catégorie de primes plus élevée ne peut se faire qu'au début de l'année civile suivante. Lorsque le passage à une catégorie de primes plus élevée entraîne une adaptation des primes, le preneur d'assurance dispose du même droit de résiliation que lors d'une adaptation des primes conformément à l'art. 26 al. 5.

Art. 30 Compensation

1 La société Assurances Agrisano SA peut compenser d'éventuelles prestations exigibles avec des créances en cours vis-à-vis de l'assuré. L'assuré ne dispose par contre d'aucun droit de compensation vis-à-vis de la société Assurances Agrisano SA.

2 Les créances vis-à-vis de la société Assurances Agrisano SA ne peuvent être mises en gage ou cédées sans l'assentiment de cette dernière.

VIII. PAIEMENT DES PRESTATIONS

Art. 31 Versement des prestations

1 Pour que les prestations soient versées, les factures détaillées comportant les indications médicales et administratives nécessaires, doivent être transmises à la société Assurances Agrisano SA.

2 Sauf accord contraire entre la société Assurances Agrisano SA et le prestataire de services, la personne assurée est redevable du paiement des honoraires envers le prestataire de services.

3 En cas de facturation manifestement surestimée, la société Assurances Agrisano SA peut lier ses prestations à la cession de la créance de réduction vis-à-vis du prestataire de services.

Art. 32 Subsidiarité et prestations de tiers

1 La personne à assurer ou la personne assurée s'engage à faire valoir correctement ses prestations vis-à-vis d'autres assureurs.

2 Toutes les prestations régies par les présentes CGA sont accordées en complément des prestations d'assurances sociales étrangères ou indigènes, notamment des prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et de l'assurance accidents LAA.

3 Lorsqu'un assureur privé est tenu de verser des prestations et que cela entraîne une double assurance conformément à la LCA, le montant des coûts que devrait verser chaque assureur en fonction de l'assurance existante auprès de lui, s'il était seul à assurer ces prestations, sera déterminé. La somme de ces prestations est

alors calculée sur cette base. Le remboursement revenant à la charge de la société Assurances Agrisano SA se limite au montant qui correspond à sa part dans cette somme. Les remboursements effectués par tous les assureurs ne doivent en aucun cas dépasser les coûts réels.

4 Si des tiers civilement responsables sont tenus à verser des prestations pour les suites d'une maladie ou d'un accident, la société Assurances Agrisano SA accorde ses prestations, sous réserve de l'art. 33 CGA, uniquement lorsque les tiers ont versé les leurs et seulement dans la mesure où la personne assurée ne réalise aucun bénéfice du fait des prestations des tiers.

Art. 33 Prestations anticipées et droit de recours

1 La société Assurances Agrisano SA peut accorder des prestations par effet de provision, à condition que l'assuré lui cède ses droits vis-à-vis des tiers tenus de rembourser, jusqu'à concurrence des prestations qui lui ont été fournies, et qu'il s'engage à ne rien faire qui soit de nature à empêcher l'exercice d'un éventuel droit de recours vis-à-vis de ces tiers.

2 S'il s'avère que la personne à assurer ou l'assuré/e a conclu un accord avec les tiers tenus au remboursement sans en informer la société Assurances Agrisano SA et visant à renoncer partiellement ou totalement aux prestations d'assurance ou de dommages-intérêts, les droits au versement de prestations par la société Assurances Agrisano SA sont caducs.

IX. DISPOSITIONS FINALES

Art. 34 For

En cas de litiges concernant les assurances conformément aux présentes CGA, la personne plaignante peut, au choix, saisir le

tribunal de son domicile Suisse ou celui du siège social de la société Assurances Agrisano SA.

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-spécial

Toutes les désignations de personnes mentionnées valent par analogie pour les deux sexes.

I. GÉNÉRALITÉS

Art. 1 But

AGRI-spécial octroie aux personnes assurées des prestations complémentaires à l'assurance maladie sociale.

Art. 2 Rapport à l'assurance maladie (LAMal)

- 1 Les prestations accordées par l'assurance maladie sociale sont déduites.
- 2 Les participations légales ou contractuelles aux frais de l'assurance maladie sociale ne sont pas assurées.

Art. 3 Exigences à l'égard des prestataires de services

- 1 Les prestations doivent être prescrites par des prestataires agréés LAMal.
- 2 La société Assurances Agrisano SA peut reconnaître en plus d'autres prestataires de services. Ces derniers sont consignés sur des listes actualisées en permanence qui peuvent être consultées auprès de la société Assurances Agrisano SA ou dont il est possible de réclamer des extraits.

II. PRIMES

Art. 4 Catégories de primes

Les catégories de primes sont les suivantes:

- | | | | |
|-------|------------------------|-------|---------------------------|
| a) 10 | jusqu'à 10 ans révolus | f) 40 | jusqu'à 40 ans révolus |
| b) 18 | jusqu'à 18 ans révolus | g) 45 | jusqu'à 45 ans révolus |
| c) 25 | jusqu'à 25 ans révolus | h) 50 | jusqu'à 50 ans révolus |
| d) 30 | jusqu'à 30 ans révolus | i) 55 | jusqu'à 55 ans révolus |
| e) 35 | jusqu'à 35 ans révolus | j) 60 | jusqu'à 60 ans révolus |
| | | k) 65 | jusqu'à 65 ans révolus |
| | | l) 70 | au-delà de 65 ans révolus |

III. ÉTENDUE DES PRESTATIONS

Art. 5 Prestations assurées

AGRI-spécial octroie des prestations pour:

- | | |
|---|---|
| a) les médicaments | h) les moyens et les appareils |
| b) les traitements hospitaliers en division commune | i) les cures thermales et de repos |
| c) la maternité | j) les coûts de transport et de sauvetage |
| d) les traitements cosmétiques | k) les frais de déplacement |
| e) la prévention et les mesures favorisant la santé | l) l'aide de ménage |
| f) les psychothérapies | m) les prestations à l'étranger |
| g) les traitements dentaires | n) la médecine alternative |

IV. MÉDICAMENTS

Art. 6 Médicaments

1 Les médicaments prescrits par le médecin et qui ne figurent pas parmi les médicaments devant être remboursés par l'assurance maladie obligatoire, sont pris en charge par la société Assurances Agrisano SA à 50% des coûts facturés, à condition toutefois que les médicaments en question soient reconnus par swissmedic pour l'indication thérapeutique entrant en considération.

2 Les médicaments et produits de la liste des produits pharmaceutiques à charge des assurés (LPPA) ne sont pas remboursés. Cette réglementation s'applique également aux médicaments contraceptifs et à ceux qui sont destinés à influencer la puissance sexuelle.

V. TRAITEMENT HOSPITALIER

Art. 7 Traitement hospitalier en division commune

1 La section d'assurance AGRI-spécial couvre les frais de séjour et de traitement d'un séjour stationnaire dans une chambre à plusieurs lits en division commune d'un hôpital (hôpital aigu ou clinique psychiatrique) dans toute la Suisse.

2 Les coûts de séjour et de traitement sont pris en charge dans les hôpitaux qui figurent dans les listes de planification et d'hôpitaux cantonales, conformément à l'art. 39 LAMal ou qui ont conclu une convention contractuelle avec la société Assurances Agrisano SA.

3 Les coûts des séjours hospitaliers pour raison médicale devant être pris en charge par les cantons conformément à l'art. 41, alinéa 3 LAMal, ne sont pas remboursés.

4 S'il est possible d'éviter un séjour hospitalier grâce à une intervention ambulante de coût moindre, la société Assurances Agrisano SA prendra ces coûts en charge.

5 En cas de traitement stationnaire dans un hôpital aigu, les prestations assurées sont versées sans limitation dans le temps, tant que le diagnostic et l'intégralité du traitement médical rendent nécessaire le séjour au sein de l'hôpital aigu.

6 En cas de traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique, les prestations assurées sont limitées à 90 jours par

année civile, tant que le diagnostic et l'intégralité du traitement médical rendent nécessaire le séjour dans une clinique psychiatrique et qu'il n'y a pas de maladie chronique.

7 En cas de séjour dépassant 24 heures et de traitement en hôpital, les prestations comprennent, dans le cadre des tarifs reconnus par la société Assurances Agrisano SA pour l'hôpital ou pour l'établissement semi-stationnaire:

- a) les coûts d'hébergement et de nourriture pour la division commune des hôpitaux aigus et des cliniques psychiatriques assurées se trouvant en Suisse;
- b) les coûts des traitements reconnus scientifiquement et des mesures diagnostiques et thérapeutiques;
- c) les coûts de médicaments, matériels de soin, salle d'opération et d'anesthésie;
- d) les coûts des moyens et des appareils prescrits par l'hôpital.

8 Les traitements ambulatoires hors canton, qui ne sont pas soumis aux prestations de l'assurance obligatoire, sont couverts. Les remboursements se font selon le tarif et les conditions LAMal, appliqués dans le canton soignant.

Art. 8 Prestations en cas de sous assurance

1 Les personnes qui se font traiter dans une division hospitalière supérieure ne se voient rembourser que les frais du service hospitalier assuré.

2 Si les coûts hospitaliers correspondant ne peuvent pas être déterminés, le tarif pris pour base sera celui de l'hôpital le plus proche du domicile de la personne assurée et disposant d'une division commune.

VI. MATERNITÉ

Art. 9 Prestations en maternités

1 La société Assurances Agrisano SA verse des prestations aux maternités qu'elle reconnaît.

2 Il convient de demander une garantie de prise en charge auprès de la société Assurances Agrisano SA avant la naissance.

3 Les prestations prises en charge par la société Assurances Agrisano SA, en complément aux prestations selon la LAMal, sont plafonnées à 50% par naissance, mais maximum CHF 1000.- sur les frais non remboursés par la LAMal (p. ex. frais de l'infrastructure, hôtellerie).

VII. AUTRES PRESTATIONS

Art. 10 Traitement cosmétique

1 Les traitements cosmétiques au bénéfice des enfants et des jeunes sont remboursés jusqu'à l'âge de 25 ans, dans la mesure où il y a préjudice important ou défiguration.

2 Il convient de transmettre à la société Assurances Agrisano SA une demande motivée avant le début du traitement.

3 Il n'est possible de faire valoir les prestations que si l'assuré est assuré auprès de la société Assurances Agrisano SA depuis 365 jours au moins.

4 Les prestations prises en charge par la société Assurances Agrisano SA sont plafonnées à l'équivalent des coûts qui auraient été engagés dans la division commune d'un hôpital public.

2 Les moyens auxiliaires médicaux et les appareils prescrits médicalement, servant à la guérison ou amoindrissant les conséquences d'un handicap corporel sont pris en charge à 90% des coûts dus à la maladie, au maximum CHF 5'000.- par année civile, dans la mesure où il ne s'agit pas de prestations obligatoires conformément à la LAMal et où les coûts ne sont pas pris en charge par l'AI.

3 Les verres de lunettes et lentilles de contact médicalement nécessaires sont remboursés au maximum CHF 200.- par période de 720 jours, dans la mesure où il ne s'agit pas de prestations assurées par la LAMal.

Art. 11 Prévention / Mesures favorisant la santé

Dans le cadre de la prévention et mesures de prévoyance sanitaire, les prestations suivantes sont pris en charge :

a) par année civile 90% des frais, mais au maximum CHF 500.- pour des vaccinations reconnues et liées à la profession, au domicile ou au lieu de vacances;

b) par année civile 50% des frais, mais au maximum CHF 500.- pour mesures sanitaires prescrites par le médecin et sur indication médicale dans les domaines suivants: renforcement du dos, exercice physique, alimentation et grossesse/maternité. Exceptionnellement et sur justification, d'autres mesures peuvent être reconnues entièrement ou partiellement. Le remboursement s'effectue après les soins et peut être dépendant d'une pièce justificative.

Art. 15 Cures thermales et cures de repos

Sous réserve d'être prescrites médicalement, les coûts des cures thermales et des cures de repos au sein d'établissements de cure reconnus et sous direction médicale (y compris Abano et Montegrotto ainsi que les cures de psoriasis à la mer Morte) sont remboursés à concurrence de CHF 45.- par jour pendant 30 jours maximum par année civile.

Art. 12 Psychothérapie

1 Les traitements prescrits médicalement auprès d'un psychologue indépendant reconnu par la société Assurances Agrisano SA sont remboursés à concurrence de 20 séances maximales par an. La prolongation du traitement au-delà de ce nombre pourra éventuellement être autorisée sur demande par le médecin conseil.

2 Le remboursement par séance est plafonné à CHF 50.-.

Art. 16 Frais de déplacement et de sauvetage

1 Les coûts justifiés suivants sont remboursés à 90%:

a) les transports de malade à l'hôpital en cas de maladie aiguë ou dans les cas où la personne assurée ne dispose d'aucune autre possibilité ;

b) les coûts de transport et de sauvetage à la suite d'un accident ;

c) le transport de la dépouille à l'étranger ou depuis l'étranger.

2 Les prestations spécifiées au paragraphe 1 points a) et b) sont limitées à CHF 20'000.- par année civile. La prestation spécifiée au paragraphe 1 point c) est limitée à CHF 10'000.-.

Art. 13 Traitements dentaires

1 Les traitements dentaires doivent être exécutés par un dentiste titulaire d'un diplôme fédéral ou équivalent, reconnu conformément aux prescriptions cantonales. Sont valables les règlements tarifaires et contractuels selon la loi fédérale sur les assurances maladie (LAMal).

2 Les prestations suivantes sont prises en charge:

a) 50% des coûts de traitement dentaire opératoire (p.ex. dents de sagesse, dents incluses), maximum CHF 500.- par année civile ;

b) 50% des coûts des prestations de chirurgie maxillo-faciale et d'orthopédie de la mâchoire chez les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus. Si, pour des raisons médicales, un traitement dentaire a dû commencer peu avant les 18 ans, le droit aux prestations se prolonge jusqu'à 20 ans révolus ;

c) 50 % des frais de narcose pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus, pour autant que ce traitement soit considéré comme étant indispensable par le dentiste conseil.

Art. 17 Frais de transport

1 Les coûts justifiés sont remboursés à 75%, maximum CHF 1'000.- par année civile.

2 Les frais de transport sont remboursés uniquement dans le cadre d'un traitement stationnaire médicalement prescrit.

3 Le remboursement est basé sur les tarifs des transports publics.

4 Les coûts d'utilisation d'autres moyens de transport sont uniquement pris en charge s'il apparaît que l'utilisation des transports publics ne peut pas raisonnablement être imposée à la personne assurée.

Art. 14 Moyens et appareils

1 Des dommages aux prothèses ou aux moyens auxiliaires résultant d'un accident conformément à la pratique LAA sont pris en charge à 90%.

Art. 18 Aide de ménage

1 Lorsqu'une personne assurée, se trouvant sous le coup d'une incapacité de travail totale, a besoin d'une aide de ménage sur la base d'une prescription médicale du fait de son état de santé et de sa situation familiale personnelle, les coûts justifiés sont remboursés à 90%, maximum CHF 800.- par année civile. Le montant maximal par jour est de CHF 80.-.

2 Est considérée comme aide de ménage toute professionnelles intervenant en remplacement de la personne assurée, à son propre compte ou pour le compte d'une organisation.

3 Est également considérée comme aide de ménage toute personne qui s'occupe du ménage en remplacement de la personne malade et qui subit par là même, de façon vérifiable, une perte de gain dans son activité professionnelle.

4 Il n'est versé aucune prestation d'aide de ménage en cas de séjour à l'hôpital, en maison de santé ou d'autres établissements de ce type.

Art. 19 Prestations à l'étranger

1 Lors d'un cas d'urgence à l'étranger, les prestations des traitements opportuns et reconnus scientifiquement, qu'ils soient ambulants ou stationnaires, sont pris en charge en complément des prestations de la LAMal, ainsi que les coûts de sauvetage et de transport.

2 Il y a cas d'urgence lorsque la personne assurée requiert un traitement médical lors d'un séjour à l'étranger et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié.

3 Les coûts de rapatriement ne sont pris en charge que si la société Assurances Agrisano SA a délivré préalablement une garantie de prise en charge.

4 En cas de réalisation d'un risque, la personne à assurer ou la personne assurée a le devoir d'en informer immédiatement la société Assurances Agrisano SA.

5 Les prestations complémentaires sont limitées à CHF 50'000.- par année civile. En cas de séjour dans un hôpital aigu, le remboursement est limité à CHF 1'000.- par jour.

6 Il n'est versé aucune prestation si la personne assurée se rend à l'étranger pour un traitement.

Art. 20 Médecine alternative

1 La société Assurances Agrisano SA accorde des prestations dans un cadre limité pour les soins ambulants dispensés selon les méthodes de médecine alternative.

2 Lorsqu'une maladie est déjà traitée dans le cadre de la médecine classique (au sens de la médecine remboursée par les

caisses conformément à la LAMal), il n'est versé aucune prestation dans le domaine de la médecine alternative.

3 Les prestations du domaine de la médecine alternative sont prises en charge pour l'homéopathie, la phytothérapie, l'acupuncture, l'acupressure, la kinésithérapie et les massages médicaux (sans massage des zones réflexes du pied).

4 D'autres traitements ou méthodes de traitement peuvent être partiellement ou totalement agréés par la société Assurances Agrisano SA dans certains cas exceptionnels.

5 Pour que les prestations soient prises en charge, elles doivent avoir été prescrites par un médecin, un naturopathe reconnu par le canton ou l'un des prestataires reconnus par la société Assurances Agrisano SA.

6 La société Assurances Agrisano SA rembourse 90% des coûts de traitement et 50% des frais de médicaments et de traitement qui sont nécessaires et en rapport avec le traitement correspondant. Pour les traitements selon alinéa 4, un taux de remboursement réduit peut être adopté.

7 La société Assurances Agrisano SA tient une liste de thérapeutes reconnus pour la médecine complémentaire, de leur méthodes de traitement ainsi que des tarifs qui seront remboursés.

8 La société Assurances Agrisano SA rembourse globalement au maximum CHF 2'000.- par année civile pour les prestations décrites à l'article 54.

9 Les factures doivent faire apparaître le diagnostic, la méthode et la durée du traitement. Cas échéant, les remboursements des prestations sont effectués selon les tarifs et les contrats existants (au maximum CHF 120.- par heure).

10 Les traitements effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.

VIII. DISPOSITIONS FINALES

Art. 21 Relations avec les cond. générales d'assurance LAMal

Dans la mesure où les présentes conditions complémentaires ne contiennent pas d'autres réglementations, les conditions générales

d'assurances de la société Assurances Agrisano SA s'appliquent par analogie.

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-naturel

Toutes les désignations de personnes mentionnées valent par analogie pour les deux sexes.

I. GÉNÉRALITÉS

Art. 1 But

1 La société Assurances Agrisano SA caisse maladie Agrisano octroie des prestations étendues pour les traitements réalisés d'après les méthodes de soin de la médecine alternative.

2 Lorsqu'une maladie est déjà traitée dans le cadre de la médecine classique (au sens de la médecine enseignée en faculté et remboursée par les caisses conformément à la LAMal), il n'est versé aucune prestation dans le domaine de la médecine alternative.

II. PRIMES

Art. 2 Prämienkategorien

Es bestehen folgende Prämienkategorien:

- a) 10 jusqu'à 10 ans révolus
- b) 18 jusqu'à 18 ans révolus
- c) 25 jusqu'à 25 ans révolus
- d) 30 jusqu'à 30 ans révolus
- e) 35 jusqu'à 35 ans révolus

- f) 40 jusqu'à 40 ans révolus
- g) 45 jusqu'à 45 ans révolus
- h) 50 jusqu'à 50 ans révolus
- i) 55 jusqu'à 55 ans révolus
- j) 60 jusqu'à 60 ans révolus
- k) 65 jusqu'à 65 ans révolus
- l) 70 au-delà de 65 ans révolus

III. PRESTATIONS

Art. 3 Gamme des prestations

1 La société Assurances Agrisano SA accorde des prestations pour les soins ambulants réalisés selon les méthodes de médecine alternative.

2 Les prestations du domaine de la médecine alternative venant de la branche d'assurance AGRI-spécial sont déduites.

3 Aucune prestation ne peut être versée pour les formes de traitement suivantes: Astrologie, imposition des mains, hypnose, pendule, conjuration, guérison à distance, magnétopathie.

4 La société Assurances Agrisano SA peut déterminer dans certains cas si un traitement dispensée peut légitimer le droit aux prestations, en tenant compte de la formation professionnelle du prestataire de services.

2 La société Assurances Agrisano SA tient une liste du personnel de médecine complémentaire reconnue.

3 Les prestations des prestataires de services établis dans les zones frontalières de pays étrangers et remplissant des conditions similaires ou analogues à celles des prestataires exerçant en Suisse, sont remboursées dans les mêmes conditions qu'en Suisse.

4 Les factures doivent faire apparaître le diagnostic, la méthode et la durée du traitement. Le cas échéant, les remboursements des prestations sont effectués selon les tarifs et les contrats existants (au maximum CHF 120.- par heure).

5 L'AGRI-naturel doit être souscrite pour une durée minimale d'un an.

Art. 4 Exigences vis-à-vis des prestataires

1 Pour que les prestations soient prises en charge, le prestataire de services doit être agréé pour l'exercice d'une profession de la médecine alternative ou d'auxiliaire de santé.

Art. 5 Etendue des prestations

1 La société Assurances Agrisano SA rembourse le 90% des coûts et le 50% des médicaments et des frais de traitement qui sont nécessaires et en rapport avec le traitement correspondant.

2 La société Assurances Agrisano SA rembourse globalement au maximum CHF 5'000.- par année civile.

IV. DISPOSITIONS FINALES

Art. 6 Relations avec les cond. générales d'assurance LAMal

Dans la mesure où les présentes conditions complémentaires ne contiennent pas d'autres réglementations, les conditions générales

d'assurances de la société Assurances Agrisano SA s'appliquent par analogie.

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-dental

Toutes les désignations de personnes mentionnées valent par analogie pour les deux sexes.

I. GÉNÉRALITÉS

Art. 1 Assurance complémentaire

1 AGRI-dental est une assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale des assurances maladie (LAMal).

2 AGRI-dental est conditionné par l'AGRI-spécial. La conclusion d'AGRI-dental sans AGRI-spécial n'est pas possible. Si l'AGRI-spécial est résilié, AGRI-dental tombe également.

II. PRIMES

Art. 2 Catégories de primes

Les catégories de primes sont les suivantes:

- a) 10 jusqu'à 10 ans révolus
- b) 18 jusqu'à 18 ans révolus
- c) 25 jusqu'à 25 ans révolus
- d) 30 jusqu'à 30 ans révolus
- e) 35 jusqu'à 35 ans révolus

- f) 40 jusqu'à 40 ans révolus
- g) 45 jusqu'à 45 ans révolus
- h) 50 jusqu'à 50 ans révolus
- i) 55 jusqu'à 55 ans révolus
- j) 60 jusqu'à 60 ans révolus
- k) 65 jusqu'à 65 ans révolus
- l) 70 au-delà de 65 ans révolus

III. DEBUT ET DUREE DE L'ASSURANCE

Art. 3 Début et fin de l'assurance

1 En complément aux dispositions prévues par les articles 7 à 12 des conditions générales d'assurance selon LCA, les nouveau-nés

ont droit à une affiliation sans réserve depuis le jour de la naissance.

2 Une adhésion est possible jusqu'à 55 ans révolus.

IV. PRESTATIONS

Art. 4 Prestataires de services

Sont reconnus comme prestataires de services les dentistes agréés par la LAMal ou ayant une autorisation de pratiquer dans les zones frontalières de pays étrangers.

Art. 5 Leistungsumfang

1 Les prestations AGRI-dental sont remboursées après les prestations dentaires d'autres assurances auprès de la société Assurances Agrisano SA ou d'autres assurances sociales (p. ex. LAMal, LAA, AI, AM).

2 AGRI-dental rembourse un montant pour les soins et traitements dentaires jusqu'à concurrence d'un montant par année et d'un pourcentage, qui sont mentionnés sur la police d'assurance.

3 Une franchise assurée est valable pour une année et déduit en premier du montant de prestation assuré.

4 Non assurés sont les prestations suite à un non-respect des dispositions par le prestataire de services ou l'annonce tardive et inexplicable du sinistre.

Art. 6 Délai d'attente

1 Un délai d'attente de 6 mois après le début de l'assurance est fixé pour les soins prophylactiques (p. ex. hygiène dentaire).

2 Pour tous les autres soins et traitements dentaires le délai d'attente est de 12 mois après le début de l'assurance.

Art. 7 Droit aux prestations

1 Le droit aux prestations ne vaut que si la société Assurances Agrisano SA est en possession des factures originales et si nécessaire des rapports médicaux.

2 Uniquement la présentation des factures conformément au contrat tarifaire de la LAMal donne droit aux remboursements. La société Assurances Agrisano SA peut réduire ou refuser un remboursement si la facturation n'est pas conforme.

3 C'est la personne assurée ou le représentant légal qui doit payer les factures d'honoraires du prestataire de services. La société Assurances Agrisano SA rembourse par la suite les prestations auxquelles ils ont droit.

4 Les justificatifs de remboursement ne doivent pas contenir des durées de soins de plus de 6 mois.

5 Lorsque le contrat prend fin, tous les justificatifs de remboursement doivent être envoyés à la société Assurances Agrisano SA dans les 6 mois.

6 Le droit aux prestations tombe si les délais selon art. 4 et 5 ne sont pas respectés.

V. DISPOSTIONS FINALES

Art. 8 Relations avec les cond. générales d'assurance LCA

Dans la mesure où les présentes conditions complémentaires ne contiennent pas d'autres réglementations, les conditions générales

d'assurances de la société Assurances Agrisano SA s'appliquent par analogie.

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES INDEMNITE JOURNALIERE AGRICULTURE (AGRI-revenu)

Toutes les désignations de personnes mentionnées valent par analogie pour les deux sexes.

I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1 But et bases juridiques

1 L'AGRI-revenu permet aux personnes travaillant dans le secteur de l'agriculture de conclure une assurance indemnité journalière, assurance contre les dommages issus des conséquences d'une incapacité de travail en raison d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

2 Les conditions générales d'assurance (CGA) d'Assurances Agrisano SA ainsi que la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) sont en vigueur en complément de ces conditions additionnelles.

II. DÉBUT, FIN ET SUSPENSION DE L'ASSURANCE

Art. 2 Adhésion

Toutes les personnes actives dans le secteur de l'agriculture suisse peuvent adhérer à AGRI-revenu à condition qu'elles soient pleinement aptes au travail, que leur domicile se trouve dans le rayon d'action d'Assurances Agrisano SA, qu'elles aient atteint l'âge de 15 ans révolus, mais pas encore l'âge AVS légal de la retraite.

Art. 3 Début

L'adhésion à AGRI-revenu est possible à tout moment dès le premier jour de chaque mois.

Art. 4 Examen médical et couverture provisoire

1 Un examen médical est requis lors de l'adhésion à une couverture d'assurance ou de son augmentation. Il faut alors remplir le formulaire prévu par Assurances Agrisano SA sans omission ou fausse information. Le demandeur est également responsable de la remise de données complémentaires ou de certificats médicaux éventuellement exigés.

2 Assurances Agrisano SA est habilitée à émettre des réserves à l'encontre de certaines maladies ou troubles dus à un accident. Elle peut aussi refuser complètement la demande d'adhésion.

3 Si une réserve est émise, la personne assurée ne peut demander un réexamen à ses propres frais qu'après l'écoulement d'au moins deux ans.

4 La couverture d'assurance reste provisoire depuis la date mentionnée dans le formulaire d'adhésion jusqu'à la date de réception de la police d'assurance. Si un sinistre survient pendant la durée provisoire, l'assuré n'a pas droit aux prestations, s'il ressort clairement de la demande d'adhésion que le sinistre est lié à une maladie, un accident ou des suites d'un accident déjà existant lors de la demande.

Art. 5 Enfreinte au devoir de déclaration

1 En cas d'enfreinte au devoir de déclaration, Assurances Agrisano SA a le droit de résilier le contrat dans les quatre semaines qui suivent la constatation de l'enfreinte au devoir de déclaration.

2 En outre, les dispositions correspondantes de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) s'appliquent.

Art. 6 Résiliation / réduction de l'indemnité journalière

1 À côté des raisons de fin de contrat mentionnées dans les conditions générales d'assurance (CGA) d'Assurances Agrisano SA, l'AGRI-revenu s'éteint normalement aussi en cas:

- d'atteinte de l'âge AVS de la retraite;
- d'émigration vers l'étranger;
- de résiliation ou de décès;
- d'épuisement du droit à des prestations (radiation).
- d'exclusion.

2 Une réduction de l'indemnité journalière assurée peut être effectuée à la fin de chaque mois, moyennant un préavis de trois mois.

Art. 7 Exclusion

Si le comportement d'une personne assurée s'avère abusif ou inadmissible, le contrat d'assurance peut, après avoir préalablement menacé la personne assurée de sanctions, être dénoncé avec effet immédiat dans les cas suivants :

- si les déclarations faites lors de la demande d'assurance ne sont pas conformes à la vérité (art. 6 LCA) ;
- si la personne assurée n'observe pas ou enfreint gravement à plusieurs reprises les prescriptions d'Assurances Agrisano SA ou du médecin ;
- si le paiement des primes reste en souffrance et que la sommation de payer avec menace de résiliation de l'assurance n'a pas été honorée dans un délai d'un mois ;
- pour d'autres motifs qui relèvent d'une fraude à l'assurance tentée ou consommée.

Art. 8 Suspension

1 Dans des cas suivants, l'AGRI-revenu peut être suspendue pour une durée maximale de 5 ans, contre une prime de risque de 10% de la prime ordinaire, mais au minimum de CHF 10.- par mois:

- adhésion obligatoire auprès d'une assurance équivalente;
- accomplissement du service militaire ou du service civil de plus de deux mois d'affilée;
- séjour à l'étranger de plus de 60 jours.

2 La suspension doit faire l'objet d'une demande écrite préalable.
3 Dès que les conditions d'une suspension ne sont plus réunies, la personne assurée est tenue de réactiver l'assurance indemnité journalière dans les 14 jours.

III. OFFRE D'ASSURANCE

Art. 9 Offre d'assurance

1 L'indemnité journalière en cas de maladie et d'accident s'élève au total à au moins CHF 30.- Le risque d'accident ne peut pas être exclu.

2 Les délais d'attente peuvent être choisis comme suit:

- 15 jours
- 30 jours
- 60 jours

3 Les délais d'attente peuvent être combinés.

4 Tant qu'un retrait d'indemnité journalière n'a pas lieu ou n'est pas prévu, des assurances indemnité journalière peuvent être converties en une autre variante d'assurance indemnité journalière dans le cas où les primes sont de même niveau. La répartition d'après les classes d'âge de l'indemnité journalière à convertir est valable pour l'indemnité journalière qui alors augmente. Assurances Agrisano SA peut procéder à une évaluation du risque augmentation de l'indemnité journalière et émettre des réserves, conformément à l'article 4 de ces conditions additionnelles.

IV. PRIMES

Art. 10 Catégories de primes

Les catégories de primes sont les suivantes:

- 1 18 jusqu'à 18 ans révolus
- 2 25 jusqu'à 25 ans révolus
- 3 30 jusqu'à 30 ans révolus
- 4 35 jusqu'à 35 ans révolus
- 5 40 jusqu'à 40 ans révolus
- 6 45 jusqu'à 45 ans révolus
- 7 50 jusqu'à 50 ans révolus
- 8 55 jusqu'à 55 ans révolus
- 9 60 jusqu'à 60 ans révolus
- 10 65 jusqu'à 65 ans révolus

2 Les assurés de la catégorie de primes 18 passent dans la catégorie de prime 25 après leurs 18 ans révolus, Les assurés de la catégorie de primes 25 passent dans la catégorie de prime 30 après leurs 25 ans révolus. Ultérieurement, les assurés restent dans leur catégorie de prime.

3 Le passage intervient au début de l'année civile.

4 En cas d'augmentation de l'assurance ou de nouvelle assurance après les 30 ans révolus, l'âge d'adhésion effectif au moment du début de la nouvelle assurance est décisif pour l'attribution de la catégorie de primes des prestations augmentées garanties.

Art. 11 Montant et paiement des primes

1 Les primes d'AGRI-revenu sont fixées par le conseil d'administration.

2 Les primes peuvent être échelonnées par catégories et régions.

3 Les assurés doivent payer les primes à l'avance pour des mois entiers, qu'ils soient malades ou en bonne santé.

4 En outre, les conditions générales d'assurance (CGA)

d'Assurances Agrisano SA s'appliquent pour la fixation, le paiement et l'ajustement des primes, ainsi que pour le retard de paiement.

V. PRESTATIONS

Art. 12 Condition au versement des prestations

1 Pour que les prestations soient versées, il est nécessaire que le médecin traitant ou le chiropracteur atteste une incapacité de travail effective d'au moins 50%.

2 Les droits aux prestations d'indemnité journalière ne sont dus que dans la mesure où l'assuré n'en retire aucun bénéfice d'assurance (sur-assurance).

3 La durée des droits est calculée séparément pour le risque maladie et pour le risque accident.

Art. 13 Étendue des prestations

1 Les prestations sont déterminées en fonction De l'étendue d'assurance convenue, des conditions générales d'assurance et des conditions additionnelles.

2 En cas d'incapacité partielle de travail d'au moins 50%, l'indemnité journalière est déterminée en fonction du degré d'incapacité de travail.

3 Si une incapacité de travail survient lors d'un séjour à l'étranger, l'indemnité journalière assurée n'est versée que pendant la durée d'un séjour stationnaire.

Art. 14 Étendue des prestations en cas de maternité

1 L'assurée a droit à une indemnité journalière de maternité pendant 70 jours au maximum, sauf en cas de sur-assurance. Le délai d'attente est pris en compte.

2 Si l'intervalle de temps entre le début de l'assurance et l'accouchement est supérieur à 365 jours, l'indemnité journalière de maternité est entièrement versée.

3 Si l'intervalle de temps entre le début de l'assurance et l'accouchement se situe entre 364 et 210 jours, seule la moitié de l'indemnité journalière de maternité est versée.

4 Si l'intervalle de temps entre le début de l'assurance et l'accouchement est inférieur à 210 jours, aucune indemnité journalière de maternité n'est due.

5 L'indemnité journalière de maternité commence 15 jours avant l'accouchement et s'arrête au plus tard 56 jours après la naissance.

6 Elle est versée lorsque la grossesse a duré au moins 26 semaines.

7 L'indemnité journalière de maternité s'arrête lors de la reprise d'une activité rémunérée à temps plein ou partiel avant le 56^e jour après la naissance.

8 Si la prestation de maternité est cumulée à un dédommagement en cas de maternité conformément à la loi fédérale sur l'allocation pour perte de gain (LAPG), la prestation d'indemnité journalière n'est versée que s'il ne s'en suit pas une sur-assurance.

Art. 15 Délais d'attente

1 Le droit aux prestations commence après l'écoulement du délai d'attente convenu.

2 Pour la détermination et l'accomplissement du délai d'attente, les journées consécutives de maladie dépassant une durée de huit

jours dans un intervalle de 365 jours sont cumulées. Des périodes d'incapacité de travail plus courtes ne sont pas considérées.

3 Des journées d'au moins 50% d'incapacité partielle de travail comptent comme journées entières pour le calcul du délai d'attente.

4 Le délai d'attente est inclus à la durée de prestation maximale.

Art. 16 Étendue des prestations en cas de maladie

1 Le droit à des prestations s'éteint après le retrait d'un maximum de 730 indemnités journalières au cours de 900 jours consécutifs.

2 AGRI-revenu s'éteint après que le droit maximal à des prestations ait été épuisé.

3 En cas d'incapacité de travail partielle, une indemnité journalière correspondante réduite est versée.

4 Des indemnités journalières qui sont réduites à la suite d'une incapacité partielle de travail ou d'une sur-assurance comptent comme indemnités journalières entières incluses à la durée de versement maximale.

Art. 17 Étendue des prestations en cas d'accident

1 Le droit aux prestations s'éteint après le retrait d'un maximum de 730 indemnités journalières au cours de 900 jours de calendrier consécutifs.

2 Une fois le droit aux prestations maximales atteint, l'assurance indemnité journalière s'éteint.

3 Des indemnités journalières qui sont réduites à la suite d'une incapacité partielle de travail ou d'une sur-assurance comptent comme indemnités journalières entières incluses à la durée de versement maximale.

Art. 18 Addition du droit aux prestations de maladie, d'accident ou de maternité

1 Si des droits aux prestations s'additionnent pour différentes raisons, seule l'indemnité journalière maximale assurée peut être payée.

2 Le droit aux prestations de maternité prime sur tous les autres droits aux prestations.

3 Si un droit aux prestations pour cause de maladie s'éteint après une durée maximale de retrait de 730 jours et s'il est en même temps encore possible de prétendre à des prestations d'indemnité journalière pour cause d'accident dont le volume correspond à l'incapacité de travail existante, le droit à l'indemnité journalière pour cause d'accident demeure dans le cadre de l'incapacité de travail due à l'accident jusqu'au délai maximal de retrait d'indemnité journalière maximale en cas d'accident. La prime n'est pas modifiée après l'épuisement partiel du droit aux prestations.

4 Si, en cas d'accident, un droit aux prestations s'éteint après la durée maximale de retrait de 730 jours et s'il est en même temps encore possible de prétendre à un droit à des prestations d'indemnité journalière pour cause de maladie, d'un montant correspondant à la capacité de travail existante, le droit à l'indemnité journalière pour cause de maladie dans le cadre de l'incapacité de travail suscitée par la maladie subsiste jusqu'à terme de la durée

maximale de retrait d'indemnité journalière pour cause de maladie. La prime n'est pas modifiée à la suite de l'épuisement partiel du droit aux prestations.

Art. 19 Renoncement à des prestations d'indemnité journalière

Si l'assuré ou son employeur ne fait pas valoir des prestations d'indemnité journalière pour empêcher que la durée maximale de retrait soit atteinte, ces prestations sont incluses à la durée maximale de retrait comme si elles avaient été reçues.

Art. 20 Age AVS

1 L'AGRI-revenu expire à la fin du mois durant lequel un assuré atteint l'âge AVS légal.

2 Des assurés qui restent actifs après l'âge AVS légal peuvent demander une prolongation d'une assurance existante d'au maximum CHF 50.— par jour. Il n'existe aucune obligation de prolongation.

3 Celui qui demande la prolongation doit déposer le formulaire mis à sa disposition par Assurances Agrisano SA dûment rempli, au plus tard un mois avant d'atteindre l'âge légal de la retraite.

4 Une assurance qui se prolonge à l'âge de la retraite AVS dure au maximum jusqu'aux 70 ans révolus. Les prestations d'indemnité journalière sont versées au maximum pendant 180 jours contrairement à l'étendue générale des prestations. Le délai d'attente tient compte de la durée de prestation.

VI. ADAPTION DE L'ASSURANCE

Art. 21 Adaptation automatiquement de l'assurance

1 La société Assurances Agrisano SA adapte périodiquement l'indemnité journalière assurée à l'évolution des prix et des salaires pour les assurés dont l'âge est situé entre 25 ans révolus et 55 ans révolus, en conservant l'attribution à la catégorie d'âge.

2 Sont exclus de l'adaptation de l'assurance complémentaire les assurés qui bénéficient déjà d'une prestation ou ont un droit à une prestation.

3 La société Assurances Agrisano SA communique par écrit à l'assuré le montant de l'augmentation de l'indemnité journalière.

4 L'assuré a le droit de faire opposition à l'augmentation de l'indemnité journalière. La contestation devra parvenir à

L'Assurance Agrisano SA dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception par l'assuré de la communication de la société Assurances Agrisano SA.

5 Si l'assuré refuse l'adaptation de l'indemnité journalière, toute augmentation de celle-ci réclamée ultérieurement sera traitée conformément aux conditions régulières.

6 Si l'assurance indemnité journalière est augmentée en vertu des dispositions mentionnées ci-dessus et si l'on constate ultérieurement que cette augmentation n'aurait pas été justifiée en raison d'un retrait de prestation pas encore déclaré et versé, Assurances Agrisano SA peut annuler l'augmentation.

VII. SUR-ASSURANCE

Art. 22 Surindemnisation/gain d'assurance

1 Un droit à des prestations issues d'AGRI-revenu n'existe que s'il n'en découle pas pour l'assuré un gain d'assurance (sur-assurance).

2 En vertu de la disposition visée à l'article 32 des conditions générales d'assurance, les prestations d'autres assureurs sont prises en considération afin de déterminer une éventuelle surindemnisation.

3 Un gain d'assurance est avéré lorsque les prestations servies dépassent la couverture intégrale de la perte de gain. Sont déterminants pour le calcul les 36 mois précédant la survenance de l'incapacité de travail.

4 La couverture intégrale est dépassée lorsque les prestations d'indemnité journalière servies consécutivement à l'incapacité de travail excèdent le revenu dont la personne assurée est présumée avoir été privée. Le cas échéant, il est tenu compte des dépenses pour des tiers qui résultent de l'incapacité de travail et qui sont attestées (p.ex. dépanneurs agricoles ou charges salariales)

5 Lorsque les prestations d'indemnité journalière dépassent la couverture intégrale de la perte de gain conformément à l'alinéa 4, l'indemnité journalière est réduite au prorata de telle sorte que la couverture intégrale de la perte de gain ne soit plus dépassée. L'indemnité journalière s'élève toutefois à 30.- CHF par jour au minimum.

Art. 23 Rapports envers les autres assureurs

1 Dans le cas d'une sur-assurance éventuelle des prestations de l'AGRI-revenu, ne sont versées qu'après les prestations suivantes:

- a) Allocations de perte de gain APG
- b) AVS
- c) Assurance-invalidé AI
- d) Assurance-militaire
- e) LAA
- f) Autres assurances sociales s'il n'y a pas d'ordonnances de coordination en application à ce sujet
- g) Droits de responsabilité civile envers des tiers.

Art. 24 Demande de remboursement et cession de prestation

1 En cas de devoir de prestation des assureurs sociaux, Assurances Agrisano SA a le droit de demander le remboursement direct de ces prestations qu'elle a avancées. Le montant de la demande de remboursement est déterminé en fonction du montant de la sur-assurance.

2 Si Assurances Agrisano SA est sollicitée à la place d'un tiers à qui incombe la responsabilité ou à la place de son assureur responsabilité civile, l'assuré cède ses droits à Assurances Agrisano SA dans le cadre des prestations versées.

VIII. DEVOIRS DE L'ASSURÉ ET COMMUNICATIONS

Art. 25 Devoir de déclaration

1 Des droits à l'indemnité journalière doivent être déclarés à Assurances Agrisano SA dans les dix jours qui suivent l'événement donnant droit aux prestations. Le devoir de déclaration vaut indépendamment du délai d'attente convenu.

2 Si Assurances Agrisano SA demande le dépôt d'un formulaire de déclaration d'indemnité journalière dûment rempli, l'assuré a la responsabilité de remplir cette condition à temps.

3 En cas de droit à l'indemnité journalière après accident, le formulaire de déclaration d'accident rempli doit être renvoyé à Assurances Agrisano SA dans les 10 jours.

4 Par principe, Assurances Agrisano SA ne garantit pas de prestations, ou seulement des prestations réduites, lorsque le devoir de déclaration n'est pas rempli sans justification suffisante ou excusable.

5 L'assuré est tenu de déclarer immédiatement la fin de l'incapacité de travail à Assurances Agrisano SA.

6 Il est défendu d'antidater les certificats médicaux ou les déclarations de maladie ou d'accident, ainsi que d'augmenter rétroactivement l'incapacité de travail pour obtenir des prestations d'indemnité journalière.

Art. 26 Devoir d'information

1 L'assuré met à la disposition d'Assurances Agrisano SA toutes les informations nécessaires à l'appréciation et à l'évaluation des droits de prestation d'indemnité journalière demandés.

2 Assurances Agrisano SA est habilitée à vérifier l'incapacité de travail ainsi que la perte de gain non couverte à tout moment et, le cas échéant, à prendre des mesures de contrôle appropriées.

3 Si le droit légitime à l'indemnité journalière n'est pas évident d'après les documents fournis, la société Assurances Agrisano SA peut convoquer l'assuré et prescrire un examen médical à ses frais chez un médecin de son choix.

IX. DIVERS ET DISPOSITIONS FINALES

Art. 27 Remboursement

Des prestations touchées par erreur ou à tort doivent être remboursées par l'assuré à Assurances Agrisano SA.

Art. 28 Participation à l'excédent

Si le résultat des comptes et la solvabilité permettent une participation à l'excédent, Assurances Agrisano SA peut transmettre un tel excédent, en particulier aux assurés qui y ont contribué.

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-indemnité journalière

Toutes les désignations de personnes mentionnées valent par analogie pour les deux sexes.

I. GÉNÉRALITÉS

Art. 1 But

1 DL'assurance indemnité journalière AGRI-indemnité journalière (désignée ci-après sous le nom d'assurance indemnité journalière) assure les personnes exerçant une activité agricole en Suisse et les

membres de leur famille pour l'indemnité journalière. L'assurance d'indemnités journalière garantit des prestations pour la perte de gain en cas de maladie et d'accident.
2 Le risque accident est toujours co-assuré.

II. PRIMES

Art. 2 Catégories de primes

Les catégories de primes sont les suivantes:

- a) 18 jusqu'à 18 ans révolus
- b) 25 jusqu'à 25 ans révolus
- c) 30 jusqu'à 30 ans révolus
- d) 35 jusqu'à 35 ans révolus
- e) 40 jusqu'à 40 ans révolus

- f) 45 jusqu'à 45 ans révolus
- g) 50 jusqu'à 50 ans révolus
- h) 55 jusqu'à 55 ans révolus
- i) 60 jusqu'à 60 ans révolus
- j) 65 jusqu'à 65 ans révolus
- k) 70 au-delà de 65 ans révolus

III. PRESTATIONS

Art. 3 Offre d'assurance

- 1 La personne à assurer peut conclure une assurance d'indemnité journalière maladie et accident de CHF 10.- à CHF 250.-.
- 2 Les délais d'attente peuvent être choisis parmi les suivants: 7, 14, 21, 30, 60, 90, 180 ou 360 jours.
- 3 Il est possible de combiner différents délais d'attente.
- 4 Tant que l'indemnité journalière n'est pas perçue ou n'est pas en passe de l'être, il est possible de convertir les assurances indemnité journalière vers une autre variante, dans la proportion de primes similaires. L'augmentation ainsi obtenue de l'indemnité journalière est régie par la catégorie d'âge de l'indemnité journalière à convertir. La société Assurances Agrisano SA peut procéder à un examen de risque pour l'augmentation d'indemnité et apporter des réserves conformément à l'art. 20 CGA.

accident. Après épuisement des droits à l'indemnité journalière maladie, le maintien de l'assurance indemnité journalière accident détermine le montant de la prime à 75% de la prime totale.
2 L'indemnité journalière accident est versée pour un ou plusieurs accidents pendant une durée maximale de 720 jours sur 900 jours consécutifs. Le délai est déduit de la durée des prestations. Si l'assuré continue à payer la prime après l'épuisement de son droit, il recouvre ses droits aux prestations assurées pour une nouvelle durée de 720 jours sur 900 jours calendrier, dans la mesure où il présentait une capacité de travail totale avant la survenue du nouvel événement et où l'assurance invalidité fédérale n'accorde pas (ou plus) de rente.
3 L'assuré ne peut pas empêcher l'épuisement des droits à l'assurance indemnité journalière en renonçant aux prestations d'indemnité journalière.

Art. 4 Conditions au versement des prestations

- 1 Pour que les prestations soient versées, il est nécessaire que le médecin traitant ou le chiropracteur atteste une incapacité de travail effective d'au moins 50%.
- 2 Les droits aux prestations d'indemnité journalière ne sont dus que dans la mesure où l'assuré n'en retire aucun bénéfice d'assurance (sur-assurance).
- 3 La durée des droits est calculée séparément pour le risque maladie et pour le risque accident.

Art. 8 Suspension

- 1 Dans des cas motivés, l'assurance indemnité journalière peut être suspendue pour une durée maximale de 5 ans, contre une prime de risque de 10% de la prime ordinaire, mais au minimum de CHF 10.- par mois.
- 2 La suspension doit faire l'objet d'une demande écrite préalable.
- 3 Dès que les conditions d'une suspension ne sont plus réunies, la personne assurée est tenue de réactiver l'assurance indemnité journalière dans les 14 jours.
- 4 La suspension de l'assurance indemnité journalière peut être motivée par les cas suivants:
 - a) adhésion obligatoire auprès d'une assurance équivalente (p.ex. dans le cadre d'une assurance collective ou de la caisse d'assurance maladie d'entreprise), ainsi que dans d'autres cas analogues ;
 - b) accomplissement du service militaire ou du service civil de plus de deux mois d'affilée ;
 - c) séjour de plus de trois mois au sein d'un établissement pénitentiaire ou dans un établissement d'exécution des mesures.

Art. 5 Faute imputable à l'assuré

La société Assurances Agrisano SA renonce à la possibilité de diminuer l'indemnité journalière pour cause de faute grave imputable à l'assuré.

Art. 6 Début des prestations

- 1 Dans l'assurance indemnité journalière maladie et accident avec délai d'attente, les droits aux prestations commencent à l'issue du délai d'attente. Le délai est déterminé pour les risques maladie et accident dans une limite de 365 jours.
- 2 Pour calculer le délai d'attente on prend en considération les périodes durant lesquelles une incapacité de travail de plus de 8 jours d'affilée au cours des 365 derniers jours a été établie. Les périodes d'incapacité inférieures ne sont pas cumulées.
- 3 Les journées d'incapacité partielle de travail d'au moins 50% sont comptées comme des journées entières pour le calcul du délai d'attente.

Art. 9 Age AVS

- 1 L'assurance indemnité journalière expire à la fin du mois durant lequel un assuré atteint l'âge AVS légal.
- 2 Les assurés pour l'indemnité journalière continuant à travailler au-delà de l'âge AVS légal peuvent se voir autoriser la poursuite de l'indemnité journalière existante à hauteur maximale de CHF 50.- par jour. La demande à faire en ce sens doit être transmise par courrier à la société Assurances Agrisano SA un mois avant l'entrée dans la 66e année. Elle doit comporter des indications sur la nature de l'activité exercée et sur l'état de santé.
- 3 La couverture d'assurance ne peut être étendue que jusqu'à l'accomplissement de la 70ème année. L'indemnité journalière sera versée pour une durée maximale de 180 jours, un éventuel délai pouvant être imputé sur ces 180 jours.

Art. 7 Durée des prestations

1 L'indemnité journalière maladie est versée pour une ou plusieurs maladies pendant une durée maximale de 720 jours sur 900 jours consécutifs. Le délai d'attente convenu est déduit de la durée des prestations. A l'issue de la durée maximale de prestations, le paiement de l'indemnité journalière de maladie est interrompu. L'assuré peut poursuivre la couverture du risque

Art. 10 Adaptation de l'assurance

1 La société Assurances Agrisano SA adapte périodiquement l'indemnité journalière assurée à l'évolution des prix et des salaires pour les assurés dont l'âge est situé entre 25 ans révolus et 50 ans révolus, en conservant l'attribution à la catégories d'âge.

2 L'adaptation intervient en règle générale tous les deux ans à la même période et selon les mêmes règles en vigueur pour l'adaptation des rentes à l'évolution des prix et des salaires pour l'AVS (LAVS art. 33ter).

3 La société Assurances Agrisano SA communique par écrit à l'assuré le montant de l'augmentation de l'indemnité journalière.

4 L'assuré a le droit de faire opposition à l'augmentation de l'indemnité journalière. La contestation devra parvenir à la société Assurances Agrisano SA dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception par l'assuré de la communication de la société Assurances Agrisano SA.

5 Si l'assuré refuse l'adaptation de l'indemnité journalière, toute augmentation de celle-ci réclamée ultérieurement sera traitée conformément aux conditions régulières.

6 Sont exclus de l'adaptation de l'assurance complémentaire les assurés qui perçoivent des prestations ou qui s'approprient à en percevoir.

IV. DISPOSITIONS FINALES

Art. 11 Relations avec les cond. générales d'assurance LAMal

Dans la mesure où les présentes conditions complémentaires ne contiennent pas d'autres réglementations, les conditions générales

d'assurances de la société Assurances Agrisano SA s'appliquent par analogie.

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES ASSURANCE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Toutes les désignations de personnes mentionnées valent par analogie pour les deux sexes.

I. GÉNÉRALITÉS

Art. 1 But

1 L'assurance d'indemnités journalières accorde des prestations pour perte de gain en cas de maladie et d'accidents.

2 Le risque d'accidents peut au choix être inclus.

II. PRIMES

Art. 2 Catégories de primes

1 Les catégories de primes sont les suivantes:

- a) 18 jusqu'à 18 ans révolus
- b) 25 jusqu'à 25 ans révolus
- c) 30 jusqu'à 30 ans révolus
- d) 35 jusqu'à 35 ans révolus
- e) 40 jusqu'à 40 ans révolus

- f) 45 jusqu'à 45 ans révolus
- g) 50 jusqu'à 50 ans révolus
- h) 55 jusqu'à 55 ans révolus
- i) 60 jusqu'à 60 ans révolus
- j) 65 jusqu'à 65 ans révolus

2 Les assurés entrent dans le groupe d'âge correspondant au début de l'assurance et passent à la catégorie supérieure suivante à l'âge terme.

III. PRESTATIONS

Art. 3 Offre d'assurance

1 La personne à assurer peut conclure une assurance d'indemnité journalière maladie et accident de CHF 10.- à CHF 250.-.

2 Les délais d'attente peuvent être choisis parmi les suivants: 14, 30 ou 60 jours.

3 Il est possible de combiner différents délais d'attente.

4 Tant que l'indemnité journalière n'est pas perçue ou n'est pas en passe de l'être, il est possible de convertir les assurances indemnité journalière vers une autre variante, dans la proportion de primes similaires. La société Assurances Agrisano SA peut procéder à un examen de risque pour l'augmentation d'indemnité et apporter des réserves.

Art. 4 Conditions au versement des prestations

1 Pour que les prestations soient versées, il est nécessaire que le médecin traitant ou le chiropracteur atteste une incapacité de travail effective d'au moins 50%. A partir d'une incapacité de travail attestée de 50%, l'indemnité journalière est versée en fonction du degré d'incapacité de travail.

2 Les droits aux prestations d'indemnité journalière à titre de compensation de la perte de gain ne sont dus que dans la mesure où l'assuré n'en retire aucun gain d'assurance (surindemnisation).

3 Les prestations d'autres assureurs sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation. Les dispositions de l'art. 32 des CGA sont pleinement applicables.

4 Un gain d'assurance est avéré lorsque les prestations servies dépassent la couverture intégrale de la perte de gain. Sont déterminants pour le calcul les 36 mois précédant la survenance de l'incapacité de travail qui donne droit aux prestations d'indemnité journalière.

Art. 5 Début des prestations

1 Le délai d'attente s'applique à chaque cas.

2 Les journées d'incapacité partielle de travail d'au moins 50% sont comptées comme des journées entières pour le calcul du délai d'attente.

Art. 6 Durée des prestations

1 L'indemnité journalière est allouée pour une ou plusieurs maladies ou si elle a été souscrite pour un ou plusieurs accidents durant 730 jours maximum dans une période de 900 jours consécutifs.

2 Les indemnités journalières réduites, octroyées suite à une incapacité de travail partielle ou diminuées suite à une surassurance conformément à l'art. 4, al. 2 sont considérées comme des indemnités journalières intégrales en ce qui concerne l'imputation à la durée maximale perçue.

3 Le délai d'attente convenu est imputé à la durée des prestations.

4 Lorsque la durée maximale de 730 jours d'indemnités journalières dans la période de 900 jours consécutifs est atteinte, l'assurance d'indemnités journalières devient caduque.

5 Lorsque, dans le but d'empêcher que la durée maximale soit atteinte, l'assuré ne fait pas valoir son droit aux prestations d'indemnités journalières, celles-ci sont imputées à la durée maximale, comme si elles avaient été perçues.

Art. 7 Age AVS

L'assurance indemnité journalière expire à la fin du mois durant lequel un assuré atteint l'âge AVS légal.

IV. DISPOSITIONS FINALES

Art. 8 Relations avec les cond. générales d'assurance LAMal

Dans la mesure où les présentes conditions complémentaires ne contiennent pas d'autres réglementations, les conditions générales

d'assurances de la société Assurances Agrisano SA s'appliquent par analogie.

ASSURANCE POUR AUXILIAIRE

Assurance-accidents de l'Union Suisse des Paysans pour le personnel auxiliaire non soumis à la LAA
Assureur: SOLIDA Versicherungen AG, Saumackerstr. 35, 8048 Zürich

Edition 1998

I. CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE

1 Champ d'application

Ce règlement est valable pour toutes les organisations paysannes cantonales qui ont adhéré à l'assurance accidents pour le personnel auxiliaire de l'Union Suisse des Paysans (USP).

2 Assureur

La SOLIDA Versicherungen AG à Zurich, désigné ci-après par SOLIDA, est l'assureur. L'UPS a conclu un contrat d'assurance collectif à cet effet avec la SOLIDA.

3 Début et durée de l'assurance

La couverture est automatique aussi longtemps que le détenteur de l'exploitation, le chef d'exploitation ou son épouse sont membres de la caisse maladie Agrisano. Toutes les exploitations recevront un exemplaire des Conditions générales d'assurance (CGA).

4 Personnes assurées

Sont assurés les auxiliaires et les journaliers de toutes les classes d'âge pour autant qu'ils ne soient pas soumis à l'assurance obligatoire en vertu de la loi fédérale sur l'assurance accidents du 20 mars 1981 (LAA) et en vertu de l'Ordonnance sur l'assurance accidents (OLAA).

Ne sont pas réputés auxiliaires et, partant, pas assurés, les membres de la famille de l'exploitant vivant au sein de la même exploitation agricole.

5 Droit aux prestations

Seuls sont assurés les accidents professionnels, y compris ceux qui surviennent sur le chemin du travail; la délimitation se fait d'après les dispositions de la LAA au moment de l'accident. Ne sont pas assurées les personnes soumises à la LAA.

6 Accidents non assurés

Ne sont pas assurés les accidents dus à des événements de guerre en Suisse.

7 Prestations de l'assurance

7.1 Frais de traitement

La SOLIDA prend à sa charge les frais mentionnés dans les lettres a) - c) ci-dessous pour un montant illimité et pour autant qu'ils se produisent dans les cinq ans qui suivent le jour de l'accident :

- le traitement ambulatoire par un médecin ou un dentiste et les applications médicales reconnues scientifiquement, sur prescription médicale, et effectuées par du personnel paramédical. Les frais supplémentaires qui découlent de désirs spéciaux des assurés, par exemple des mesures particulièrement coûteuses ou des mesures esthétiques, ne sont pas payés. Sont pris en charge également les frais des moyens accessoires qui servent à la guérison, comme les corsets de soutien et les moyens de ce genre, mais pas les frais des prothèses ;
- les médicaments ordonnés par le médecin ou le dentiste ;
- le traitement, la nourriture et le logement dans la salle commune d'un établissement hospitalier public compétent. Si un assuré est soigné pour des raisons médicales, dans un établissement hospitalier public hors de son canton de domicile, la caisse prend en charge les frais de la salle commune de cet établissement ;
- les cures de convalescence et balnéaires ordonnées médicalement. Les frais de traitement sont intégralement pris en charge. La participation au logement et à la nourriture s'élève au maximum à CHF 50.- par jour ;
- les frais de voyage, de transport et de sauvetage nécessaires, jusqu'au maximum de CHF 10'000.- par cas ;
- les frais nécessaires de transport du corps jusqu'au lieu d'ensevelissement jusqu'à CHF 5'000.- maximum.

Les prestations tombent dans la mesure où elles sont prises en charge par la responsabilité civile d'un tiers.

7.2 Assurance indemnité journalière accidents

Si l'accident entraîne une incapacité de travail, les personnes ayant plus de 15 ans révolus ont droit à une indemnité journalière de CHF 50.- pendant l'incapacité de travail attestée par le médecin. Le versement de l'indemnité commence le 15^e jour après l'accident. Il est limité aux 720 jours qui suivent l'accident. L'indemnité journalière est versée entièrement ou partiellement selon le degré d'incapacité de travail. Lorsque l'assuré a plus de 65 ans au moment de l'événement assuré, l'indemnité se réduit de moitié. Les enfants ayant moins de 15 ans au moment de l'événement assuré ne touchent aucune indemnité.

7.3 Capital invalidité

Le capital invalidité assuré s'élève à CHF 50'000.- avec progression. Si l'accident entraîne une invalidité vraisemblablement permanente, c'est à dire à vie, le capital versé est déterminé par le degré d'invalidité et la somme d'assurance convenue. Le capital est versé dès que le degré d'invalidité peut être déterminé. Le degré d'invalidité est fixé selon les principes suivants: Degrés d'invalidité fixes en cas de perte ou de privation totale de l'usage :

100%	des deux bras ou mains, des deux jambes ou pieds, d'un bras ou d'une main en même temps que d'une jambe ou d'un pied
70%	d'un bras au-dessus du coude
60%	d'un bras au-dessous du coude ou d'une main
22%	d'un pouce
15%	d'un index
8%	d'un autre doigt
60%	d'une jambe au-dessus du genou
50%	d'une jambe en dessous du genou ou à la hauteur de l'articulation du genou
40%	d'un pied
100%	de la vision des deux yeux
30%	de la vision d'un oeil
60%	de l'offie des deux côtés
15%	de l'offie d'un côté

En cas de perte ou de privation partielle de l'usage d'un membre ou d'un organe, le degré d'invalidité est réduit proportionnellement. En cas de perte ou de privation simultanée de l'usage de plusieurs membres ou autres organes, le degré d'invalidité s'obtient en règle générale par l'addition des pourcentages, mais il ne peut jamais dépasser 100%. Si, avant l'accident déjà, l'assuré avait entièrement ou partiellement perdu certains membres ou organes ou était privé de leur usage, le degré d'invalidité préexistant, calculé selon les principes ci-dessus, est soustrait lors de la fixation de l'invalidité. Lorsque le taux d'invalidité ne peut être déterminé d'après ce qui précède, il est fixé en fonction du préjudice physique ou mental permanent, en tenant compte de l'importance de l'incapacité de travail et de la situation personnelle de l'assuré. En ce qui concerne les troubles psychiques et nerveux, une indemnité d'invalidité n'est versée que si ces troubles sont provoqués par une maladie organique et du système nerveux due à l'accident. Comme l'assurance invalidité cumulative a été convenue, le capital d'invalidité est déterminé comme il suit:

Pour la part du degré d'invalidité ne dépassant pas 25%: sur la base de la somme d'assurance simple convenue; pour la part du degré d'invalidité supérieure à 25%, mais ne dépassant pas 50%: sur la base du triple de la somme d'assurance; pour la part du degré d'invalidité supérieure à 50 %: sur la base du quintuple de la somme d'assurance.

De ce fait, les taux d'invalidité en cas d'invalidité supérieur à 25% sont majorés comme il suit :

de %	à %	de %	à %	de %	à %	de %	à %
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

Lorsqu'un assuré a atteint l'âge de 65 ans au moment de l'événement assuré, il n'aura plus droit au versement de la somme d'assurance progressive, c'est-à-dire que l'indemnité sera versée en fonction de la somme de base simple.

7.4 Décès

Le capital décès est fixé à CHF 25'000.- pour les personnes âgées de plus de 15 ans révolus et de la moitié pour les assurés plus jeunes et les personnes qui ont atteint l'âge ordinaire de la retraite. Lorsque l'assuré meurt des suites d'un accident assuré, la SOLIDA verse le capital décès aux ayants droit dans l'ordre suivant:

- a) au conjoint
- b) aux enfants, aux enfants adoptifs ou d'un autre lit à parts égales
- c) aux parents

Si l'assuré ne laisse aucune des personnes susmentionnées, SOLIDA paie CHF 2'000.- de frais d'ensevelissement. Si une indemnité pour invalidité a déjà été payée, celle-ci est déduite de la somme due en cas de décès.

8 Financement/Encaissement des primes

Avec l'assurance complémentaire pour prestations complémentaires AGRI-spéciale de la caisse maladie Agrisano, une prime de CHF 1.- par mois est prélevée pour les adultes. Les enfants ne sont pas soumis à l'obligation de payer des cotisations.

9 Comportement en cas d'accidents

a) Notification de l'accident

Lorsque l'assuré subit un accident, il remettra à l'agence régionale cantonale de la caisse maladie Agrisano ou à l'USP une notification dûment remplie. En cas de décès, la notification se fera dans les deux jours après l'accident (si nécessaire par téléphone).

b) Comportement après un accident

Après l'accident, il faut faire appel aussi rapidement que possible à un médecin diplômé et veiller à ce que les soins adéquats soient prodigués. De plus, le preneur d'assurance ou l'ayant droit doit prendre toutes mesures utiles pour éclaircir les circonstances de l'accident et ses suites. Il doit notamment délier les médecins traitants de leur secret professionnel à l'égard de la SOLIDA. L'assuré doit se soumettre à un examen par des médecins mandatés par la SOLIDA. En cas de décès, les survivants qui ont qualité d'ayants droit doivent donner leur accord à l'autopsie pour autant que la mort puisse avoir d'autres causes que l'accident.

10 For

En cas de contestations relatives au présent contrat, la SOLIDA reconnaît comme for le domicile Suisse de l'ayant droit.

11 Droit applicable

Pour autant que le contrat ne stipule rien d'autre, il est régi par la loi fédérale sur le contrat d'assurance. En cas de litige, le texte allemand fait foi.

ASSURANCE ACCIDENTS EN CAS DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ (ADI)

Assureur: SOLIDA Versicherungen AG, Saumackerstr. 35, 8048 Zürich

Edition 2008

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA)

I. ÉTENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

1 Objet de l'assurance et assureur

La SOLIDA Assurances SA, à Zurich, est l'assureur et partant le répondant des risques. Elle assure les conséquences économiques d'accidents que subit l'assuré pendant la durée de son contrat d'assurance.

L'assureur-maladie mentionné dans la police (certificat d'assurance) a passé un contrat d'assurance collective avec la SOLIDA Assurance SA en vue d'accorder la couverture d'assurance en cas de décès et d'invalidité par suite d'accident. La couverture d'assurance déploie ses effets à la date convenue dès l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur-maladie. Quant à l'assureur-maladie, il n'assume aucune responsabilité pour des prétentions de quelque nature que ce soit.

2 Bases du contrat

Toutes les déclarations écrites que le preneur d'assurance, l'assuré et ses représentants font sur la proposition et toute autre pièce écrite constituent les bases du contrat.

Les droits et les obligations des parties contractantes sont fixés sur la police (certificat d'assurance), les avenants éventuels et les Conditions générales d'assurance (CGA).

Dans la mesure où les documents précités ne règlent pas expressément une question, les parties s'en tiennent à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), à la loi sur la surveillance des assurances (LSA) ainsi qu'à l'ordonnance sur la surveillance (OS).

3 Champ d'application territorial

L'assurance est valable dans le monde entier; toutefois, hors de Suisse et hors de la Principauté du Liechtenstein, l'assurance ne déploie ses effets que pendant la durée d'un voyage ou d'un séjour n'excédant pas douze mois. L'assurance s'éteint à la fin du mois d'assurance au cours duquel l'assuré transfère son domicile à l'étranger et ne maintient plus aucune assurance complémentaire auprès de l'assureur-maladie correspondant.

4 Personnes assurées

Sont assurées les personnes mentionnées dans la police (certificat d'assurance).

II. DÉFINITIONS

5 Preneur d'assurance et personne assurée

Lorsqu'il est fait mention de preneur d'assurance ou de personne assurée, elle se rapporte toujours à une personne de sexe masculin et féminin.

6 Accident

Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: les fractures, les

déboitements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les elongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et les lésions du tympan.

Sont aussi considérées comme accidents:

- les atteintes à la santé dues à l'inhalation involontaire de gaz et de vapeurs et à l'absorption accidentelle de substances toxiques ou corrosives;
- la noyade;
- les atteintes à la santé suivantes, dans la mesure où la personne assurée les subit involontairement et pour autant qu'elles aient été provoquées par un accident assuré: les gelures, les coups de chaleur, l'insolation ainsi que les atteintes à la santé dues aux rayons ultraviolets, à l'exception des coups de soleil.

III. PRESTATIONS D'ASSURANCE

7 Décès

Lorsque l'assuré décède dans les cinq ans des suites d'un accident, la SOLIDA Assurances SA verse la somme assurée en cas de décès sous déduction d'une éventuelle indemnité d'invalidité déjà versée pour ce même accident.

La somme maximale en cas de décès est limitée pour le cercle de personnes suivant:

Enfants jusqu'à l'âge de 30 mois révolus:	CHF 2'500.-
Enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus:	CHF 20'000.-
Adultes dès l'âge de 65 ans révolus:	CHF 20'000.-

7.1 Bénéficiaires en cas de décès

En dérogation à la réglementation ci-après, l'assuré peut désigner des bénéficiaires ou exclure des ayants droit par une communication écrite à l'assureur-maladie. Une telle déclaration peut être révoquée ou modifiée en tout temps par une communication écrite à l'assureur-maladie. A défaut d'une désignation particulière, sont réputés bénéficiaires à titre exclusif et dans l'ordre suivant:

- le conjoint
- les enfants, les enfants d'un autre lit ou les enfants adoptés,

- les parents
- les grands-parents
- les frères et sœurs et leurs enfants aux termes du droit successoral.

Lorsque les ayants droit font défaut, seuls les frais funéraires sont pris en charge jusqu'à concurrence de 10 % de la somme assurée en cas de décès, mais au maximum CHF 10'000.-.

7.2 Somme doublée en cas de décès

Lorsque l'assuré est marié et que le même accident cause le décès des deux conjoints, le capital assuré en cas de décès est versé encore une fois à parts égales aux enfants, enfants d'un autre lit ou enfants adoptifs mineurs, survivants ou présentant une incapacité de travail durable et ayant besoin d'aide.

8 Invalidité

Si l'accident entraîne dans les cinq ans une invalidité médico-théorique présumée permanente, il sera versé le capital en cas d'invalidité qui se détermine en fonction du degré d'invalidité, de la somme d'assurance convenue et de la variante de prestations choisie. Une éventuelle incapacité de travail ou de gain survenue à

la suite de l'accident n'y est pas prise en considération. Seule la personne assurée a droit au capital en cas d'invalidité.

8.1 Détermination du degré d'invalidité

Les principes énoncés ci-après ont force obligatoire pour de calcul du degré d'invalidité :

- a) Est réputée invalidité totale la perte ou la privation totale de l'usage des deux bras ou des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds ou la perte simultanée d'une main et d'un pied, la paralysie totale et la cécité totale.

En cas d'invalidité partielle, il sera versé la part de la somme d'assurance prévue en cas d'invalidité totale qui correspond au degré d'invalidité. Le taux est fixé sur la base des pourcentages ci-après:

- | | |
|--|-----|
| tout le bras | 70% |
| avant-bras | 65% |
| main | 60% |
| pouce avec partie du métacarpe | 25% |
| pouce sans partie du métacarpe | 22% |
| première phalange du pouce | 10% |
| index | 15% |
| médus | 10% |
| annulaire | 9% |
| auriculaire | 7% |
| jambe au-dessus du genou | 60% |
| jambe au genou ou au-dessous | 50% |
| pied | 45% |
| gros orteil | 8% |
| autres orteils, chacun | 3% |
| vision d'un oeil | 30% |
| vision d'un oeil si celle de l'autre était déjà complètement perdue avant l'accident | 50% |
| ouïe des deux oreilles | 60% |
| ouïe d'une oreille | 15% |
| ouïe d'une oreille si celle de l'autre était déjà complètement perdue avant l'accident | 30% |
| odorat | 10% |
| goût | 10% |
| rein | 20% |
| rate | 5% |
| atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale | 50% |
- b) Pour une déformation grave et durable du corps humain, provoquée par un accident (dommages esthétiques, p. ex. cicatrices), pour laquelle aucun capital en cas d'invalidité n'est dû mais qui produit néanmoins une détérioration de la position sociale de l'assuré, la SOLIDA Assurances SA verse
- 10% de la somme d'assurance convenue dans la police (certificat d'assurance) pour l'invalidité (sans progression) en cas de défiguration et/ou
 - 5% de la somme d'assurance convenue dans la police (certificat d'assurance) pour l'invalidité (sans progression) en cas de déformation d'autres parties normalement visibles du corps.
- La prestation pour les dommages esthétiques est limitée à CHF 20'000.-
- c) En cas de perte partielle ou de privation partielle de l'usage d'un membre ou d'un organe, le degré d'invalidité est réduit en proportion.
- d) La privation totale de l'usage d'un membre ou d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci.
- e) Pour les cas non mentionnés ci-dessus, le degré d'invalidité est fixé sur la base du constat médical par analogie aux barèmes des indemnités pour atteintes à l'intégrité selon la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents), publiés par la SUVA.
- f) En cas de perte simultanée ou de privation simultanée de l'usage de plusieurs parties du corps, le degré d'invalidité qui ne peut toutefois pas excéder 100 % est déterminé en règle générale par addition des pourcentages.
- g) Une aggravation des suites de l'accident en raison de défauts corporels préexistants ne donne pas droit à une indemnisation supérieure à celle qui serait due si l'accident avait touché une personne valide. Si des parties du corps étaient déjà partiellement ou totalement perdues ou privées de leur usage avant la survenance de l'accident, le degré d'invalidité préexistant, calculé selon les principes énoncés ci-dessus, est déduit lors de la fixation du degré d'invalidité.
- h) Le degré d'invalidité n'est fixé que sur la base de l'état de l'assuré, reconnu vraisemblablement comme permanent, mais au plus tard 5 ans après l'accident.

8.2 Détermination du capital en cas d'invalidité

Le capital en cas d'invalidité est déterminé comme suit:

- a) pour la part du degré d'invalidité ne dépassant pas 25 %: sur la base du montant simple de la somme assurée ;
- b) pour la part du degré d'invalidité dépassant 25 % mais n'excédant pas 50 %: sur la base de la somme d'assurance multipliée par trois ;
- c) pour la part du degré d'invalidité dépassant 50%: sur la base de la somme d'assurance multipliée par cinq.

Par conséquent, la prestation exprimée en pour-cent de la somme assurée en cas d'invalidité est versée comme il suit:

Degrés d'inv.	Presta-tions	Degrés d'inv.	Presta-tions
26%	28%	64%	170%
27%	31%	65%	175%
28%	34%	66%	180%
29%	37%	67%	185%
30%	40%	68%	190%
31%	43%	69%	195%
32%	46%	70%	200%
33%	49%	71%	205%
34%	52%	72%	210%
35%	55%	73%	215%
36%	58%	74%	220%
37%	61%	75%	225%
38%	64%	76%	230%
39%	67%	77%	235%
40%	70%	78%	240%
41%	73%	79%	245%
42%	76%	80%	250%
43%	79%	81%	255%
44%	82%	82%	260%
45%	85%	83%	265%
46%	88%	84%	270%
47%	91%	85%	275%
48%	94%	86%	280%
49%	97%	87%	285%
50%	100%	88%	290%
51%	105%	89%	295%
52%	110%	90%	300%
53%	115%	91%	305%
54%	120%	92%	310%
55%	125%	93%	315%
56%	130%	94%	320%
57%	135%	95%	325%
58%	140%	96%	330%
59%	145%	97%	335%
60%	150%	98%	340%
61%	155%	99%	345%
62%	160%	100%	350%
63%	165%		

8.3 Versement sous forme de rente

Si, au moment de l'accident, l'assuré a accompli sa 65e année, la prestation d'assurance pour une invalidité durable au sens des dispositions ci-dessus sera versée sous forme d'une rente viagère. Il sera versé au maximum le montant simple de la somme assurée, c'est-à-dire sans progression. La rente est fixée définitivement et payable à l'avance par trimestre. Elle s'élève par année et par tranche de CHF 1'000.00 du capital en cas d'invalidité à:

Âge	Rente annuelle
66	CHF 86.-
69	CHF 96.-
67	CHF 89.-
68	CHF 93.-
70	CHF 100.-
et plus	CHF 125.-

Seule la personne assurée y a droit.

9 Limitations des prestation

9.1 Prestations en cas d'accidents d'avion

Lorsque l'assuré est victime d'un accident d'avion, les prestations d'assurance assurées par la SOLIDA Assurances SA en cas de décès et d'invalidité dans le cadre de toutes les assurances-

accidents conclus auprès d'elle en faveur de l'assuré, dans la mesure où elles couvrent le risque d'aviation sans prime spéciale, sont limitées à CHF 500'000.- en cas de décès et à CHF 1'000'000.- en cas d'invalidité totale, avec réduction correspondante en cas d'invalidité partielle.

9.2 Sommes d'assurance maximales

La somme d'assurance maximale en cas de décès est de CHF 2'500.- pour les enfants de moins de 30 mois révolus et de CHF 20'000.- pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus.

Pour les assurés ayant accompli leur 65^e année, les sommes d'assurance maximales sont les suivantes:

en cas de décès	CHF 20'000.-
en cas d'invalidité (plus aucune progression)	CHF 100'000.-

Les assurances plus élevées existantes sont réduites en conséquence dès que cette limite d'âge est atteinte.

9.3 Limite d'âge

Les sommes d'assurance peuvent être conclues et augmentées jusqu'à l'âge de 65 ans révolus.

IV. RESTRICTIONS DE L'ÉTENDUE DE LA COUVERTURE

10 Exclusions

Sont exclus de l'assurance les accidents

- a) suite de faits de guerre, de guerre civile et/ou d'événements similaires
 - en Suisse, dans la Principauté du Liechtenstein et/ou les pays limitrophes,
 - à l'étranger, à moins que l'accident ne survienne dans les 14 jours qui suivent le début de tels événements dans le pays où séjourne l'assuré et qu'il n'y ait été surpris par l'éclatement de faits de guerre;
- b) suite de tremblements de terre en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein;
- c) suite de dangers extraordinaires. Sont considérés comme tels:
 - le service militaire à l'étranger,
 - la participation à des actes de guerre, à des actes de terrorisme, à la commission de crimes ou de délits,
 - les suites de désordres de tout genre, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas participé activement aux côtés des auteurs de troubles ou en tant qu'instigateur;
- d) suite de la commission intentionnelle de crimes et de délits par l'assuré ou lors de leur tentative;
- e) suite de l'effet de rayons ionisants et de dommages causés par l'énergie nucléaire;
- f) lorsque l'assuré présente un taux d'alcoolémie de 2 pour mille ou plus, à moins qu'il n'existe manifestement aucune relation de cause à effet entre l'état d'ébriété et l'accident;
- g) suite d'entreprises téméraires (les entreprises téméraires sont celles par lesquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener celui-ci à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures);
- h) lors de l'utilisation d'aéronefs comme pilote militaire, autre membre d'équipage militaire ou de grenadier parachutiste;
- i) lors de sauts en parachute militaires;
- j) lors de voyages aériens si l'assuré viole intentionnellement les prescriptions des autorités ou n'est pas en possession des licences et autorisations officielles.

Sont exclus de l'assurance:

- a) le suicide ou les atteintes à la santé que l'assuré a portées intentionnellement ou dans un état d'incapacité totale ou partielle de discernement à son propre corps;
- b) les atteintes à la santé dues à l'absorption ou à l'injection intentionnelle de médicaments, de drogues ou de produits chimiques;
- c) les atteintes à la santé suite d'interventions médicales ou chirurgicales qui n'étaient pas nécessaires du fait d'un accident assuré.

11 Réductions

11.1 Négligence grave

L'assureur renonce à son droit de réduire les prestations lorsque l'accident assuré a été provoqué par négligence grave.

11.2 Facteurs étrangers à l'accident

Lorsque des facteurs étrangers à l'accident influencent le cours d'un accident assuré, l'assureur ne verse qu'une partie des prestations convenues qui est à fixer sur la base d'une appréciation médicale.

11.3 Violation des obligations en cas de sinistre

En cas de violation fautive des obligations incombant au preneur d'assurance ou à l'ayant droit, l'assureur est en droit de réduire l'indemnité dans la proportion qui en aurait découlé si l'annonce s'était faite à temps (voir les chiffres 19 et 20).

12 Décès provoqué par un ayant droit

Lorsqu'une personne bénéficiaire du capital en cas de décès a provoqué intentionnellement le décès de l'assuré lors de la commission d'un crime ou d'un délit, elle n'a pas droit à la somme en cas de décès. Celle-ci sera versée aux autres ayants droit au sens du chiffre 7.1.

V. DÉBUT ET FIN D'UN CONTRAT

13 Début du contrat

La protection d'assurance déploie ses effets le jour convenu dans la police (certificat d'assurance) ou dans l'attestation écrite de l'acceptation de la proposition de l'assureur-maladie. Le proposant reste lié pendant 14 jours à la proposition. Le délai commence à courir dès la remise ou dès l'envoi de la proposition à l'assureur.

14 Durée du contrat

Pour l'assuré, la durée est celle convenue dans la police (certificat d'assurance). La durée minimale du contrat est d'une année. A l'échéance de la durée convenue, le contrat se prolonge tacitement d'une année, à moins que le preneur d'assurance ne le résilie pas dans les délais impartis (voir chiffre 15.1).

15 Annulation du contrat

15.1 Délai de résiliation

L'assuré peut résilier l'assurance pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

15.2 Résiliation en cas d'accident

Après chaque accident pour lequel une prestation doit être allouée, le preneur d'assurance peut résilier le contrat par écrit dans les 14 jours qui suivent le moment où il a connaissance du versement. Le contrat s'éteint dès que la résiliation est parvenue à l'assureur-maladie. En cas d'annulation anticipée du contrat, la part non utilisée de la prime est remboursée à l'assuré.

15.3 Résiliation en cas d'adaptation de la prime

Lorsque la prime est adaptée à un nouveau tarif, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans sa totalité pour la fin de l'année d'assurance en cours. Lorsqu'il fait usage de son droit, le contrat s'éteint à l'échéance de l'année d'assurance dans les limites déterminées par lui. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à l'assureur-maladie au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance.

VI. PRIME

16 Paiement de la prime et échéance

Les primes sont payables d'avance à la date indiquée dans la police (certificat d'assurance).

17 Sommation et conséquences de la demeure

Si la prime n'est pas payée dans les 30 jours à compter de son échéance, l'assureur-maladie somme le preneur d'assurance par écrit d'en effectuer le paiement dans les 14 jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation rappelle les conséquences du retard. Si la sommation reste sans effet, l'obligation est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation. L'obligation renaît pour les accidents futurs lorsque tous les arriérés sont payés et acceptés par l'assureur-maladie.

18 Modification de la prime

Le preneur d'assurance a le droit dans les deux cas suivants (voir chiffres 18.1 et 18.2) de résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours. Pour être valable, la résiliation doit parvenir

à l'assureur-maladie au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance (voir aussi chiffre 15.1). Faute de résiliation de la part du preneur d'assurance, l'adaptation du contrat est considérée comme acceptée.

18.1 Adaptations du tarif

Lorsque les primes du tarif changent, l'assureur peut demander l'adaptation du contrat avec effet dès l'année d'assurance suivante. Pour cela, il doit communiquer au preneur d'assurance respectivement la nouvelle prime et les nouvelles conditions du contrat au plus tard 25 jours avant l'échéance de l'année d'assurance.

18.2 Adaptations en fonction de l'âge

Les primes se fondent sur le tarif applicable aux groupes d'âge respectifs et sont adaptées au groupe d'âge supérieur au moment où le groupe d'âge est accompli. L'assureur-maladie communique la nouvelle prime au preneur d'assurance 25 jours avant l'échéance de l'année d'assurance.

VII. PRÉTENTIONS ET OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

19 Avis de sinistre

Tout cas d'assurance qui donnera vraisemblablement droit à des prestations d'assurance, doit être annoncé à l'assureur-maladie immédiatement après la survenance de l'événement.

En cas de décès, l'assureur-maladie doit être avisé immédiatement, au plus tard dans les 48 heures, par courrier électronique, par écrit ou oralement.

20 Obligations du preneur d'assurance et de l'ayant droit

Le preneur d'assurance ou l'ayant droit entreprend tout ce qui peut servir à déterminer les circonstances et les suites de l'accident. L'assuré doit notamment délier les médecins qui le traitent ou l'ont traité du secret professionnel à l'égard de l'assureur.

Toute violation fautive des obligations entraîne des réductions des indemnités selon chiffre 11.3 à l'encontre du preneur d'assurance ou de l'assuré.

L'assuré, le preneur d'assurance ou l'ayant droit est tenu lors de la perte de tout droit en cas d'omission à fournir à la SOLIDA Assurances SA dans les 30 jours à compter de l'invitation écrite correspondante tout renseignement demandé sur l'état de santé antérieur et actuel ainsi que sur l'accident et le processus de guérison.

21 Exigibilité et versement des prestations d'assurance

Les prestations d'assurance sont échues quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu toutes les indications et les certificats médicaux lui permettant de se convaincre du bien-fondé et de l'étendue de la prétention. A l'exception du capital en cas de décès selon chiffre 7.1, la personne assurée est l'ayant droit.

Informations selon la loi sur le contrat d'assurance

22 Informations destinées au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat

Tout cas d'assurance qui donnera vraisemblablement droit à des prestations d'assurance, doit être annoncé à l'assureur-maladie immédiatement après la survenance de l'événement.

En cas de décès, l'assureur-maladie doit être avisé immédiatement, au plus tard dans les 48 heures, par courrier électronique, par écrit ou oralement.

23 Protection des données

En ce qui concerne la protection des données, il est assuré que les données collectées dans le cadre du dépôt de la proposition et du contrat d'assurance sont traitées exclusivement aux fins d'exécution du contrat. Le respect de la loi fédérale sur la protection des données est notamment garanti. Les données sont protégées physiquement et électroniquement de sorte qu'elles ne soient pas accessibles à des tiers non autorisés.

Les données sont traitées exclusivement par des personnes qui sont liées par contrat de travail respectivement à l'assureur et à l'assureur-maladie ou par des personnes qui, dans le cadre d'un mandat contracté pour le compte de l'assureur, se chargent de l'exécution réglementaire de l'assurance dans le domaine du contrôle médical et juridique des prestations ainsi que de la réassurance. L'assureur, respectivement l'assureur-maladie, garantit que les personnes autorisées à traiter les données ont connaissance de leurs obligations découlant du droit de la protection des données et qu'elles s'engagent à les respecter. Dans le cadre de l'obligation convenue par contrat de collaborer et de réduire le dommage, l'assureur peut solliciter une procuration de la part du preneur d'assurance lui permettant un traitement élargi des données.

VIII. DISPOSITIONS FINALES

24 Compensation

L'assureur-maladie a le droit de compenser des prestations de remplacement échues avec des primes qui lui sont dues par le preneur d'assurance.

25 Cession et mise en gage

Les droits aux prestations assurées ne peuvent être ni cédés ni mis en gage avant leur fixation définitive sans l'accord formel de l'assureur.

26 Communications

Toutes les communications doivent être adressées à l'assureur-maladie, sauf si la personne assurée ou ses proches parents ont,

en cas de sinistre, déjà été contactés directement par la SOLIDA Assurances SA en sa qualité d'assureur. La SOLIDA Assurances SA reconnaît toutes les communications adressées à l'assureur-maladie comme faites à elle-même.

27 For

La SOLIDA Assurances SA reconnaît le for du siège de sa direction ou celui du lieu de domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'assuré.

28 Entrée en vigueur/Modifications des CGA

Les présentes CGA entrent en vigueur le 01.01.2008 pour les accidents se produisant à partir de cette date

L'ASSURANCE DE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ KTI-PREVEA

CONDITIONS D'ASSURANCE (CA)

Assureur: Helsana Assurance Complémentaire SA, Zurich

Edition 2007

Grâce à PREVEA, l'assurance de capital en cas de décès et d'invalidité, une somme d'assurance (capital) peut être souscrite pour la couverture des conséquences économiques en cas de décès et d'invalidité suite à une maladie.

Helsana Assurances complémentaires SA a conclu un contrat de collaboration avec Patria, Société suisse d'assurances sur la vie, Bâle, pour les prestations consécutives à la maladie. Helsana Assu-

rances complémentaires SA octroie ces prestations d'assurance en qualité d'assureur vis-à-vis de la personne assurée; elle est désignée ci-après par «assureur».

Le glossaire en annexe fait partie intégrante des présentes Conditions d'assurance.

Tous les termes utilisés dans le texte pour désigner des personnes s'appliquent aux deux sexes.

I. CONTENU DU CONTRAT

1 Quelles sont les bases du contrat?

La proposition d'assurance individuelle, la police, les Conditions d'assurance déterminantes (CGA) et les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) sont à la base de ce contrat.

2 Jusqu'à quand l'assurance peut-elle être conclue et quelles sont les personnes assurées?

L'assurance peut être conclue dès la naissance et jusqu'à l'âge de 55 ans révolus, c'est-à-dire un jour avant d'avoir atteint l'âge en question. Sont assurées les personnes mentionnées dans la police d'assurance.

3 Où la couverture d'assurance s'applique-t-elle?

Le contrat est valable dans le monde entier.

4 Quels sont mes devoirs en tant que personne assurée?

Tous les faits pertinents pour l'évaluation du risque doivent être indiqués de manière complète et conforme à la vérité dans le formulaire de proposition, dans la mesure où ils sont connus ou devraient l'être à la conclusion du contrat. Si de tels faits sont communiqués de manière inexacte ou dissimulés, l'assureur est en droit de dénoncer le contrat par une déclaration écrite, dans un délai de quatre semaines après avoir eu connaissance de la violation du devoir d'annonce. La résiliation prend effet à sa réception chez le preneur d'assurance.

Si le contrat est dissous suite à une résiliation, l'obligation de prestations de l'assureur s'éteint également pour les dommages antérieurs dont la survenance ou l'étendue a été influencée par un fait important non déclaré ou incorrectement déclaré. Dans la mesure où l'obligation de prestations a déjà été remplie, l'assureur a droit à restitution.

II. COUVERTURE D'ASSURANCE

5 Quand débute la couverture d'assurance?

Le début de l'assurance peut être requis pour le 1er jour de chaque mois. La couverture d'assurance débute à la date mentionnée par écrit par l'assureur dans sa communication au proposant.

6 Quand l'assurance prend-elle fin?

L'assurance prend fin automatiquement:

- en cas de décès de la personne assurée;
- avec la résiliation du contrat pour la fin d'un mois;
- avec le versement de la globalité du capital d'invalidité assuré en relation avec la prestation d'invalidité;
- le 31 décembre qui suit l'âge de 59 ans révolus;
- selon les dispositions suivantes du cfr. 9.

L'assurance prend en outre fin en cas de résiliation du contrat de collaboration conclu entre Patria Société d'assurances sur la vie et

Helsana Assurances complémentaires SA. Cette résiliation doit être communiquée par écrit à la personne assurée au plus tard un mois avant l'extinction de la couverture d'assurance.

7 Quand puis-je résilier mon contrat?

Le preneur d'assurance peut résilier son contrat par écrit en tout temps pour la fin d'un mois. Le délai de résiliation est de trois mois.

En cas de modifications selon le cfr. 20 des présentes Conditions d'assurance, le contrat peut être résilié dans les 30 jours, pour la date de modification dudit contrat. Si l'assureur ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours dès réception de la communication de la modification, il y a acceptation.

L'assureur renonce à son droit légal de résilier le contrat en cas de sinistre. Demeure réservé le désistement en cas de comportement contraire aux dispositions contractuelles.

III. ASPECTS FINANCIERS

8 Comment les primes sont-elles calculées?

Les primes sont calculées en fonction de l'âge et du sexe de la personne assurée et selon le montant de la somme d'assurance. A cet effet, les personnes assurées sont réparties en groupes d'âge. Un groupe d'âge comprend une période de cinq ans.

9 Comment payer les primes?

Les primes sont généralement perçues mensuellement, doivent être payées d'avance et viennent à échéance le 1er de chaque mois. Si d'autres rythmes de paiement ont été convenus, les

La personne assurée est tenue de verser un montant minimal de CHF 50.- à l'assureur à titre de dédommagement pour les frais administratifs supplémentaires résultant de la procédure de rappel. Si l'assureur doit engager une demande de poursuites, la personne assurée est tenue de lui verser un montant minimal de CHF 150.- à titre de dédommagement pour les frais administratifs supplémentaires résultant de la procédure.

primes viennent à échéance respectivement le 1er jour de la période déterminante.

Si la personne assurée ne s'acquitte pas de son obligation de paiement, elle est sommée par écrit de régler son dû dans les 14 jours à compter de l'envoi du rappel, indépendamment des éventuels arrangements de paiement par acomptes. Si le rappel demeure sans effet, l'obligation de prestations cesse une fois écoulé le délai de rappel. L'assureur se réserve en outre le droit de dénoncer le contrat.

Pour les maladies et leurs suites survenant durant la suspension des prestations, il n'existe aucun droit à des prestations, même après le paiement subséquent des primes dues.

10 Les primes peuvent-elles être compensées par des prestations et inversement?

L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances envers la personne assurée. La personne assurée n'a aucun droit de compensation envers l'assureur.

IV. PRESTATIONS

A Capital-invalidité pour les adultes

11 Quelles dispositions particulières s'appliquent en cas d'invalidité?

Le droit au capital-invalidité assuré naît en cas d'invalidité. L'assureur accorde le capital-invalidité au moment où la durée effective de l'invalidité dépasse le délai d'attente de 12 mois et qu'une décision de rente de l'Assurance invalidité fédérale (AI) passée en force existe. Si des prestations AI sont octroyées plus tôt ou que l'incapacité de gain durable est constatée avant l'échéance du délai d'attente, le capital-invalidité assuré peut être versé plus tôt, entièrement ou en partie.

12 Quel est le mode de calcul concernant le montant des prestations?

Le degré d'invalidité fixé par l'autorité de décision de l'AI est déterminant pour le calcul des prestations en capital.

Les prestations du capital-invalidité sont adaptées au degré d'invalidité. En cas d'invalidité de 70% et davantage, la personne assurée a droit à la totalité des prestations assurées; en cas d'invalidité de moins de 40%, il n'y a aucun droit aux prestations assurées.

Pour les personnes exerçant une activité professionnelle, le degré d'invalidité est déterminé sur la base du manque à gagner de la personne assurée. Le revenu reçu préalablement à l'invalidité par la personne exerçant une activité professionnelle est comparé à celui encore perçu par la personne assurée dès l'entrée en vigueur de l'invalidité ou au salaire qu'elle pourrait raisonnablement recevoir.

Pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle, est déterminante l'étendue des réductions dans le domaine de l'activité et des tâches avant le début de l'invalidité.

13 Qu'advient-il en cas de modification du degré d'incapacité de gain?

Toute modification du degré d'incapacité de gain doit être immédiatement communiquée à l'assureur. Les prestations seront adaptées au nouveau degré d'incapacité de gain.

B Capital-invalidité pour les enfants et les jeunes

14 Quelle est la base du calcul des prestations pour les enfants et les jeunes?

L'incapacité de gain des enfants et des jeunes sera calculée en fonction du taux d'incapacité de la personne assurée à exercer une activité professionnelle dans le futur.

Pour les jeunes en cours de formation professionnelle, est considéré comme base de calcul le revenu que le jeune aurait reçu à la fin de la formation professionnelle entamée. Le degré d'incapacité de gain correspond à la proportion entre la capacité de gain réduite prévue et le revenu moyen selon l'indice des revenus OFDE pour la profession apprise durant l'année servant de base de calcul.

Pour les enfants et les jeunes qui n'ont pas encore entrepris de formation professionnelle, l'invalidité est calculée sur le critère déterminant si oui et dans quelle mesure il sera possible à la personne assurée d'exercer une activité professionnelle à l'avenir. Le degré d'incapacité de gain correspond à la proportion entre la capacité de gain réduite prévue et le revenu moyen selon l'indice des revenus OFDE durant l'année servant de base de calcul.

15 Comment détermine-t-on le degré d'incapacité de gain vraisemblable?

Le degré de l'incapacité de gain vraisemblablement permanente est déterminé par le service du médecin-conseil de l'assureur et la somme d'assurance correspondante est versée.

C Capital-décès

16 Quand a-t-on droit au capital-décès?

Le droit au capital-décès naît au décès de la personne assurée, en faveur des ayants droit.

Le décès doit être communiqué sans délai à l'assureur. Un acte de décès officiel, ainsi qu'un certificat médical indiquant les causes et circonstances du décès doivent également lui être remis.

17 Qui sont les ayants droit?

Le capital-décès est remis au bénéficiaire nommé dans la proposition. Une modification peut être apportée en tout temps. Elle doit être faite par écrit à l'assureur.

Si aucun ayant droit n'a été désigné, l'ordre des bénéficiaires est le suivant:

- le conjoint;
- à son défaut les enfants;
- à leur défaut les autres héritiers légaux de la personne assurée.

V. DISPOSITIONS PARTICULIER

18 Comment procéder en cas de sinistre?

Les prestations assurées seront octroyées dès que l'assureur sera en possession des documents utiles pour l'examen des prétentions d'assurance (p. ex. décision de rente de l'AI, rapport médical) et que les dispositions selon le cfr. 11 précédent auront été remplies. L'assureur se réserve le droit de faire examiner la personne assurée par des médecins de son choix.

19 Quelles prestations ne sont pas assurées?

Il n'y a pas de prestations dans les cas suivants:

- provocation intentionnelle de l'invalidité; ceci est également valable pour la personne assurée qui a commis l'action menant son invalidité dans un état d'incapacité de discernement provoqué intentionnellement;
- accident et/ou lésions corporelles assimilées à un accident;
- atteintes prénatales à la santé, infirmités congénitales et leurs conséquences;
- suicide suite à une maladie, ainsi que les suites d'une tentative de suicide, pendant les trois premières années suivant la conclusion d'assurance. Ceci est également valable pour la personne assurée qui a commis l'action menant à son décès dans un état d'incapacité de discernement provoqué intentionnellement;
- en cas de dommages à la santé consécutifs à des radiations ionisantes ou dus à l'énergie atomique.

L'assureur renonce à son droit légal de réduire les prestations, si l'événement assuré a été provoqué par une négligence grave.

Si l'événement assuré est la conséquence d'un acte téméraire, les prestations seront réduites et refusées dans certains cas particulièrement graves.

Si un enfant décède avant l'âge de 2 1/2 ans, seules les primes augmentées d'un intérêt de 5% seront restituées en lieu et place de toute autre prestation.

Lorsqu'un enfant assuré décède avant d'avoir atteint l'âge de 12 ans, la somme d'assurance est limitée à CHF 10'000.-.

Lorsqu'un assuré a atteint l'âge de 56 ans révolus, la somme maximale de CHF 100'000.- peut être assurée pour des risques économiques en cas d'invalidité. Les assurances en vigueur seront réduites en conséquence.

20 Qu'advient-il lors d'une adaptation de prime?

L'assureur peut exiger l'adaptation du contrat au nouveau tarif de primes. L'assureur communique ces modifications par écrit aux personnes assurées.

21 Dispositions diverses en cas de service militaire ou faits de guerre

Le service actif pour la sauvegarde de la neutralité suisse, ainsi que pour le maintien de l'ordre et de la tranquillité intérieure, tous les deux sans faits de guerre, sont considérés comme service militaire en temps de paix et comme tels inclus dans l'assurance dans le cadre des présentes CA.

Si la Suisse est en guerre ou engagée dans des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre, ce sont les dispositions émises par le Conseil fédéral qui sont en vigueur.

Un engagement en vue du maintien de la paix dans le cadre de l'ONU n'est pas assuré (p. ex. casques bleus de l'ONU et bérets jaunes de l'OSCE).

22 Où se trouve le lieu d'exécution?

Est considéré comme lieu d'exécution le domicile suisse (ou liechtensteinois) de l'ayant droit ou de son représentant légal. En l'absence du domicile requis, le siège de l'assureur est considéré comme lieu d'exécution.

23 De quels moyens d'information dispose la personne assurée?

Les informations de caractère général sont publiées dans le magazine clients, l'organe de publication d'Helsana et la page Internet correspondante. Toutes les communications sont envoyées à la dernière adresse annoncée du lieu de domicile suisse.

24 Qu'advient-il de mes données?

Patria, Société suisse d'assurances sur la vie, Helsana Assurances complémentaires SA et les autres sociétés du Groupe Helsana utilisent les informations personnelles des personnes assurées non seulement pour l'exécution du contrat et pour les conseils personnels et l'assistance aux patients, mais aussi pour améliorer en permanence la qualité des produits et des services qu'elles offrent à leurs clients potentiels, actuels et anciens. Les données sont, pour la création de groupes de clients orientée besoins, exploitées selon des méthodes mathématiques et statistiques afin de répondre de manière aussi optimale que possible aux besoins différenciés et individuels des assurés et d'offrir, pour le compte d'Helsana Assurances complémentaires SA ou des sociétés du Groupe Helsana ou encore des entreprises partenaires (en particulier de Patria Société suisse d'assurances sur la vie et des autres sociétés nommément mentionnées sur le site Internet d'Helsana), des produits et des services qui sont avantageux ou auxquels pourraient s'intéresser des assurés potentiels, existants ou anciens. Patria Société suisse d'assurances sur la vie, Helsana Assurances complémentaires SA et les autres sociétés du Groupe Helsana sont par conséquent autorisées à consulter le dossier d'assurance-maladie qui, le cas échéant, a été établi au titre de l'assurance de base et/ou de l'assurance complémentaire et à le traiter (uniquement) dans le domaine de l'assurance complémentaire pour les buts précités.

25 Qui appartient au Groupe Helsana?

Sont membres du Groupe Helsana, en plus d'Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Assurances SA, Progrès Assurances SA, sansan Assurances SA, avanex Assurances SA, aerosana assurances, Helsana Accidents SA, Helsana Participations SA, Helsana et PROCARE Prévoyance SA.

26 Qui fait partie des entreprises partenaires du Groupe Helsana?

Patria Société suisse d'assurances sur la vie en particulier. Les autres entreprises partenaires actuelles d'Helsana Assurances complémentaires SA, respectivement du Groupe Helsana, sont mentionnées sur le site Internet www.helsana.ch.

27 Les données personnelles sont-elles transmises à des tiers?

Patria Société suisse d'assurances sur la vie, Helsana Assurances complémentaires SA et le Groupe Helsana sont soumis à des prescriptions particulièrement strictes en matière de protection des données.

Aucune information personnelle n'est donc en principe communiquée à des tiers en dehors du Groupe Helsana. Seuls constituent une exception les cas où la communication des données est expressément prescrite ou autorisée par une disposition légale ou lorsqu'il est fait appel à des entreprises partenaires pour le déroulement et l'exécution du présent contrat.

28 Pendant combien de temps les données personnelles sont-elles conservées?

Les données personnelles ne sont ni traitées ni conservées dans une base de données ou sur papier plus longtemps que les dispositions légales ou contractuelles ne l'exigent impérativement. Elles sont ensuite effacées.

29 Où se trouve le for?

Les réclamations découlant du contrat d'assurance peuvent être adressées au choix au tribunal du lieu de domicile suisse de la personne assurée ou de l'ayant droit ou au siège de l'assureur.

VI. GLOSSAIRE

Accident

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, psychique ou mentale ou entraîne la mort.

Acte téméraire

Les actes téméraires sont des actes à l'occasion desquels la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grand, sans prendre ou pouvoir prendre les mesures qui ramènent le risque à un niveau raisonnable. Dans ce cas, la liste SUVA concernant les actes téméraires sert de référence.

Activité pouvant être raisonnablement exigée

Une activité peut être raisonnablement exigée lorsqu'elle est adaptée aux connaissances, aux capacités et à l'ancienne situation personnelle de la personne assurée.

Age déterminant

Est réputé âge déterminant de la personne assurée, pour l'assurance et le calcul des primes, la différence entre l'année civile et l'année de naissance.

Incapacité de gain

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Invalidité

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (dans le cadre de PREVEA Accident, le chiffre 9 prime).

Lésion corporelle assimilée à un accident

Pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:

- les fractures;
- les déboitements d'articulations;
- les déchirures du ménisque;
- les déchirures de muscles;
- les elongations de muscles;
- les déchirures de tendons;
- les lésions de ligaments;
- les lésions du tympan.

Maladie

Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique, psychique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

Revenu OFDE

L'Office fédéral du développement économique et de l'emploi (OFDE; aujourd'hui seco, Secrétariat d'Etat à l'économie) fixe le revenu pour les jeunes qui suivent une formation professionnelle. Celui-ci constitue la base de calcul pour les prestations d'assurance.

La caisse maladie Agrisano complète son offre par des assurances ciblées telles que l'assurance de protection juridique rurale AGRI-protect.

Toute la Suisse sauf les cantons BE, FR, NE et JU

Agrisano a conclu avec l'assurance de protection juridique Orion un contrat collectif spécialement adapté aux besoins de l'agriculture. En cas de démêlés juridiques, les spécialistes d'Orion s'appuient sur USP Fiduciaire et Estimation, bureau de conseil et de fiduciaire de l'Union Suisse des Paysans. Dans le cadre d'AGRI protect, son personnel

spécialisé prend en charge le règlement des sinistres lors de litiges nécessitant des connaissances spécifiques au monde agricole.

Pages 34 à 38

Les cantons BE, FR, NE et JU

Pour les cantons de BE, FR, NE et JU, Agrisano a conclu un contrat collectif avec la Société rurale d'assurance de protection juridique FRV (SRJP).

Pages 39 à 40

L'assurance de protection juridique rurale AGRI-protect pour toute la Suisse sauf les cantons BE, FR, NE et JU

Assureur: Orion, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique Centralbahnstrasse 11, 4002 Bâle

CONDITIONS GENERALES D'ASSURANCE (CGA)



Protection juridique pour exploitations agricoles

(Assurance de protection juridique professionnelle, privée et en matière de circulation pour les assurés AGRISANO)

A1 Qui est assuré?

- Sont assurés:
 - L'assuré figurant dans la police
 - Ses enfants faisant ménage commun avec lui, jusqu'à l'année durant laquelle ils atteignent 18 ans.
 - Les ayant cause d'un assuré décédé, lorsque son décès est à l'origine d'un événement assuré ou lorsque le règlement d'un cas assuré n'est pas encore terminé.
- Le domaine de l'assurance professionnelle est valable uniquement pour des entreprises agricoles. Des activités d'appoint (comme commerce de bétail, entreprise de travaux agricoles, agro-tourisme, pension pour chevaux ou autres) associées à une entreprise agricole sont toutefois incluses aussi longtemps que le chiffre d'affaires annuel ne dépasse pas CHF 100'000.-.

A2 Où l'assurance est-elle valable?

- L'assurance est valable pour les cas de prétentions en dommages-intérêts, de droit pénal et d'aide aux victimes d'infractions (art. A3 al. 1-4) ainsi que de manière générale pour les cas de protection juridique en matière de circulation, qui surviennent en Europe ou dans les Etats riverains de la Méditerranée, à condition que le for compétent pour la sauvegarde des intérêts juridiques de l'assuré se trouve dans ces territoires.
- Dans les autres cas, l'assurance est valable à condition que le for se trouve en Suisse et que le droit suisse soit applicable.
- La Principauté du Liechtenstein est assimilée à la Suisse.

A3 Quels sont les cas assurés?

Sont assurés les cas suivants (liste exhaustive):

Domaines juridiques qui concernent la protection juridique professionnelle, privée et en matière de circulation:

- Prétentions en dommages-intérêts
Les prétentions extra-contractuelles en dommages-intérêts pour des dommages matériels et corporels (blessures/décès) ainsi que pour des préjudices de fortune qui en résultent directement;
- Plainte pénale
Le dépôt d'une plainte pénale si cela est nécessaire pour la réclamation de dommages-intérêts selon l'art. A3 al. 1 (à l'exception des atteintes à l'honneur);
- Défense pénale
La défense des intérêts juridiques d'un assuré lors de procédures pénales ou pénales-administratives engagées contre lui du fait d'une inculpation pour violation par négligence de prescriptions légales ainsi qu'à la suite d'un accident de la circulation ou en cas d'infraction aux règles de la circulation;
- Loi sur l'aide aux victimes d'infractions
Les prétentions en dommages-intérêts dans le cadre de la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI);
- Droits réels
Les litiges résultant de la propriété, de la possession ou d'autres droits réels concernant des objets mobiliers ou des animaux;
- Droit des assurances sociales
Les litiges dans le domaine des assurances sociales avec des institutions d'assurance, des caisses de pension et des caisses-maladie suisses;
- Droit des autres assurances
Les litiges résultant de contrats d'assurance avec des établissements d'assurance en Suisse;
- Droit des patients
Les litiges en tant que patient avec des médecins, hôpitaux et autres institutions médicales en Suisse;

Domaines juridiques qui ne concernent que la protection juridique professionnelle et privée:

- Contrat de travail
Les litiges résultant d'un contrat de travail, pour autant que la valeur litigieuse ne dépasse pas CHF 150 000.-. En cas de valeur litigieuse supérieure, ne seront pris en charge que les frais qui correspondent à la valeur litigieuse assurée. La valeur litigieuse déterminante correspond à l'ensemble des créances (y compris une action reconventionnelle);
- Autres contrats
Les litiges résultant des contrats suivants (liste exhaustive):
 - contrat de vente (y compris E-Commerce) concernant des objets mobiliers ou des animaux. Le recouvrement de créances non contestées n'est pas assuré,
 - contrat d'échange et de donation concernant des objets mobiliers et des animaux,
 - contrat de prêt à usage, de dépôt et de transport,
 - mandat et contrat d'entreprise, pour autant qu'ils ne soient pas liés à un projet de construction nécessitant une autorisation officielle. Le recouvrement de créances non contestées n'est pas assuré,
 - prêt de consommation (à l'exception de la constitution de gages immobiliers);

11 Protection juridique pour locataire (bail à loyer ou à ferme) ou propriétaire de biens-fonds

La sauvegarde des intérêts juridiques de l'assuré pour les objets/biens-fonds situés en Suisse

- a en rapport avec des immeubles servant à l'exploitation agricole de l'assuré en cas de litiges résultant d'un contrat d'entreprise, pour autant que ceux-ci ne soient pas liés à l'achat d'un bien-fonds ou en relation avec une construction ou une transformation nécessitant une autorisation officielle (même si une partie seulement des travaux nécessite une autorisation officielle), de même qu'en relation avec des actes préparatoires,
- b en tant que locataire ou fermier résultant d'un contrat de bail à loyer ou à ferme pour les immeubles servant à l'exploitation agricole de l'assuré ou pour des biens-fonds utilisés pour l'agriculture,
- c en tant que locataire lors de litiges avec le bailleur lorsque la chose louée est utilisée pour ses propres besoins et non à titre professionnel,
- d en tant que partie à un contrat de bail portant sur une chose mobilière,
- e en tant que propriétaire lors de
 - o litiges de droit civil en matière de voisinage avec ses voisins directs concernant
 - le droit de vue
 - l'entretien et l'implantation en limite d'arbres et de haies
 - les immissions (bruits, fumées, odeurs)
 - o litiges avec des assurances
 - o litiges résultant de servitudes actives et passives, de charges foncières et de limites de propriété, de même que les prétentions extra-contractuelles en dommages-intérêts pour des dommages matériels concernant un bien-fonds appartenant à l'assuré
 - o litiges avec des locataires ou fermiers, pour autant que cela concerne des parties du centre d'exploitation d'une entreprise agricole selon l'art. 6 al. 1 et 3 de l'ordonnance sur la terminologie agricole (RS 910.91) et que ces parties soient soumises à la loi fédérale sur le droit foncier rural (RS 211.412.11),
- f en cas de différends en rapport avec la protection de l'environnement, l'amélioration foncière agricole ainsi que de litiges de droit public avec ses voisins directs ou avec l'Etat (droit public de la construction) concernant les autorisations de construire, l'expropriation, la dépréciation du bien-fonds, l'aménagement du territoire et des zones et la police des constructions;

12 Réduction et refus de paiements directs

En cas de contestation de décisions concernant la réduction ou le refus de paiements directs selon l'art. 70 de l'ordonnance sur les paiements directs (RS 910.13). La couverture d'assurance est exclue en cas de violation intentionnelle ou répétée des dispositions (en particulier art. 70 al. 3 de l'ordonnance sur les paiements directs), qu'elle soit effectivement ou prétendument commise.

13 Droit des personnes, de la famille ou des successions

- a Dans les domaines du droit des personnes, de la famille ou des successions (mesures protectrices de l'union conjugale et droit du divorce exceptés), Orion accorde une consultation juridique par cas et par an, pour autant que le droit suisse soit applicable. En lieu et place d'une consultation interne, Orion peut décider de prendre en charge les frais d'une consultation chez un avocat ou un notaire jusqu'à concurrence d'un montant maximal de CHF 300.-.
- b En cas d'attribution d'une entreprise agricole et des biens meubles servant à l'exploitation qui y sont liés ou d'un immeuble agricole issu d'une succession selon l'art. 11, l'art. 15 al. 1 et l'art. 21 de la loi fédérale sur le droit foncier rural (LDFR), Orion accorde une consultation juridique par cas et par an, pour autant que le droit suisse soit applicable. En lieu et place d'une consultation interne, Orion peut décider de prendre en charge les frais d'une consultation chez un avocat ou un notaire jusqu'à concurrence d'un montant maximal de CHF 300.-.

Domaines juridiques qui concernent uniquement la protection juridique en matière de circulation:

14 Retrait de permis et taxation

Lors de procédures devant les autorités administratives suisses concernant le retrait du permis de conduire ou de circulation, ou la taxation cantonale des véhicules;

15 Contrats en rapport avec un véhicule

Pour faire valoir des prétentions ou s'opposer à des prétentions fondées sur des contrats du droit des obligations suivants : achat, location, prêt, leasing, dépôt, ordre de réparation.

A4 Franchise

Une franchise est due dans chaque cas assuré. La franchise se compose d'une participation aux frais de CHF 300.- plus 10% des prestations fournies en sus par Orion.

Pour les cas assurés selon l'art. A3 al. 11 lit. f et al. 12, la franchise se compose d'une participation aux frais de CHF 300.- plus 25% des prestations fournies en sus par Orion.

Aucune franchise n'est due dans la mesure où Orion n'octroie que des prestations internes ainsi que dans les cas où la prestation assurée est limitée à CHF 300.- (Art. A3 al. 13).

B Dispositions communes

B1 Quelles sont les prestations fournies?

- 1 Dans les cas assurés, Orion accorde, jusqu'à concurrence des sommes assurées prévues à l'al. 3, les prestations suivantes:
 - a la gestion du cas par Orion ou par un service de consultation spécialisé, mandaté avec l'accord d'Orion,
 - b les frais de l'avocat mandaté avec l'accord d'Orion, les frais d'assistance de l'assuré en cas de procès ou ceux d'un médiateur,
 - c les frais d'expertise ordonnée par un tribunal, par Orion ou par les avocats mandatés par Orion,
 - d les émoluments de justice et autres frais de procédure mis à la charge de l'assuré,
 - e les indemnités de procédure allouées à la partie adverse et mises à la charge de l'assuré,
 - f les frais de recouvrement des indemnités résultant d'un cas couvert et allouées à l'assuré, jusqu'à l'obtention d'un acte de défaut de bien provisoire ou définitif, une commination de faillite ou l'ouverture d'une procédure concordataire,
 - g l'avance de cautions pénales pour éviter le placement de l'assuré en détention préventive. Celles-ci doivent être remboursées à Orion.
- 2 N'est pas assuré le paiement
 - a d'amendes,
 - b des frais en relation avec les analyses de sang en rapport avec l'alcool ou les drogues, ordonnées par les autorités administratives dans les affaires liées à la circulation routière, de même que les examens médicaux ou psychologiques ainsi que des mesures d'éducation routière,
 - c de dommages-intérêts,
 - d des frais de procédure résultant de décisions pénales non contestées ou passées en force de chose jugée au moment de l'annonce du cas d'assurance (mandat de répression, ordonnance pénale, prononcé d'amende, etc.), et des décisions prises par les autorités administratives (avertissement, retrait du permis de conduire, etc.). Une procédure de recours engagée à titre préventif pour l'évaluation des chances de succès ne tient pas lieu de contestation,
 - e des frais dont la prise en charge incombe à un tiers ou qui vont à la charge d'un responsable ou d'un assureur responsabilité civile,
 - f des frais relatifs à des actions en revendication et en contestation de l'état de collocation,
 - g des frais de traduction et de déplacement.
- 3 Sont assurés, par cas, les prestations maximales suivantes:
 - les prestations selon l'art. A3 al. 13 (droit des personnes, de la famille ou des successions) incluent une consultation juridique et s'élevaient à un montant maximal de CHF 300.- par cas et année.
 - pour les cas d'assurance résultant d'autres contrats selon l'art. A3 al. 10, pour les cas d'assurance en tant que locataire, fermier ou propriétaire de biens-fonds selon l'art. A3 al. 11 ainsi que pour les cas d'assurance résultant de la réduction ou le refus de paiements directs selon l'art. A3 al. 12: CHF 20'000.-. Ce montant ne sera alloué, même en cas de pluralité d'assurés Agri-protect (par ex. lors de copropriété), qu'une fois par événement.
 - pour les autres cas d'assurance selon l'art. A3 al. 1 – 10, avec un for en dehors de Suisse ou de la Principauté du Liechtenstein: CHF 100'000.--
 - pour les cautions pénales: CHF 100'000.-
 - pour tous les autres cas: CHF 250'000.-

B2 Exclusions

Toutes les exclusions sont prioritaires par rapport aux dispositions qui règlent les cas juridiques assurés.

1 Exclusions pour tous les types d'assurance de protection juridique

Ne sont pas assurés:

- a tous les cas juridiques ou toutes les qualités d'assuré pour lesquels une couverture n'est pas expressément accordée, comme par ex. le droit des sociétés, des fondations et des associations, le droit fiscal et le droit des étrangers;
- b les cas concernant des prétentions ou des obligations qui, de par la loi, ou en vertu du droit successoral ou par cession/reprise de dette, ont été transférées à l'assuré;
- c les litiges résultant de jeux et de paris, d'achat et de vente de papiers-valeurs ainsi que de participations financières à des entreprises, à des contrats de time-sharing, de la gérance de fortune, d'opérations de bourse, d'opérations spéculatives ou à terme, d'autres opérations financières ou d'investissement, ainsi que les litiges qui s'y rapportent avec des intermédiaires ou des mandataires éventuels;
- d la défense contre des prétentions en dommages-intérêts non contractuelles formulées par des tiers ainsi que dans les cas où un assureur responsabilité civile doit intervenir;
- e les cas en relation avec des faits de guerre, d'émeutes, de grèves, de lock-out, les dommages causés par l'énergie nucléaire, les dommages génétiques résultant de rayonnements radioactifs, des conséquences dues à des accidents de nature chimique, ainsi que ceux dus aux modifications génétiques des aliments, des plantes et des animaux;
- f les cas résultant de la participation à des rixes ou à des bagarres;
- g les différends entre les membres d'une propriété par étage resp. au sein d'associations de propriétaires par étage ainsi que les litiges entre concubins;
- h les litiges avec Orion, ses organes ou les mandataires chargés de la défense des intérêts de l'assuré;
- i les cas résultant du droit des poursuites et des faillites (restent assurées les mesures de recouvrement résultant de cas assurés selon l'art. B1 al. 1 lit. f);
- j à l'exception de la consultation juridique décrite à l'art. A3 al. 13, les litiges entre conjoints, parents et personnes partageant le même toit, concubins;

2 Exclusions supplémentaires dans l'assurance de protection juridique professionnelle et privée

Ne sont pas assurés:

- a les cas en tant que propriétaire, possesseur, détenteur, conducteur, emprunteur, locataire, preneur de lea sing, acheteur ou vendeur d'aéronefs ou de bateaux qui doivent être obligatoirement immatriculés;
- b les litiges en relation avec l'exercice rémunéré d'un sport ou l'activité rémunérée d'entraîneur;

3 Exclusions supplémentaires dans l'assurance de protection juridique en matière de circulation

Ne sont pas assurés:

- a les cas résultant d'une inculpation pour dépassement de la vitesse maximale autorisée de 30 km/h ou plus, pour inaptitude à conduire en raison de l'alcool (0,8 ‰ ou plus), d'un médicament ou d'une drogue ainsi que pour refus de se soumettre à une analyse de sang;
- b la récidive d'un cas résultant d'une inculpation pour conduite en état d'ébriété, même si le taux d'alcoolémie est inférieur à 0,8 ‰;
- c les litiges dans lesquels le conducteur, lors de la survenance du cas d'assurance, n'était pas en possession d'un permis de conduire valable ou n'était pas autorisé à conduire le véhicule, ou lorsqu'il conduisait un véhicule qui n'était pas muni de plaques de contrôle valables (la garantie est cependant accordée à l'assuré qui n'en avait pas ou ne pouvait pas en avoir connaissance);
- d les procédures visant à l'obtention ou à la conversion d'un permis de conduire ainsi qu'à la récupération d'un permis retiré par une décision passée en force de chose jugée;
- e l'achat/la vente/la location/le leasing de véhicules, lorsque l'assuré exerce cette activité à titre professionnel;
- f les propriétaires/détenteurs de taxis, cars, véhicules d'une école de conduite;
- g les cas résultant de la participation active à des concours ou à des courses de véhicules à moteur, y compris lors des entraînements;
- h les litiges en tant que propriétaire, détenteur ou conducteur d'aéronefs ainsi que les litiges contractuels en relation avec des véhicules nautiques;
- i les cas concernant des dénonciations pour inobservation des règles de circulation applicables aux véhicules en stationnement (arrêt ou stationnement interdits, etc.).

B3 Dans quels cas les prestations sont-elles réduites?

Orion renonce expressément au droit qui lui est conféré par la loi de réduire ses prestations en cas de sinistre causé par une faute grave.

B4 Quand l'assurance déploie-t-elle ses effets?

- 1 L'assurance prend effet à la date indiquée dans la police et est valable jusqu'à la fin de l'année civile en cours. Elle se renouvelle tacitement pour une nouvelle année si elle n'est pas résiliée par écrit par l'une des parties au plus tard trois mois avant l'échéance du contrat.
- 2 L'assurance est valable pour les cas d'assurance qui surviennent pendant la durée du contrat, mais au plus tôt trois mois après le début du contrat, pour autant que le besoin de protection juridique soit également survenu pendant la durée du contrat.
Pour les cas de protection juridique en matière de dommages-intérêts suite à accident de même que lors de procédures concernant le retrait du permis, ainsi qu'en protection juridique en matière pénale, ce délai de carence n'est pas applicable. Il n'est pas applicable non plus en cas de couverture similaire auprès d'un assureur précédent lors d'un transfert sans interruption.

B5 Quand un cas s'est-il réalisé?

Un cas est réputé réalisé:

- 1 prétentions en dommages-intérêts:
au moment où le dommage a été causé,
- 2 droit pénal:
au moment où une infraction aux dispositions pénales a été effectivement ou prétendument commise,
- 3 droit des assurances sociales et des autres assurances:
au moment où survient l'événement (p.ex. accident, maladie) qui déclenche le droit aux prestations (p. ex. indemnités journalières, rente) auprès de l'assurance.
- 4 droit des successions:
lorsque l'assuré peut raisonnablement déceler que des différends juridiques pourraient survenir, au plus tard au décès du propriétaire des biens formant la succession.
- 5 dans tous les autres cas:
au moment où la violation de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, mais au plus tard lorsque l'assuré peut raisonnablement déceler que des différends juridiques pourraient survenir.

B6 Comment le contrat peut-il être résilié lors d'un cas assuré?

- 1 Lors de chaque cas assuré, le contrat d'assurance peut être résilié par écrit par :
 - l'assuré désigné dans la police, au plus tard 14 jours après avoir eu connaissance du règlement du cas,
 - Agrisano, au plus tard lors du règlement du cas.
- 2 Si l'assuré résilie le contrat, la garantie prend fin à réception par Agrisano de l'avis de résiliation. La prime est remboursée proportionnellement, sauf si l'assuré résilie le contrat durant l'année suivant la conclusion de ce dernier. Dans ce cas, Agrisano a droit à la prime pour la période d'assurance en cours.
- 3 Si Agrisano résilie le contrat, la garantie prend fin 14 jours après réception par l'assuré de l'avis de résiliation. La prime non courue est remboursée.

B7 Que faire lorsque se réalise un cas d'assurance?

- 1 Lorsque se réalise un cas d'assurance pour lequel un assuré entend solliciter les services de AGRI-protect, il doit l'en aviser immédiatement et par écrit. Si l'assuré mandate un avocat, resp. un représentant juridique ou un médiateur avant la déclaration du cas à Orion ou à Agrisano, les coûts survenus avant la déclaration du cas ne sont assurés que jusqu'à concurrence de CHF 300.-.
- 2 Toutes les pièces en rapport avec le cas, telles que procès-verbaux d'amende, citations à comparaître, jugements, échanges de lettres, etc. doivent être communiquées immédiatement à AGRI-protect. Si l'assuré ne fournit pas l'intégralité des pièces demandées, il sera sommé de s'exécuter dans un délai raisonnable sous peine de déchéance de ses droits.

B8 Comment un cas assuré se règle-t-il?

- 1 Orion détermine la marche à suivre conformément aux intérêts de l'assuré. Orion (ou un prestataire de service désigné par elle) conduit, le cas échéant, les pourparlers en vue d'un règlement amiable du cas et propose dans les cas appropriés une médiation. La décision de recourir à un avocat ou à un médiateur est du ressort d'Orion.
- 2 Orion accorde à l'assuré le libre choix de l'avocat, lorsqu'un tel représentant doit être mandaté en vue d'une action judiciaire civile ou administrative, ainsi qu'en cas de conflit d'intérêts. En cas de changement de mandataire par l'assuré, celui-ci devra prendre en charge les frais supplémentaires qui en résultent. Orion se réserve le droit de refuser l'avocat proposé par l'assuré. Celui-ci est alors en droit de proposer trois avocats établis dans la circonscription judiciaire compétente et d'études différentes, et parmi lesquels Orion choisira le mandataire chargé du cas. Le refus d'un avocat ne doit pas être justifié.
- 3 L'assuré s'engage à fournir à Orion et, le cas échéant, à l'avocat mandaté, les renseignements et les procurations nécessaires. Il autorise l'avocat à tenir Orion au courant du déroulement de la procédure et en particulier à mettre à sa disposition les pièces lui permettant de se prononcer sur les chances de succès d'un procès.
- 4 L'assuré ne peut conclure des transactions comportant des obligations pour Orion qu'avec l'accord de cette dernière.
- 5 Les indemnités judiciaires et dépens, y compris l'indemnisation des honoraires avant procès, alloués à l'assuré (judiciairement ou extra-judiciairement) reviennent à Orion jusqu'à concurrence des prestations fournies.

B9 Divergences d'opinion

- 1 S'il existe des divergences d'opinion concernant la marche à suivre dans un cas d'assurance couvert ou concernant les chances de succès du cas d'assurance, Orion doit aviser immédiatement l'assuré en motivant sa position juridique et l'informer de la possibilité qui lui est conférée de mettre en place dans les 20 jours une procédure arbitrale. S'il ne demande pas la procédure arbitrale pendant ce délai, il est réputé y avoir renoncé. A compter de la réception de la notification, l'assuré devra prendre lui-même toutes les mesures nécessaires pour la défense de ses intérêts. Orion ne sera pas responsable des conséquences résultant de mesures inadéquates prises par l'assuré, en particulier s'agissant d'éventuelles inobservances de délais. Les frais de cette procédure arbitrale doivent être payés par avance par les parties à raison de moitié et seront à la charge de la partie qui succombe. Si l'une des parties ne verse pas l'avance de frais, elle est réputée reconnaître la prise de position de l'autre.
- 2 Les parties choisissent d'un commun accord un arbitre unique. Conformément à l'art. 24 al. 1 du concordat sur l'arbitrage, la procédure se limite à un unique échange d'écriture comprenant les demandes motivées des parties et leurs moyens de preuves. L'arbitre statuera et basera sa décision sur ces données. Pour le surplus, les dispositions du concordat susmentionné sont applicables.
- 3 Indépendamment de la mise en place d'une procédure d'arbitrage, l'assuré peut entreprendre, à ses frais, les démarches qu'il juge utile. Si le résultat obtenu par l'assuré est, sur le fond, plus favorable que la prévision faite par Orion ou que l'issue de la procédure arbitrale, Orion rembourse à l'assuré, dans le cadre des présentes conditions d'assurance, tous les frais de procédure comme si elle l'avait approuvée.

B10 Droit de révocation

L'assuré désigné dans la police est en droit de révoquer le contrat par écrit dans un délai de 7 jours à compter de la date de signature de la proposition.

B11 Qu'en est-il des primes?

- 1 La prime est échue selon le rythme de paiement choisi dans la proposition.
- 2 Si le tarif des primes change pendant la durée du contrat, Agrisano peut demander l'adaptation du contrat à partir de l'année d'assurance suivante. Dans ce cas, elle doit communiquer la nouvelle prime à l'assuré désigné dans la police au plus tard 25 jours avant son échéance. S'il n'est pas d'accord avec la modification du contrat, il peut résilier celui-ci pour la fin de l'année d'assurance. A défaut de résiliation jusqu'à l'expiration de l'année d'assurance, il est censé avoir accepté la modification du contrat.
- 3 Si l'assuré conclut auprès de Agrisano une assurance de protection juridique sans autre assurance supplémentaire, seul un paiement annuel de la prime est possible et des frais d'administration supplémentaires de CHF 30.- par année sont perçus.
- 4 Si la prime a été payée d'avance pour une période déterminée et si le contrat est annulé avant la fin de cette période, Agrisano restitue la part de prime pour la période d'assurance non courue. Le remboursement de la prime n'entre pas en considération si:
 - le contrat est en vigueur depuis moins d'une année au moment de son extinction et il a été annulé à la demande de l'assuré,
 - l'assuré contrevient à ses obligations envers Agrisano, respectivement Orion dans le but de l'induire en erreur.

B12 Où adresser les communications?

Toutes les communications à Agrisano peuvent être adressées valablement aux agences régionales de Agrisano. Les sinistres doivent être annoncés à l'agence désignée par Orion.

B13 Quel est le for?

Pour tout litige résultant du présent contrat, Orion reconnaît comme for le siège social ou le domicile de l'assuré en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein. Le for subsidiaire est à Bâle.

L'assurance de protection juridique rurale AGRI-protect pour les cantons BE, FR, NE et JU

Assureur: Société rurale d'assurance de protection juridique FRV (SRPJ) / Bäuerliche Rechtsschutzversicherung FRV (BRSV)

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA) pour l'assurance de protection juridique profession-nelle privée et de circulation routière des assurés de la caisse maladie Agrisano

valable à partir du 01.01.2006

1. BUTS ET MOYENS

La Société rurale d'assurance de protection juridique FRV (SRPJ), ci-après dénommée la Société, a pour but, en partenariat avec la caisse maladie AGRISANO, de soutenir et de représenter les intérêts professionnels et privés des familles paysannes. Pour atteindre ce but, la Société et la caisse maladie AGRISANO collaborent étroitement avec les organisations agricoles cantonales.

La Société assiste ses assurés lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes d'ordre juridique dans l'exercice de leur profession agricole, dans leur vie privée ou dans le cadre de la circulation routière. Des activités accessoires à l'entreprise agricole (comme le commerce de bétail, l'entreprise agricole pour des tiers, l'agritourisme, la pension pour chevaux, etc.) sont comprises dans la couverture.

2. PERSONNES ASSUREES

- les personnes désignées dans la police;
- leurs enfants vivant en ménage commun, jusqu'à la fin de l'année des 18 ans;
- les ayants droit d'un assuré décédé lorsque le décès de ce dernier est à l'origine d'un cas couvert ou qu'un cas en cours n'est pas encore réglé.

3. CAS COUVERTS

- a) LES RECLAMATIONS CIVILES
 - lorsqu'un assuré est menacé de subir un dommage corporel ou matériel causé par un tiers et qu'il s'agit de prendre toutes les mesures pour éviter le dommage ou en atténuer les effets;
 - lorsqu'un assuré subit un dommage corporel ou matériel causé par un tiers et qu'il s'agit d'obtenir réparation du dommage.
- b) LES LITIGES AVEC LES ASSURANCES SOCIALES OU PRIVEES
- c) LA DEFENSE PENALE ET ADMINISTRATIVE
 - lorsqu'un assuré est poursuivi pour avoir enfreint la législation;
 - lorsqu'il conteste une décision d'une autorité administrative lésant ses intérêts.
- d) LES ACCIDENTS DE CIRCULATION ET INFRACTIONS A LA LEGISLATION SUR LA CIRCULATION ROUTIERE, quels que soient le genre de véhicule utilisé et la nature, professionnelle ou privée, du trajet effectué (validité territoriale cf. ch. 7).

La protection juridique n'est cependant pas accordée en cas de conduite d'un véhicule automobile en état d'ébriété, soit avec un taux d'alcoolémie dépassant les prescriptions légales (0,5 ‰), ou de conduite sous l'influence de stupéfiants.
- e) LES LITIGES RESULTANT DE L'EXISTENCE OU DE L'APPLICATION D'UN CONTRAT REGI PAR LE CODE DES OBLIGATIONS
- f) LES LITIGES RELATIFS A DES BIENS-FONDS SERVANT A L'EXPLOITATION DU DOMAINE AGRICOLE
 - conflits de voisinage;
 - expropriation, police des constructions, aménagement du territoire ou améliorations foncières
- g) LES LITIGES SUCCESSORAUX CONCERNANT DES BIENS MOBILIERS ET IMMOBILIERS UTILISES A DES FINS AGRICOLES

4. EXCLUSIONS

- La protection juridique n'est pas accordée
- en cas de litige entre assurés ou entre un assuré et un exploitant du sol, dans le cadre de l'activité agricole ou viticole de ce dernier; le même principe s'applique à un litige entre un assuré et une collectivité formée d'exploitants (société de laiterie, syndicat d'alpage, etc.). Avec l'accord des deux parties, la Société n'intervient qu'en vue de trouver une solution à l'amiable, mais ne prend en charge aucun frais.
 - en cas d'intention délibérée de violer la loi ou d'aller à l'encontre d'une décision de justice;
 - en cas de litige avec les chambres d'agriculture et les organisations faitières cantonale et fédérales, ainsi que leurs organes et mandataires;
 - en cas de conduite d'un véhicule automobile en état d'ébriété ou sous l'influence de stupéfiants (cf. ch. 3 lettre d);
 - en cas de consultation d'un mandataire ou d'engagement d'une procédure sans accord préalable de la Société (cf. ch. 11).

5. FRAIS PRIS EN CHARGE	<p>La Société prend à sa charge, jusqu'à concurrence de fr. 100'000.-- par cas, les frais résultant des démarches amiables et judiciaires, c'est-à-dire les frais de justice, honoraires d'avocat et frais d'expert; les amendes et les dépens alloués à la partie adverse au cas où l'assuré perd son procès ne sont pas pris en charge.</p> <p>Les frais de justice ne sont remboursés que dans la mesure où la Société est intervenue pour défendre l'assuré.</p> <p>Les frais d'expert dans les procès successoraux (honoraires de notaire, estimation de la valeur de rendement) sont pris en charge à raison de 50 % pour tenir compte de la part de ces frais inhérente à tout règlement successoral.</p>
6. PARTICIPATION DE L'ASSURÉ AUX FRAIS	<p>L'assuré doit s'acquitter d'une participation de 20 % sur les honoraires d'avocat et d'expert. Le montant de cette participation est de fr. 250.- au minimum. Au cas où la Société règle le litige par ses propres moyens, aucune participation n'est réclamée.</p>
7. VALIDITE TERRITORIALE	<p>La Suisse et le Liechtenstein seulement, à l'exception des accidents de circulation survenus lors de courses professionnelles à l'étranger.</p>
8. VALIDITE TEMPORELLE	<p>La couverture d'assurance prend effet trois mois après la conclusion du contrat.</p> <p>La couverture s'étend exclusivement aux cas qui surviennent pendant la durée du contrat. Un cas est réputé survenu au plus tard quand l'assuré est en mesure de se rendre compte de l'existence d'un problème juridique.</p> <p>L'assurance débute et finit aux dates indiquées dans la police; elle est reconduite tacitement d'année en année, à moins que l'une ou l'autre des parties au contrat n'ait reçu une résiliation écrite trois mois au moins avant l'échéance.</p>
9. PRIME	<p>La prime est fixée dans la police d'assurance et ses modalités de paiement précisées dans la proposition d'assurance. Si le tarif des primes est modifié pendant la durée du contrat, AGRISANO peut exiger l'adaptation du contrat pour l'année d'assurance suivante. A cet effet, AGRISANO doit avertir les assurés désignés dans la police de la nouvelle prime, au plus tard vingt-cinq jours avant l'échéance. Si l'assuré n'est pas d'accord avec la modification du contrat d'assurance, il peut résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance. Si aucune résiliation n'est effectuée jusqu'à la fin de l'année d'assurance, la modification du contrat est considérée comme acceptée.</p> <p>Si l'assuré est couvert en protection juridique auprès d'AGRISANO sans avoir conclu d'autre assurance complémentaire, il doit s'acquitter d'une prime selon un mode annuel et, en sus, d'un émolument administratif d'un montant de fr. 30.-.</p> <p>Si une prime a été payée d'avance pour une durée de contrat déterminée et que ce contrat est résilié avant son échéance, AGRISANO rembourse la part de prime correspondante. Une restitution de prime toutefois est exclue si</p> <ul style="list-style-type: none"> - le contrat a duré moins d'une année au moment où il se termine et que c'est l'assuré qui l'a résilié; - l'assuré a violé de manière dolosive ses obligations vis-à-vis d'AGRISANO ou de la Société.
10. FOR	<p>En cas de contestations résultant des présentes conditions générales, la Société reconnaît comme for, outre son siège à Montreux, le domicile de l'ayant droit.</p>
11. TRAITEMENT DES CAS	<p>La Société exerce prioritairement une activité d'information juridique. Il est indispensable que l'agriculteur s'adresse à la Société dès qu'une difficulté d'ordre juridique apparaît et qu'il lui transmette toutes les pièces du dossier; il favorise ainsi la prévention des litiges. Si le litige ne peut être évité, la Société s'efforce de le régler à l'amiable. En cas d'échec, ou lorsqu'elle l'estime justifié, la Société engage une procédure judiciaire. Dans ce cas, l'assuré a le libre choix de l'avocat. L'assuré s'engage à renseigner la Société sur l'évolution du dossier et à délier son mandataire du secret professionnel.</p> <p>La Société ne couvre ni les frais de procédure engagées, ni les honoraires des mandataires consultés sans son accord préalable.</p>
12. ARBITRAGE	<p>Tout désaccord entre l'assuré et la Société sur l'opportunité d'entreprendre des démarches amiables ou judiciaires peut être soumis à un arbitre désigné d'un commun accord ou, à défaut d'entente, par le président du tribunal du domicile de l'assuré.</p>