

## **ASSURANCES SPÉCIALES POUR LA POPULATION AGRICOLE**

### **CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE LCA**

#### **ASSURANCE POUR AUXILIAIRE LCA**

#### **ASSURANCE ACCIDENT EN CAS DE DÉCÈS ET INVALIDITÉ ADI LCA**

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

## FEUILLE D'INFORMATION AUX ASSURÉS SELON LCA

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 caisse maladie Agrisano avec son siège principal à la Laurstrasse 10, 5200 Brougg. La caisse maladie Agrisano est une fondation selon l'article 80 et suivant du code civil suisse (CSS) qui a été créée par l'Union Suisse des Paysans (USP).

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

La caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano (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 caisse maladie Agrisano.

### 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

Toutes modifications dans la situation personnelle de la personne assurée, par exemple un changement de domicile, doit être communiqué à la caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano (maladie, accident, maternité). De plus, elle libère la personne médicale soignante du secret professionnel face à la caisse maladie Agrisano.

### 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(e) peut résilier le contrat par écrit, au plus tard dans les 14 jours suivant le dernier paiement de la caisse maladie Agrisano dont il/elle a eu connaissance. La couverture d'assurance expire à réception par la caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano

La caisse maladie Agrisano 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 l'expiration du délai, le contrat expire alors. La caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano, même si le sinistre est déjà en cours.

#### 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 protection 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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

<b>CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA)</b> .....	<b>7</b>
I. GÉNÉRALITÉS .....	7
II. DEBUT ET DUREE DE L'ASSURANCE .....	7
III. MODIFICATION DE L'ASSURANCE .....	8
IV. DEFINITIONS .....	8
V. PRESTATIONS .....	8
VI. OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ/COMMUNICATIONS .....	9
VII. PRIMES .....	9
VIII. PAIEMENT DES PRESTATIONS .....	10
IX. LITIGES .....	10
<b>AGRI-spécial</b> .....	<b>11</b>
I. GÉNÉRALITÉS .....	11
II. PRIMES .....	11
III. ÉTENDUE DES PRESTATIONS .....	11
IV. MÉDICAMENTS .....	11
V. TRAITEMENT HOSPITALIER .....	11
VI. MATERNITÉ .....	12
VII. AUTRES PRESTATIONS .....	12
<b>AGRI-naturel</b> .....	<b>15</b>
I. GÉNÉRALITÉS .....	15
II. PRIMES .....	15
III. PRESTATIONS .....	15
<b>AGRI-indemnité journalière</b> .....	<b>17</b>
I. GÉNÉRALITÉS .....	17
II. PRIMES .....	17
III. PRESTATIONS .....	17
<b>AGRI-dental</b> .....	<b>19</b>
I. GÉNÉRALITÉS .....	19
II. PRIMES .....	19
III. DEBUT ET DUREE DE L'ASSURANCE .....	19
IV. PRESTATIONS .....	19
<b>ASSURANCE POUR AUXILIAIRE</b> .....	<b>21</b>
I. CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE .....	21
<b>ASSURANCE ACCIDENTS EN CAS DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ (ADI)</b> .....	<b>23</b>
I. ÉTENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE .....	23
II. DÉFINITIONS .....	23
III. PRESTATIONS D'ASSURANCE .....	23
IV. RESTRICTIONS DE L'ÉTENDUE DE LA COUVERTURE .....	25
V. DÉBUT ET FIN D'UN CONTRAT .....	25
VI. PRIME .....	26
VII. PRÉTENTIONS ET OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE .....	26
VIII. DISPOSITIONS FINALES .....	26
<b>L'ASSURANCE DE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ KTI-PREVEA</b> .....	<b>27</b>
I. CONTENU DU CONTRAT .....	27
II. COUVERTURE D'ASSURANCE .....	27
III. ASPECTS FINANCIERS .....	27
IV. PRESTATIONS .....	28
V. DISPOSITIONS PARTICULIER .....	28
VI. GLOSSAIRE .....	30



# CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA)

Pour les assurances complémentaires selon LCA, Edition 01.01.2010

## DISPOSITIONS CUMMUNES

### I. GÉNÉRALITÉS

---

#### Art. 1 Objet de l'assurance

1 Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA) s'appliquent à toutes les branches d'assurance complémentaire de la caisse maladie Agrisano. Le détail des différentes prestations, ainsi que les variations par rapport aux dispositions communes figurent dans les règlements des branches d'assurance correspondantes.

2 Toutes les notions sont de genre neutre.

#### Art. 2 Bases de l'assurance

1 Sur la base de l'art. 12, alinéa 2 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal), la caisse maladie Agrisano propose des assurances complémentaires conformément aux présentes Conditions générales d'assurance.

2 L'organisme assureur est la caisse maladie Agrisano.

3 Les conséquences économiques des risques maladie, accident et maternité peuvent être assurées pendant la durée pour laquelle l'assurance est conclue.

4 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

L'offre d'assurance est destinée à la population agricole assurée auprès de la caisse maladie Agrisano pour l'assurance maladie conformément aux dispositions de la LAMal.

#### Art. 4 Information avant la conclusion du contrat

1 Avant la conclusion du contrat, la caisse maladie Agrisano informe le client sur l'identité de la caisse maladie Agrisano et sur les prestations principales du contrat d'assurance, notamment sur

- les risques assurés;
- l'étendue de la couverture d'assurance;
- les primes à encaisser et les obligations de l'assuré;
- la durée et la fin du contrat;

e) 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano. 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 Le contrat peut être conclu dans le cadre d'une assurance individuelle ou d'une assurance collective.

2 Le contrat peut englober les branches d'assurance suivantes:

- AGRI-spécial
- AGRI-naturel
- AGRI-indemnité journalière
- AGRI-dental

3 La police d'assurance consigne les branches d'assurance sous-crites. 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 caisse maladie Agrisano. 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 selon les alinéas 1 et 2 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 défini jusqu'auquel la caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano, 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 caisse maladie Agrisano dont il a eu connaissance. La couverture d'assurance expire à réception par la caisse maladie Agrisano du courrier de notification.

#### Art. 12 Résiliation par la caisse maladie Agrisano

La caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano

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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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

Les prestations peuvent être réduites ou refusées dans certains cas graves:

- a) en cas d'infraction coupable de la personne à assurer ou de la personne assurée à ses obligations, notamment à l'obligation de communication ou de coopération;
- 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano.

#### 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 caisse maladie Agrisano 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 délègue les médecins traitants et autres personnel médical de leur obligation de garder le secret envers la caisse maladie Agrisano. La caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano.

#### 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano compétente.
- 3 Les communications de la caisse maladie Agrisano 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 pour chaque branche d'assurance 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 caisse maladie Agrisano 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 calendrier, 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 caisse maladie Agrisano peut résilier le contrat à l'issue du délai de mise en demeure.

#### 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.

#### Art. 30 Compensation

1 La caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano.

2 Les créances vis-à-vis de la caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano.

2 Sauf accord contraire entre la caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 conformes aux présentes CGA sont versées complémentirement aux prestations des assureurs sociaux et privés étrangers ou suisses, notamment de l'assurance maladie obligatoire.

3 Si plusieurs assureurs sont obligés de verser des prestations, ils détermineront à quelle hauteur chacun d'entre eux devrait prendre les coûts en charge sur la base de l'assurance qu'il propose, s'il était le seul à devoir verser les prestations. La somme de ces prestations est alors calculée sur cette base. Le remboursement revenant à la charge de la caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano et visant à renoncer partiellement ou totalement aux prestations d'assurance ou de dommages-intérêts, les droits au versement de prestations par la caisse maladie Agrisano sont caducs.

## IX. LITIGES

---

#### 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 caisse maladie Agrisano.

# AGRI-spécial

Assurance complémentaire pour prestations complémentaires

## I. GÉNÉRALITÉS

---

### Art. 35 But

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

### Art. 36 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. 37 Exigences à l'égard des prestataires de services

- 1 Les prestations doivent être prescrites par des prestataires agréés LAMal.
- 2 La caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano ou dont il est possible de réclamer des extraits.

## II. PRIMES

---

### Art. 38 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. ÉTENDUE DES PRESTATIONS

---

### Art. 39 Prestations assurées

Dans le cadre de la section d'assurance AGRI-spécial, la caisse maladie Agrisano octroie des prestations pour:

- a) les médicaments
- b) les traitements hospitaliers en division commune
- c) la maternité
- d) les traitements cosmétiques
- e) la prévention et les mesures favorisant la santé
- f) les psychothérapies
- g) les traitements dentaires

- h) les moyens et les appareils
- i) les cures thermales et de repos
- j) les coûts de transport et de sauvetage
- k) les frais de déplacement
- l) l'aide de ménage
- m) les prestations à l'étranger
- n) la médecine alternative

## IV. MÉDICAMENTS

---

### Art. 40 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 caisse maladie Agrisano 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. 41 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 caisse maladie Agrisano.

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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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. 42 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. 43 Prestations en maternités

1 La caisse maladie Agrisano verse des prestations aux maternités qu'elle reconnaît.

2 Il convient de demander une garantie de prise en charge auprès de la caisse maladie Agrisano avant la naissance.

3 Les prestations prises en charge par la caisse maladie Agrisano, 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. 44 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano depuis 365 jours au moins.

4 Les prestations prises en charge par la caisse maladie Agrisano 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. 49 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. 45 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. 50 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. 46 Psychothérapie

1 Les traitements prescrits médicalement auprès d'un psychologue indépendant reconnu par la caisse maladie Agrisano 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. 51 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. 47 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. 52 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. 48 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. 53 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano.

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. 54 Médecine alternative

1 La caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano.

6 La caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano tient une liste de thérapeutes reconnus pour la médecine complémentaire, de leur méthodes de traitement ainsi que des tarifs qui seront remboursés.

8 La caisse maladie Agrisano 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.



# AGRI-naturel

Assurance complémentaire pour la médecine alternative étendue

## I. GÉNÉRALITÉS

---

### Art. 55 But

1 La 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. 56 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. 57 Gamme des prestations

1 La caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano peut déterminer dans certains cas si un traitement dispensé peut légitimer le droit aux prestations, en tenant compte de la formation professionnelle du prestataire de services.

2 La caisse maladie Agrisano 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 La branche d'assurance AGRI-naturel doit être souscrite pour une durée minimale d'un an.

### Art. 58 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. 59 Etendue des prestations

1 La caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano rembourse globalement au maximum CHF 5'000.- par année civile.



# AGRI-indemnité journalière

Indemnité journ. maladie et accident pour les personnes exerçant une activité agricole

## I. GÉNÉRALITÉS

---

### Art. 60 But

1 L'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.

2 L'assurance d'indemnités journalière garantit des prestations pour la perte de gain en cas de maladie et d'accident.

3 Le risque accident est toujours co-assuré.

## II. PRIMES

---

### Art. 61 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. 62 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 caisse maladie Agrisano peut procéder à un examen de risque pour l'augmentation d'indemnité et apporter des réserves conformément à l'art. 20.

rompu. L'assuré peut poursuivre la couverture du risque 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. 63 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. 67 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, d'internement ou d'éducation surveillée.

### Art. 64 Faute imputable à l'assuré

La caisse maladie Agrisano renonce à la possibilité de diminuer l'indemnité journalière pour cause de faute grave imputable à l'assuré.

### Art. 65 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. 68 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 caisse maladie Agrisano 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. 66 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 inter-

#### Art. 69 Adaptation de l'assurance

1 La caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception par l'assuré de la communication de la caisse maladie Agrisano.

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

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

# AGRI-dental

Assurance complémentaire pour traitements dentaires

## I. GÉNÉRALITÉS

---

### Art. 70 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. 71 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. DEBUT ET DUREE DE L'ASSURANCE

---

### Art. 72 Début et fin de l'assurance

1 En complément aux conditions selon art. 7 à 12, les nouveau-nés ont droit à l'affiliation sans réserve dès le jour de la naissance.

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

## IV. PRESTATIONS

---

### Art. 73 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. 74 Etendue des prestations

1 Les prestations AGRI-dental sont remboursées après les prestations dentaires d'autres assurances auprès de la caisse maladie Agrisano 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 ne 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. 75 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. 76 Droit aux prestations

1 Le droit aux prestations ne vaut que si la caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 caisse maladie Agrisano 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 Lors de fin de contrat, toutes les justificatifs de remboursement doivent être envoyés à la caisse maladie Agrisano dans les 6 mois.

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



# 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 15e 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 le 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% |
| médius   | 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.	Prestations	Degrés d'inv.	Prestations
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	CHF1 100.-
et plus	CHF 125.-

Seule la personne assurée y a droit.

## 9 Limitations des prestations

### 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 conclues 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<sup>e</sup> 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 Sommaton 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.

### 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

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.

gées 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

Assurances 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

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.

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.

## 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.

## 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;

### 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.

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.

- 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](http://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.