

ASSURANCES SPÉCIALES POUR LA POPULATION AGRICOLE

Propres assurances

Conditions générales d'assurance LCA

Conditions complémentaires

AGRI-spécial

AGRI-naturel

AGRI-dental

AGRI-revenu

Assurance d'indemnité journalière

Assurances négociées

Assurance pour auxiliaire LCA

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

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

FEUILLE D'INFORMATION AUX ASSURÉS SELON LCA

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

Généralités

Cette feuille d'informations vous donne un aperçu sur l'assureur et sur le contenu principal du contrat d'assurance au sens de l'art. 3 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). 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).

Cette feuille d'information concerne les produits propres d'Assurances Agrisano SA tout comme les produits sous-traités. Les produits sous-traités englobent l'assurance pour auxiliaire LCA, l'assurance accidents en cas de décès et d'invalidité (ADI) LCA et l'assurance de capital en cas de décès et d'invalidité (KTI-Prevea) LCA.

Qui est l'assureur?

L'assureur est la société Assurances Agrisano SA avec son siège principal à la Laurstrasse 10, 5201 Brugg. Assurances Agrisano SA est une société anonyme au sens de l'art. 620 ss du Code suisse des obligations (CO).

Les assureurs proposant les produits sous-traités sont Solida Versicherungen AG (assurance pour auxiliaire LCA et assurance accidents en cas de décès et d'invalidité [ADI] LCA) et Helsana Assurances complémentaires SA (assurance de capital en cas de décès et d'invalidité [KTI-Prevea] LCA).

Solida Versicherungen AG, dont le siège est à 8048 Zurich, est une société anonyme au sens de l'art. 620 ss CO. Helsana Assurances complémentaires SA, dont le siège est à 8600 Dübendorf, est une société anonyme au sens de l'art. 620 ss CO.

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

La couverture d'assurance est définie individuellement en fonction du produit d'assurance choisi. Les risques assurés ainsi que l'étendue de la couverture sont décrits dans la proposition d'assurance, dans la police d'assurance et dans les conditions générales d'assurance LCA (CGA). L'aperçu des prestations fourni avec le produit choisi donne une description détaillée des prestations proposées (voir les conditions complémentaires).

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 figurent dans la police. Les contrats collectifs peuvent avoir des conditions différentes.

La prime annuelle est payable d'avance au 1^{er} janvier d'une année ou – pour les paiements par tranches – le 1^{er} du mois courant. Les dispositions dérogatoires relatives aux produits sous-traités sont définies dans les CGA et les conditions complémentaires (CC) y afférentes. Lors des paiements directement aux prestataires par la société Assurances Agrisano SA (médecin, hôpital, pharmacie), le preneur d'assurance est obligé de rembourser la participation convenue dans les 30 jours qui suivent la facturation de la part de la société Assurances Agrisano SA.

Obligations de la personne assurée

Obligations à diminuer les frais médicaux

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

Obligations d'informer et de coopérer

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

Début, durée et fin de l'assurance

Les explications ci-après concernant le début, la durée et la fin de l'assurance s'appliquent uniquement aux produits d'Assurances Agrisano SA. Pour les produits sous-traités, ce sont les CGA et les CC y afférentes qui sont valables.

Début et durée de l'assurance

L'assurance commence à la date indiquée dans la police. 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 1^{er} 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 en raison de 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. La résiliation est effectuée en temps voulu si elle parvient à l'assureur au plus tard le dernier jour avant que ne commence à courir le délai de 3 mois. À la suite de toute maladie, tout accident ou toute maternité entraînant une obligation de prestations, l'assuré peut résilier le contrat par écrit, au plus tard dans les 14 jours suivant le dernier paiement de la société Assurances Agrisano SA dont il a eu connaissance. La couverture d'assurance expire à réception par la société Assurances Agrisano SA du courrier de notification. En cas d'augmentation des primes, le preneur d'assurance bénéficie d'un droit de résiliation extraordinaire en vertu des dispositions particulières.

Fin de l'assurance pour d'autres raisons

L'assurance prend fin au décès de la personne assurée, lorsque celle-ci atteint l'âge jusqu'auquel Assurances Agrisano SA garantit la couverture d'assurance ou en cas de déménagement à l'étranger. Cette liste n'est pas exhaustive; d'autres raisons peuvent être tirées des CGA et des CC.

Résiliation par la société Assurances Agrisano SA

La société Assurances Agrisano SA renonce à son droit légal de résiliation. Elle se réserve cependant le droit de résilier le contrat en cas de fautes contractuelles de la part de l'assuré, notamment en cas de réticence, de tentative de fraude ou de fraude avérée à l'assurance.

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 14 jours, une lettre de rappel lui est envoyée, demandant le paiement des primes impayées ou de la participation aux frais dans un délai de 30 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 suspendue jusqu'au paiement intégral de la prime, des intérêts et des frais administratifs, même si la prime exigible est payée après coup. La société Assurances Agrisano SA peut résilier le contrat à l'issue du délai de mise en demeure. Si les arriérés ne sont pas réglés dans les deux mois qui suivent l'expiration du délai de mise en demeure, le contrat prend

fin. Avec la fin du contrat expire également l'obligation de remboursement des prestations de la part de la société Assurances Agrisano SA.

Protection des données

Assurances Agrisano SA garantit que la protection des données est assurée conformément aux dispositions du droit suisse, à savoir la loi fédérale sur la protection des données (LPD).

Assurances Agrisano SA traite les données issues des documents liés au contrat et à l'exécution du contrat et les utilise notamment pour fixer les primes, clarifier les risques, traiter les sinistres, et à des fins statistiques et de marketing. La société Assurances Agrisano SA peut, si nécessaire pour la bonne marche à suivre dans la conclusion des contrats, communiquer les données personnelles à des tierces personnes, notamment aux autres assurances et réassureurs qui collaborent avec Agrisano. Les partenaires actuels d'Assurances Agrisano SA en matière d'assurance sont indiqués sur le site Internet d'Agrisano.

La société Assurances Agrisano SA est en tout temps autorisée à donner ou à demander des renseignements aux médecins, aux hôpitaux ou à d'autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés, dans le cadre des dispositions légales de la 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 société Assurances Agrisano SA peut s'adresser à des offices et à des tiers pour obtenir des renseignements servant en particulier à clarifier l'évolution du sinistre. Cette manière de procéder est valable indépendamment de la conclusion du contrat. La personne assurée peut exiger de la société Assurances Agrisano SA qu'elle l'informe dans le cadre prévu par la loi sur le traitement des données la concernant. Le mode et la durée de conservation des données se limitent aux prescriptions légales, en particulier aux dispositions prévues par la loi fédérale sur la protection des données (LPD).

TABLE DES MATIÈRES

PROPRES ASSURANCES

Assureur : Assurances Agrisano SA

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA LCA)	6
I. GÉNÉRALITÉS.....	6
II. DÉBUT, DURÉE ET FIN DE L'ASSURANCE	6
III. MODIFICATION DE L'ASSURANCE	6
IV. DÉFINITIONS.....	7
V. PRESTATIONS.....	7
VI. OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ/COMMUNICATIONS	7
VII. PRIMES	8
VIII. PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	8
IX. DISPOSITIONS FINALES	9
CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-spécial	10
I. GÉNÉRALITÉS.....	10
II. PRIMES	10
III. ÉTENDUE DES PRESTATIONS.....	10
IV. DISPOSITIONS FINALES	11
CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-naturel	12
I. GÉNÉRALITÉS.....	12
II. PRIMES	12
III. PRESTATIONS.....	12
IV. DISPOSITIONS FINALES	12
CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-dental	13
I. GÉNÉRALITÉS.....	13
II. PRIMES	13
III. DÉBUT ET DURÉE DE L'ASSURANCE	13
IV. PRESTATIONS.....	13
V. DISPOSITIONS FINALES	13
CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-revenu (INDEMNITÉ JOURNALIÈRE AGRICULTURE)	14
I. GÉNÉRALITÉS.....	14
II. DÉBUT, FIN ET SUSPENSION DE L'ASSURANCE	14
III. OFFRE D'ASSURANCE.....	14
IV. PRIMES	14
V. PRESTATIONS.....	15
VI. ADAPTION DE L'ASSURANCE	16
VII. SURINDEMNISATION	16
VIII. DEVOIRS DE L'ASSURÉ ET COMMUNICATIONS	16
IX. DIVERS ET DISPOSITIONS FINALES	16
CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES ASSURANCE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	17
I. GÉNÉRALITÉS.....	17
II. PRIMES	17
III. PRESTATIONS.....	17
IV. DISPOSITIONS FINALES	17

ASSURANCES COMMUTÉES

Assureur : Voir les compagnies d'assurances respectives

ASSURANCES NÉGOCIÉES ASSURANCE POUR AUXILIAIRE	19
I. CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA).....	20
ASSURANCE ACCIDENTS EN CAS DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ (ADI)	22
I. ÉTENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE.....	22
II. DÉFINITIONS.....	22
III. PRESTATIONS D'ASSURANCE.....	22
IV. RESTRICTIONS DE L'ÉTENDUE DE LA COUVERTURE.....	24
V. DÉBUT ET FIN D'UN CONTRAT.....	24
VI. PRIME.....	24
VII. PRÉTENTIONS ET OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE.....	25
VIII. DISPOSITIONS FINALES.....	25
L'ASSURANCE DE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ KTI-PREVEA.....	26
I. CONTENU DU CONTRAT.....	26
II. COUVERTURE D'ASSURANCE.....	26
III. ASPECTS FINANCIERS	26
IV. PRESTATIONS	26
V. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES	27
VI. GLOSSAIRE	28

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA LCA)

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

I. GÉNÉRALITÉS

Art. 1 Objet de l'assurance

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

Art. 2 Bases de l'assurance

- 1 L'organisme assureur est la société Assurances Agrisano SA.
- 2 Le contrat d'assurance comprend la proposition d'assurance, la police, les CGA et les CC.
- 3 Les conséquences économiques des risques maladie, accident et maternité peuvent être assurées pendant la durée pour laquelle l'assurance a été 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

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

Art. 4 Information avant la conclusion du contrat

- 1 Avant la conclusion du contrat, la société Assurances Agrisano SA informe le client sur l'identité de la société Assurances Agrisano SA et sur les prestations principales du contrat d'assurance, notamment sur
 - a) les risques assurés;
 - b) l'étendue de la couverture d'assurance;
 - c) les primes à encaisser et les obligations de l'assuré;
 - d) la durée et la fin du contrat;
 - 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 d'autres personnes qu'au preneur d'assurance, la société Assurances Agrisano SA veille à ce que celui-ci informe lesdites personnes sur le contenu du contrat ainsi que sur les modifications et la résiliation du contrat. La société Assurances Agrisano SA met une feuille d'informations à disposition.
- 4 Si la société Assurances Agrisano SA ne respecte pas son devoir d'information selon cette disposition, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat moyennant une explication par écrit. La résiliation est valable dès sa réception par la société Assurances Agrisano SA. Ce droit de résiliation cesse quatre semaines après que le preneur d'assurance a pris connaissance des informations ci-dessus et du non-respect du devoir d'information, mais en tous les cas une année après la conclusion du contrat.

Art. 5 Branches d'assurance

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

Art. 6 Personnes assurées

- 1 Sont assurées les personnes mentionnées dans la police d'assurance.
- 2 Si une assurance collective a été conclue, ce sont les groupes de personnes mentionnés dans la police d'assurance qui sont assurés.

II. DÉBUT, DURÉE ET FIN DE L'ASSURANCE

Art. 7 Début de l'assurance

- 1 La demande d'adhésion est rédigée sur le formulaire pré-imprimé de la société Assurances Agrisano SA. L'assurance peut être souscrite au plus tôt pour le premier du mois suivant.
- 2 La couverture d'assurance débute dès que l'assureur a communiqué au demandeur d'assurance l'acceptation de sa proposition, cependant au plus tôt le jour mentionné dans la police.
- 3 La couverture d'assurance est, depuis la date indiquée dans le formulaire de demande à la date de remise de la police, provisoire pour chaque personne. Si un sinistre survient durant la période de couverture provisoire, l'assureur n'est pas tenu au versement de prestations s'il ressort des documents fournis que le sinistre trouve son origine dans une maladie, un accident ou les suites d'un accident survenu avant la couverture provisoire.
- 4 Lorsqu'il souscrit pour la première fois une assurance, l'assuré reçoit une police d'assurance, ainsi que les CGA.
- 5 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 1^{er} 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 pour une année à la fin de chaque année.
- 4 Les dispositions des conditions supplémentaires divergeant de cet article priment.

Art. 9 Fin de l'assurance

- 1 L'assurance expire:
 - a) en cas de décès de la personne assurée;
 - b) lorsque l'assuré atteint l'âge jusqu'auquel la société Assurances Agrisano SA garantit la couverture d'assurance;
 - c) par l'effet d'une résiliation par l'assuré après le délai contractuel 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 du contrat expire également l'obligation de remboursement des prestations de la part de la société Assurances Agrisano SA.

Art. 10 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 À la suite de toute maladie, tout accident ou toute maternité entraînant une obligation de prestations, l'assuré peut résilier le contrat par écrit, au plus tard dans les 14 jours suivant le dernier paiement de la société Assurances Agrisano SA dont il a eu connaissance. La couverture d'assurance expire après 14 jours à réception par la société Assurances Agrisano SA du courrier de notification.

Art. 11 Résiliation par la société Assurances Agrisano SA

La société Assurances Agrisano SA renonce expressément à son droit légal de résilier le contrat à son expiration ou 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, par exemple en cas de réticence.

III. MODIFICATION DE L'ASSURANCE

Art. 12 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. 13 Modification par la société Assurances Agrisano SA

1 Si, une fois le contrat conclu, les conditions d'assurance des conséquences économiques des risques maladie, accident ou maternité subissent de profondes modifications, telles que l'augmentation du personnel médical ou de nouvelles catégories de personnel médical, l'élargissement de la gamme des prestations médicales, l'introduction de nouvelles formes de thérapies coûteuses, de médicaments ou d'évolutions analogues, la société Assurances Agrisano SA est en droit d'adapter les conditions d'assurance (CGA, CC).

2 Les nouvelles conditions d'assurance 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 conditions d'assurance.

IV. DÉFINITIONS

Art. 14 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. 15 Maternité

Le droit aux prestations liées à la maternité et à la naissance existe lorsque la mère est, au moment de l'accouchement, assurée auprès de la société Assurances Agrisano SA depuis au moins 270 jours.

Art. 16 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). 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) déboîtements 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

Art. 17 Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Art. 18 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation éligibles.

V. PRESTATIONS

Art. 19 Droit aux prestations

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

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

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

Art. 20 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 efficaces, adaptés et économiques, 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. 21 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 survenu 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. 22 Restrictions de prestations

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

- a) en cas de violation des obligations découlant des articles 23, 25 et 26 de ces CGA par le preneur d'assurance ou la personne assurée;
- b) en cas de provocation de la maladie ou de l'accident du fait d'une négligence grave;
- c) en cas de troubles de la santé imputables à la prise d'un risque inconsidéré. Les risques inconsidérés sont des actions entreprises par la personne assurée par lesquelles elle s'expose à un danger particulièrement élevé, sans prendre ou pouvoir prendre de dispositions qui limiteraient le risque à des proportions raisonnables. Les actions de sauvetage de personnes sont assurées y compris lorsqu'elles peuvent être considérées comme risque inconsidéré;
- d) lorsque le trouble de la santé a été provoqué intentionnellement.

VI. OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ/COMMUNICATIONS

Art. 23 Obligations de coopérer

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

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

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

Art. 24 Conclusion du contrat

- 1 Le preneur d'assurance doit répondre intégralement et de façon conforme à la vérité aux questions posées dans le formulaire pré-imprimé de la société Assurances Agrisano SA. 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 se révèle que les informations portées dans le formulaire de demande sont fausses ou incomplètes, la société Assurances Agrisano SA est en droit de résilier le contrat dans les quatre semaines suivant la date à laquelle elle a eu connaissance de l'irrégularité.
- 2 En signant sa demande d'adhésion, le demandeur d'assurance autorise la société Assurances Agrisano SA à rechercher auprès du personnel médical et d'autres assureurs tous les renseignements nécessaires à l'adhésion et à l'examen sur l'obligation ultérieure de prestations. La société Assurances Agrisano SA peut exiger un certificat médical ou la réalisation d'un examen médical à ses frais. Le preneur d'assurance doit être en mesure de fournir toutes les informations nécessaires sur la personne assurée.

Art. 25 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 en particulier suivre les prescriptions du personnel médical.

Art. 26 Devoir d'information

- 1 La personne assurée renseigne la société Assurances Agrisano SA sur toutes les prestations fournies par des tiers en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Elle dégage les médecins traitants et les autres. Elle délie les médecins traitants et autres personnel médical de leur obligation de garder le secret envers la société Assurances Agrisano SA. La société Assurances Agrisano SA peut, si nécessaire, demander des renseignements auprès d'autres assureurs.
- 2 La personne assurée devra, sur demande, se faire examiner par un deuxième médecin ou par le médecin-conseil. Les coûts seront pris en charge par la société Assurances Agrisano SA.

Art. 27 Communications

- 1 Toute modification dans la situation personnelle de la personne assurée, comme p. ex. changement de domicile, etc., devra être communiquée à la société Assurances Agrisano SA dans un délai de 30 jours, dans la mesure où cette modification concerne l'assurance.
- 2 La personne à assurer ou la personne assurée devra adresser ses communications de changement à l'agence de la société Assurances Agrisano SA compétente.
- 3 Les communications de la société Assurances Agrisano SA sont envoyées par écrit à la personne assurée ou à la personne à assurer, à la dernière adresse connue.

VII. PRIMES

Art. 28 Tarifs des primes

- 1 Les primes sont fixées dans un tarif de primes. La prime en vigueur figure dans la police.
- 2 Le montant des primes est fixé en fonction des risques et de l'âge de la personne assurée. Les modifications de primes dues au changement de la catégorie d'âge sont opérées automatiquement.
- 3 Dans le cas d'une assurance collective, une prime pourra être fixée séparément pour le groupe de personnes correspondant.
- 4 Il est possible de définir des rabais de prime pour les familles.
- 5 Les tarifs de primes et la participation aux coûts peuvent être adaptés à l'évolution des coûts et des dommages. Les adaptations des primes sont communiquées à l'assuré 30 jours à l'avance. L'assuré a le droit de résilier la branche d'assurance correspondante ou l'ensemble du contrat dans les 30 jours qui séparent la communication de la société Assurances Agrisano SA de la date d'entrée en vigueur de l'adaptation. L'absence de résiliation a valeur d'acceptation de l'ajustement de prime.

Art. 29 Échéance 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. 30 Paiement des primes

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.

Art. 31 Non-paiement des primes

- 1 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 14 jours, une lettre de rappel lui est envoyée, demandant le paiement des primes impayées ou de la participation aux frais dans un délai de 30 jours. Le rappel attire l'attention de l'assuré sur les conséquences du non-respect de l'obligation de paiement.
- 2 Si aucun paiement n'intervient en dépit du rappel, la couverture d'assurance est suspendue jusqu'au paiement intégral de la prime, des intérêts et des frais administratifs, même si la prime exigible est payée après coup.
- 3 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.
- 4 En cas de retard de paiement, les frais occasionnés par les rappels et le traitement de la procédure sont à la charge du preneur d'assurance fautif.

Art. 32 Passage à une catégorie de primes plus élevée

Tout passage à une catégorie de primes plus élevée ne peut se faire qu'au début de l'année civile suivante. Lorsque le passage à une catégorie de primes plus élevée entraîne une adaptation des primes, le preneur d'assurance dispose du même droit de résiliation que lors d'une adaptation des primes conformément à l'art. 28, al. 5.

Art. 33 Compensation

- 1 La société Assurances Agrisano SA peut compenser d'éventuelles prestations exigibles avec des créances en cours vis-à-vis de l'assuré. L'assuré ne dispose par contre d'aucun droit de compensation vis-à-vis de la société Assurances Agrisano SA.
- 2 Les créances vis-à-vis de la société Assurances Agrisano SA ne peuvent être mises en gage ou cédées sans l'assentiment de cette dernière.

VIII. PAIEMENT DES PRESTATIONS

Art. 34 Versement des prestations

- 1 Pour que les prestations soient versées, les factures détaillées comportant les indications médicales et administratives nécessaires, doivent être transmises à la société Assurances Agrisano SA.
- 2 Sauf accord contraire entre la société Assurances Agrisano SA et le prestataire de services, la personne assurée est redevable du paiement des honoraires envers le prestataire de services.
- 3 En cas de facturation manifestement surestimée, la société Assurances Agrisano SA peut lier ses prestations à la cession de la créance de réduction vis-à-vis du prestataire de services.

Art. 35 Subsidiarité et prestations de tiers

- 1 La personne à assurer ou la personne assurée s'engage à faire valoir correctement ses prestations vis-à-vis d'autres assureurs.
- 2 Toutes les prestations régies par les présentes CGA sont accordées en complément des prestations d'assurances sociales étrangères ou indigènes, notamment des prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et de l'assurance accidents LAA.
- 3 Lorsqu'un assureur privé est tenu de verser des prestations et que cela entraîne une double assurance conformément à la LCA, le montant des coûts que devrait verser chaque assureur en fonction de l'assurance existante auprès de lui, s'il était seul à assurer ces prestations, sera déterminé. La somme de ces prestations est alors calculée sur cette base. Le remboursement revenant à la charge de la société Assurances Agrisano SA se limite au montant qui correspond à sa part dans cette somme. Les remboursements effectués par tous les assureurs ne doivent en aucun cas dépasser les coûts réels.
- 4 Si des tiers civilement responsables sont tenus à verser des prestations pour les suites d'une maladie ou d'un accident, la société Assurances Agrisano SA accorde ses prestations, sous réserve de l'art. 36 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. 36 Prestations anticipées et droit de recours

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

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

3 Sous réserve d'une disposition expressément contraire, les indemnités journalières incombent à l'assurance contre les dommages.

IX. DISPOSITIONS FINALES

Art. 37 For

En cas de litiges concernant les assurances conformément aux présentes CGA, la personne plaignante peut, au choix, saisir le tribunal de son domicile suisse ou celui du siège social de la société Assurances Agrisano SA.

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-spécial

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

I. GÉNÉRALITÉS

Art. 1 But

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

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

1 Les prestations accordées par l'assurance maladie sociale sont déduites.

2 Les participations légales ou contractuelles aux frais de l'assurance maladie sociale ne sont pas assurées.

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

1 Les prestations doivent être prescrites par des prestataires agréés en vertu de la LAMal.

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

II. PRIMES

Art. 4 Catégories de primes

Les catégories de primes sont les suivantes:

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

III. ÉTENDUE DES PRESTATIONS

A. MÉDICAMENTS

Art. 5 Médicaments

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

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

B. TRAITEMENT HOSPITALIER

Art. 6 Traitement hospitalier en division commune

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

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

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

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

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

6 En cas de traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique, les prestations assurées sont limitées à 90 jours par année civile, tant que le diagnostic et l'intégralité du traitement médical rendent nécessaire le séjour dans une clinique psychiatrique et qu'il n'y a pas de maladie chronique.

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

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

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

Art. 7 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.

C. MATERNITÉ

Art. 8 Prestations en maternités

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

D. AUTRES PRESTATIONS

Art. 9 Traitement cosmétique

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

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

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

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

Art. 10 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 des mesures de santé prescrites par le médecin et sur indication médicale dans les domaines suivants: renforcement du dos, exercice physique, alimentation et grossesse/maternité.

Art. 11 Psychothérapie

- 1 Les traitements prescrits médicalement auprès d'un psychothérapeute indépendant reconnu par la société Assurances Agrisano SA sont remboursés à concurrence de 20 séances maximum 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. 12 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. 13 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 %.
- 2 Les moyens auxiliaires médicaux et les appareils prescrits médicalement, servant à la guérison ou amoindissant les conséquences d'un handicap corporel sont pris en charge à 90 % des coûts dus à la maladie, au maximum CHF 5000.- par année civile, par analogie au tarif défini par le droit des assurances sociales (p. ex. tarif AI ou LAA), 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. 14 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. 15 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. 16 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. 17 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 80.- 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. 18 Prestations à l'étranger

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

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

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

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

5 Les prestations complémentaires sont limitées à CHF 50 000.- par année civile. En cas de séjour dans un hôpital aigu, le remboursement est limité à CHF 1000.- par jour.

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

Art. 19 Médecine alternative

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

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

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

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

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

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

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

8 La société Assurances Agrisano SA rembourse globalement au maximum CHF 2000.- par année civile.

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.

IV. DISPOSITIONS FINALES

Art. 20 Relations avec les conditions générales d'assurance LCA

Dans la mesure où les présentes conditions complémentaires ne contiennent pas d'autres réglementations, les conditions générales d'assurances (CGA) de la société Assurances Agrisano SA s'appliquent par analogie.

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-naturel

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

I. GÉNÉRALITÉS

Art. 1 But

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

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

II. PRIMES

Art. 2 Catégories de primes

Les catégories de primes sont les suivantes:

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

III. PRESTATIONS

Art. 3 Gamme des prestations

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

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

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

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

Art. 4 Exigences vis-à-vis des prestataires

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

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

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

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

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

Art. 5 Étendue des prestations

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

2 La société Assurances Agrisano SA rembourse globalement au maximum CHF 5000.- par année civile.

IV. DISPOSITIONS FINALES

Art. 6 Relations avec les conditions générales d'assurance LCA

Dans la mesure où les présentes conditions complémentaires ne contiennent pas d'autres réglementations, les conditions générales d'assurances (CGA) de la société Assurances Agrisano SA s'appliquent par analogie.

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-dental

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

I. GÉNÉRALITÉS

Art. 1 Assurance complémentaire

- 1 AGRI-dental est une assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale des assurances maladie (LAMal).
- 2 AGRI-dental est conditionné par l'AGRI-spécial. Il n'est pas possible de conclure une assurance AGRI-dental sans posséder de couverture d'assurance AGRI-spécial. Si l'AGRI-spécial est résilié, AGRI-dental tombe également.

II. PRIMES

Art. 2 Catégories de primes

Les catégories de primes sont les suivantes:

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

III. DÉBUT ET DURÉE DE L'ASSURANCE

Art. 3 Début et fin de l'assurance

- 1 En complément aux dispositions prévues par les articles 7 à 11 des conditions générales d'assurance selon LCA, les nouveau-nés ont droit à une affiliation sans réserve depuis le jour de la naissance.
- 2 Une adhésion est possible jusqu'à 55 ans révolus.

IV. PRESTATIONS

Art. 4 Prestataires de services

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

Art. 5 Etendue des prestations

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

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

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

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

Art. 6 Délai d'attente

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

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

Art. 7 Droit aux prestations

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

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

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

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

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

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

V. DISPOSITIONS FINALES

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

Dans la mesure où les présentes conditions complémentaires ne contiennent pas d'autres réglementations, les conditions générales d'assurances (CGA) de la société Assurances Agrisano SA s'appliquent par analogie.

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES AGRI-revenu (INDEMNITÉ JOURNALIÈRE AGRICULTURE)

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

I. GÉNÉRALITÉS

Art. 1 But et bases juridiques

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

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

II. DÉBUT, FIN ET SUSPENSION DE L'ASSURANCE

Art. 2 Adhésion

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

Art. 3 Début

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

Art. 4 Examen médical et couverture provisoire

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

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

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

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

Art. 5 Enfreinte au devoir de déclaration

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

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

Art. 6 Résiliation / réduction de l'indemnité journalière

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

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

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

Art. 7 Exclusion

Si le comportement d'une personne assurée s'avère abusif ou inadmissible, le contrat d'assurance peut, après menace préalable de sanctions

auprès de la personne assurée, être dénoncé avec effet immédiat. Il y a un comportement abusif ou inadmissible notamment dans les cas suivants:

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

Art. 8 Suspension

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

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

2 Le droit à une réduction de prime existe uniquement pendant la durée du motif de suspension. La suspension doit faire l'objet d'une demande écrite préalable.

3 Après une suspension de cinq ans, l'assurance prend fin.

4 Si le motif de suspension n'existe plus, la personne assurée est tenue d'en informer la société Assurances Agrisano par écrit et en motivant son annonce. Elle doit être capable de travailler au moment où la suspension prend fin. AGRI-revenu est réactivé au moment de la réception de l'annonce.

Art. 9 Passage à l'assurance individuelle

1 Au terme de son adhésion à l'assurance collective, la personne assurée peut convertir son assurance en une assurance individuelle.

2 La conversion de l'assurance doit être demandée par écrit dans les 30 jours après que le contrat d'assurance a pris fin. Demeure réservé l'art. 100, al. 2, LCA pour les assurés qui deviennent chômeurs au moment de quitter le contrat collectif.

III. OFFRE D'ASSURANCE

Art. 10 Offre d'assurance

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

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

- 14 jours
- 30 jours
- 60 jours

3 Les délais d'attente peuvent être combinés.

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

IV. PRIMES

Art. 11 Catégories de primes

1 Les catégories de primes sont les suivantes:

- 18 jusqu'à 18 ans révolus
- 25 jusqu'à 25 ans révolus
- 30 jusqu'à 30 ans révolus
- 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 à partir de 60 ans révolus

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

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

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

Art. 12 Montant et paiement des primes

- 1 Les primes d'AGRI-revenu sont fixées par le conseil d'administration.
- 2 Les primes peuvent être échelonnées par catégories et régions.
- 3 Les assurés doivent payer les primes à l'avance pour des mois entiers, qu'ils soient malades ou en bonne santé.
- 4 En outre, les CGA d'Assurances Agrisano SA s'appliquent pour la fixation, le paiement et l'ajustement des primes, ainsi que pour le retard de paiement.

V. PRESTATIONS

Art. 13 Condition au versement des prestations

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

Art. 14 Étendue des prestations

- 1 Les prestations sont déterminées en fonction De l'étendue d'assurance convenue, des conditions générales d'assurance et des conditions additionnelles.
- 2 En cas d'incapacité partielle de travail d'au moins 50 %, l'indemnité journalière est déterminée en fonction du degré d'incapacité de travail.
- 3 Si une incapacité de travail survient lors d'un séjour à l'étranger, l'indemnité journalière assurée n'est versée que pendant la durée d'un séjour stationnaire.

Art. 15 Étendue des prestations en cas de maternité

- 1 L'assurée a droit à une indemnité journalière de maternité pendant 70 jours au maximum, sauf en cas de sur-assurance. Le délai d'attente est pris en compte.
- 2 Si l'intervalle de temps entre le début de l'assurance et l'accouchement est supérieur à 365 jours, l'indemnité journalière de maternité est entièrement versée.
- 3 Si l'intervalle de temps entre le début de l'assurance et l'accouchement se situe entre 364 et 210 jours, seule la moitié de l'indemnité journalière de maternité est versée.
- 4 Si l'intervalle de temps entre le début de l'assurance et l'accouchement est inférieur à 210 jours, aucune indemnité journalière de maternité n'est due.
- 5 L'indemnité journalière de maternité commence 14 jours avant l'accouchement et s'arrête au plus tard 56 jours après la naissance.
- 6 Elle est versée lorsque la grossesse a duré au moins 26 semaines.
- 7 L'indemnité journalière de maternité s'arrête lors de la reprise d'une activité rémunérée à temps plein ou partiel avant le 56^e jour après la naissance.
- 8 Si la prestation de maternité est cumulée à un dédommagement en cas de maternité conformément à la loi fédérale sur l'allocation pour perte de gain (LAPG), la prestation d'indemnité journalière n'est versée que s'il ne s'en suit pas une sur-assurance.

Art. 16 Délais d'attente

- 1 Le droit aux prestations commence après l'écoulement du délai d'attente défini dans la police. Le délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité de travail attestée par le médecin.

2 Pour la détermination et l'accomplissement du délai d'attente, les périodes de maladie ou d'accident dépassant une durée de huit jours consécutifs sur une période de 365 jours sont cumulées. Des périodes d'incapacité de travail plus courtes ne sont pas considérées. Le délai d'attente convenu n'est calculé qu'une fois sur une période de 365 jours.

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

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

Art. 17 Étendue des prestations en cas de maladie

1 Le droit maximal à des prestations se monte à 730 indemnités journalières. Le droit à des prestations s'éteint après le retrait du droit maximal à des prestations au cours de 900 jours consécutifs.

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

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

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

Art. 18 Étendue des prestations en cas d'accident

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

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

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

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

Art. 19 Addition du droit aux prestations de maladie, d'accident ou de maternité

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

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

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

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

Art. 20 Renoncement à des prestations d'indemnité journalière

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

Art. 21 Âge AVS

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

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

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

4 Une assurance qui se prolonge à l'âge de la retraite AVS dure au maximum jusqu'aux 70 ans révolus. Les prestations d'indemnité journalière sont versées au maximum pendant 180 jours contrairement à

l'étendue générale des prestations. Le délai d'attente tient compte de la durée de prestation.

VI. ADAPTION DE L'ASSURANCE

Art. 22 Adaptation automatiquement de l'assurance

- 1 La société Assurances Agrisano SA adapte périodiquement l'indemnité journalière assurée à l'évolution des prix et des salaires pour les assurés dont l'âge est situé entre 25 ans révolus et 55 ans révolus, en conservant l'attribution à la catégorie d'âge.
- 2 Sont exclus de l'adaptation de l'assurance complémentaire les assurés qui bénéficient déjà d'une prestation ou ont un droit à une prestation.
- 3 La société Assurances Agrisano SA communique par écrit à l'assuré le montant de l'augmentation de l'indemnité journalière.
- 4 L'assuré a le droit de faire opposition à l'augmentation de l'indemnité journalière. La contestation devra parvenir à L'Assurance Agrisano SA dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception par l'assuré de la communication de la société Assurances Agrisano SA.
- 5 Si l'assuré refuse l'adaptation de l'indemnité journalière, toute augmentation de celle-ci réclamée ultérieurement sera traitée conformément aux conditions régulières.
- 6 Si l'assurance indemnité journalière est augmentée en vertu des dispositions mentionnées ci-dessus et si l'on constate ultérieurement que cette augmentation n'aurait pas été justifiée en raison d'un retrait de prestation pas encore déclaré et versé, Assurances Agrisano SA peut annuler l'augmentation.

VII. SURINDEMNISATION

Art. 23 Surindemnisation/gain d'assurance

- 1 Un droit à des prestations issues d'AGRI-revenu n'existe que s'il n'en découle pas pour l'assuré un gain d'assurance (sur-assurance).
- 2 En vertu de la disposition visée à l'article 35 des conditions générales d'assurance, les prestations d'autres assureurs sont prises en considération afin de déterminer une éventuelle surindemnisation.
- 3 Un gain d'assurance est avéré lorsque les prestations servies dépassent la couverture intégrale de la perte de gain. Sont déterminants pour le calcul les 36 mois précédant la survenance de l'incapacité de travail.
- 4 La couverture intégrale est dépassée lorsque les prestations d'indemnité journalière servies consécutivement à l'incapacité de travail excèdent le revenu dont la personne assurée est présumée avoir été privée. Le cas échéant, il est tenu compte des dépenses pour des tiers qui résultent de l'incapacité de travail et qui sont attestées (p.ex. dépanneurs agricoles ou charges salariales).
- 5 Lorsque les prestations d'indemnité journalière dépassent la couverture intégrale de la perte de gain conformément à l'alinéa 4, l'indemnité journalière est réduite au prorata de telle sorte que la couverture intégrale de la perte de gain ne soit plus dépassée. L'indemnité journalière s'élève toutefois à 30.- CHF par jour au minimum.

Art. 24 Rapports envers les autres assureurs

- 1 Dans le cas d'une sur-assurance éventuelle des prestations de l'AGRI-revenu, ne sont versées qu'après les prestations suivantes:
 - a) Allocations de perte de gain APG
 - b) AVS
 - c) Assurance-invalidité AI
 - d) Assurance-militaire
 - e) LAA

- f) Autres assurances sociales s'il n'y a pas d'ordonnances de coordination en application à ce sujet
- g) Droits de responsabilité civile envers des tiers.

Art. 25 Demande de remboursement et cession de prestation

- 1 En cas de devoir de prestation d'un assureur social, Assurances Agrisano SA a le droit de demander le remboursement direct de ces prestations qu'elle a avancées. Le montant de la demande de remboursement est déterminé en fonction du montant de la sur-assurance.
- 2 Si Assurances Agrisano SA est sollicitée à la place d'un tiers à qui incombe la responsabilité ou à la place de son assureur responsabilité civile, l'assuré cède ses droits à Assurances Agrisano SA dans le cadre des prestations versées.

VIII. DEVOIRS DE L'ASSURÉ ET COMMUNICATIONS

Art. 26 Devoir de déclaration

- 1 Des droits à l'indemnité journalière doivent être déclarés à Assurances Agrisano SA dans un délai de dix jours à partir de l'événement donnant droit aux prestations. Le devoir de déclaration vaut indépendamment du délai d'attente convenu.
- 2 Si Assurances Agrisano SA demande le dépôt d'un formulaire de déclaration d'indemnité journalière dûment rempli, l'assuré à la responsabilité de remplir cette condition à temps.
- 3 En cas de droit à l'indemnité journalière après accident, le formulaire de déclaration d'accident rempli doit être renvoyé à Assurances Agrisano SA dans les 10 jours.
- 4 Par principe, Assurances Agrisano SA ne garantit pas de prestations, ou seulement des prestations réduites, lorsque le devoir de déclaration n'est pas rempli sans justification suffisante ou excusable.
- 5 L'assuré est tenu de déclarer immédiatement la fin de l'incapacité de travail à Assurances Agrisano SA.
- 6 Il est défendu d'antidater les certificats médicaux ou les déclarations de maladie ou d'accident, ainsi que d'augmenter rétroactivement l'incapacité de travail pour obtenir des prestations d'indemnité journalière.

Art. 27 Devoir d'information

- 1 L'assuré met à la disposition d'Assurances Agrisano SA toutes les informations nécessaires à l'appréciation et à l'évaluation des droits de prestation d'indemnité journalière demandés.
- 2 Assurances Agrisano SA est habilitée à vérifier l'incapacité de travail ainsi que la perte de gain non couverte à tout moment et, le cas échéant, à prendre des mesures de contrôle appropriées.
- 3 Si le droit légitime à l'indemnité journalière n'est pas évident d'après les documents fournis, la société Assurances Agrisano SA peut convoquer l'assuré et prescrire un examen médical à ses frais chez un médecin de son choix.

IX. DIVERS ET DISPOSITIONS FINALES

Art. 28 Remboursement

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

Art. 29 Participation à l'excédent

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

CONDITIONS COMPLÉMENTAIRES ASSURANCE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

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

I. GÉNÉRALITÉS

Art. 1 But

- 1 L'assurance d'indemnités journalières accorde des prestations en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident.
- 2 Le risque d'accidents peut au choix être inclus.

II. PRIMES

Art. 2 Catégories de primes

1 Les catégories de primes sont les suivantes:

- a) 18 jusqu'à 18 ans révolus
- b) 25 jusqu'à 25 ans révolus
- c) 30 jusqu'à 30 ans révolus
- d) 35 jusqu'à 35 ans révolus
- e) 40 jusqu'à 40 ans révolus
- f) 45 jusqu'à 45 ans révolus
- g) 50 jusqu'à 50 ans révolus
- h) 55 jusqu'à 55 ans révolus
- i) 60 jusqu'à 60 ans révolus
- j) 65 jusqu'à 65 ans révolus

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

III. PRESTATIONS

Art. 3 Offre d'assurance

1 La personne à assurer peut conclure une assurance d'indemnité journalière maladie et accident de CHF 10.- à CHF 500.-.

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

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

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

Art. 4 Conditions au versement des prestations

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

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

3 Les prestations d'autres assureurs sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation. Les dispositions de l'art. 35 des CGA sont pleinement applicables.

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

Art. 5 Début des prestations

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

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

Art. 6 Durée des prestations

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

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

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

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

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

Art. 7 Age AVS

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

IV. DISPOSITIONS FINALES

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

Dans la mesure où les présentes conditions complémentaires ne contiennent pas d'autres réglementations, les conditions générales d'assurances (CGA) de la société Assurances Agrisano SA s'appliquent par analogie.

ASSURANCE POUR AUXILIAIRE

Assurance-accidents de la Fondation Agrisano (ci-après «Agrisano»), Laurstrasse 10, 5200 Brugg, pour le personnel auxiliaire non soumis à la LAA. L'assureur est SOLIDA Versicherungen AG (ci-après «Solida»), Saumackerstr. 35, 8048 Zurich.

Edition 2012

I. CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE (CGA)

Les désignations de personne s'appliquent indifféremment aux deux sexes.

1 Champ d'application

Les présentes CGA s'appliquent à l'assurance-accidents pour le personnel auxiliaire non soumis à la LAA (assurance pour auxiliaire), conclue entre SOLIDA et Agrisano par le biais d'un contrat d'assurance collectif.

2 Assureur

L'assureur est SOLIDA.

3 Début et durée de la couverture d'assurance

Assurance individuelle

L'assurance individuelle peut être conclue au début d'un mois par toute personne assurée chez Agrisano Krankenkasse AG ou Agrisano Versicherungen AG en combinaison avec une autre assurance. La conclusion de l'assurance individuelle uniquement n'est pas possible. La durée contractuelle est illimitée. L'assurance pour auxiliaire peut être résiliée par le preneur d'assurance et Agrisano, moyennant un délai de résiliation de trois mois, au 30 juin ou au 31 décembre de l'année civile.

Assurance d'entreprises

Les exploitations agricoles peuvent, même si elles sont dirigées sous la forme juridique de la personne morale (sociétés coopératives, sociétés anonymes, Sàrl, etc.), souscrire une assurance d'entreprises pour leur exploitation. L'adhésion à l'assurance est possible au début de chaque mois. La durée contractuelle est illimitée. L'assurance pour auxiliaire peut être résiliée par le preneur d'assurance et Agrisano, moyennant un délai de résiliation de trois mois, au 30 juin ou au 31 décembre de l'année civile.

4 Personnes assurées

Sont assurés les auxiliaires de tout âge, pour autant qu'ils ne soient pas soumis à l'assurance-accidents obligatoire en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Si des doutes subsistent à cet égard, les dispositions correspondantes de la LAA et de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) s'appliquent. Ne sont pas considérés comme auxiliaires, et ne sont donc pas assurés, les membres de la famille du preneur d'assurance vivant dans la même exploitation ou dans le même ménage.

5 Droit aux prestations

Seuls sont assurés les accidents professionnels, y compris ceux qui surviennent sur le chemin du travail. Pour déterminer s'il s'agit d'un accident professionnel, les dispositions de la LAA en vigueur au moment de l'accident s'appliquent. Les personnes soumises à la LAA ne sont pas assurées.

6 Accidents non assurés

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

7 Prestations d'assurance

7.1 Frais de traitement

SOLIDA prend en charge les frais mentionnés aux lettres a) à c) ci-après sans limitation de montant, pour autant qu'ils interviennent dans les cinq ans qui suivent le jour de l'accident. Ces frais incluent:

- a) le traitement ambulatoire par un médecin ou un dentiste et les traitements médicaux reconnus scientifiquement et effectués par du personnel paramédical sur prescription médicale. Les frais supplémentaires dus à des souhaits particuliers des assurés – p. ex. des mesures particulièrement coûteuses ou purement esthétiques – ne sont pas pris en charge. Est également pris en charge le coût des moyens auxiliaires servant à la guérison tels que les corsets de sou-

tien et moyens similaires, à l'exception toutefois des frais de prothèse;

- b) les médicaments ordonnés par le médecin ou le dentiste;
- c) le traitement, la nourriture et le logement en division commune d'un établissement hospitalier public. Si, pour des raisons médicales, un assuré est soigné dans un établissement hospitalier public hors de son canton de domicile, les frais de la division commune de cet hôpital sont pris en charge;
- d) les cures de convalescence et les cures balnéaires ordonnées médicalement. Les frais de traitement sont intégralement pris en charge. La contribution aux frais de logement et de nourriture s'élève au maximum à CHF 50.– par jour;
- e) les frais de voyage, de transport et de sauvetage nécessaires jusqu'à CHF 10 000.– par cas maximum;
- f) les frais nécessaires de transfert du corps au lieu d'inhumation jusqu'à CHF 5000.– maximum.

Les prestations ne sont pas versées si elles sont prises en charge par un tiers responsable.

7.2 Indemnité journalière accidents

Si l'accident entraîne une incapacité de travail, les personnes âgées de 15 ans révolus ont droit, pendant l'incapacité de travail attestée par le médecin, à une indemnité journalière de CHF 50.–. Le versement de l'indemnité commence le 15^e jour après l'accident. Il est limité aux 720 jours qui suivent le jour de l'accident. L'indemnité journalière est versée intégralement ou partiellement, selon le degré de l'incapacité de travail. Si l'assuré a plus de 65 ans au moment de l'accident, il perçoit la moitié de l'indemnité journalière. Les enfants âgés de moins de 15 ans au moment de l'accident ne perçoivent aucune indemnité journalière.

7.3 Capital-invalidité

Le capital-invalidité assuré s'élève à CHF 50 000.–, avec progression. Si l'accident entraîne, dans les cinq années qui suivent le jour de l'accident, une invalidité vraisemblablement durable – c'est-à-dire, en termes médicaux, une invalidité théoriquement à vie – l'assuré perçoit un capital-invalidité déterminé en fonction du degré d'invalidité et de la somme d'assurance convenue. Il ne sera pas tenu compte d'une éventuelle incapacité de travail ou de gain causée par l'événement. Le capital est versé dès que le degré d'invalidité peut être déterminé de manière définitive. Seule la personne assurée a droit au capital-invalidité. Ce droit s'éteint au décès de la personne assurée. Le degré d'invalidité est déterminé selon les critères ci-après. Degrés d'invalidité en cas de perte totale 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 avant-bras 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 à hauteur de l'articulation du genou ou en dessous
40%	d'un pied
100%	de la vue des deux yeux
30%	de la vue d'un œil
60%	de l'ouïe des deux oreilles
15%	de l'ouïe d'une oreille

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. En cas de perte simultanée ou de privation simultanée de l'usage de plusieurs parties du corps, le degré d'invalidité est déterminé généralement en additionnant les pourcentages; il ne peut toutefois jamais dépasser 100%. Si, avant l'accident, l'assuré avait déjà subi la perte totale ou partielle, ou la privation totale ou partielle de l'usage de certains organes ou membres de son corps, le degré d'invalidité est déterminé en déduisant le taux d'invalidité déjà existant défini selon les critères ci-avant. Une aggravation des suites de l'accident en raison de défauts corporels déjà

existants ne donne pas droit à une indemnisation supérieure à celle qui serait due si l'accident avait touché une personne valide. Si le degré d'invalidité ne peut être déterminé sur la base des cas de figure définis ci-avant, le degré d'invalidité est déterminé selon les mêmes dispositions que celles applicables pour déterminer l'atteinte à l'intégrité selon la LAA ou l'OLAA. A cet effet, on utilise en particulier les tables d'«Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA» publiées par la SUVA. En cas de troubles psychiques et nerveux, une indemnité d'invalidité est octroyée uniquement dans la mesure où ceux-ci sont dus à une maladie organique du système nerveux causée par l'accident. La constatation définitive du degré d'invalidité a lieu seulement sur la base de l'état de santé de l'assuré reconnu comme vraisemblablement durable. SOLIDA est toutefois en droit de faire constater définitivement le degré d'invalidité cinq ans après l'accident ou plus tard. Le degré d'invalidité à la date de la constatation est alors calculé. Les changements du degré d'invalidité qui interviennent après cette constatation, à savoir les rechutes et les séquelles tardives, ne sont pas pris en considération. Etant donné qu'une assurance-invalidité progressive a été convenue, l'indemnisation est calculée comme suit:

Pour un degré d'invalidité n'excédant pas 25%, sur la base de la somme assurée simple convenue en cas d'invalidité; pour un degré d'invalidité compris entre 25% et 50%, sur la base de la somme d'assurance multipliée par trois; pour un degré d'invalidité excédant 50%, sur la base de la somme assurée multipliée par cinq.

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

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		

Si l'assuré a plus de 65 ans au moment de l'accident, l'assurance-invalidité progressive est supprimée, ce qui signifie que l'indemnisation est versée sur la base de la somme d'assurance simple.

7.4 Décès

Le capital décès s'élève à CHF 25 000 pour les personnes âgées de plus de 15 ans, à la moitié pour les personnes plus jeunes ainsi que les personnes âgées de plus de 65 ans au moment de l'accident à l'origine du décès. Si une personne assurée décède des suites d'un accident assuré, SOLIDA verse le capital décès aux ayants droit dans l'ordre suivant:

- les conjoints, la/le partenaire enregistré(e);
- les enfants, les enfants adoptifs et les enfants d'un autre lit à parts égales;
- les parents.

En l'absence des survivants mentionnés ci-avant, SOLIDA verse CHF 2000.– pour les frais d'inhumation. Un éventuel capital-invalidité déjà versé est déduit du capital décès.

8 Comportement en cas d'accident

a) Déclaration d'accident

Après la survenance d'un accident, il convient de transmettre une déclaration d'accident dûment complétée au service régional compétent d'Agrisano ou au siège principal d'Agrisano, Laurstrasse 10, 5200 Brugg. L'annonce d'un décès doit être effectuée dans un délai de deux jours après l'accident (si nécessaire par téléphone).

b) Comportement après un accident

Après l'accident, il convient de faire appel à un médecin diplômé aussitôt que possible et de veiller à ce que les soins adéquats soient prodigués. En outre, la personne assurée ou l'ayant droit est tenu de prendre toute mesure susceptible d'apporter des clarifications concernant l'accident et ses suites; la personne assurée doit en particulier délier les médecins qui l'ont traitée du secret professionnel à l'égard de SOLIDA et permettre aux médecins mandatés par SOLIDA de procéder aux examens nécessaires; en cas de décès, les survivants ayants droit doivent donner leur accord pour qu'une autopsie soit effectuée si d'autres causes, outre l'accident, peuvent également être à l'origine du décès.

9 For

En cas de litiges découlant de la présente assurance, SOLIDA reconnaît comme for juridique le domicile suisse de la personne assurée ou de l'ayant droit.

10 Droit applicable

Par ailleurs, les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) s'appliquent.

11 Entrée en vigueur

Les présentes CGA entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2013 et s'appliquent aux accidents survenant à partir de cette date.

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

Sont aussi considérées comme accidents:

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

III. PRESTATIONS D'ASSURANCE

7 Décès

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

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

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

7.1 Bénéficiaires en cas de décès

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

- le conjoint
- les enfants, les enfants d'un autre lit ou les enfants adoptés,
- les parents
- les grands-parents
- les frères et sœurs et leurs enfants aux termes du droit successoral.

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

7.2 Somme doublée en cas de décès

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

8 Invalidité

Si l'accident entraîne dans les cinq ans une invalidité médico-théorique présumée permanente, il sera versé le capital en cas d'invalidité qui se détermine en fonction du degré d'invalidité, de la somme d'assurance convenue et de la variante de prestations choisie. Une éventuelle incapacité de travail ou de gain survenue à la suite de l'accident n'y est pas prise en considération. Seule la personne assurée a droit au capital en cas d'invalidité.

8.1 Détermination du degré d'invalidité

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

- 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.	Presta-tions	Degrés d'inv.	Presta-tions
26%	28%	64%	170%
27%	31%	65%	175%
28%	34%	66%	180%
29%	37%	67%	185%
30%	40%	68%	190%
31%	43%	69%	195%
32%	46%	70%	200%

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

8.3 Versement sous forme de rente

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

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

Seule la personne assurée y a droit.

9 Limitations des 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^e année, les sommes d'assurance maximales sont les suivantes:

en cas de décès CHF 20'000.-
en cas d'invalidité (plus aucune progression) CHF 100'000.-
Les assurances plus élevées existantes sont réduites en conséquence dès que cette limite d'âge est atteinte.

9.3 Limite d'âge

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

IV. RESTRICTIONS DE L'ÉTENDUE DE LA COUVERTURE

10 Exclusions

Sont exclus de l'assurance les accidents

- a) suite de faits de guerre, de guerre civile et/ou d'événements similaires
 - en Suisse, dans la Principauté du Liechtenstein et/ou les pays limitrophes,
 - à l'étranger, à moins que l'accident ne survienne dans les 14 jours qui suivent le début de tels événements dans le pays où séjourne l'assuré et qu'il n'y ait été surpris par l'éclatement de faits de guerre;
- b) suite de tremblements de terre en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein;
- c) suite de dangers extraordinaires. Sont considérés comme tels:
 - le service militaire à l'étranger,
 - la participation à des actes de guerre, à des actes de terrorisme, à la commission de crimes ou de délits,
 - les suites de désordres de tout genre, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'a pas participé activement aux côtés des fauteurs 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. À 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.

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

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

21 Exigibilité et versement des prestations d'assurance

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

Informations selon la loi sur le contrat d'assurance

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

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

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

23 Protection des données

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

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

VIII. DISPOSITIONS FINALES

24 Compensation

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

25 Cession et mise en gage

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

26 Communications

Toutes les communications doivent être adressées à l'assureur-maladie, sauf si la personne assurée ou ses proches parents ont, en cas de sinistre, déjà été contactés directement par la SOLIDA Assurances SA en sa qualité d'assureur. La SOLIDA Assurances SA reconnaît toutes les communications adressées à l'assureur-maladie comme faites à elle-même.

27 For

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

28 Entrée en vigueur/Modifications des CGA

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

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

CONDITIONS D'ASSURANCE (CA)

Assureur: Helsana Assurance Complémentaire SA, Zurich

Edition 2015

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, ci-après dénommée «Helsana», a conclu un contrat d'assurance avec Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA, ci-après dénommée «Helvetia», pour les prestations. Helsana fournit ces prestations d'assurance à la personne assurée. Formulation épécène. 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 (CA) et les dispositions de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA) sont à la base de ce contrat.

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

Le contrat est valable dans le monde entier.

3 Qu'est-ce qui est considéré comme une maladie?

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

II. COUVERTURE D'ASSURANCE

4 Quand débute la couverture d'assurance?

La couverture d'assurance débute dès que Helsana a communiqué au proposant l'acceptation de sa proposition, cependant au plus tôt le jour mentionné dans la police.

5 Examen de santé

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 de la personne assurée ou devraient l'être à la conclusion du contrat. Si de tels faits sont communiqués de manière inexacte ou dissimulés, Helsana est en droit de dénoncer le contrat par une déclaration écrite, dans un délai de quatre semaines après avoir eu connaissance de la réticence. La résiliation prend effet à sa réception par le preneur d'assurance.

Si le contrat prend fin par résiliation, l'obligation d'Helsana d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Dans la mesure où elle a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, Helsana a droit à son remboursement.

6 Quand l'assurance prend-elle fin?

L'assurance prend fin automatiquement:

- au décès de la personne assurée;
- avec la résiliation du contrat pour la fin d'un mois;
- à la fin de l'année civile durant laquelle la personne assurée a transféré son domicile à l'étranger, pour autant qu'aucun autre arrangement n'ait été conclu;
- lors du paiement de la totalité du capital-invalidité assuré;
- le 31 décembre qui suit l'âge de 59 ans révolus;
- selon les dispositions du chiffre 10 ci-après.

L'assurance prend en outre fin en cas de résiliation du contrat d'assurance sous-jacent entre Helvetia et Helsana. 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 le contrat par écrit en tout temps pour la fin d'un mois. Le délai de résiliation est de 3 mois.

En cas de modifications selon le ch. 9, le contrat peut être résilié dans les 30 jours, pour la date de modification dudit contrat. Si Helsana ne reçoit pas de résiliation dans les 30 jours dès réception de la communication de la modification, il y a acceptation.

Helsana 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. À cet effet, les personnes assurées sont réparties en groupes d'âge. Un groupe d'âge comprend une période de cinq ans.

9 Les primes peuvent-elles être adaptées?

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

10 Comment payer les primes?

Les primes sont en règle générale perçues chaque mois. Elles doivent être payées d'avance et sont échues le premier jour de chaque mois. Si d'autres périodes de paiement ont été convenues, les primes sont échues le premier jour de la période correspondante.

Si le preneur d'assurance ne s'acquitte pas de son obligation de paiement, il est sommé par écrit, avec mention des conséquences du retard, 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'obligation de prestations est remise en vigueur lorsque tous les arriérés ont été payés et qu'ils ont été acceptés par Helsana.

Aucun droit aux prestations n'existe pour les maladies et leurs suites qui sont apparues durant la suspension de l'obligation aux prestations, même si la prime est payée par la suite.

Le preneur d'assurance est tenu de verser un montant minimal de CHF 50.- à titre de dédommagement pour les frais administratifs supplémentaires résultant de la procédure de rappel. Si une procédure de poursuites doit être engagée, le preneur d'assurance est tenu de verser un montant minimal de CHF 150.- à titre de dédommagement pour les frais administratifs supplémentaires d'Helsana résultant de la procédure.

11 Les primes peuvent-elles être compensées par des prestations?

Helsana peut compenser des prestations échues avec des créances sur les personnes assurées. La personne assurée n'a aucun droit de compensation envers Helsana.

IV. PRESTATIONS

A Capital-invalidité pour les adultes

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

Le droit au capital-invalidité assuré naît en cas d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Helsana 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 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.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou psychique et

qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

13 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 au titre du capital d'invalidité sont adaptées au degré d'invalidité. Un degré d'invalidité égal ou supérieur à 70% donne droit au versement des prestations assurées complètes; lorsque ce degré d'invalidité est inférieur à 40%, aucune prestation n'est versée.

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 la survenance de l'invalidité ou au salaire qu'elle pour-rait raisonnablement recevoir.

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

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

14 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 Helsana. Les prestations seront adaptées au nouveau degré d'incapacité de gain.

15 Qui sont les ayants droit?

Seule la personne assurée a droit au capital-invalidité. Le droit s'éteint si la personne assurée décède avant la constatation définitive du degré d'invalidité. Les prestations assurées sont versées sans tenir compte des autres assurances.

16 Quelles sont les limitations des prestations?

Lorsqu'une personne assurée a atteint l'âge de 56 ans, la somme maximale de CHF 100 000.– peut être assurée pour des risques économiques en cas d'invalidité. Les assurances en vigueur sont réduites en conséquence.

B Capital-invalidité pour les enfants et les jeunes

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

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

Pour les jeunes en cours de formation professionnelle, est considéré comme base de calcul le revenu que le jeune aurait reçu à la fin de la formation professionnelle entamée. Le degré d'incapacité de gain correspond à la proportion prévue entre la capacité de gain vraisemblable réduite et le revenu moyen selon l'indice des revenus SECO pour la profession apprise durant l'année servant de base de calcul. Le Secrétariat d'État à l'économie (SECO) fixe le revenu pour les jeunes qui suivent une formation professionnelle. Celui-ci constitue la base de calcul pour les prestations d'assurance.

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

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

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

C Capital-décès

19 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 Helsana. Un acte de décès officiel, ainsi qu'un certificat médical indiquant les causes et circonstances du décès doivent également lui être remis.

20 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 Helsana.

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

- le conjoint, le partenaire enregistré;
- à défaut les enfants;
- à défaut les autres héritiers légaux de la personne assurée.

21 Quelles sont les limitations des prestations pour les enfants?

Si un enfant décède avant l'âge de 2½ 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 prestation est limitée à CHF 10 000.–

V. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

22 Quelles sont les conditions applicables en cas de prestation?

Les prestations assurées sont octroyées dès qu'Helsana est 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 ch. 12 sont remplies.

Helsana se réserve le droit de faire examiner la personne assurée par des médecins de son choix.

23 Où se trouve le lieu d'exécution?

Est considéré comme lieu d'exécution des prestations assurées le domicile suisse de l'ayant droit ou de son représentant légal. En l'absence du domicile requis, le siège d'Helsana est considéré comme lieu d'exécution.

24 Peut-on céder ou mettre en gage des prétentions d'assurance?

Les prétentions d'assurance ne peuvent être mises en gage ou cédées avant d'avoir été définitivement fixées et sans accord explicite d'Helsana.

25 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 à son invalidité dans un état d'incapacité de discernement provoqué intentionnellement;
- atteintes prénatales à la santé, infirmités congénitales et leurs conséquences;
- suicide suite à une maladie, ainsi que les suites d'une tentative de suicide, pendant les trois premières années suivant la conclusion d'assurance; ceci est également valable pour la personne assurée qui a commis l'action menant à son décès dans un état d'incapacité de discernement provoqué intentionnellement;
- dommages à la santé consécutifs à des radiations ionisantes ou dus à l'énergie atomique;
- accident et/ou lésions corporelles assimilées à un accident. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, psychique ou mentale ou qui entraîne la mort.

Les lésions corporelles assimilables à un accident suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident non assuré, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire et pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs: les fractures, les déboîtements 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 également considérés comme des accidents non assurés:

- les dommages à la santé par l'inhalation involontaire de gaz ou vapeurs et suite à l'ingestion par inadvertance de substances toxiques ou corrosives;
- la noyade;
- les dommages à la santé indiqués ci-après, dans la mesure où la personne assurée les subit de façon involontaire et qu'ils ont été provoqués par un accident assuré;
- les gelures;

- le coup de chaleur;
- l'insolation et les dommages à la santé par des rayons ultraviolets, à l'exception des coups de soleil.

Si l'événement assuré est la conséquence d'un acte téméraire, les prestations seront réduites et refusées dans certains cas particulièrement graves. Helsana renonce toutefois à son droit légal de réduire les prestations, si l'événement assuré a été provoqué par une négligence grave.

26 Qu'advient-il 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 si le pays participe à des actions assimilables à des actes de guerre, les dispositions pertinentes édictées par le Conseil fédéral s'appliquent.

La participation à des opérations de maintien de la paix menées par l'ONU n'est pas couverte par l'assurance (p. ex. les casques bleus de l'ONU et les bérets jaunes de l'OSCE).

27 Par quel biais la communication est-elle assurée?

Toutes les communications destinées à Helsana doivent être envoyées à l'adresse mentionnée dans la police.

Les communications d'Helsana à la personne assurée ont lieu valablement à la dernière adresse indiquée en Suisse.

Les modifications des présentes Conditions d'assurance et autres communications officielles sont publiées sur le site Internet d'Helsana ou dans l'annexe annuelle à la police d'assurance.

28 Qu'advient-il de mes données?

Helsana Assurances complémentaires SA, les autres sociétés du Groupe Helsana ainsi que Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA (assureur) traitent les informations personnelles des personnes assurées non seulement pour l'exécution du contrat et les conseils personnels et l'assistance aux patients, mais aussi pour améliorer en permanence la qualité des produits et des services qu'elles offrent aux personnes qu'elles pourraient assurer, qu'elles assurent ou qu'elles ont assuré. Les sociétés précitées peuvent aussi externaliser le traitement des données à des tiers.

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 personnes assurées et d'offrir, pour le compte du partenaire de coopération, d'Helsana Assurances complémentaires SA ou des sociétés du Groupe Helsana, des produits et des services qui sont avantageux ou auxquels pourraient s'intéresser des personnes assurées potentielles, existantes ou anciennes.

Helsana Assurances complémentaires SA et les autres sociétés du Groupe Helsana sont par conséquent expressément 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.

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

Helsana Assurances complémentaires SA et le Groupe Helsana sont soumis à des prescriptions 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 partenaires de coopération pour le déroulement et l'exécution du présent contrat.

30 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.

31 Qui fait partie du Groupe Helsana?

Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA, Avanex Assurances SA, Progrès Assurances SA, Sansan Assurances SA, Maxi.ch Assurances SA, Helsana Participations SA et Procure Prévoyance SA.

32 Qui fait partie des entreprises partenaires du Groupe Helsana?

Les entreprises partenaires actuelles d'Helsana Assurances complémentaires SA, resp. du Groupe Helsana, sont mentionnées sur le site Internet d'Helsana.

33 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 d'Helsana.

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.

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 déboîtements d'articulations;
- les déchirures du ménisque;
- les déchirures de muscles;
- les élongations 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.