

Assurance-maladie complémentaire selon la LCA 2010

Conditions générales d'assurance (CGA)
Edition 01.2027

Table des matières

I	Généralités	2	V	Obligations de la personne assurée	4
1	Introduction	2	24	Obligations générales pendant la durée de l'assurance	4
2	Bases contractuelles	2	25	Obligations dans le cas d'assurance	4
3	Assureur et personne assurée	2	26	Violation des obligations	5
4	Objet des assurances	2			
5	Champ d'application territorial	2	VI	Etendue de la couverture d'assurance	5
			27	Droit et étendue des prestations	5
II	Définition des termes employés	2	28	Prestations non assurées	5
6	Interprétation des termes	2	29	Réductions des prestations	6
7	Maladie et maternité	2	30	Prise en compte des prestations en cas de police de remplacement	6
8	Accident	2	31	Subsidiarité et prestations de tiers	6
9	Fournisseurs de prestations	2	32	Avance de prestations	6
10	Cas d'assurance	2			
			VII	Divers	6
III	Début et fin des assurances	2	33	Obligation de paiement	6
11	Conditions d'admission	2	34	Versements de l'assureur	6
12	Début et durée des assurances	3	35	Conventions d'honoraires et tarifs	6
13	Fin des assurances	3	36	Compensation, cession, mise en gage et remboursement	6
14	Interruption des assurances	3	37	Carte d'assuré	6
15	Résiliation par la personne assurée	3	38	Communications et changement d'adresse	6
16	Résiliation par l'assureur	3	39	Protection des données	6
			40	Adaptation des conditions d'assurance	7
IV	Primes et participations aux coûts	3	41	Listes de l'assureur	7
17	Prime, tarifs de primes et participations aux coûts	3	42	Lieu d'exécution du contrat et for	7
18	Adaptation du tarif de primes, de la participation aux coûts et du groupe d'âge	3			
19	Rabais et bonus	4	Annexe		7
20	Echéance et paiement des primes	4	43	Rabais familial	7
21	Somation et retard de paiement	4			
22	Remboursement des primes	4			
23	Remboursement des participations aux coûts	4			

I Généralités

1 Introduction

- 1.1 La forme masculine utilisée dans le texte suivant s'applique par analogie aux personnes de sexe féminin.
- 1.2 Les présentes conditions générales d'assurance (CGA) sont valables pour les assurances-maladie complémentaires selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).
- 1.3 Chaque contrat d'assurance-maladie complémentaire est un contrat séparé.
- 1.4 Quand la forme écrite n'est pas explicitement requise, un autre moyen permettant d'établir une preuve par un texte suffit.

2 Bases contractuelles

- 2.1 Forment les bases du contrat d'assurance toutes les écrites faites par le preneur d'assurance (proposant) et/ou la personne assurée (ou la personne à assurer) ou son représentant ainsi que par l'assureur dans la proposition d'assurance, les rapports médicaux ou dans d'autres documents.
- 2.2 Les droits et obligations des parties contractantes sont réglés dans la police d'assurance, dans les présentes CGA, dans les conditions complémentaires (CC) ainsi que, le cas échéant, dans d'autres conventions.
- 2.3 Les CC règlent plus précisément le rapport d'assurance et complètent les présentes CGA. Des dispositions contraires mentionnées dans les CC ont la priorité sur les présentes CGA.
- 2.4 Le cas échéant, des conventions spéciales entre les parties contractantes n'engagent l'assureur que s'il les a confirmées par écrit. De telles conventions ont la priorité sur les présentes CGA et les CC concernées si elles contiennent des réglementations contraires.
- 2.5 Dans la mesure où les présentes CGA, les CC ou d'éventuelles conventions spéciales ne prévoient pas de dispositions contraires, le contrat d'assurance dépend des prescriptions de la LCA. Les modifications s'inscrivant dans le cadre de la révision de la LCA du 19.06.2020 s'appliquent aussi aux contrats conclus avant le 01.01.2022. En sont exclues les dettes de la personne assurée, dont le délai de prescription reste de deux ans.

3 Assureur et personne assurée

- 3.1 La CSS Assurance SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerne (ci-après appelée «assureur») est la responsable des assurances selon les présentes CGA.
- 3.2 Est considérée comme personne assurée, la personne mentionnée dans la police d'assurance. Le preneur d'assurance est la partie contractante qui obtient une couverture d'assurance pour elle-même et/ou pour d'autres personnes par la conclusion du contrat d'assurance. Lorsque l'on parle de la personne assurée dans les présentes CGA et leurs CC, il est également fait référence au preneur d'assurance.

4 Objet des assurances

- 4.1 Peuvent être assurées les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident en complément des autres assurances sociales, en particulier de l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et/ou de l'assurance-accidents selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA).
- 4.2 Les détails concernant les diverses assurances-maladie complémentaires sont réglés dans les CC correspondantes.

5 Champ d'application territorial

Dans la mesure où les CC ou les présentes CGA ne prévoient pas de dispositions contraires, les assurances sont valables pour des traitements dispensés en Suisse.

II Définition des termes employés

6 Interprétation des termes

Les termes maladie, maternité et accident (cf. chiffres 7 et 8), efficacité, adéquation et économicité (cf. chiffre 27.1) ainsi que domicile (cf. chiffre 13, let. d ou 38.3) décrits et utilisés dans les présentes CGA et dans les CC sont interprétés conformément aux dispositions et critères valables dans le droit des assurances sociales.

7 Maladie et maternité

- 7.1 Par maladie, on entend 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.
- 7.2 La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier. Pour la maternité, l'assureur alloue les mêmes prestations que pour la maladie, à condition que, le jour de l'accouchement, la mère ait été au bénéfice d'une assurance complémentaire correspondante de l'assureur pour la maladie et la maternité, au moins pendant 365 jours.

8 Accident

- 8.1 Est réputé 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.
- 8.2 Les lésions corporelles assimilées à un accident et les maladies professionnelles sont assimilées à un accident. Ce sont les dispositions de la LAA qui s'appliquent.

9 Fournisseurs de prestations

Sont considérés comme fournisseurs de prestations les personnes, établissements et institutions qui sont reconnus comme tels, selon la LAMal et par l'assureur, et qui remplissent les conditions établies.

10 Cas d'assurance

Il y a cas d'assurance lorsque les conditions obligeant formellement l'assureur à fournir une prestation ou celles fondant la personne assurée à revendiquer son droit à la prestation sont remplies.

III Début et fin des assurances

11 Conditions d'admission

- 11.1 Pour l'admission dans l'assurance concernée ou en cas de modifications d'assurance, le formulaire d'assurance prévu doit être rempli de manière complète et conforme à la vérité par le preneur d'assurance et/ou la personne à assurer ou son représentant, puis envoyé à l'assureur.
- 11.2 Le traitement des données visant à vérifier la proposition d'assurance est régi par la loi fédérale sur la protection des données du 25 septembre 2020. La protection des données est régie par la LCA et la loi fédérale sur la protection des données (LPD). Le traitement des données par la CSS est expliqué dans la déclaration de protection des données. Celle-ci décrit la manière dont la CSS traite les données personnelles. La déclaration de protection des données a une valeur déclaratoire et ne fait pas partie du contrat. Elle peut être consultée sur css.ch/protection-donnees ou commandée à l'adresse suivante: CSS, Conseiller à la protection des données, Tribschenstrasse 21, Case postale 2568, 6002 Lucerne.

- 11.3 La décision d'admission de l'assureur peut être tributaire du résultat d'un examen médical.
- 11.4 L'assureur se réserve le droit d'accepter, de refuser la proposition d'assurance et de formuler des réserves ou des exclusions.
- 11.5 Si celui qui avait l'obligation de déclarer a, dans ses réponses, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence) et sur lequel il a été questionné par écrit l'assureur est en droit de résilier le contrat par écrit dans les quatre semaines après qu'il a eu connaissance de la réticence (art. 6, al. 1 et 2 LCA).

12 Début et durée des assurances

- 12.1 Le contrat d'assurance entre en vigueur à la date mentionnée dans la police d'assurance. Les délais d'attente et de carence prévus dans les présentes CGA et les CC demeurent réservés.
- 12.2 La durée du contrat est déterminée en fonction de la police d'assurance. Le contrat se prolonge à chaque fois tacitement d'une année à l'expiration de la durée convenue.

13 Fin des assurances

Les assurances concernées s'éteignent:

- a) à l'expiration du délai de préavis si le contrat est résilié;
- b) du fait du retrait de la personne assurée (cf. chiffre 15.3) ou de l'assureur (cf. chiffre 21.3);
- c) au moment où la personne assurée transfère son domicile à l'étranger; ou
- d) si la personne assurée séjourne momentanément à l'étranger pendant plus d'une année, à la fin de l'année civile où le séjour à l'étranger a débuté si les assurances n'ont pas été interrompues ou si la demande d'interruption a été refusée (cf. chiffre 14);
- e) au décès de la personne assurée.

14 Interruption des assurances

Avant d'entreprendre un séjour à l'étranger d'au moins six mois, la personne assurée peut demander par écrit la suspension des assurances moyennant une réduction de primes. Les demandes de suspension peuvent être refusées par l'assureur sans aucune justification. D'autres conditions et modalités sont fixées unilatéralement par l'assureur.

15 Résiliation par la personne assurée

- 15.1 La personne assurée doit résilier chaque contrat d'assurance individuellement (cf. chiffre 1.3). Le preneur d'assurance peut résilier chacune des assurances pour la fin de la troisième année d'assurance ou de chaque année suivante, même lorsque celles-ci ont été convenues pour une durée plus longue, en respectant un préavis de trois mois.
- La personne assurée peut en outre résilier son contrat s'il existe un motif important au sens de l'art. 35b LCA.
- 15.2 La résiliation doit être faite par écrit. Elle intervient dans les délais si elle parvient à la CSS pendant les heures habituelles de bureau au plus tard le dernier jour ouvrable avant l'expiration du délai de résiliation.
- 15.3 Lors d'un cas d'assurance, la personne assurée peut résilier le contrat au plus tard dans les 14 jours après avoir eu connaissance du dernier versement de l'assureur (art. 42 LCA). Dans ce cas, la couverture d'assurance s'éteint dans les 14 jours à compter de la réception de la résiliation par l'assureur. L'assureur a droit aux primes pour l'année civile en cours, dans le cas où la personne assurée résilie le contrat d'assurance pendant l'année suivant la conclusion du contrat.

- 15.4 Si l'assureur a contrevenu à son devoir d'information selon l'art. 3 LCA, la personne assurée est en droit de résilier le contrat dans les quatre semaines après en avoir eu connaissance, au plus tard cependant deux ans après la contravention.

16 Résiliation par l'assureur

- 16.1 A l'expiration du contrat et dans un cas d'assurance, l'assureur ne dispose, de par la loi, d'aucun droit de résiliation.
- 16.2 L'assureur peut résilier le contrat s'il existe un motif important au sens de l'art. 35b LCA.
- 16.3 En outre, l'assureur dispose d'un droit de résiliation en cas de réticence (cf. chiffre 11.5), en cas de tentative ou de réalisation d'escroquerie à l'assurance ainsi qu'en cas de retard dans le paiement (cf. chiffre 21.3).

IV Primes et participations aux coûts

17 Prime, tarifs de primes et participations aux coûts

- 17.1 La prime est toujours mentionnée sur la police d'assurance valable pour l'année civile en cours.
- 17.2 Le tarif peut prévoir un échelonnement des primes en fonction d'éléments pertinents, tels que l'âge, le sexe, l'état de santé déclaré avant la conclusion du contrat ou le domicile de la personne assurée. Lorsque des groupes d'âges sont prévus, le tarif et les primes sont adaptés à chaque fois que la personne assurée change de groupe d'âge. L'assureur doit être informé par écrit sans délai de toute modification des éléments susmentionnés.
- 17.3 Les participations aux coûts sont réglées dans les CC.

18 Adaptation du tarif de primes, de la participation aux coûts et du groupe d'âge

- 18.1 L'assureur peut modifier ses tarifs de primes et participations aux coûts (franchise/quote-part) en fonction de l'évolution des coûts, du déroulement des sinistres, de l'adaptation du volume de couverture ainsi que des modifications légales.
- 18.2 L'assureur informe la personne assurée au plus tard 30 jours avant la fin de l'année civile des modifications des tarifs de primes et des réglementations en matière de participations aux coûts ainsi que d'une modification de primes intervenue à la suite du passage dans un autre groupe d'âge.
- 18.3 Si la personne assurée n'est pas d'accord avec une modification de prime (cf. chiffre 18.2), elle peut résilier par écrit le contrat en vigueur pour la fin de l'année civile en cours. La résiliation intervient dans les délais si elle parvient à l'assureur au plus tard le dernier jour ouvrable précédant le début de l'année en cours, pendant les heures habituelles de bureau.
- 18.4 Si la personne assurée omet de résilier l'assurance, l'adaptation du contrat est réputée acceptée.
- 18.5 Si un changement d'adresse a pour conséquence une modification de prime, la CSS adapte la prime à la date du changement d'adresse. La modification de prime est communiquée à la personne assurée dans une nouvelle police. En cas d'augmentation de prime, la personne assurée a le droit de résilier par écrit le contrat concerné pour la fin du mois en cours. La résiliation a lieu dans les délais si elle parvient à la CSS dans les 25 jours après la notification de la nouvelle police. En cas d'omission, le chiffre 18.4 s'applique.
- 18.6 L'assureur peut accorder des rabais et des bonus. Il n'existe aucun motif de résiliation de l'assurance conclue si, en raison des critères fixés par contrat, aucun bonus n'est versé ni aucun rabais accordé.

19 Rabais et bonus

19.1 La CSS peut accorder des rabais et des bonus. La perte des rabais résultant du non-respect des conditions d'octroi conformément ne donne pas le droit de résilier l'assurance conclue. Cela vaut également si aucun bonus n'est versé en raison des critères établis contractuellement. La réduction des rabais ou des bonus par la CSS à la suite d'une adaptation tarifaire et/ou la modification des conditions d'octroi pour un rabais ou un bonus par la CSS déclenchent un droit de résiliation.

19.2 La CSS accorde un rabais familial aux enfants et aux jeunes jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la personne assurée fête son vingtième anniversaire.

La CSS réglemente les détails relatifs au rabais familial dans une annexe aux CGA. La CSS peut modifier unilatéralement cette annexe. Les modifications sont effectuées en début d'année civile.

Le montant du rabais dépend de la couverture d'assurance de la personne déterminante pour le rabais (personne ayant la charge de l'enfant) et de l'enfant ou du jeune. Il résulte de la police.

Peuvent être bénéficiaires les enfants et les jeunes jusqu'à 20 ans, sous réserve du respect de toutes les conditions suivantes:

a) L'enfant possède une assurance de base chez la CSS Assurance-maladie SA.

b) La personne déterminante pour le rabais possède une assurance de base chez la CSS Assurance-maladie SA.

19.3 Le montant du rabais est toujours calculé sur la prime nette et est indiqué pour chaque produit sur la police ou l'aperçu des primes.

Exemple de calcul pour l'assurance ambulatoire Optima avec plusieurs rabais:

Prime brute	CHF	7.80
– rabais I (fictif) 10%	CHF	0.80
Prime nette I	CHF	7.00
– rabais II (fictif) 20%	CHF	1.40
Prime nette II	CHF	5.60

(prime effective à payer)

19.4 La CSS annonce les modifications concernant les rabais et les bonus ainsi que les modifications des conditions d'octroi relatives aux rabais et aux bonus au plus tard 30 jours avant la fin de l'année civile. Si la personne assurée n'est pas d'accord avec ces modifications, le contrat concerné peut être résilié par écrit pour la fin de l'année civile en cours. La résiliation intervient dans les délais si elle parvient à la CSS au plus tard le dernier jour ouvrable de l'année civile en cours pendant les heures de bureau.

20 Echéance et paiement des primes

20.1 Les primes sont payables d'avance chaque mois. Elles peuvent également être payées tous les deux mois, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, si une convention particulière est conclue.

20.2 Si la personne assurée a plusieurs assurances, elle doit choisir pour toutes un seul et même mode de paiement au sens du chiffre 20.1.

20.3 Les primes sont dues pour le mois entier même si le contrat commence ou se termine dans le courant d'un mois.

21 Sommation et retard de paiement

21.1 Si la prime n'est pas payée dans le délai mentionné sur la facture, la personne assurée est sommée par écrit d'effectuer le paiement des arriérés dans les 14 jours suivant l'expédition de la sommation, conformément à l'art. 21, al. 1 LCA. La sommation doit rappeler les conséquences du retard. Si cette sommation demeure sans effet, l'obligation d'allouer des prestations est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation.

21.2 A l'expiration du délai de sommation, la personne assurée doit s'acquitter d'un intérêt moratoire légal.

Les frais de sommation sont supportés par la personne assurée.

21.3 Si l'assureur n'a pas poursuivi les paiements de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation, elle est censée s'être départie du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée.

21.4 Si l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation d'allouer des prestations reprend à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais.

Pour les cas d'assurance qui surviennent pendant l'interruption de l'obligation d'allouer des prestations, l'assureur n'est pas tenue de verser des prestations même après le paiement de la prime arriérée.

22 Remboursement des primes

22.1 Si, pour des raisons légales ou contractuelles, les assurances sont résiliées avant l'expiration de la durée convenue, l'assureur rembourse proportionnellement la prime payée d'avance pour la part non utilisée de l'année civile ou ne réclame plus les acomptes exigibles ultérieurement.

22.2 Cette réglementation n'est pas valable si la personne assurée résilie le contrat d'assurance au sens de l'art. 42, al. 3 LCA pendant l'année suivant la conclusion du contrat (cf. chiffre 15.3).

23 Remboursement des participations aux coûts

23.1 En cas de paiements directs de l'assureur aux fournisseurs de prestations, la personne assurée est tenue de rembourser les franchises et quotes-parts convenues dans les 30 jours à compter de la facturation de l'assureur.

23.2 Si la personne assurée ne donne pas suite à son obligation de payer, c'est le chiffre 21 qui s'applique par analogie.

V Obligations de la personne assurée

24 Obligations générales pendant la durée de l'assurance

24.1 S'il est prévisible qu'une maladie ou un accident donne lieu à des prestations, la personne assurée doit veiller sans délai à recevoir un traitement médical approprié. La personne assurée est tenue de donner suite aux prescriptions médicales ou aux prescriptions d'autres fournisseurs de prestations et de s'abstenir de tout ce qui pourrait compromettre ou retarder sa guérison (obligation de diminuer le dommage).

24.2 L'assureur est autorisé à demander aux fournisseurs de prestations des renseignements et documents supplémentaires, en particulier des certificats médicaux. La personne assurée doit donner à l'assureur des renseignements complets et conformes à la vérité sur tout ce qui concerne le cas d'assurance et libère les fournisseurs de prestations qui la traitent ou l'ont traitée du devoir de discrétion et du secret professionnel.

25 Obligations dans le cas d'assurance

25.1 Lors d'un cas d'assurance, la personne assurée est tenue de présenter sans délai à l'assureur tous les renseignements, documents et justificatifs nécessaires (en particulier factures originales et certificats médicaux) à l'évaluation de l'obligation d'allouer des prestations afin que l'assureur puisse contrôler son obligation contractuelle de verser des prestations. Cela est aussi valable dans le cas d'un traitement à l'étranger. L'assureur peut exiger, aux frais de la personne assurée, une traduction certifiée conforme dans l'une des langues nationales suisses.

- 25.2 La personne assurée accorde à l'assureur le droit de se faire conseiller par ses médecins d'entreprise et ses médecins-conseils lors de l'examen de son obligation contractuelle d'allouer des prestations. Ceux-ci sont autorisés à consulter tous les documents de la personne assurée importants pour l'examen de l'obligation d'allouer des prestations.
- 25.3 La personne assurée est tenue, sur ordre de l'assureur, de se soumettre à un examen auquel procéderont les médecins qu'elle aura mandatés. Les coûts liés à cet examen sont pris en charge par l'assureur.
- 25.4 La personne assurée est tenue d'informer sans délai l'assureur de toutes les prestations de tiers (p. ex. autre assureur).
- 25.5 Les factures établies à l'étranger sont payées au cours officiel des billets (vente) à la date de la facture en devises suisses à une adresse de paiement en Suisse.
- 25.6 En cas de factures fausses ou falsifiées et d'escroquerie à l'assurance ou de tentative d'escroquerie, il n'est versé aucune prestation. Dans ces cas, la personne assurée doit assumer les coûts occasionnés pour le contrôle des factures par l'assureur ou son mandataire ainsi que pour le traitement du dossier.
- 25.7 Des admissions effectuées en vue de traitements stationnaires auprès de fournisseurs de prestations reconnus selon le chiffre 9 (par exemple admission à l'hôpital) doivent en principe être communiquées sans délai à l'assureur ou à la centrale d'appel d'urgence de l'assureur, mais au plus tard dans les cinq jours suivant l'admission.
- 25.8 Avant le début du traitement stationnaire, l'assureur ou la centrale d'appel d'urgence de l'assureur doit fournir une garantie de paiement si cela est mentionné expressément dans les CC.

26 Violation des obligations

- 26.1 En cas de violation des obligations contractuelles par la personne assurée, l'assureur peut refuser de verser les prestations ou les fixer selon son appréciation. Les coûts relatifs à une clarification éventuelle des faits sont à la charge de la personne assurée.
- 26.2 Ces sanctions ne sont pas encourues s'il résulte des circonstances, conformément à l'art. 45 LCA, que la violation n'est pas imputable à la personne assurée ou que cette violation est considérée, sur la base d'une preuve appropriée fournie par le preneur d'assurance, comme n'ayant pas d'influence sur la survenance de l'événement redouté ni sur le volume des prestations dues par la compagnie d'assurance.

VI Etendue de la couverture d'assurance

27 Droit et étendue des prestations

- 27.1 L'assureur verse des prestations pour des mesures diagnostiques et thérapeutiques, des médicaments et moyens auxiliaires qui sont efficaces, appropriés et économiques, dans la mesure où ils sont dispensés par des fournisseurs de prestations reconnus selon le chiffre 9. Des précisions sur le droit aux prestations figurent dans les CC.
- 27.2 L'obligation pour l'assureur d'allouer des prestations s'éteint complètement avec la fin du contrat (sous réserve d'obligations périodiques en matière de prestations au sens de l'art. 35c LCA). Cela est aussi valable pour les cas d'assurance en cours, la date du traitement étant dans chaque cas déterminante.
- 27.3 L'étendue des prestations dans le cas d'assurance est réglée de manière exhaustive dans les CC.

28 Prestations non assurées

- 28.1 Les prestations suivantes (y c. complications et séquelles tardives) sont exclues par les assurances à moins que les CC ne prévoient des dispositions contraires.
- a) prestations légales, en particulier celles selon la LAMal et la LAA;
 - b) prestations pour des séjours auprès de fournisseurs de prestations selon le chiffre 9 qui ne contribuent pas ou plus à améliorer de manière importante l'état de santé (p. ex. soins de longue durée de malades chroniques);
 - c) coûts pour le traitement, les soins ou l'accouchement lorsque la personne assurée s'est rendue à l'étranger dans ce but; l'assureur n'alloue des prestations à l'étranger qu'aussi longtemps que l'on ne peut exiger de la personne assurée qu'elle rentre en Suisse;
 - d) séquelles de maladie et d'accident qui existaient déjà avant la conclusion du contrat ou pour lesquelles une réserve ou une exclusion existe (cf. chiffre 11.4);
 - e) prestations pour sevrage ainsi que cures de désintoxication;
 - f) prestations pour traitements esthétiques;
 - g) prestations pour inséminations artificielles et traitements de la stérilité;
 - h) prestations pour changement de sexe;
 - i) prestations pour transplantations;
 - j) prestations pour thérapie cellulaire;
 - k) participations aux coûts, parts des frais à la charge du patient et débours;
 - l) prestations pour un traitement qui n'est a priori pas en relation avec une maladie ou un accident mais dont le motif est avant tout d'ordre social (p. ex. conseil matrimonial, conseils pour prise de conscience, réalisation de soi ou maturité de la personnalité);
 - m) prestations qui, selon la Mal, doivent être prises en charge par les pouvoirs publics.
- 28.2 De même, aucune prestation n'est allouée pour des maladies et accidents (y c. complications et séquelles) liés:
- a) à des violations de la neutralité et des événements guerriers ainsi qu'à l'utilisation de substances atomiques et radioactives à des fins militaires en Suisse et à l'étranger, en temps de guerre et de paix;
 - b) à l'effet de rayons ionisants et de dommages résultant de l'énergie atomique;
 - c) aux épidémies et pandémies;
 - d) aux tremblements de terre ou autres séismes violents;
 - e) à la participation à des actes de guerre ou actes terroristes;
 - f) à la participation à des troubles, manifestations ou événements similaires;
 - g) à la perpétration par la personne assurée de crimes ou de délits, soit intentionnellement soit par négligence grave;
 - h) au suicide ou tentative de suicide et à l'automutilation;
 - i) à la consommation de drogues, de stupéfiants et de substances engendrant une dépendance, ainsi qu'à l'abus d'alcool et de médicaments;
 - j) à l'accomplissement d'un service militaire à l'étranger, et ce dès l'entrée en service;
 - k) à la participation à des rixes, bagarres ou fusillades et à des événements comparables, à moins que la personne assurée n'ait été blessée par les protagonistes alors qu'elle n'y prenait aucune part ou qu'elle venait en aide à une personne sans défense;
 - l) à l'exposition à des dangers extraordinaires (art. 49 OLAA) et entreprises téméraires (art. 50 OLAA) par la personne assurée; pour l'évaluation d'un danger extraordinaire ou d'une entreprise téméraire, les dispositions légales et la jurisprudence de l'assurance-accidents sociale sont applicables.

29 Réductions des prestations

- 29.1 Si la couverture d'assurance ne dure pas une année civile entière, le montant maximum assuré est réduit proportionnellement si un tel montant est mentionné dans les CC ou la police d'assurance.
- 29.2 Les prestations assurées sont réduites et, dans des cas particulièrement graves, refusées:
- a) si la personne assurée ne satisfait pas à ses obligations, conformément aux chiffres 24 et 25, à moins qu'il s'agisse d'un cas d'application du chiffre 26.2;
 - b) lorsque le cas d'assurance est provoqué par une faute grave de la personne assurée.

30 Prise en compte des prestations en cas de police de remplacement

Si le contrat remplace un contrat antérieur de l'assureur, les prestations limitées déjà perçues au titre de la police d'assurance remplacée sont imputées sur les futures prestations.

31 Subsidiarité et prestations de tiers

- 31.1 Toutes les prestations de l'assureur convenues par contrat sont allouées en complément des prestations d'autres assurances sociales, en particulier celles versées selon la législation fédérale suisse sur l'assurance militaire, accidents, invalidité et maladie, et des assurances étrangères correspondantes. Lorsque la personne assurée a droit à des prestations d'assurances dites sociales, l'assureur n'alloue ses prestations que si le cas a été annoncé à ces assureurs dans les délais impartis.
- 31.2 En cas d'assurance multiple, l'assureur verse ses prestations proportionnellement, conformément aux dispositions légales (cf. art. 46c LCA).
- 31.3 L'assureur n'alloue pas de prestations lorsqu'un tiers ou son assureur est responsable envers la personne assurée. Si le tiers ou son assureur conteste sa responsabilité civile ou son obligation d'allouer des prestations, l'assureur n'est malgré tout pas tenu d'allouer des prestations.

32 Avance de prestations

- 32.1 L'assureur peut avancer des prestations à la condition que la personne assurée lui cède ses droits envers des tiers à hauteur des avances de prestations allouées et s'engage à ne rien entreprendre qui pourrait s'opposer à la revendication du droit de recours éventuel envers des tiers. Toutes les participations aux coûts restent dues malgré tout.
- 32.2 Si la personne assurée conclut une convention avec un tiers sur la prestation de ce dernier sans avoir requis le consentement préalable de l'assureur, l'assureur n'est pas tenu au versement de prestations.

VII Divers

33 Obligation de paiement

En principe, la personne assurée est débitrice des honoraires envers les fournisseurs de prestations. La personne assurée accepte cependant des contrats différents passés entre l'assureur et les fournisseurs de prestations qui prévoient le paiement direct au fournisseur de prestations.

34 Versements de l'assureur

L'assureur effectue ses paiements à la personne assurée sans frais sur le compte bancaire ou postal de celle-ci. Si la personne assurée demande un autre mode de paiement, les frais engendrés sont répercutés sur la personne assurée. Pour chacun de ces paiements, un montant est en outre facturé pour le supplément de travail administratif.

35 Conventions d'honoraires et tarifs

Les conventions d'honoraires entre la personne assurée et les fournisseurs de prestations ne sont pas obligatoires pour l'assureur. Il n'existe un droit aux prestations que dans la mesure des tarifs négociés ou reconnus par l'assureur.

36 Compensation, cession, mise en gage et remboursement

- 36.1 L'assureur est en droit de compenser les primes et/ou les participations aux coûts en suspens avec des droits aux prestations de la personne assurée. Ce droit de compensation n'est pas accordé à la personne assurée envers l'assureur.
- 36.2 Sans l'assentiment exprès de l'assureur, les droits aux prestations assurées ne peuvent être ni cédés ni constitués en gage avant leur fixation définitive.
- 36.3 Les prestations perçues à tort par la personne assurée doivent être remboursées à l'assureur.

37 Carte d'assuré

- 37.1 La personne assurée peut, selon le type d'assurance conclue, recevoir une carte d'assuré. Pour autant que des contrats correspondants existent, cette carte donne le droit de retirer des prestations, notamment des médicaments.
- 37.2 La carte d'assuré est valable pendant la durée de la couverture d'assurance. Elle ne peut ni être prêtée ni transférée ou être rendue accessible à des tiers d'une autre manière. Si la carte d'assuré se perd ou si la personne assurée l'égare, l'assureur doit en être informé immédiatement. Une fois supprimée la couverture d'assurance, la personne assurée doit détruire immédiatement la carte d'assuré.
- 37.3 Si la carte d'assuré est utilisée abusivement, la personne au nom de laquelle la carte a été établie est responsable du dommage occasionné de ce fait à l'assureur. En particulier, les prestations de l'assureur versées à tort doivent être remboursées et les coûts résultant des désagréments causés à l'assureur pris en charge. Demeure réservé le comportement au sens de l'art. 45 LCA.

38 Communications et changement d'adresse

- 38.1 Toutes les communications peuvent être adressées valablement au siège principal de l'assureur (cf. chiffre 3.1) ou à la représentation mentionnée dans la police d'assurance.
- 38.2 Les communications de l'assureur sont effectuées valablement à la dernière adresse connue en Suisse de la personne assurée.
- 38.3 Un changement d'adresse doit être communiqué sans délai à l'assureur. Les conséquences de ce changement d'adresse sont réglées au chiffre 18.5.
- 38.4 Si la personne assurée ne communique pas immédiatement son changement d'adresse, c'est le chiffre 26 qui s'applique par analogie.
- 38.5 Si la forme écrite est requise conformément aux CGA, un autre moyen permettant d'établir une preuve par un texte suffit. Si aucune exigence quant à la forme d'une communication n'est formulée, la communication peut aussi se faire oralement.

39 Protection des données

La protection des données est régie par la LCA et la loi fédérale sur la protection des données (LPD). Le traitement des données par la CSS est expliqué dans la déclaration de protection des données. Celle-ci décrit la manière dont la CSS traite les données personnelles. La déclaration de protection des données a une valeur déclaratoire et ne fait pas partie du contrat. Elle peut être consultée sur css.ch/protection-donnees ou commandée à l'adresse suivante: CSS, Conseiller à la protection des données, Tribschenstrasse 21, Case postale 2568, 6002 Lucerne.

40 Adaptation des conditions d'assurance

- 40.1 L'assureur est autorisé, pour l'une des raisons mentionnées ci-après, à adapter unilatéralement les CGA et les CC:
- a) développement de la médecine moderne ou des soins;
 - b) établissement de nouvelles formes de thérapie ou de soins coûteuses telles que techniques opératoires, médicaments et autres choses similaires;
 - c) changements de prestations dans la LAMal ou introduction d'une assurance obligatoire des soins.
- 40.2 Si les conditions d'assurance sont adaptées, les nouvelles conditions sont valables pour la personne assurée et l'assureur. L'assureur communique par écrit à la personne assurée les adaptations au plus tard 30 jours avant leur entrée en vigueur.

41 Listes de l'assureur

- 41.1 Les listes valables de l'assureur mentionnées dans les présentes CGA et dans les CC (p. ex. fournisseurs de prestations reconnus par l'assureur selon le chiffre 9 CGA) peuvent être modifiées par lui unilatéralement et à tout moment. La personne assurée ne dispose d'aucun droit de résiliation en cas de modification des listes.
- 41.2 Sont toujours déterminantes les listes valables au moment du traitement.
- 41.3 Les listes peuvent être télécharger de l'internet où les CC ne prévoient pas de dispositions contraires.

42 Lieu d'exécution du contrat et for

- 42.1 Les obligations découlant des assurances doivent être satisfaites en Suisse et en devises suisses.
- 42.2 En cas de contestations, une action peut être ouverte contre l'assureur au lieu de domicile en Suisse de la personne assurée ou à Lucerne-Ville. Si la personne assurée est domiciliée à l'étranger, le for exclusif est Lucerne-Ville.

Annexe

43 Rabais familial

En tant qu'assureur familial, la CSS Assurance SA accorde des rabais familiaux attrayants sur les primes d'assurances complémentaires LCA pour les enfants et les jeunes.

43.1 Conditions d'octroi des rabais de primes relatifs aux assurances complémentaires

Les conditions cumulatives donnant droit au rabais familial sont précisées au chiffre 19.2 des conditions générales d'assurance (CGA).

43.2 Montant du rabais pour les différents produits d'assurance

Assurance complémentaire	Minima	Optima	Âge maximal
Assurance ambulatoire	20%	20%	jusqu'à 20 ans
Assurance d'hospitalisation	20%	20%	jusqu'à 20 ans

Le montant du rabais est toujours calculé sur la prime nette et est indiqué pour chaque produit sur la police ou l'aperçu des primes de l'enfant ou du jeune.

Exemple de calcul pour l'assurance ambulatoire Optima avec plusieurs rabais¹:

Prime brute	CHF	7.80
– rabais I (fictif) 10%	CHF	0.80
Prime nette I	CHF	7.00
– rabais familial 20%	CHF	1.40
Prime nette II	CHF	5.60
(prime effective à payer)		

¹ La personne assurée a 5 ans. La prime ci-dessus est un exemple et ne correspond pas à la prime réelle.