

Assurance Standard CSS plus

Assurance des frais de guérison

Conditions générales d'assurance (CGA)

Edition 01.2027

Sur votre police d'assurance, vous trouvez les indications sur les personnes assurées, le début de la couverture d'assurance, la durée du contrat et les éventuelles stipulations particulières.

Vos rapports contractuels avec la CSS sont définis par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) pour autant qu'aucune dérogation ne soit établie par les présentes conditions générales d'assurance (CGA).

Table des matières

I	Notion et contenu	2	IV	Dispositions diverses	5
1	Assurance complémentaire	2	19	Retard dans le paiement des primes et des participations aux coûts	5
2	Contenu	2	20	Durée du contrat	5
3	Maladie, accident, maternité	2	21	Résiliation en cas de prestation	5
II	Nos prestations	2	22	Modification des tarifs de primes, des réglementations de la participation aux coûts, adaptation des CGA	5
4	Etendue des prestations	2	23	Résiliation lors du remplacement de ce produit d'assurance par un nouveau produit	5
5	Limitation des prestations	3	24	Extinction de l'assurance	6
6	Prestations non assurées	3	25	Cession des droits aux prestations	6
7	Délai de carence en cas de prestations de maternité	3	26	Police d'assurance de remplacement	6
8	Réduction des prestations	3	27	Nos paiements à votre intention	6
9	Vos obligations en cas de prestation	3	28	Changement de domicile	6
10	Listes	4	29	For et protection des données	6
11	Prestations de tiers	4	Annexe		6
12	Compte «santé»	4	30	Rabais familial	6
III	Vos primes et participations aux coûts	4			
13	Prime initiale et adaptation des primes suivant les groupes d'âge tarifaires	4			
14	Votre participation aux coûts	4			
15	Rabais et bonus	4			
16	Rabais pour absence de prestations	5			
17	Exclusion de l'accident	5			
18	Remboursement de primes	5			

I Notion et contenu

Art. 1 Assurance complémentaire

L'assurance Standard CSS plus a valeur d'assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Dans le cas où un assureur-accidents ou un assureur-maladie, l'assurance militaire, l'assurance-invalidité ou une autre assurance sociale sont tenus d'allouer des prestations, nous ne versons au titre des prestations assurées que la partie des prestations dues qui n'est pas couverte par ces assureurs.

Art. 2 Contenu

Nous prenons en charge des prestations pour les traitements et médicaments de médecine classique selon les dispositions suivantes.

Art. 3 Maladie, accident, maternité

Nous allouons nos prestations en cas de maladie et d'accident. La couverture du risque-accidents peut être exclue à votre demande.

En cas de maternité (grossesse, accouchement et période de récupération qui suit), nous allouons les mêmes prestations qu'en cas de maladie après un délai de carence selon l'article 7.

II Nos prestations

Art. 4 Etendue des prestations

4.1 Nous payons:

- a) les frais des médecins, pharmaciens, chiropraticiens et autres prestataires de soins mentionnés dans la LAMal;
- b) les médicaments prescrits par le médecin et scientifiquement reconnus, qui ne figurent pas dans la liste des spécialités, à l'exception des médicaments de la «Liste des produits pharmaceutiques à charge des assurés»;
- c) les moyens auxiliaires sur la base de la liste établie par nos soins;
- d) les frais pour des lunettes ou lentilles de contact qui sont nécessaires aux corrections visuelles à raison de CHF 200, à savoir pour les enfants par paire de lunettes et pour les adultes une fois par période de 3 années civiles, pour autant qu'aucune prestation de l'assurance obligatoire des soins LAMal ne soit allouée;
- e) les échographies nécessaires en cas de grossesse;
- f) une indemnité d'allaitement de CHF 200 par enfant, dans la mesure où l'enfant et la mère sont assurés chez nous et où l'allaitement a duré au moins 30 jours;
- g) les examens gynécologiques préventifs;
- h) les stérilisations effectuées ambulatoirement ou en établissement hospitalier: notre prise en charge des frais est déterminée en fonction du tarif LAMal valable au moment du traitement; en cas de traitements ambulatoires, au maximum en fonction du tarif appliqué au lieu de votre domicile; en cas de traitement en établissement hospitalier, au maximum en fonction du tarif de la division commune de l'hôpital public le plus proche de votre canton de domicile et au plus pour trois jours;
- i) les corrections des oreilles effectuées ambulatoirement et en établissement hospitalier jusqu'à l'âge de 18 ans révolus: notre prise en charge des frais est déterminée en fonction du tarif LAMal valable au moment du traitement; en cas de traitements ambulatoires, au maximum en fonction du tarif appliqué au lieu de votre domicile; en cas de traitements en établissement hospitalier, au maximum en fonction du tarif de la division

commune de l'hôpital public le plus proche de votre canton de domicile et au plus pour trois jours;

- j) 50 % des frais de correction des anomalies de position des dents (traitement d'orthopédie dento-faciale, mesures d'orthodontie), mais au maximum CHF 12 000 par assuré jusqu'à l'âge de 20 ans révolus;
- k) pour les enfants, 50 % pour d'autres frais de traitements dentaires non assurés ailleurs ou à la CSS, jusqu'à concurrence de CHF 1000 par année civile;
- l) tant qu'ils ne font pas partie des prestations de l'assurance obligatoire des soins (LAMal), les traitements auprès d'un psychothérapeute reconnu par nos soins, à raison de CHF 40 par séance, pour 20 séances par année civile;
- m) en cas d'accouchement à domicile ou d'accouchement ambulatoire (uniquement s'il a lieu dans la division commune d'un hôpital), nous allouons un forfait de CHF 1500 sous réserve du délai de carence de l'article 7 sans preuve de frais, dans la mesure où, au moment de l'accouchement, la mère a conclu l'assurance Standard CSS plus et où l'enfant est également assuré à la CSS. En cas de naissances multiples, ce forfait n'est versé qu'une fois.
- n) Nous payons, en fonction des critères suivants, les frais de traitement et d'hospitalisation dans la division commune, demi-privée ou privée d'un hôpital public ou privé de Suisse qui, au moment du traitement, figure sur la liste d'hôpitaux obligatoire pour nous selon la LAMal.

Si vous vous rendez dans un hôpital reconnu dont la division se trouve sur la liste des hôpitaux sans division commune, demi-privée ou privée reconnue par la CSS (cf. art. 10 CGA), le remboursement est effectué selon l'art. 5.4 des présentes CGA.

Sont compris les frais d'hospitalisation et du premier examen pour un nouveau-né en bonne santé pendant l'hospitalisation de sa mère, dans la mesure où celui-ci est assuré à la CSS dès sa naissance. Nous allouons ces prestations au plus pendant 30 jours.

Au plus tard lors de votre admission à l'hôpital, vous pouvez choisir de vous faire traiter et de séjourner en division commune, demi-privée avec chambre à deux lits ou privée avec chambre à un lit. Pour les traitements selon l'article 4, al. 1, let. h et i, ce droit de choisir est exclu.

En cas de séjour dans la division commune d'un hôpital, aucune participation aux coûts n'est perçue sur cette assurance. Le séjour dans la division demi-privée ou privée reconnue par la CSS est soumis à l'obligation de la participation aux coûts selon l'article 14.

- 4.2 Les prestations pour les examens diagnostiques et les traitements médicaux à l'étranger sont pris en charge uniquement lors d'une urgence survenant pendant un séjour à l'étranger. Elles sont limitées à la phase aiguë du traitement lorsqu'un rapatriement simultané en Suisse n'est pas approprié. Nous versons des prestations au maximum pour un montant équivalant à ce qui serait facturé au domicile suisse de l'assuré. S'il est impossible de déterminer dans quelle division l'assuré a été traité, nous allouons des prestations analogues à la division privée de votre domicile suisse en prélevant une participation aux coûts correspondante selon l'article 14.

- 4.3 Le libre choix des prestataires de soins selon l'article 4, al. 1, let. a de l'assurance Standard CSS plus est supprimé si vous avez choisi une variante correspondante (HMO ou modèle CSS du médecin de famille) dans l'assurance obligatoire des soins.

Art. 5 Limitation des prestations

- 5.1 De façon générale, toutes les prestations sont limitées à la phase aiguë d'une maladie ou des séquelles d'un accident.
- 5.2 En cas de séjours dans une clinique psychiatrique ou dans une division d'hôpital, le droit aux prestations existe au maximum pendant 180 jours compris dans une période de 900 jours consécutifs.
- 5.3 Les prestations pour les séjours de réadaptation sont limitées au maximum à 180 jours compris dans une période de 900 jours consécutifs.
- 5.4 Si vous vous rendez dans une division d'hôpital qui n'est pas reconnue par la CSS, les prestations sont décomptées en fonction de la division hospitalière immédiatement supérieure. Dans ces cas, la participation aux coûts est due selon l'article 14.

Hospitalisation en	Décompte
division commune (non reconnue par la CSS)	avec participation aux coûts selon l'article 14, al. 1
division demi-privée (non reconnue par la CSS)	avec participation aux coûts selon l'article 14, al. 2

- 5.5 Les prestations dont la somme ou le versement sont limités et qui ont été perçues lors de rapports d'assurance antérieurs dans les assurances d'hospitalisation de la CSS, l'assurance Standard CSS ou l'assurance zoom sont imputées sur la durée d'allocation des prestations.

Art. 6 Prestations non assurées

- 6.1 Prestations légales, en particulier celles selon la loi sur l'assurance-maladie, la loi sur l'assurance-accidents, la loi sur l'assurance-invalidité et la loi sur l'assurance militaire;
- 6.2 prestations non reconnues scientifiquement, non prescrites par un médecin, non appropriées et non économiques, sauf dispositions contraires prévues dans les CGA;
- 6.3 prestations de maternité et maladies y étant liées dans le délai de carence selon l'article 7 des présentes CGA;
- 6.4 séjours à l'hôpital ou dans d'autres institutions ne servant pas à améliorer l'état de santé (prestations pour soins de longue durée, établissement médico-social et soins aux malades chroniques);
- 6.5 prestations pour sevrage ainsi que cures de désintoxication en cas de toxicomanies;
- 6.6 prestations pour les séjours effectués comme patients de jour ou de nuit pour traiter ou surveiller les toxicomanes (sevrage et désintoxication) et les malades psychiques;
- 6.7 traitements et hospitalisations en cas de transplantations de moelle osseuse et d'organes pour lesquelles la Fédération pour tâches communes des caisses-maladie (SVK) a convenu de forfaits par cas. Cela est aussi valable pour les cliniques où aucun forfait par cas n'a été convenu;
- 6.8 traitements esthétiques;
- 6.9 thérapie cellulaire;
- 6.10 prestations portant sur la différence entre les frais facturés et les tarifs hospitaliers appliqués aux habitants du canton quand l'assuré fait appel, pour des raisons médicales, aux services d'un hôpital situé hors de son canton de domicile;
- 6.11 maladies et accidents dus à des violations de la neutralité ou à des événements guerriers ainsi qu'à l'utilisation de l'énergie atomique à des fins militaires en période de guerre ou de paix;
- 6.12 accidents provoqués par des tremblements de terre;
- 6.13 accidents provoqués lors des crimes ou délits commis intentionnellement par l'assuré;

- 6.14 maladies et accidents découlant de dangers extraordinaires ou d'entreprises téméraires; celles-ci sont des actions par lesquelles vous vous exposez à un danger particulièrement important sans prendre ou pouvoir prendre les mesures de précaution qui limitent le risque dans une mesure raisonnable. Des actions de sauvetage en faveur de personnes sont néanmoins aussi assurées lorsqu'elles doivent en soi être considérées comme une entreprise téméraire;
- 6.15 participations aux coûts, parts des frais à la charge du patient et débours;
- 6.16 pour la période qui précède l'avis tardif du cas de prestation sans motif valable;
- 6.17 prestations devenues nécessaires lorsque les prescriptions du médecin ou d'autres prestataires de soins n'ont pas été observées;
- 6.18 prestations pour traitements prévus à l'étranger;
- 6.19 les honoraires de médecins et autres prestataires de soins pour les traitements ambulatoires et semi-hospitaliers qui dépassent le tarif de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal ne sont pas assurés.

Art. 7 Délai de carence en cas de prestations de maternité

- 7.1 En cas de maternité (grossesse, accouchement, période de récupération qui suit), nous allouons les mêmes prestations qu'en cas de maladie à l'expiration d'un délai de carence de 365 jours à compter du début de l'assurance. Est déterminante la date du traitement ou, en cas de prestations selon l'article 4, al. 1, let. m, la date de l'accouchement.
- 7.2 Si vous êtes passée d'une assurance d'hospitalisation CSS dans l'assurance Standard CSS plus, la durée d'assurance de cette assurance est prise en compte dans le délai de carence de l'assurance Standard CSS plus. Pour le séjour dans la division commune d'un hôpital, aucun délai de carence n'est valable.
- 7.3 Si vous êtes passée de l'assurance Standard CSS ou de l'assurance zoom dans l'assurance Standard CSS plus, aucun délai de carence n'est valable pour le séjour dans la division commune d'un hôpital.

Art. 8 Réduction des prestations

- 8.1 Si la couverture d'assurance ne dure pas une année civile entière, le montant maximum assuré est réduit proportionnellement.
- 8.2 Les réductions de prestations à partir d'autres assurances ne sont pas remplacées.

Art. 9 Vos obligations en cas de prestation

- 9.1 Le cas de prestation est une facture d'un prestataire de soins portant sur les prestations conventionnelles effectuées durant une période de trois mois au plus. Si le contrat prend fin, le droit aux prestations s'éteint au plus tard au bout de trois mois.
- 9.2 Vous avez l'obligation de nous présenter les originaux des factures détaillées et les certificats médicaux afin que nous puissions allouer nos prestations conformément au contrat. Cela est aussi valable dans le cas d'un traitement prodigué à l'étranger. En outre, la CSS peut réclamer une traduction, certifiée conforme, dans l'une des langues nationales suisses, aux frais de l'assuré.
- 9.3 Les hospitalisations et le choix de la division d'hôpital (commune, demi-privée ou privée) doivent nous être annoncés sans délai. Sur demande, nous établissons une garantie de paiement dans le cadre des prestations assurées.
- Si, à la suite d'une maladie grave ou de séquelles d'un accident, vous n'êtes pas en mesure de choisir la division lors de votre admission à l'hôpital, nous ne fournissons

pas de garantie de paiement à partir de l'assurance Standard CSS plus.

- 9.4 Vous avez l'obligation de nous informer de toutes les prestations de tiers (p. ex. autre assureur).
- 9.5 Si vous avez conclu une assurance obligatoire des soins avec choix limité du prestataire de soins (HMO ou modèle CSS du médecin de famille), il faut que préalablement le médecin correspondant adresse le patient ou établisse la prescription.

Art. 10 Listes

Vous pouvez consulter les listes auprès de votre agence CSS et en obtenir un extrait. Vous trouvez votre adresse de contact CSS sur votre police d'assurance ou sur l'aperçu des primes. En cas de prestation, nous vous recommandons de vous renseigner préalablement sur la reconnaissance de la CSS auprès de votre agence CSS. Sont toujours déterminantes les listes valables au moment du traitement.

Art. 11 Prestations de tiers

- 11.1 En cas d'assurance double ou multiple, nous versons nos prestations en principe proportionnellement.
- 11.2 En dérogation à l'article 11, al. 1, nous allouons des prestations à titre subsidiaire, pour autant que des tiers ou leurs assureurs soient civilement responsables par rapport à vous. Si le tiers ou son assureur conteste sa responsabilité civile ou son obligation d'allouer des prestations, la CSS n'est pas tenue d'allouer des prestations. Une obligation de la CSS d'allouer des prestations est annulée si vous ne faites pas valoir à temps vos droits aux prestations par rapport à un tiers ou à son assureur.

Art. 12 Compte «santé»

- 12.1 Nous participons aux frais résultant de mesures de prévention choisies dans le cadre du compte «santé». Vous pouvez obtenir un aperçu des offres et des cours auprès de votre agence CSS.
- 12.2 Au cas où vous auriez conclu plusieurs assurances complémentaires CSS, vous n'avez droit au total qu'une fois par année civile au montant maximal annuel.

III Vos primes et participations aux coûts

Art. 13 Prime initiale et adaptation des primes suivant les groupes d'âge tarifaires

- 13.1 Votre prime initiale figure sur votre police d'assurance ou sur l'aperçu des primes.
- 13.2 En atteignant l'âge maximum de votre groupe d'âge tarifaire, vous passez d'office dans le groupe d'âge tarifaire immédiatement supérieur au début de l'année civile suivante. Le tarif de primes valable dans le groupe d'âge tarifaire en question est déterminant.

Les groupes d'âge tarifaires:

0–18 ans	46–50 ans
19–25 ans	51–55 ans
26–30 ans	56–60 ans
31–35 ans	61–65 ans
36–40 ans	66 ans et plus
41–45 ans	

- 13.3 Une adaptation de primes à la suite de l'admission dans un groupe d'âge tarifaire supérieur constitue un motif de résiliation.

Art. 14 Votre participation aux coûts

- 14.1 Si vous vous faites soigner à l'hôpital, en division demi-privée, votre participation s'élève à 20 % des coûts (pour la part qui dépasse la LAMal) jusqu'à concurrence du montant maximum fixé par année civile qui est mentionné sur votre police d'assurance dans les dispositions contractuelles complémentaires (DCC).
- 14.2 En cas de séjour hospitalier dans la division privée, vous participez à raison de 35 % des coûts (pour la part qui dépasse la LAMal) jusqu'à concurrence du montant maximum fixé par année civile qui est mentionné sur votre police d'assurance dans les dispositions contractuelles complémentaires (DCC).
- 14.3 La participation aux coûts à partir de l'assurance Standard CSS plus est supprimée pour autant que vous soyez hospitalisé dans la division commune.
- 14.4 Si vous vous faites soigner en ambulatoire ou en semi-hospitalier, vous participez à raison de 10 % aux coûts qui dépassent la LAMal. Les prestations ambulatoires dont la somme est limitée conformément aux présentes CGA ne sont pas soumises à la participation aux coûts.

Art. 15 Rabais et bonus

- 15.1 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.
- 15.2 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 18. anniversaire. La CSS régit 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 18 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.
- 15.3 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 Standard CSS plus avec plusieurs rabais:

Prime brute	CHF 20.40
– rabais I (fictif) 10 %	CHF 2.00
Prime nette I	CHF 18.40
– rabais II (fictif) 50 %	CHF 9.20

Prime nette II (prime effective à payer) CHF 9.20

- 15.4 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 a eu lieu 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.

Art. 16 Rabais pour absence de prestations

16.1 Chaque personne assurée a droit à un rabais sur les primes. Sont déterminantes pour le calcul du rabais les prestations retirées au cours de la période de référence. Est considérée comme période de référence la période allant de début septembre à fin août des trois dernières années consécutives.

16.2 Les échelons de rabais suivants sont applicables:

Echelon de rabais	Rabais en %	Prestations perçues en CHF en l'espace de 3 ans
0	0	> 300
1	25	<= 300

Les prestations de maternité et prestations du compte «santé» ne sont pas prises en compte pour le calcul du rabais pour absence de prestations.

La personne assurée obtient automatiquement l'échelon de rabais 1 lors de la conclusion du contrat. En sont exemptés les assurés avec l'assurance Standard CSS, l'assurance d'hospitalisation demi-privée, l'assurance d'hospitalisation privée, l'effectif repris (chiffre V «Assurance pour frais de traitement hospitalier», chiffre VI «Assurance pour frais d'hospitalisation»). Les prestations retirées à partir de ces assurances sont prises en compte pour déterminer l'échelon de rabais.

16.3 Le rabais figure sur la police ou sur l'aperçu des primes. Le droit aux rabais est réexaminé chaque année. Si, durant la période de référence des prestations déterminantes ont été perçues, l'adaptation de l'échelon de rabais a lieu au début de la nouvelle année civile.

16.4 La modification du rabais pour absence de prestations n'est pas un motif de résiliation.

Art. 17 Exclusion de l'accident

Si vous ne désirez pas assurer le risque-accidents, nous vous accordons une réduction de primes.

Art. 18 Remboursement de primes

18.1 Si le contrat est résilié avant la date d'expiration, nous vous remboursons les primes payées au prorata, sauf si la personne assurée a résilié le contrat, lors d'un cas de prestations, au cours de la première année d'assurance.

18.2 Si les rapports d'assurance se terminent dans le courant d'un mois civil, les primes sont dues pour le mois entier.

IV Dispositions diverses

Art. 19 Retard dans le paiement des primes et des participations aux coûts

19.1 Si les versements de primes et/ou de participations aux coûts ne nous parviennent pas en temps voulu, vous recevrez une lettre de rappel fixant une prolongation de délai. A l'expiration de cette prolongation, notre obligation de verser des prestations et l'assurance seront supprimées. Les primes et participations aux coûts restent dues jusqu'à la suppression de l'assurance.

19.2 La CSS est autorisée à faire valoir des frais d'administration et d'encaissement de CHF 50 par rappel et de CHF 100 par mise en poursuite et à calculer les intérêts moratoires prévus par la loi.

19.3 La CSS est autorisée à compenser les primes et / ou participations aux coûts avec vos droits aux prestations. Vous ne disposez d'aucun droit de compensation à l'égard de la CSS.

Art. 20 Durée du contrat

20.1 La durée du contrat est mentionnée sur la police d'assurance. Si aucune résiliation n'intervient à l'expiration du contrat, celui-ci est reconduit chaque fois d'une année.

20.2 A l'expiration du contrat, vous pouvez résilier l'assurance en observant un délai de trois mois. La résiliation doit se faire par écrit. Les cas de prestation en suspens au moment de la résiliation restent dus. Nous renonçons à ce droit de résiliation, l'article 23 demeurant expressément réservé.

Art. 21 Résiliation en cas de prestation

En cas de prestation, vous pouvez résilier l'assurance au plus tard jusqu'au moment du versement des prestations. La résiliation doit se faire par écrit. Nous renonçons à ce droit de résiliation, l'article 23 demeurant expressément réservé.

Art. 22 Modification des tarifs de primes, des réglementations de la participation aux coûts, adaptation des CGA

22.1 En cas de changement des tarifs de primes ou des réglementations de la participation aux coûts, nous pouvons adapter le contrat.

22.2 Nous n'avons le droit de procéder à d'autres adaptations des conditions générales d'assurance (CGA) qu'en cas d'augmentation du nombre ou d'apparition de nouvelles catégories de prestataires de soins, en raison des développements de la médecine moderne, de modifications de la couverture de l'assurance obligatoire des soins ou de l'introduction de thérapies nouvelles ou onéreuses. Indépendamment de votre âge et de votre état de santé, vous avez dans ce cas toujours le droit de reconduire l'assurance aux nouvelles conditions. Les exclusions de prestations éventuellement déjà existantes continuent à être valables.

22.3 Nous donnons connaissance des modifications selon les articles 22.1 et 22.2 au plus tard 30 jours avant la fin de l'année civile.

22.4 Si vous n'êtes pas d'accord avec les modifications selon les articles 22.1 et 22.2 ci-dessus, vous pouvez résilier le contrat par écrit pour la fin de l'année d'assurance en cours. La résiliation est valable si elle nous parvient au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance. Si vous renoncez à cette résiliation, vous êtes alors assuré dans le cadre des nouvelles dispositions contractuelles, indépendamment de votre âge et de votre état de santé.

Art. 23 Résiliation lors du remplacement de ce produit d'assurance par un nouveau produit

Si nous souhaitons remplacer ce produit d'assurance par un nouveau produit sur la base des conditions du marché, nous sommes autorisés à résilier votre contrat à son expiration.

Dans ce cas vous avez le droit de passer dans la nouvelle assurance, indépendamment de votre âge et de votre état de santé. Les exclusions de prestations éventuellement existantes sont cependant également valables dans le nouveau produit.

Art. 24 Extinction de l'assurance

L'assurance s'éteint

- en cas de transfert du domicile à l'étranger;
- à la fin de l'année d'assurance, en cas de séjour temporaire à l'étranger de plus d'un an.

Art. 25 Cession des droits aux prestations

Vous ne pouvez céder à des tiers des droits aux prestations vis-à-vis de la CSS qu'avec l'approbation écrite de la CSS.

Art. 26 Police d'assurance de remplacement

Si le contrat remplace un contrat antérieur de la CSS, les prestations limitées déjà perçues au titre de la police de remplacement sont imputées sur les futures prestations.

Art. 27 Nos paiements à votre intention

Les versements que nous effectuons à votre intention sur votre compte bancaire ou postal sont exonérés de taxes. Si vous demandez un autre mode de versement, nous devons vous facturer les émoluments qui nous sont réclamés. Pour chacun de ces versements, nous vous facturons en outre un montant pour nos charges administratives supplémentaires.

Art. 28 Changement de domicile

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, l'adaptation de l'assurance concernée est considérée comme acceptée.

Art. 29 For et protection des données

- 29.1 En cas de contestations, vous pouvez ouvrir une action contre nous à votre lieu de domicile en Suisse ou à Lucerne.
- 29.2 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, Tribtschenstrasse 21, Case postale 2568, 6002 Lucerne.

Annexe

Art. 30 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.

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

Les conditions cumulatives donnant droit au rabais familial sont précisées à l'art. 15.2 des conditions générales d'assurance (CGA).

30.2 Montant du rabais et âge maximal

Montant du rabais: 50 %

Âge maximal: jusqu'à 18 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 Standard CSS plus avec plusieurs rabais¹:

Prime brute	CHF 20.40
– rabais I (fictif) 10 %	CHF 2.00
Prime nette I	CHF 18.40
– rabais familial 50 %	CHF 9.20
Prime nette II	
(prime effective à payer)	CHF 9.20

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