

Assurance frais de guérison en cas d'accident

Conditions générales d'assurance (CGA)
Edition 01.2011

Table des matières

I	Notions et contenu	2
1	Bases de l'assurance	2
2	Champ d'application territorial	2
3	Personnes assurées	2
4	Limite d'âge	2
5	Définition de l'accident	2
6	Extension de la garantie	2
II	Prestations de l'assureur	2
7	Prestations assurées	2
8	Frais de guérison en complément en cas d'accident généraux (FGA)	2
9	Exclusions	3
10	Influence de facteurs étrangers à l'accident	3
11	Commission de médecins	3
III	Primes	3
12	Prime de départ et adaptations des primes en fonction de groupes d'âge tarifaires	3
13	Modification des tarifs de primes	4
14	Sommation et retard de paiement	4
IV	Dispositions diverses	4
15	Obligation de déclaration	4
16	Traitement médical	4
17	Conséquences de l'inexécution des obligations contractuelles	4
18	Durée de l'assurance, résiliation	4
19	Communications à l'assureur	4
20	Lieu d'exécution et for juridique	4
21	Droit applicable	4

I Notions et contenu

1 Bases de l'assurance

Forme les bases de ce contrat, le contrat d'assurance (comprenant la proposition d'assurance, la police, les présentes conditions générales d'assurance (CGA) ainsi que les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance LCA) entre la CSS Assurance SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerne (ci-après appelée «assureur») et la personne assurée.

2 Champ d'application territorial

La couverture d'assurance est valable pour les accidents professionnels et non professionnels dans le monde entier; en dehors d'Europe, cependant seulement pendant des voyages et des séjours jusqu'à 3 ans au maximum.

3 Personnes assurées

Toute personne domiciliée en Suisse peuvent conclure une assurance frais de guérison en cas d'accident (FGA).

4 Limite d'âge

La présente assurance peut être conclue par toute personne jusqu'à la fin de l'année civile dans laquelle les 70 ans sont accomplis.

5 Définition de l'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, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les atteintes à la santé suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne doivent pas être attribuées clairement à une maladie ou à un facteur de type dégénératif:

- a) les fractures;
- b) les déboitements d'articulations;
- c) les déchirures du ménisque;
- d) les déchirures de muscles;
- e) les froissements de muscles;
- f) les déchirures de tendons;
- g) les lésions de ligaments;
- h) les lésions du tympan;
- i) les gelures;
- j) les coups de chaleur;
- k) les insolation ainsi que les atteintes à la santé résultant de rayons ultraviolets, à l'exception des coups de soleil;
- l) les fractures de dents.

Ne sont pas considérés comme accidents:

Les maladies de toutes sortes, en particulier les maladies infectieuses, les effets de radiations de toutes sortes et les lésions causées par des mesures thérapeutiques qui ne sont pas liées à un accident assuré.

Demeurent exclus de cette garantie les accidents survenant à la suite d'infractions intentionnelles aux prescriptions des autorités ainsi qu'en cas de défaut des autorisations et documents officiellement requis.

6 Extension de la garantie

L'assureur renonce à se prévaloir des dispositions légales relatives à la réticence, pour autant que ce manquement ne présente aucun caractère dolosif et qu'au moins 5 années se soient écoulées depuis la conclusion ou la modification du contrat.

II Prestations de l'assureur

7 Prestations assurées

L'assureur alloue, pour un cas d'assurance, les prestations selon le chiffre 8, en complément et subsidiairement aux prestations d'autres assurances sociales, notamment de l'assurance-maladie (LAMal) ou de l'assurance-accidents (LAA).

8 Frais de guérison en complément en cas d'accident généraux (FGA)

Le montant est illimité pendant une durée de 5 ans à partir du jour de l'accident, puis ensuite il est encore de CHF 100 000 (à l'exception des dommages dentaires qui ne sont assurés que jusqu'à concurrence de CHF 20 000). Sont pris en charge les traitements suivants prescrits ou effectués par le médecin ainsi que d'autres coûts occasionnés:

- a) – le traitement ambulatoire et stationnaire (y compris médicaments);
 - les séjours hospitaliers et cures
 - le libre choix du médecin et de l'hôpital;
 - le séjour et traitement dans la division commune, demi-privée ou privée;
 - la location de mobilier sanitaire;
 - la première acquisition de moyens auxiliaires destinés à compenser des dommages corporels ou la perte de fonctions: prothèses, lunettes, prothèses auditives et moyens auxiliaires orthopédiques;
 - la réparation ou le remplacement (valeur à l'état neuf) de moyens auxiliaires destinés à remplacer un membre ou à compenser des dysfonctions. Pour les lunettes, les prothèses auditives et dentaires, le droit aux prestations n'existe que si ces moyens auxiliaires ont été détruits ou endommagés lors d'un accident assuré entraînant un dommage corporel qui nécessite un traitement;
- b) les séjours hospitaliers pour cas aigus pour lesquels les prestations sont refusées intégralement ou partiellement par l'assureur-maladie/accidents au motif que l'hôpital concerné ne figure sur aucune liste d'hôpitaux cantonaux ou interne à la caisse, à l'exception des coûts qui, en vertu de l'art 41, alinéa 3, de la LAMal, sont à la charge du canton de domicile;
- c) les soins à domicile (par exemple soins à la personne assurée accidentée; tenue du ménage) par du personnel soignant ne faisant pas partie de la famille de la personne assurée, pendant la durée de l'incapacité de travail attestée par le médecin, jusqu'à CHF 20 000 au maximum. Ont droit à cette indemnité les personnes qui ont atteint l'âge de 18 ans révolus;
- d) tous les voyages et transports de la personne assurée, médicalement nécessaires à la suite de l'accident, jusqu'au lieu de traitement approprié le plus proche, les transports aériens ne sont toutefois pris en charge que s'ils sont indispensables pour des raisons médicales ou techniques. Ne sont pas couverts, par contre, les frais de transport des personnes dont il est possible d'exiger raisonnablement qu'elles se déplacent à pied;
- e) les actions de sauvetage entreprises en faveur de la personne assurée en dehors des cas de maladie;
- f) les actions visant à récupérer et à rapatrier (transfert au lieu d'inhumation) le corps de la personne assurée, lorsque le décès est la suite d'un accident assuré ou d'un épuisement;
- g) les recherches entreprises en vue de sauver ou de retrouver la personne assurée jusqu'à concurrence de CHF 20 000 au maximum par personne assurée. L'indemnité totale maximale est de CHF 40 000 par cas, quel que soit le nombre de personnes assurées victimes de l'accident;

- h) les traitements dentaires des enfants et adolescents ne pouvant être effectués qu'ultérieurement en raison de leur jeunesse donnent lieu – dans la limite des frais de guérison assurés – à une indemnisation sur la base d'un devis estimatif des frais;
- i) les opérations esthétiques faisant suite à un accident et effectuées par un fournisseur de prestations autorisé par la loi, jusqu'à CHF 10 000 au maximum;
- j) les frais de nettoyage, réparation ou remplacement des vêtements de la personne assurée endommagés lors d'un accident donnant lieu à indemnisation ainsi que des objets ou véhicules appartenant à des particuliers qui ont participé au sauvetage ou au transport du blessé, jusqu'à concurrence de CHF 2000 au maximum;
- k) si les frais de guérison sont couverts par plusieurs assurances conclues auprès d'assureurs agréés (à l'exception de l'assurance selon la LAA), les frais assurés au titre du présent contrat ne sont remboursés qu'au prorata du total des prestations garanties par tous les assureurs concernés;
- l) les prestations pour frais de guérison prévues dans les présentes conditions générales d'assurance ne sont versées qu'en complément à celles de l'assurance des soins de l'assureur (pour autant que le risque-accidents soit inclus dans la couverture d'assurance) ou de l'assurance-accidents obligatoire (LAA). Si les frais médicaux et pharmaceutiques sont couverts auprès d'une autre caisse et que le risque-accidents est également inclus dans la couverture d'assurance, les prestations fournies par ladite caisse, au minimum toutefois les prestations qui devraient être allouées sur la base de l'assurance des soins de l'assureur, sont prises en compte pour le calcul des prestations au titre de la présente assurance. Si l'assurance auprès de la caisse-maladie ou de l'assureur-accidents LAA n'existe plus lors de la survenance du cas d'assurance, l'assureur verse des prestations d'un même volume comme si ces assurances existaient encore;
- m) les prestations pour les victimes de délits de violence contre la vie ou l'intégrité corporelle, des prestations pour des dommages matériels jusqu'à CHF 5000 au maximum par cas, concernant l'endommagement d'objets que la personne assurée porte sur elle ou avec elle, dans la mesure où le dommage est en relation avec un événement assuré selon le chiffre 5. Sont toutefois exclus de cette assurance l'argent liquide, les papiers-values, les pièces d'or et les timbres-poste.

9 Exclusions

Sont exclus de l'assurance:

- a) les accidents résultant d'un conflit armé ou de faits de guerre, à moins que l'accident ne survienne dans les 14 jours à compter du début des hostilités dans le pays où séjourne la personne assurée et que cette dernière n'y ait été surprise par le déclenchement des événements de guerre;
- b) les accidents du fait de tremblements de terre en Suisse ou dans la principauté du Liechtenstein;
- c) les accidents en rapport avec le service dans une armée étrangère;
- d) les atteintes à la santé dues à des radiations ionisantes, à l'exception de celles consécutives à des traitements aux rayons nécessités par un accident assuré et prescrits par un médecin;
- e) les accidents survenant en cas de participation à des actes de guerre, des désordres, des grèves, des actes de terrorisme, ainsi que lors de la perpétration de crimes ou délits;
- f) les accidents résultant de la participation à des rixes ou bagarres, 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;

- g) les accidents dont sont victimes des conducteurs de véhicules à moteur ou des cyclistes qui, au moment de l'accident, conduisaient avec une alcoolémie égale ou supérieure à 1,8 gr 0/00;
- h) l'abus de médicaments ou de drogues;
- i) les accidents survenant lors de la participation à des compétitions de véhicules à moteur de toutes sortes ainsi que lors des courses d'entraînement;
- j) les accidents consécutifs à des entreprises téméraires: les entreprises téméraires sont celles par lesquelles la personne assurée provoque un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener celui-ci à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. Toutefois, le sauvetage d'une personne est couvert par l'assurance même s'il peut être considéré comme une entreprise téméraire;
- k) les accidents consécutifs à la transmutation de noyaux d'atome;
- l) les accidents résultant de l'état psychique de la personne assurée;
- m) les conséquences d'efforts physiques répétés;
- n) les conséquences liées à des interventions de la personne assurée sur sa propre personne, telles que suicide et automutilation ou leur tentative, même si la personne assurée était incapable de discernement au moment d'agir;
- o) les accidents à la suite de crimes ou de délits prémédités commis par la personne assurée.

10 Influence de facteurs étrangers à l'accident

Lorsque les atteintes à la santé ne sont que partiellement imputables à l'accident assuré, les prestations de l'assureur sont réduites dans la mesure correspondant à l'influence de facteurs étrangers constatée par une expertise médicale.

11 Commission de médecins

Si les parties n'arrivent pas à s'entendre sur les suites d'un accident, une commission de médecins est constituée, se composant d'un médecin désigné par la personne assurée et d'un autre désigné par l'assureur. Ces deux médecins en désignent un troisième qui fait fonction de président. En cas de désaccord, le président du tribunal au lieu du domicile suisse de la personne assurée nomme le président. Les frais de cette expertise sont supportés à parts égales par chacune des parties.

Les conclusions tirées par la commission de médecins dans le cadre de sa compétence lient les parties, à moins qu'il ne soit prouvé qu'elles s'écartent manifestement, dans une large mesure, de la réalité des faits.

III Primes

12 Prime de départ et adaptations des primes en fonction de groupes d'âge tarifaires

12.1 La prime de départ figure sur la police d'assurance.

12.2 Lorsqu'elle atteint l'âge maximum de son groupe d'âge tarifaire, la personne assurée passe automatiquement dans le groupe d'âge tarifaire immédiatement supérieur au début de l'année civile suivante. Est déterminant le tarif de primes valable dans chaque groupe d'âge tarifaire. Les groupes d'âge tarifaires:

0–18 ans	dès 26 ans
19–25 ans	

12.3 Comme pour les chiffres 13.2 et 13.3, il existe ici un droit de résiliation lors d'une adaptation des primes consécutive au passage dans un groupe d'âge tarifaire supérieur.

13 Modification des tarifs de primes

- 13.1 L'assureur peut adapter les tarifs de primes.
 13.2 L'assureur communique les modifications de primes au plus tard 30 jours avant la fin de l'année civile.
 13.3 Si la personne assurée n'est pas d'accord avec la modification de prime, le contrat peut être résilié par écrit pour la fin de l'année civile en cours. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour ouvrable de l'année civile.

14 Sommation et retard de paiement

- 14.1 Si la prime n'est pas payée dans le délai mentionné sur la facture, la personne assurée est invitée par écrit, après avoir été rendue attentive aux conséquences du retard, à payer les primes en suspens dans un délai de grâce de 14 jours à partir de l'envoi de la sommation selon l'art. 20, al. 1 de la LCA. Si cette sommation demeure sans effet, l'obligation d'allouer des prestations est suspendue à partir de l'expiration de la date de sommation.
 14.2 A l'expiration de la date de sommation, la personne assurée doit s'acquitter d'un intérêt moratoire. Les frais de sommation sont supportés par la personne assurée.
 14.3 Si la prime arriérée n'est pas encaissée par la voie juridique dans les deux mois suivant l'expiration de la date de sommation, l'assureur se départ du contrat en renonçant au paiement de la prime arriérée.
 14.4 Si l'assureur encaisse la prime par la voie juridique ou qu'elle l'accepte après coup, l'obligation d'allouer des prestations est réactivée au moment où la prime arriérée est payée avec les intérêts et les frais. Pour les cas d'assurance qui surviennent durant la suspension de l'obligation d'allouer des prestations, l'assureur n'est pas non plus tenue au versement de prestations après le paiement de l'arriéré de prime.
 14.5 L'assureur est en droit de compenser les primes en suspens avec des droits aux prestations de la personne assurée. Il n'y a par contre pas de droit de compensation vis-à-vis de l'assureur.

IV Dispositions diverses

15 Obligation de déclaration

Tout accident qui pourrait obliger l'assureur au paiement de prestations doit être déclaré sans retard à l'assureur.

16 Traitement médical

Toute disposition utile doit être prise pour obtenir le plus rapidement possible des soins médicaux appropriés. La personne assurée doit se conformer aux prescriptions du médecin traitant et du personnel soignant. Elle est tenue de se soumettre aux examens et prescriptions du médecin désigné, si besoin est, par l'assureur aux frais de ce dernier. Il y a lieu par ailleurs de prendre toutes mesures utiles pour éclaircir les circonstances du cas d'assurance. En cas de décès, l'assureur doit être avisé suffisamment tôt pour qu'il puisse ordonner à ses frais une autopsie avant l'inhumation, si le décès semble lié à d'autres causes que l'accident. L'ayant droit doit donner son consentement à l'autopsie. L'assureur est autorisé à se procurer tous renseignements et pièces justificatives supplémentaires, notamment des certificats médicaux. L'ayant droit lui reconnaît le droit de se renseigner directement et de requérir aux frais de l'assureur tout document nécessaire. La personne assurée délègue le secret professionnel

à l'égard de l'assureur tous les médecins qui l'ont traitée ainsi que toutes les institutions d'assurance concernées par le cas.

17 Conséquences de l'inexécution des obligations contractuelles

Si une violation fautive des obligations énoncées aux chiffres 15 et 16 porte préjudice à la constatation et à l'étendue des suites de l'accident, l'assureur est en droit de réduire ses prestations en conséquence, à moins que la personne assurée ou l'ayant droit ne prouve que la violation est restée sans influence sur les suites et la constatation de l'accident.

18 Durée de l'assurance, résiliation

- 18.1 Le contrat est conclu pour la durée définie dans la police d'assurance; il est prolongé en conséquence chaque fois d'une année, à moins qu'un partenaire contractuel n'ait reçu une résiliation au plus tard trois mois avant l'échéance.
 18.2 La résiliation s'effectue par écrit.

19 Communications à l'assureur

Toutes les communications et déclarations doivent être adressées à l'assureur. Toutes les communications de l'assureur sont effectuées valablement à la dernière adresse connue en Suisse de la personne assurée ou des ayants droit.

20 Lieu d'exécution et for juridique

- 20.1 Les engagements résultant de l'assurance doivent être remplis en Suisse et en devise suisse.
 20.2 En cas de litiges, une action peut être intentée contre l'assureur au domicile de la personne assurée ou à Lucerne-Ville. Si la personne assurée est domiciliée à l'étranger, Lucerne-Ville est le for exclusif.

21 Droit applicable

Sont applicables au demeurant les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).