

Assurance ambulatoire myFlex

Assurance-maladie complémentaire selon la LCA

Conditions complémentaires (CC) Edition 01.2026

Les conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances-maladie complémentaires selon la LCA de la CSS Assurance constituent la base des conditions complémentaires suivantes (CC) dans la mesure où les présentes CC ne prévoient pas de réglementations divergentes.

Table des matières

1	Conditions d'admission	2
2	Prestations assurées	2
3	Prestations complémentaires	6
4	Droit aux prestations	6
5	Participations aux coûts	6
6	Limitation des prestations	6
7	Bonus pour absence de prestations	6
8	Option Upgrade	6
Annexe		8
	L'assurance de protection juridique du patient et à l'étranger	8

1 Conditions d'admission

- 1.1 Dans l'assurance ambulatoire myFlex, la personne assurée peut choisir entre trois échelons d'assurance, soit «Economy», «Balance» ou «Premium».
- 1.2 Tant la conclusion initiale d'une assurance ambulatoire myFlex que le passage, après la conclusion, à l'échelon d'assurance directement supérieur nécessitent impérativement la remise d'une déclaration de santé et ne peuvent se faire qu'après contrôle et acceptation de celle-ci par la CSS.
- 1.3 Les nouveau-nés sont assurés dans les échelons d'assurance «Economy» et «Balance» sans aucune réserve au jour de leur naissance pour autant que la CSS reçoive la proposition d'assurance signée au plus tard 30 jours après la naissance.
- 1.4 La couverture d'assurance pour les suites d'accident peut être exclue. La personne assurée qui a exclu la couver-

ture-accidents, dès la conclusion ou par la suite, peut en tout temps en demander l'intégration ou la réintégration, en remettant une déclaration de santé. L'intégration ou la réintégration de la couverture-accidents ne peut être effectuée qu'après contrôle et acceptation de la déclaration de santé par la CSS.

2 Prestations assurées

Lors d'un cas d'assurance, la CSS alloue les prestations suivantes en complément et subséquemment aux prestations d'autres assurances sociales, notamment 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). L'étendue des prestations pour l'échelon d'assurance conclu figure dans le tableau ci-dessous.

	Economy	Balance	Premium
2.1 Ambulatoire Suisse			
2.1.1 Traitements ambulatoires dans toute la Suisse	Traitements ambulatoires dispensés par des fournisseurs de prestations reconnus par la LAMal en dehors du lieu de travail et de domicile, selon les tarifs LAMal valables sur le lieu du traitement. 90 %, montant illimité		
2.1.2 Traitements ambulatoires dispensés par des médecins récusés	Traitements ambulatoires dispensés par des médecins au bénéfice d'un diplôme fédéral qui refusent, selon l'art. 44, al. 2 LAMal, de fournir des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Sont exclus les prestations de médecine complémentaires, les traitements cosmétiques ainsi que tous les autres traitements non reconnus par la LAMal. Pas de prestations		90 %, montant illimité
2.1.3 Médicaments	Les médicaments prescrits par le médecin, économiques et scientifiquement reconnus qui sont vendus aux prix courants du marché, qui servent à traiter la maladie et qui ne figurent pas dans la liste des spécialités (LS) ni dans la «Liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA)». En complément ou à la place de la LPPA, la CSS peut tenir sa propre liste comprenant des préparations qui ne sont pas à charge de la présente assurance ou ne le sont qu'en partie (cf. chiffre 41 CGA). 90 %, montant illimité		
2.1.4 Produits médicaux	Produits médicaux prescrits par le médecin, économiques et scientifiquement reconnus qui sont vendus aux prix courants du marché selon la liste CSS (cf. chiffre 41 CGA). Pas de prestations		90 %, montant illimité
2.1.5 Stérilisation	Stérilisation ambulatoire pour hommes et femmes. La prise en charge des coûts se fait au maximum selon le tarif LAMal en vigueur. Cette prestation ne peut être cumulée avec les prestations à partir de l'assurance d'hospitalisation myFlex. Pas de prestations		90 %, au maximum CHF 2000 par cas d'assurance
			90 %, au maximum CHF 5000 par cas d'assurance

	Economy	Balance	Premium
2.1.6 Correction des oreilles	Ambulatoire jusqu'à la fin de l'année civile où l'âge de 18 ans révolus est atteint. La prise en charge des coûts se fait au maximum selon le tarif LAMal en vigueur.		
	Pas de prestations	90 %, au maximum CHF 2000 par personne assurée	90 %, au maximum CHF 5000 par personne assurée
2.1.7 Traitements dentaires	Coûts de traitements dentaires non assurés autrement à la CSS jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'âge de 18 ans révolus est atteint. Pour autant qu'une autre assurance complémentaire de la CSS couvre les frais de traitement dentaire, celle-ci prime sur l'assurance ambulatoire myFlex, suivant le volume de ses prestations allouées, cette avance étant imputée aux prestations de l'assurance ambulatoire myFlex.		
	Pas de prestations	50 %, au maximum CHF 1000 par année civile	50 %, au maximum CHF 2000 par année civile
2.1.8 Extraction des dents de sagesse	Extractions de dents de sagesse non assurées autrement à la CSS (y c. anesthésie, radiographies nécessaires et traitements subséquents) pour les adultes. Pour autant qu'une autre assurance complémentaire de la CSS couvre les frais d'extraction de dents de sagesse, celle-ci prime sur l'assurance ambulatoire myFlex, suivant le volume de ses prestations allouées, cette avance étant imputée aux prestations de l'assurance ambulatoire myFlex.		
	Pas de prestations	50 %, au maximum CHF 1000 par année civile	50 %, au maximum CHF 2000 par année civile
2.1.9 Correction de la position des dents	Frais pour la correction de la position des dents (traitements de chirurgie maxillo-faciale et orthopédique, mesures d'orthodontie) jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré a atteint l'âge de 20 ans révolus.		
	Pas de prestations	50 %, au maximum CHF 12 000 par année civile	50 %, montant illimité
2.1.10 Aides à la vue	Contribution aux coûts des lunettes, de lentilles de contact ou d'interventions d'ophtalmologie dans la mesure où ils sont nécessaires à la correction de la vue.		
	Pas de prestations	Jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'âge de 18 ans révolus est atteint: CHF 150 par cas d'assurance Pour les adultes: CHF 150 par année civile	Jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'âge de 18 ans révolus est atteint: CHF 300 par cas d'assurance Pour les adultes: CHF 300 par année civile
2.1.11 Moyens auxiliaires	Participation aux coûts selon la liste des moyens auxiliaires de la CSS (cf. chiffre 41 des CGA). Les moyens auxiliaires sont des objets/appareils prescrits médicalement qui servent à l'examen ou au traitement d'une maladie et de ses conséquences (cf. auxiliaires de mobilité).		
	90 %, au maximum CHF 500 par année civile	90 %, au maximum CHF 1000 par année civile	90 %, au maximum CHF 2000 par année civile
2.1.12 Soins à domicile	Dans la mesure où elles sont prescrites par le médecin, la CSS paie les prestations de soins à domicile lorsque la collaboration d'une personne soignante rétribuée est nécessaire. Est aussi considérée comme garde-malade la personne qui vit en ménage avec l'assuré et subit une perte de gain prouvable en raison des soins nécessaires. Les montants suivants par jour ou année civile sont valables pour les soins à domicile (chiffre 2.1.12) et les aides à domicile (chiffre 2.1.14) combinés et ne peuvent être cumulés.		
	Pas de prestations	Au max. CHF 50 par jour, jusqu'à un max. de CHF 2000 par année civile	Au max. CHF 100 par jour, jusqu'à un max. de CHF 4000 par année civile
2.1.13 Soins à domicile par un membre de la famille sans preuve apportée d'une perte de gain	Dans la mesure où elles sont prescrites par le médecin, la CSS paie les prestations de soins à domicile si les soins sont assumés par une personne vivant dans le même ménage. Ces prestations sont fournies sans justification d'une perte de gain par la personne soignante; elles ne sont pas cumulables avec les prestations selon le chiffre 2.1.12.		
	Pas de prestations		CHF 20 par jour pour les soins, jusqu'à un maximum de CHF 2000 par année civile

	Economy	Balance	Premium
2.1.14 Aide à domicile	Aide à domicile prescrite par un médecin lorsque la personne assurée est totalement incapable de s'occuper de son ménage, que le besoin d'une aide pour elle et sa famille est prouvé et que l'aide est apportée par une personne ne faisant pas partie de la famille de la personne assurée. Les montants suivants sont valables par jour ou par année civile pour les soins à domicile (chiffre 2.1.12) et l'aide à domicile (chiffre 2.1.14). Ils ne peuvent être cumulés.		
	Pas de prestations	Au maximum CHF 50 par jour jusqu'à un maximum de CHF 2000 par année civile (sur prescription médicale ou, après la naissance, 21 jours sans prescription médicale)	Au maximum CHF 100 par jour jusqu'à un maximum de CHF 4000 par année civile (sur prescription médicale ou, après la naissance, 21 jours sans prescription médicale)
2.1.15 Examen gynécologique préventif	Traitements médicaux ciblés, définis clairement comme examens préventifs servant à la détection précoce de maladies, notamment à la détection précoce de cancers. La prise en charge des coûts se fait au maximum selon le tarif LAMal en vigueur.		
	90 %, montant illimité		
2.1.16 Vaccins	Les vaccins préventifs médicalement reconnus en Suisse ainsi que les vaccins de protection pour les vacances et les voyages à l'étranger selon la liste CSS (cf. chiffre 41 des CGA).		
	90 %, au maximum CHF 100 par année civile	90 %, montant illimité	
2.1.17 Psychothérapie non médicale	Traitements de psychothérapie dispensés par des psychothérapeutes reconnus par la CSS.		
	Pas de prestations	75 %, au maximum CHF 1000 par année civile	75 %, au maximum CHF 3000 par année civile
2.1.18 Protection juridique du patient	L'assurance ambulatoire myFlex comporte une protection juridique du patient selon les conditions de la protection juridique avec laquelle la CSS a conclu un contrat. Les conditions générales d'assurance pour cette assurance de protection juridique sont partie intégrante des présentes CC (annexe).		
	Au maximum CHF 250 000 par cas juridique (cas d'assurance) en Europe; en dehors de l'Europe au maximum CHF 50 000 par cas juridique		
2.2			
Maternité			
2.2.1 Allaitement	Une indemnité d'allaitement est versée à la mère si une assurance ambulatoire myFlex au minimum avec l'échelon «Economy» a été conclue pour elle-même et l'enfant.		
	CHF 200 d'indemnité d'allaitement par enfant (au min. 30 jours d'allaitement)		
2.2.2 Echographies	Toutes les échographies recommandées par le médecin, qui ne sont pas prises en charge par la LAMal. La prise en charge des coûts s'effectue selon le tarif LAMal en vigueur.		
	90 %, montant illimité		
2.2.3 Accouchement ambulatoire	Coûts de traitements en dehors du lieu de domicile ou de travail en cas d'accouchement ambulatoire dans une maison de naissance ou un hôpital dans la mesure où il s'agit d'un fournisseur de prestations reconnu par la LAMal. La prise en charge des coûts se fait au maximum selon le tarif LAMal en vigueur.		
	90 %, montant illimité		
2.3			
Prestations à l'étranger et transports en Suisse et à l'étranger			
2.3.1 Traitements ambulatoires et séjours stationnaires à l'étranger (cas d'urgence)	Lors de séjours temporaires à l'étranger, les coûts pour des traitements ambulatoires ou stationnaires aigus, scientifiquement reconnus et utiles sont pris en charge pour autant qu'il s'agisse d'un cas d'urgence et qu'un retour en Suisse ou un transfert dans une institution suisse ne soit pas envisageable. Sont assurés les traitements conformément à l'obligation d'allouer des prestations de la LAMal.		
	Traitement ambulatoire: 90 %, montant illimité, dans le monde entier		
	Traitement hospitalier: illimité, dans le monde entier		

	Economy	Balance	Premium
2.3.2 Traitements ambulatoires à l'étranger (traitement planifié)	La CSS prend en charge les coûts occasionnés lorsque la personne assurée se rend à l'étranger dans le but de suivre un traitement médical ambulatoire pour lequel elle a préalablement obtenu l'autorisation de la CSS. Sont exclus les prestations de médecine complémentaire, les traitements cosmétiques et psychiatriques ainsi que tous les autres traitements non reconnus par la LAMal.		
	Pas de prestations		90 %, au maximum CHF 250 000 par année civile, dans le monde entier
2.3.3 Transports d'urgence	Transport d'urgence donnant lieu à des prestations selon la LAMal dont les coûts dépassent le montant maximal fixé par la LAMal. Sont assurés les transports jusqu'chez le médecin ou jusqu'à l'hôpital approprié le plus proche.		
	Illimité, dans le monde entier		
2.3.4 Autres transports	Transports visant à éviter ou réduire une hospitalisation ainsi que services de conduite exclusivement pour se rendre chez les fournisseurs de prestations dispensant les traitements suivants: physiothérapie, chimiothérapie, dialyses, séances de rayons et ergothérapie dans la mesure où la personne assurée dépend d'une aide extérieure pour s'y rendre. Cette prestation ne peut être cumulée avec les prestations à partir de l'assurance d'hospitalisation myFlex.		
	CHF 250 par année civile	CHF 1000 par année civile	CHF 2000 par année civile
2.3.5 Opérations de recherche et de sauvetage	Opérations de recherche entreprises dans le but de sauver ou d'évacuer la personne assurée blessée ou atteinte d'une maladie aiguë.		
	CHF 100 000 par cas d'assurance, dans le monde entier		
2.3.6 Rapatriement	Les frais du rapatriement organisé par la centrale d'appel d'urgence de la CSS jusqu'au domicile en Suisse ou dans un hôpital suisse lorsque la personne assurée est tombée gravement malade ou a eu un accident grave à l'étranger et qu'un rapatriement est médicalement nécessaire.		
	Illimité, dans le monde entier		
2.3.7 Assistance de personnes	Quand une personne assurée tombe gravement malade à l'étranger, a un accident grave ou décède, la CSS prend en charge les prestations suivantes:		
	a) évacuation et transport de la personne assurée décédée à son dernier lieu de séjour en Suisse b) garantie de paiement dans le cadre de la couverture d'assurance existante lorsque la personne assurée doit être traitée à l'étranger en ambulatoire ou à l'hôpital; c) voyage d'un proche de la personne assurée pour lui rendre visite lorsque celle-ci est hospitalisée plus de 7 jours à l'étranger ou qu'il y a un risque aigu de décès; d) de plus, en cas de retour anticipé ou retardé, les frais supplémentaires sont pris en charge jusqu'à un montant maximum pour les événements suivants: da) lorsqu'une personne proche voyageant avec la personne assurée est rapatriée chez elle en raison d'une maladie ou d'un accident ou bien si la personne assurée doit interrompre ou continuer toute seule le voyage pour un des motifs (db à dd) mentionnés ci-dessous; db) lorsqu'un proche tombe gravement malade, est grièvement blessé ou décède; dc) lorsque les biens de la personne assurée sont gravement détériorés à son lieu de domicile en Suisse, à la suite d'un vol, de dégâts des eaux, d'un incendie ou de dommages dus à des événements naturels; dd) lorsqu'une grève, une épidémie ou une panne des transports publics empêchent la poursuite du voyage selon le programme pendant au moins 72 heures. Les frais supplémentaires consécutifs à un détournement et à des retards ne sont pas couverts; de) lorsque la personne assurée ne peut entreprendre le voyage de retour conformément au programme en raison d'une hospitalisation.		
	a) Illimité, dans le monde entier b) Garantie de paiement dans le cadre de la couverture d'assurance existante c) Voyage d'un proche pour rendre visite à la personne assurée (billet de train 1ère classe, billet d'avion en classe economy) d) Frais supplémentaires de voyage jusqu'à concurrence de CHF 1000 en cas de retour anticipé ou retardé		

	Economy	Balance	Premium
2.3.8 Protection juridique à l'étranger	L'assurance ambulatoire myFlex comporte une protection juridique à l'étranger selon les conditions de l'organisation de protection juridique avec laquelle la CSS a conclu un contrat. Les conditions générales d'assurance pour cette assurance de protection juridique à l'étranger sont partie intégrante des présentes CC (annexe).		
	Au maximum CHF 250 000 par cas juridique en Europe; en dehors de l'Europe au maximum CHF 50 000 par cas juridique		
2.4 Entreprises téméraires	Les coûts à la suite de maladies ou d'accidents découlant d'entreprises téméraires (cf. chiffre 28.2, let. l CGA) ne sont remboursés que si l'échelon «Premium» a été assuré.		
	Aucune prestation		Les maladies et accidents découlant d'entreprises téméraires sont couverts au max. jusqu'à un montant de CHF 250 000 par année civile.

3 Prestations complémentaires

- 3.1 La CSS détermine dans une liste (cf. chiffre 41 des CGA) quelles prestations complémentaires, comme la promotion de la santé, la prévention ou l'assistance, peuvent être allouées en rapport avec le chiffre 2. Pour les prestations complémentaires proposées, il existe également les trois niveaux d'offre «Economy», «Balance» et «Premium». La CSS détermine également de façon autonome l'étendue des prestations des différents niveaux d'offre.
- 3.2 Les prestations complémentaires dépendent de la réunion des conditions formulées unilatéralement par la CSS et modifiables en tout temps.
- 3.3 La liste actualisée des prestations est publiée par la CSS sur Internet. Si tel n'est pas le cas, il est possible de la consulter dans les agences CSS.

4 Droit aux prestations

- 4.1 Les prestations sont imputées selon les données de traitement et d'exécution sur la somme de prestations assurée par année civile. Les coûts intervenant après épuisement du droit ne peuvent être reportés sur l'année suivante.
- 4.2 Si une limitation des prestations est convenue par cas d'assurance, celle-ci est valable indépendamment de la date de traitement ou d'exécution sur chaque cas d'assurance (y c. les complications ou éventuellement les traitements subséquents ou ultérieurs) et est considérée comme épuisée dès que tous les coûts réels dans le cadre de ce cas d'assurance ont atteint la limite de prestations.
- 4.3 Les prestations ou contributions prévues dans les présentes CC sont versées exclusivement à titre de complément et subséquemment aux assurances citées au chiffre 31.1 des CGA, notamment l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Les parts de coûts que couvrent ces assurances ainsi que les participations aux coûts issues de ces assurances ne sont pas assurées dans l'assurance ambulatoire myFlex, indépendamment du fait que les assurances existent ou non.
- 4.4 Pour autant que rien d'autre ne soit prévu au chiffre 2, sont remboursés au maximum, sur présentation de justificatifs, les coûts effectifs.
- 4.5 Pour les traitements à l'étranger, il faut avertir sans tarder la centrale d'appel d'urgence de la CSS. Les prestations ne sont allouées que si la centrale d'appel d'urgence de la CSS les a autorisées ou organisées.

5 Participations aux coûts

Les participations aux coûts résultent de l'étendue des prestations selon le tableau «prestations assurées», chiffre 2.

6 Limitation des prestations

- 6.1 Lors d'un cas d'assurance, la CSS n'alloue pas de prestations pour des traitements et médicaments de médecine complémentaire.
- 6.2 Le libre choix du fournisseur de prestations est supprimé lorsque la personne assurée a conclu une assurance obligatoire des soins avec choix limité des fournisseurs de prestations. En cas d'infraction aux règles, aucun coût n'est pris en charge à partir de cette assurance.

7 Bonus pour absence de prestations

- 7.1 Toute personne assurée peut bénéficier d'un remboursement annuel unique sous forme de bonus si, au cours de la période de référence, la CSS n'a pas versé de prestations d'assurance dues selon les présentes CC.
- 7.2 Est considérée comme période de référence la période s'étendant de début septembre à fin août des deux dernières années consécutives au cours desquelles la personne assurée a conclu cette assurance ambulatoire myFlex.
- 7.3 En cas de première conclusion de l'assurance ambulatoire myFlex, la CSS peut prévoir des périodes de référence plus courtes.
- 7.4 Le montant du remboursement du bonus est défini tous les ans par la CSS sur la base du degré atteint par le résultat du produit de l'assurance ambulatoire myFlex. Un versement a lieu pour autant que soit disponible le résultat du produit du dernier exercice clôturé au sein de la période de référence dans le cadre de la valeur calculée selon des bases techniques.
- 7.5 Le bonus pour absence de prestations est remboursé au cours de l'année civile consécutive à la période de référence pour autant que la personne assurée soit encore couverte au 01.01 de cette année civile par l'assurance ambulatoire myFlex. La personne assurée est informée par écrit de ses droits et du montant du remboursement individuel du bonus.

8 Option Upgrade

- (Droit d'option pour un changement d'échelons d'assurance sans déclaration de santé)
- 8.1 Quiconque conclut une assurance ambulatoire myFlex avec les échelons d'assurance «Economy» ou «Balance» peut s'assurer le droit, moyennant le versement d'un supplément de prime, de passer dans les échelons d'assurance «Balance» ou «Premium» sans avoir à fournir une déclaration de santé.
- 8.2 Il est possible de demander une des variantes suivantes:
a) «Economy» à «Balance»
b) «Balance» à «Premium»
- 8.3 Il est possible de demander une option au plus tard

jusqu'au 68ème anniversaire de la personne assurée. Celle-ci doit être exercée au plus tard pour le 1^{er} janvier de l'année qui suit celle durant laquelle la personne a atteint 70 ans. Toute autre déclaration ultérieure d'exercice du droit ne déploie aucun effet juridique. L'option s'éteint à la fin de l'année civile, durant laquelle la personne a atteint 70 ans, si l'option n'a pas été exercée valablement au préalable.

- 8.4 L'option n'est accordée qu'aux personnes assurées qui ont pu conclure une assurance ambulatoire myFlex sans limitation ou exclusion/réserve après contrôle de leur déclaration de santé. L'option peut être demandée sans fourniture d'une nouvelle déclaration de santé encore pendant les 16 mois suivant la remise de la déclaration de santé. Une fois ce délai écoulé, l'option peut à nouveau être demandée uniquement après remise d'une déclaration de santé. Dans ce cas, on applique le chiffre 1.2 par analogie.
- 8.5 L'option doit être exercée par écrit auprès de la CSS; celle-ci doit l'avoir reçue au plus tard le dernier jour ouvrable du mois de novembre pendant les heures d'ouverture habituelles de bureaux. Toute déclaration arrivant en retard est nulle et ne déploie aucun effet juridique. Si la déclaration est valable, le changement d'échelon d'assurance convenu se fait au 1^{er} janvier de l'année civile suivante.
- 8.6 Lorsque l'option a été valablement exercée, les primes complémentaires la concernant (chiffre 17 CGA) restent dues jusqu'au 31 décembre précédant le changement d'échelon d'assurance. Ensuite est facturé le tarif de primes valable pour l'échelon d'assurance choisi.
- 8.7 L'option ne peut être exercée qu'une fois, au plus tôt 12 mois après sa conclusion, avec effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- 8.8 Elle peut être exercée au plus tôt au 1^{er} janvier qui suit la date à laquelle la personne a eu 20 ans. Ensuite, elle ne peut être exercée qu'à intervalle de 5 ans à chaque fois (c'est-à-dire au 1^{er} janvier qui suit la date à laquelle la personne a atteint 25, 30, 35 ans, etc.).
- 8.9 Lors de l'exercice de l'option, le changement d'échelon de l'assurance s'effectue en fonction du risque assuré (maladie, accident).
- 8.10 L'option peut être dénoncée par écrit par la personne assurée avec effet pour la fin d'une année civile, moyennant un délai de résiliation de trois mois. Si la personne assurée résilie l'assurance ambulatoire myFlex, ou bien si celle-ci est supprimée pour une autre raison, l'option s'éteint dans tous les cas au moment de la fin de l'assurance.
- 8.11 Les primes supplémentaires pour l'option payées à la CSS par la personne assurée sont entièrement conservées par la CSS en cas de résiliation ou de suppression de l'assurance indépendamment du fait que l'option ait été exercée ou non.
- 8.12 Si une personne assurée procède régulièrement à un changement d'échelon d'assurance après avoir remis une déclaration de santé, l'option conclue pour un changement correspondant d'échelon d'assurance est supprimée sans résiliation. La personne assurée n'a dans ce cas pas droit au remboursement des primes supplémentaires payées pour cette option.

Annexe

Assurance de protection juridique du patient et à l'étranger

Conditions complémentaires à l'assurance ambulatoire myFlex
Edition 01.2009

Table des matières

Introduction	9
I Conditions communes	9
1 Personnes assurées	9
2 Durée de l'assurance	9
3 Validité territoriale	9
4 Prestations assurées	9
5 Limitations de prestations	9
6 Cas généralement non assurés	9
7 Droit applicable et for juridique	10
II Dispositions de l'assurance de protection juridique du patient	10
8 Cas assurés	10
9 Cas non assurés	10
III Dispositions de l'assurance de protection juridique à l'étranger	10
10 Evénements assurés	10
11 Cas assurés	10
12 Cas non assurés	10
IV Dispositions relatives à la réalisation	11
13 Déclaration d'un cas	11
14 Traitement d'un cas	11
15 Divergences d'opinion	11

Introduction

Conditions complémentaires d'Orion Assurance de Protection Juridique SA Bâle (Orion) en tant que preneur de risque de l'assurance de protection juridique du patient et à l'étranger dans le cadre de l'assurance ambulatoire myFlex de la CSS Assurance SA (CSS).

I Conditions communes

1 Personnes assurées

Sont assurées les personnes bénéficiant auprès de la CSS d'une assurance-maladie complémentaire assurance ambulatoire myFlex.

Si une personne assurée décède à la suite du fait ayant conduit à l'événement assuré, ses successeurs légaux et tout autre ayant droit à des prétentions en raison du décès de la personne assurée sont couverts, pour ce cas, par l'assurance de protection juridique.

2 Durée de l'assurance

2.1 La protection juridique est garantie pour les litiges survenant pendant la période de validité de l'assurance ambulatoire myFlex dans la mesure où le besoin de protection juridique est également survenu dans cette même période de validité.

2.2 Un cas est considéré comme réalisé:

a) Prétentions en dommages-intérêts

Au moment où le dommage a été causé;

b) Droit pénal et administratif

Au moment où une infraction aux dispositions pénales a été effectivement ou prétendument commise;

c) Droit des assurances

Au moment où se produit la première atteinte à la santé, qui entraîne une incapacité de travail ou une invalidité; dans tous les autres cas: au moment où se produit l'événement qui déclenche le droit aux prestations auprès de l'assurance;

d) Dans tous les autres cas

Au moment où la violation de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, à moins que la personne assurée puisse déjà auparavant déceler que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où la personne assurée pouvait les déceler est déterminant.

3 Validité territoriale

3.1 L'assurance est valable dans le monde entier dans le cadre des conditions contractuelles ci-après mentionnées. L'assurance de protection juridique à l'étranger n'est valable qu'en dehors de la Suisse. La principauté du Liechtenstein est considérée comme un pays étranger. S'agissant de voyages en avion, la couverture entre en vigueur/cesse d'être en vigueur lors du passage aux douanes de l'aéroport suisse.

3.2 Pour les litiges en relation avec la protection juridique, pour des contrats de voyage, pour des contrats relatifs à des écoles ou pour des contrats relatifs à des cartes de crédit selon chiffre 11.2 let. b – d, l'assurance n'est valable que pour autant que le for juridique soit en Suisse et que le droit suisse soit applicable.

3.3 A chaque fois que les présentes conditions complémentaires se réfèrent à l'Europe, ce terme désigne l'Europe géographique qui s'étend jusqu'à l'Oural et aux Etats riverains de la Méditerranée.

4

Prestations assurées

Orion assume les prestations suivantes à concurrence du montant global maximum de CHF 250 000 par événement (et/ou de CHF 50 000 par événement pour des cas en dehors d'Europe):

- Le traitement des cas par Orion;
- Les frais d'avocat, d'assistance en cas de procès ou d'un médiateur;
- Les frais d'expertise;
- Émoluments de justice ou autres frais de procédure mis à la charge de la personne assurée, y compris des avances;
- Les frais et charges que la décision pénale met à la charge de la personne assurée; l'amende étant toutefois à la charge de la personne assurée;
- Les indemnités de procédure allouées à la partie adverse et mises à la charge de la personne assurée, y compris des sûretés;
- Les frais de recouvrement d'une créance revenant à la personne assurée à la suite d'un cas assuré, jusqu'à l'obtention d'un acte de défaut de biens provisoire ou définitif, d'une demande en sursis concordataire ou d'une commination de faillite;
- Avances de cautions pénales après un accident pour éviter le placement de la personne assurée en détention préventive.

5

Limitations de prestations

5.1 N'est pas assuré le paiement

- des frais et honoraires dont la prise en charge incombe à un tiers ou qui vont à la charge d'une personne civilement responsable; dans de tels cas, Orion ne verse que des avances;
- des frais et honoraires dans des procédures de faillite et de procédures concordataires ainsi que dans des actions en revendication, en contestation de revendication et en contestation d'états de collocation;
- des frais de traduction et de déplacement de la personne assurée.

5.2

Tous les litiges ayant la même origine ou étant en relation directe ou indirecte avec le même événement sont considérés comme un seul cas assuré. La somme assurée n'est octroyée qu'une fois par cas, même si des domaines juridiques différents sont en cause. Les sûretés et les avances sont imputées entièrement sur la somme assurée. Les avances et les sûretés doivent être remboursées à Orion.

5.3

Si un événement concerne plusieurs personnes assurées de contrats différents, Orion a le droit de limiter les prestations à la défense des intérêts hors procès jusqu'à ce qu'un procès-pilote soit mené par des avocats qu'elle a choisis.

6

Cas généralement non assurés

Ne sont pas assurés (toutes les exclusions sont prioritaires par rapport aux dispositions des chiffres 8, 10 et 11):

- Tous les cas qui ne sont pas expressément désignés dans les chiffres 8 et 11 comme étant assurés;
- La défense contre des prétentions en dommages-intérêts non contractuelles formulées par des tiers (dont le rejet incombe à toute éventuelle assurance-responsabilité civile);
- Cas en relation avec des faits de guerre, des émeutes, des grèves, des lock-out ainsi qu'en tant que participant à des rixes et des bagarres;
- Litiges avec Orion et CSS, leurs organes et collaborateurs.

- 7 Droit applicable et for juridique**
- 7.1 Sauf mention contraire dans les présentes conditions complémentaires, le droit suisse est applicable, notamment la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 02.04.1908 ainsi que l'art. 161 ss de l'Ordonnance sur la surveillance des entreprises d'assurance privées du 09.11.2005.
- 7.2 Pour les litiges d'une personne assurée avec Orion résultant du présent contrat, Orion reconnaît comme for le domicile suisse de la personne assurée. Lorsque cette dernière n'a pas de domicile en Suisse, le for est à Bâle.

II Dispositions de l'assurance de protection juridique du patient

- 8 Cas assurés**
Orion assure la défense des intérêts juridiques de la personne assurée en cas de litige avec les fournisseurs de prestations reconnus par la CSS et leurs assureurs-responsabilité civile lorsque des erreurs de traitement ou de diagnostic sont constatées en relation avec le traitement médical suite à une maladie et/ou un accident.
- 9 Cas non assurés**
Ne sont pas assurés les litiges
- en relation avec les conséquences de maladies et/ou accidents dont la couverture a été exclue par la CSS;
 - en relation avec les traitements psychiatriques et psychothérapeutiques;
 - en relation avec les traitements non reconnus par la CSS;
 - en relation avec les honoraires et factures des fournisseurs de prestations;
 - avec les autres assurances de la personne assurée et les institutions d'assurance sociale;
 - conformément au chiffre 6.

III Dispositions de l'assurance de protection juridique à l'étranger

- 10 Evénements assurés**
Orion accorde à la personne assurée la protection juridique dans les domaines suivants:
- 10.1 **Pour des événements de la circulation**
Durant le voyage aller et retour et le séjour de vacances ou d'études à l'étranger, la qualité de la personne assurée étant celle de:
- conducteur, détenteur ou propriétaire du véhicule à moteur utilisé ou locataire des véhicules loués à l'étranger;
 - piéton, cycliste, conducteur de cyclomoteur ou passager de n'importe quel moyen de transport.
- 10.2 **Pour des événements hors de la circulation**
Durant le voyage aller et retour et le séjour de vacances ou d'études à l'étranger:
- Lors de dommages corporels et/ou matériels (selon chiffre 11.1);
 - Lors de conflits résultant de contrats de réparation et de location (selon chiffre 11.2 let. a);
 - Lors de conflits résultant de contrats de voyage (selon chiffre 11.2 let. b);
 - Lors de la pratique de hobbies ou de sport d'amateurs pendant un séjour de vacances ou d'études à l'étranger;
 - Lors de la fréquentation d'une école à l'étranger (selon chiffre 11.2 let. c);
 - Lors de l'utilisation d'une carte de crédit (selon chiffre 11.2 let. d).

- 11 Cas assurés**
- 11.1 **Protection juridique en dommages-intérêts**
Prétentions extracontractuelles en dommages-intérêts pour des dommages corporels et matériels découlant d'un événement survenu dans le cadre ou en dehors de la circulation ainsi que pour des préjudices de fortune qui en résultent directement. Les cas en relation avec les atteintes à l'honneur ne sont pas assurés.
- 11.2 **Droit contractuel**
- a) **Protection juridique pour des contrats en rapport avec un véhicule**
Représentation lors de litiges découlant de contrats de réparation et de location du véhicule utilisé pendant le voyage (sans aéronefs). Sont exclus les litiges découlant de contrats d'achat et de leasing.
- b) **Protection juridique pour des contrats de voyage**
Représentation lors de litiges découlant de contrats de voyage avec une agence de voyage domiciliée en Suisse.
- c) **Protection juridique pour des contrats relatifs à des écoles**
Représentation lors de litiges découlant de contrats conclus avec des écoles à l'étranger.
- d) **Protection juridique pour des contrats relatifs à des cartes de crédit**
Représentation lors de litiges avec une entreprise de cartes de crédit domiciliée en Suisse, pour autant qu'il ne s'agisse pas de litiges concernant le manquement aux obligations découlant du contrat relatif aux cartes de crédit.
- 11.3 **Protection juridique en droit des assurances**
Représentation lors de conflits avec des compagnies d'assurances concessionnaires privées ou publiques, domiciliées en Suisse, à la suite d'un accident survenu à l'étranger. En outre, la protection juridique est accordée lors de conflits avec des compagnies d'assurances étrangères découlant de la location de véhicules à moteur (à l'exception des aéronefs) et d'engins non motorisés utilisés pour les hobbies (limitations voir chiffre 12).
- 11.4 **Protection juridique pénale et administrative**
Représentation lors d'une procédure pénale et administrative devant un tribunal de police ou un tribunal pénal étranger ainsi que vis-à-vis d'autorités administratives à la suite de violation par négligence de la législation étrangère.
- 12 Cas non assurés**
Sont exclus de l'assurance:
- Les prétentions en dommages-intérêts découlant de vol, larcin, perte d'objets et usage frauduleux de cartes de crédit;
 - Lorsque le conducteur utilise un véhicule qui n'est pas admis à la circulation routière, n'est pas autorisé à conduire le véhicule, n'est pas en possession d'un permis de conduire valable ou conduisait un véhicule qui n'était pas muni de plaques de contrôle valables;
 - Les cas résultant de la participation active à des concours ou à des courses de véhicules à moteur, y compris à des entraînements;
 - Lorsque la personne assurée est impliquée en tant que propriétaire ou détentrice de véhicules utilisés à titre professionnel, tels que taxis, cars, véhicules de livraison, camions, véhicules d'auto-école, etc.;
 - En cas d'inculpation en raison d'un dépassement de la vitesse maximale autorisée dès 30 km/h en localité, dès 40 km/h hors localité et sur semi-autoroute, dès 50 km/h sur autoroute;
 - Lors de la récidive d'un cas, en relation avec les événements suivants: l'inculpation pour conduite en état

d'ébriété, le refus de se soumettre à une analyse du sang ainsi que la consommation de stupéfiants. S'il s'agit d'un délit commis pour la première fois, les prestations sont réduites;

- Les cas en tant que propriétaire, détenteur ou conducteur de véhicules nautiques ou d'aéronefs. Cette exclusion ne s'applique pas aux litiges découlant de contrats de location de véhicules nautiques;
- Les cas conformément au chiffre 6.

IV Dispositions relatives à la réalisation d'un cas

13 Déclaration d'un cas

- 13.1 La personne assurée déclare immédiatement un cas à la CSS. Dans la mesure où la protection juridique est sollicitée, la CSS transmet le cas après vérification de la couverture immédiatement à Orion, qui par la suite correspondra directement avec la personne assurée. Si la protection juridique est sollicitée à l'étranger, la centrale d'appel d'urgence de la CSS doit être contactée immédiatement.
- 13.2 Si la personne assurée mandate un avocat, respectivement un représentant juridique ou un médiateur sans l'accord d'Orion, les frais occasionnés par celui-ci avant l'annonce du cas sont assurés à concurrence de CHF 500 seulement. Les honoraires convenus doivent être approuvés au préalable par Orion. Si la personne assurée convient avec l'avocat d'une rétribution en fonction du résultat obtenu, celle-ci ne sera pas prise en charge par Orion.

14 Traitement d'un cas

- 14.1 Orion détermine la marche à suivre conformément aux intérêts de la personne assurée. Elle conduit, le cas échéant, les pourparlers en vue d'un règlement amiable du cas et propose dans les cas appropriés une médiation. La décision de recourir à un avocat ou à un médiateur ainsi que de procéder à une expertise est du ressort d'Orion.
- 14.2 Orion accorde à la personne assurée le libre choix de l'avocat lorsqu'un tel représentant doit être mandaté en vue d'une action judiciaire civile ou administrative, ainsi qu'en cas de conflit d'intérêts. En cas de changement de mandataire par la personne assurée, celui-ci devra prendre en charge les frais supplémentaires qui en résultent. Orion se réserve le droit de refuser l'avocat proposé par la personne assurée. Celle-ci peut alors proposer trois avocats d'études différentes, parmi lesquels Orion choisira le mandataire chargé du cas. Si toutefois la personne assurée persiste à choisir l'avocat refusé, respectivement si elle ne propose pas d'autres avocats, Orion ne sera plus tenue de fournir la prestation. Le refus d'un avocat ne doit pas être justifié.
- 14.3 La personne assurée doit fournir à Orion les renseignements et procurations nécessaires. L'intégralité des pièces liées au cas telles que les prononcés d'amende, les assignations, les jugements, les correspondances, etc. doivent immédiatement être transmises à Orion. Si un avocat est mandaté, la personne assurée doit l'autoriser à tenir Orion au courant du déroulement du cas et en particulier à mettre à sa disposition les pièces lui permettant d'examiner la couverture d'assurance ou les chances de succès d'un procès. Si la personne assurée viole ces obligations de collaborer malgré la demande d'Orion, celle-ci la sommerá de s'exécuter dans un délai raisonnable. Passé ce délai, la personne assurée perdra tous ses droits aux prestations d'Orion.
- 14.4 La personne assurée ne peut conclure des transactions comportant des obligations pour Orion qu'avec l'accord de cette dernière.

- 14.5 Les indemnités judiciaires et dépens alloués à la personne assurée (judiciairement ou extrajudiciairement) reviennent à Orion jusqu'à concurrence des prestations fournies.

15 Divergences d'opinion

- 15.1 S'il existe des différends au sujet de la marche à suivre pour un cas couvert ou au sujet des chances de succès d'un cas pris en charge, Orion doit immédiatement motiver par écrit sa position et informer la personne assurée de son droit d'introduire une procédure arbitrale dans un délai de 20 jours. Si elle ne requiert pas la procédure arbitrale pendant ce délai, elle est réputée y renoncer. A compter de la réception du refus, la personne assurée devra prendre elle-même toutes les mesures nécessaires pour la défense de ses intérêts. Orion ne sera pas responsable des conséquences résultant de mesures inadéquates prises par la personne assurée, en particulier s'agissant d'éventuelles inobservations de délais. Les frais de cette procédure arbitrale doivent être payés par avance par les parties à raison de moitié et seront à la charge de la partie qui succombe. Si l'une des parties ne verse pas l'avance de frais, elle est réputée reconnaître la prise de position de l'autre partie.
- 15.2 Les parties choisissent d'un commun accord un arbitre unique. La procédure se limitera à un unique échange d'écriture comprenant les demandes fondées des parties et leurs moyens de preuve, sur la base desquels l'arbitre statuera. Pour le surplus, les dispositions du concordat sur l'arbitrage sont applicables.
- 15.3 Si, en cas de refus de prestations d'assurance, la personne assurée engage un procès à ses frais et obtient un résultat qui lui est plus favorable que la solution motivée sous forme écrite par Orion ou que le résultat de la procédure arbitrale, Orion prend à sa charge les frais ainsi encourus, comme si elle l'avait approuvé.



Orion
Assurance de Protection Juridique SA
Bâle
Tél. 061 285 27 27
www.orion.ch
info@orion.ch

