



Conditions d'assurance

Edition 2011

Table des matières

1. Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)	
BASE	Page 2
2. Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)	
Dispositions communes	Page 13
SUPPLEMENT GENERAL et SUPPLEMENT PRIVE	Page 21
ÖKK OPTIMA	Page 27
ÖKK PREMIUM	Page 31
COMBI	Page 35
ÖKK FAMILY	Page 42
ÖKK FAMILY FLEX	Page 48
ÖKK SALTO	Page 54
ÖKK MONDIAL	Page 60
ÖKK DENTAL	Page 62
ÖKK TOURIST	Page 65
ÖKK PROTECT	Page 69
ÖKK Capital-risque en cas de décès ou d'invalidité par suite d'accident	Page 72
ÖKK Capital-risque en cas de décès ou d'invalidité par suite de maladie	Page 78
ÖKK COMPENSA	Page 84

BASE

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG

Table des matières

1. Dispositions générales

- 1.1. Principe
- 1.2. Dispositions du droit fédéral

2. Sociétariat

- 2.1. Conditions d'admission
 - 2.1.1. En général
 - 2.1.2. Frontaliers
 - 2.1.3. Autres personnes domiciliées dans l'UE, en Islande ou en Norvège
 - 2.1.4. Conditions particulières d'admission
- 2.2. Procédure d'admission
 - 2.2.1. Demande d'admission
 - 2.2.2. Police d'assurance
- 2.3. Relations avec les caisses de l'ÖKKV
- 2.4. Début de l'assurance
 - 2.4.1. En général
 - 2.4.2. Naissance ou prise de domicile en Suisse
 - 2.4.3. Passage d'une caisse ÖKKV
 - 2.4.4. Frontaliers
 - 2.4.5. Autres personnes domiciliées dans l'UE
 - 2.4.6. Affiliation tardive
- 2.5. Transfert du domicile
 - 2.5.1. En général
 - 2.5.2. En Suisse
 - 2.5.3. A l'étranger
- 2.5.4. Caisse compétente
- 2.6. Suspension de la couverture des accidents
 - 2.6.1. Conditions
 - 2.6.2. Obligations de collaborer du membre
- 2.7. Fin de l'assurance
 - 2.7.1. En général
 - 2.7.2. Résiliation
 - 2.7.3. Fin de l'assurance et ses effets

3. Prestations

- 3.1. Dispositions générales régissant les prestations
 - 3.1.1. Droit aux prestations
 - 3.1.2. Prestations en cas de maladie
 - 3.1.3. Prestations en cas d'accident et d'infirmités congénitales
 - 3.1.4. Prestations en cas de maternité
 - 3.1.5. Prestations à l'étranger

- 3.1.6. Conditions de l'octroi des prestations
- 3.1.7. Facturation, remboursement
- 3.1.8. Obligations de collaborer du membre
- 3.2. Traitement ambulatoire
 - 3.2.1. Durée des prestations
 - 3.2.2. Personnes et institutions fournissant des prestations
 - 3.2.3. Etendue des prestations
 - 3.2.4. Choix de la personne soignante
 - 3.2.5. Médicaments
 - 3.2.6. Analyses
 - 3.2.7. Moyens auxiliaires, notamment les aides visuelles
 - 3.2.8. Acupuncture
 - 3.2.9. Prévention médicale
- 3.3. Traitement hospitalier
 - 3.3.1. Nécessité d'hospitalisation
 - 3.3.2. Durée des prestations
 - 3.3.3. Etendue des prestations
 - 3.3.4. Choix de l'hôpital en général
 - 3.3.5. Traitement volontaire en dehors du canton
 - 3.3.6. Traitement hors canton pour des raisons médicales
 - 3.3.7. Protection tarifaire
 - 3.3.8. Traitement en division privée
 - 3.3.9. Facturation, remboursement
- 3.4. Traitement semi-hospitalier
- 3.5. Mesures de réadaptation médicale
- 3.6. Traitement dans un établissement médico-social
- 3.7. Soins extra-hospitaliers
- 3.8. Cures balnéaires
 - 3.8.1. Etendue des prestations
 - 3.8.2. Choix de l'établissement de cure balnéaire
 - 3.8.3. Procédure en cas de cures balnéaires
- 3.9. Frais de transport et de sauvetage
- 3.10. Soins dentaires
 - 3.10.1. Soins dentaires par suite d'une maladie grave
 - 3.10.2. Accident dentaire
 - 3.10.3. Etendue des prestations
 - 3.10.4. Procédure en cas de traitement dentaire
- 3.11. Maternité
 - 3.11.1. Etendue des prestations
 - 3.11.2. Frais de soins de l'enfant
 - 3.11.3. Préparation à l'accouchement et conseils en allaitement
- 3.12. Restrictions en matière de prestations
 - 3.12.1. Réduction et suspension des prestations
 - 3.12.2. Facturation exagérée et traitements non économiques
 - 3.12.3. Obligation de restituer
- 3.13. Relations avec les prestations de tiers, surindemnisation
 - 3.13.1. En général
 - 3.13.2. Assurances sociales
 - 3.13.3. Surindemnisation

4. Variante CASAMED

- 4.1. En général
- 4.2. Choix / résiliation de la CASAMED
- 4.3. Conditions générales en matière de prestations
- 4.4. Exceptions
 - 4.4.1. Ophtalmologues, gynécologues et pédiatres
 - 4.4.2. Cas d'urgence
- 4.5. Autres fournisseurs de prestations
- 4.6. Prestations exclues, exclusion de la variante CASAMED
 - 4.6.1. Prestations exclues
 - 4.6.2. Exclusion de la variante CASAMED
- 4.7. Déroulement de l'assurance
 - 4.7.1. Choix du médecin de famille CASAMED ou de l'institution de télémédecine compétente
 - 4.7.2. Changement du médecin de famille CASAMED
 - 4.7.3. Prestations ordonnées

5. Variante ECOPLAN

- 5.1. En général
- 5.2. Choix / résiliation de l'ECOPLAN
- 5.3. Etendue des prestations
- 5.4. Participation aux coûts

6. Participation aux coûts

- 6.1. Participation ordinaire aux coûts
 - 6.1.1. Franchise et quote-part
 - 6.1.2. Participation aux coûts en cas de maternité
 - 6.1.3. Montant maximal de la participation aux coûts pour les familles
- 6.2. Contribution aux frais de séjour hospitalier
- 6.3. Franchise à option
 - 6.3.1. Généralités
 - 6.3.2. Choix / résiliation de la franchise
 - 6.3.3. Montants des franchises
 - 6.3.4. Quote-part
 - 6.3.5. Quote-part des médicaments
 - 6.3.6. Montant maximal de la participation aux coûts pour les familles

7. Primes

- 7.1. Fixation
 - 7.1.1. En général
 - 7.1.2. Réductions de primes
 - 7.1.3. Contributions aux primes
- 7.2. Exonération de prime en cas de service militaire et de service civil

- 7.3. Supplément de prime
- 7.4. Primes extraordinaires
- 7.5. Paiement
 - 7.5.1. Echéance / période de paiement
 - 7.5.2. Retard dans le paiement
 - 7.5.3. Cession / mise en gage

8. Assurance collective

- 8.1. En général
- 8.2. Réglementations dérogatoires
- 8.3. Passage dans l'assurance individuelle

9. Voies de droit

- 9.1. Décision
- 9.2. Opposition
- 9.3. Tribunal cantonal des assurances
- 9.4. Exécution
- 9.5. Protection juridique

10. Dispositions finales

- 10.1. Modifications
- 10.2. Entrée en vigueur

1. Dispositions générales

1.1. Principe

L'assurance de BASE est l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

Elle alloue des prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité.

1.2. Dispositions du droit fédéral

Dans la mesure où les présentes conditions ne prévoient pas de réglementation contraire, les dispositions légales de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6.10.2000, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18.3.1994 ainsi que des dispositions d'application s'y rapportant sont applicables.

2. Sociétariat

2.1. Conditions d'admission

2.1.1. En général

En souscrivant l'assurance de BASE, toute personne domiciliée dans le rayon d'activité d'ÖKK peut acquérir la qualité de membre de la caisse.

2.1.2. Frontaliers

ÖKK assure également les frontaliers et les membres de leur famille.

2.1.3. Autres personnes domiciliées dans l'UE, en Islande ou en Norvège

ÖKK assure les personnes tenues de s'assurer en Suisse et qui résident dans l'UE, en Islande ou en Norvège.

L'accord entre la CE et la Suisse sur la libre circulation des personnes et l'accord conclu avec l'AELE (Islande, Norvège) en constituent la base. S'il est fait mention ci-après de l'accord sur la libre circulation des personnes, l'accord avec l'AELE y est inclus par analogie.

2.1.4. Conditions particulières d'admission

La caisse peut édicter des conditions et formalités d'admission dérogatoires, notamment dans le cadre d'actions et de fusions.

2.2. Procédure d'admission

2.2.1. Demande d'admission

La demande d'admission a lieu par écrit au moyen de la formule préimprimée d'ÖKK. Le proposant doit répondre complètement et sincèrement aux questions posées sur la formule.

Pour les personnes n'ayant pas l'exercice des droits civils, la demande d'admission doit avoir lieu par leur représentant légal.

2.2.2. Police d'assurance

Une fois l'admission opérée, les nouveaux membres reçoivent une police d'assurance et le règlement.

2.3. Relations avec les caisses de l'ÖKKV

Chaque membre de la caisse est en même temps membre passif des autres caisses affiliées à l'Association des caisses-maladie publiques de la Suisse (ÖKKV) et inversement. Le sociétariat est suspendu sans engagement réciproque. Le sociétariat est activé

lorsque le membre transfère son domicile dans le rayon d'activité d'une autre ÖKK ou si, sur la base d'un accord de réciprocité entre caisses, il est pris en charge par une caisse ÖKKV autre que celle exerçant son activité au lieu de domicile.

2.4. Début de l'assurance

2.4.1. En général

Le sociétariat prend naissance le jour d'admission confirmé par ÖKK.

2.4.2. Naissance ou prise de domicile en Suisse

Lorsque l'affiliation a lieu dans les trois mois qui suivent la naissance ou la prise de domicile en Suisse, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile.

2.4.3. Passage d'une caisse ÖKKV

En cas de passage d'autres caisses affiliées à la ÖKKV, l'assurance déploie ses effets dès la date communiquée par l'ancienne caisse.

2.4.4. Frontaliers

Les frontaliers et les membres de leur famille ne se libérant pas de l'obligation de s'assurer selon la LAMal doivent s'assurer dans les trois mois suivant le début de validité de l'autorisation pour frontaliers. S'ils s'assurent à temps, l'assurance déploie ses effets dès la date de la validité de l'autorisation. S'ils s'assurent plus tard, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation.

2.4.5. Autres personnes domiciliées dans l'UE

Les rentiers ainsi que les bénéficiaires d'une prestation de l'assurance-chômage suisse qui résident dans un Etat membre de l'UE et sont tenus de s'assurer en Suisse en vertu de l'accord entre la CE et la Suisse sur la libre circulation des personnes doivent s'assurer dans les trois mois suivant la naissance de l'obligation d'assurance en Suisse. S'ils s'assurent à temps, l'assurance déploie ses effets dès la soumission à l'assurance suisse. S'ils s'assurent après ce délai, l'assurance déploie ses effets à la date de l'affiliation.

2.4.6. Affiliation tardive

En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. Si le retard n'est pas excusable, le membre doit verser un supplément de prime, conformément aux dispositions légales.

2.5. Transfert du domicile

2.5.1. En général

Tout changement d'adresse et transfert du domicile doivent être annoncés à la caisse dans les trente jours. Est réputé changement de domicile le transfert du domicile au sens des règles du droit civil.

2.5.2. En Suisse

Lorsque le nouveau lieu de domicile se situe hors du rayon d'activité de la caisse, le membre devient automatiquement membre actif de l'ÖKK compétente au nouveau lieu de domicile.

2.5.3. A l'étranger

Les travailleurs qui sont détachés à l'étranger par leur entreprise dont le siège est en Suisse restent assurés durant deux ans et, sur requête, jusqu'à six ans en tout. Les personnes qui, selon l'accord sur la libre circulation des personnes, résident dans un Etat membre de l'UE et restent soumises à l'obligation de s'assurer en Suisse, ainsi que les personnes occupées par un service public et travaillant à l'étranger sont assujetties à une assurance obligatoire illimitée dans le temps. Les membres de leur famille peuvent continuer à s'assurer dans la même mesure.

En cas de départ à l'étranger, une adresse de contact en Suisse doit être indiquée.

Pour les traitements dans un Etat membre de l'UE, ÖKK prend en charge les coûts selon les tarifs de sécurité sociale en vigueur dans l'Etat correspondant. Dans les autres pays étrangers, ÖKK sert ses prestations jusqu'à concurrence du double des tarifs et des prix applicables au dernier lieu de domicile en Suisse.

Les prestations ne sont allouées que dans la mesure où des factures originales détaillées sont présentées, qui contiennent les indications suivantes:

- date du traitement
- diagnostic
- genre des thérapies et du traitement
- nombre de consultations / durée du séjour hospitalier
- ordonnances originales acquittées
- taxes journalières et frais annexes (hôpital).

Les personnes qui transfèrent leur domicile à l'étranger et ne sont plus assujetties à l'assurance obligatoire selon la LAMal, peuvent maintenir leur assurance aux conditions fixées par l'assurance MONDIAL selon la LCA.

2.5.4. Caisse compétente

Les membres qui transfèrent leur domicile à l'étranger, continuent à être gérés par l'ancienne caisse. En cas de transfert du domicile dans le territoire limitrophe à la Suisse, le membre est attribué à la caisse compétente pour cette région.

2.6. Suspension de la couverture des accidents

2.6.1. Conditions

Les membres qui sont assurés à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels, peuvent demander la suspension de la couverture des accidents, moyennant une réduction des primes.

La prime est réduite avec effet au premier jour du mois qui suit la demande.

2.6.2. Obligations de collaborer du membre

Lorsque le membre cesse d'être assuré contre les accidents selon la LAA, il doit le signaler à la caisse dans le délai d'un mois.

Si le membre n'a pas rempli son obligation de déclarer, la caisse peut exiger le paiement de la part de la prime correspondant à la couverture des accidents, y compris les intérêts moratoires, pour la période allant de la fin de la couverture des accidents au sens de la LAA jusqu'au moment où elle en a eu connaissance.

2.7. Fin de l'assurance

2.7.1. En général

L'assurance prend fin:

- a) par démission
- b) par départ à l'étranger, sauf si l'obligation de s'assurer subsiste
- c) par décès
- d) par radiation officielle dans le registre des habitants.

Les motifs d'exclusion prévus par la loi en cas de transgression des obligations en matière de sociétariat demeurent réservés.

2.7.2. Résiliation

Le membre peut résilier l'assurance pour la fin d'un semestre, moyennant un préavis de trois mois.

Lors de la communication de la nouvelle prime, le membre peut résilier l'assurance pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois.

Les rapports d'assurance vis-à-vis d'ÖKK ne prennent fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la couverture d'assurance.

2.7.3. Fin de l'assurance et ses effets

Lorsque l'assurance prend fin, il n'existe plus aucun droit vis-à-vis de la caisse, hormis les prestations d'assurance en suspens.

Cependant, le membre doit remplir ses obligations financières éventuelles envers la caisse.

3. Prestations

3.1. Dispositions générales régissant les prestations

3.1.1. Droit aux prestations

Le droit aux prestations existe pendant la durée de l'affiliation.

3.1.2. Prestations en cas de maladie

L'assurance de BASE couvre les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

Les prestations comprennent:

- les examens, traitements et soins dispensés par des médecins et des chiropraticiens ainsi que les prestations fournies par de tierces personnes sur prescription médicale
- les médicaments, analyses et moyens auxiliaires prescrits par un médecin
- les mesures de prévention appliquées ou ordonnées par un médecin
- le séjour en division commune d'un hôpital
- le séjour semi-hospitalier
- les mesures de réadaptation médicale
- les soins dans un établissement médico-social
- les prestations pour soins extra-hospitaliers
- une contribution aux frais de cures balnéaires ordonnées par un médecin
- une contribution aux frais de sauvetage et aux frais de transport médicalement nécessaires
- contributions aux frais de soins dentaires.

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

L'étendue des prestations est déterminée par les dispositions de la LPGA et de la LAMal ainsi que les dispositions d'application s'y rapportant.

3.1.3. Prestations en cas d'accident et d'infirmités congénitales

En cas d'infirmité congénitale ou en cas d'accident, les mêmes prestations sont allouées qu'en cas de maladie, dans la mesure où l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité ou des tiers n'en assument pas les frais.

Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort.

3.1.4. Prestations en cas de maternité

Sont allouées, en cas de maternité, les mêmes prestations qu'en cas de maladie ainsi que les prestations spécifiques de maternité.

3.1.5. Prestations à l'étranger

Les prestations pour des traitements à l'étranger sont allouées conformément aux dispositions du droit fédéral, notamment en cas d'urgence. Les frais de traitement doivent être justifiés en détail.

Dans un Etat membre de l'UE, ÖKK prend en charge les coûts selon les tarifs de sécurité sociale en vigueur dans l'Etat correspondant. Dans les autres pays étrangers, ÖKK sert ses prestations jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse.

Les frontaliers et les autres personnes tenues de s'assurer en Suisse en vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes et qui résident dans un Etat membre de l'UE peuvent se faire soigner dans leur pays de résidence, conformément aux dispositions de l'accord sur la libre circulation des personnes.

3.1.6. Conditions de l'octroi des prestations

ÖKK prend en charge les coûts de prestations qui sont efficaces, appropriées et économiques. Sont réputées économiques les prestations qui sont limitées à la mesure exigée par l'intérêt du membre et le but du traitement.

En vue de l'encadrement optimal de ses membres, ÖKK peut convenir de mesures d'accompagnement avec les fournisseurs de prestations reconnus dans le but de garantir, par une meilleure collaboration et coordination entre les fournisseurs de prestations et ÖKK, le traitement le plus efficace, le plus approprié et le plus économique pour le membre. ÖKK peut charger une conseillère ou un conseiller en santé de l'exécution de ces mesures.

ÖKK ne prend en charge que les prestations fournies par des personnes ou des institutions qui sont énumérées dans la LAMal et qui remplissent les conditions de formation et d'admission correspondantes.

3.1.7. Facturation, remboursement

Dans la mesure où la convention passée entre ÖKK et les fournisseurs de prestations ne prévoient pas de disposition contraire, le membre est débiteur des honoraires.

Lorsque le membre fait valoir des prestations d'ÖKK, il doit lui présenter les factures et ordonnances détaillées, accompagnées des indications nécessaires (numéro de membre etc.). En présence d'un droit aux prestations, ÖKK rembourse au membre la part des frais prise en charge par la caisse.

Avant le règlement des factures, le membre peut les soumettre à ÖKK pour examen.

3.1.8. Obligations de collaborer du membre

Le membre doit tout mettre en œuvre pour favoriser la guérison et s'abstenir de tout ce qui peut l'entraver. Il doit notamment observer les prescriptions des personnes médicales. Le membre soutient l'activité de la conseillère ou du conseiller en santé dans le cadre des mesures d'accompagnement de ÖKK et lui fournit les renseignements nécessaires.

Le membre doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés.

Le membre doit fournir gratuitement à la caisse tous les renseignements nécessaires pour établir le droit à des prestations d'assurance et fixer les prestations dues. Le membre informe notamment de toutes les prestations allouées par des tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité.

Le membre est tenu d'autoriser dans des cas particuliers toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et les organes officiels à fournir les renseignements qui sont nécessaires pour établir le droit aux prestations, pour autant que les personnes et institutions concernées ne soient pas déjà tenues de par la loi de donner les renseignements requis.

Le membre doit, sur demande, se faire examiner par un second médecin ou par le médecin-conseil de la caisse. Les frais sont à la charge de la caisse.

Le membre doit aviser la caisse au plus tard dans les dix jours de la survenance d'un accident. Il met toutes les informations nécessaires à la disposition de la caisse.

Si le membre refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, ÖKK peut se prononcer en l'état du dossier ou ne pas entrer en matière sur la demande de prestations.

3.2. Traitement ambulatoire

3.2.1. Durée des prestations

En cas de traitement ambulatoire, les prestations selon la LAMal sont versées sans limite de durée.

3.2.2. Personnes et institutions fournissant des prestations

Fournisseurs de prestations reconnus sont notamment les personnes et les institutions suivantes:

- les médecins
- les pharmaciens
- les chiropraticiens
- les sages-femmes
- les laboratoires
- les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques
- sur ordonnance médicale:
 - les physiothérapeutes
 - les ergothérapeutes
 - les infirmières et infirmiers
 - les logopédistes-orthophonistes.

3.2.3. Etendue des prestations

ÖKK prend en charge les frais des traitements ambulatoires conformément aux conventions et aux tarifs valables au lieu de résidence ou de travail des assurés.

3.2.4. Choix de la personne soignante

Le membre a le libre choix entre les personnes admises à le traiter selon la LAMal. Demeurent réservées les dispositions pour les assurés qui ont conclu la variante d'assurance CASAMED impliquant le choix restreint.

En cas de traitement par des personnes ou institutions admises selon la LAMAL, les membres bénéficient de la protection tarifaire, c.-à-d. les prestations doivent être calculées conformément aux conventions et aux tarifs convenus avec les caisses.

En cas de traitement par des personnes ou institutions qui ne se soumettent pas à la LAMAL, la caisse n'alloue aucune prestation. Ces fournisseurs de prestations doivent attirer l'attention des membres avant un traitement sur le fait qu'il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance pour leur traitement.

Si les coûts d'un traitement extérieur sont plus élevés que les coûts d'un traitement au lieu de résidence ou de travail, le membre doit assumer la différence des frais.

Si un traitement extérieur est nécessaire pour des raisons médicales, les coûts sont pris en charge d'après les conventions et les tarifs valables au lieu de traitement.

En cas de changement volontaire et réitéré de la personne soignante pour le traitement de la même maladie, les prestations peuvent être subordonnées à l'assentiment de la caisse.

3.2.5. Médicaments

ÖKK prend en charge les frais des médicaments prescrits par un médecin et figurant dans la «Liste des médicaments avec tarif» (LMT) et dans la «Liste des spécialités» (LS) du Département fédéral de l'intérieur.

3.2.6. Analyses

ÖKK rembourse les frais des analyses ordonnées par un médecin à des fins diagnostiques ou en vue du contrôle de la thérapie, pour autant qu'elles figurent dans la «Liste des analyses» (LA) du DFI et qu'elles soient effectuées par un pharmacien ou par un laboratoire admis selon la LAMal.

3.2.7. Moyens auxiliaires, notamment les aides visuelles

ÖKK prend en charge les frais pour les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques selon la liste du DFI (Lima) et tout au plus jusqu'à concurrence des montants prévus dans la Lima. Les moyens et appareils doivent être remis par un centre de remise reconnu en vertu de la LAMal ou par une personne admise à fournir des soins aux termes de la LAMal.

Si les coûts d'un moyen auxiliaire sont plus élevés que les montants prévus dans la Lima, le membre doit assumer la différence des frais.

Pour les verres de lunettes ou lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue, ÖKK verse une contribution de CHF 180.– au maximum par période de 5 ans. Ce montant est soumis aux dispositions relatives à la participation aux coûts dans l'assurance de BASE.

Cette contribution est versée une fois par an jusqu'à l'âge de 18 ans révolus.

Sur prescription du médecin, des contributions plus élevées sont prises en charge dans les cas spéciaux, conformément à la Lima.

3.2.8. Acupuncture

ÖKK prend en charge les frais du traitement médical par acupuncture. Pour cela, les médecins doivent avoir suivi un perfectionnement reconnu par la Fédération des médecins suisses (FMH).

3.2.9. Prévention médicale

ÖKK prend en charge les coûts des mesures ou examens préventifs ordonnés par un médecin conformément à l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, notamment les vaccinations infantiles et les examens gynécologiques préventifs. Ces prestations sont soumises – contrairement aux prestations en cas de maternité – à la participation aux coûts ordinaire.

3.3. Traitement hospitalier

3.3.1. Nécessité d'hospitalisation

ÖKK accorde des prestations en cas de séjour hospitalier lorsque, en considération du diagnostic, l'état de santé du membre ou le traitement médical dans son ensemble nécessitent le traitement hospitalier dans une division pour soins aigus ou une division de réadaptation d'un hôpital.

Si la nécessité d'hospitalisation n'est plus donnée, ÖKK verse les mêmes prestations pour le séjour hospitalier que celles allouées pour le séjour dans un établissement médico-social ou pour les soins fournis à domicile par les services de soins extra-hospitaliers.

3.3.2. Durée des prestations

Le droit aux prestations pour les traitements hospitaliers existe aussi longtemps que la nécessité d'hospitalisation est établie.

3.3.3. Etendue des prestations

ÖKK prend en charge les coûts d'un séjour hospitalier d'après les conventions et les tarifs pour la division commune, applicables aux hôpitaux situés dans le canton de résidence du membre.

Est applicable le tarif de l'hôpital qui, sur la base de la classification en fonction des catégories de prestations de la planification hospitalière cantonale, est compétent pour le traitement médical du membre.

3.3.4. Choix de l'hôpital en général

Le membre a le libre choix parmi les hôpitaux qui remplissent les conditions d'admission de la LAMal et qui figurent sur la liste des hôpitaux du canton où ils sont implantés.

Demeurent réservées les dispositions pour les assurés qui ont conclu les variantes d'assurance CASAMED ou ECOPLAN impliquant le choix restreint.

3.3.5. Traitement volontaire en dehors du canton

Si les coûts d'un traitement hospitalier hors canton sont plus élevés que ceux pour un traitement dans un hôpital compétent d'après les catégories de prestations dans le canton de résidence, le membre doit assumer la différence des frais.

3.3.6. Traitement hors canton pour des raisons médicales

Si un traitement hors canton est nécessaire pour des raisons médicales, les coûts sont pris en charge d'après les conventions et les tarifs valables pour l'hôpital concerné.

Sont réputés traitements hors canton médicalement nécessaires:

- les traitements d'urgence
- les traitements qui ne peuvent être appliqués dans aucun hôpital, à l'intérieur ou en dehors du canton, qui figure sur la liste des hôpitaux dressée par le canton de résidence.

Si, pour des raisons médicales, le traitement a lieu dans un hôpital extra-cantonal public ou subventionné par les pouvoirs publics, le canton de résidence du membre prend en charge la différence entre les frais de traitement effectifs et les conventions et tarifs de l'hôpital concerné, valables pour les habitants du canton où il est implanté.

3.3.7. Protection tarifaire

Les hôpitaux admis pour le traitement selon la LAMal doivent décompter le traitement hospitalier, y compris les frais de séjour, d'après les forfaits convenus avec les caisses. Une facturation supplémentaire n'est admise que pour les prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales, convenues le cas échéant avec les caisses.

3.3.8. Traitement en division privée

Si le membre se laisse soigner en division privée ou demi-privée d'un hôpital figurant sur la liste des hôpitaux dressée par le canton où il est implanté, que ce soit à l'intérieur ou en dehors du canton de résidence, ÖKK alloue les prestations de manière analogue aux taxes pour la division commune des hôpitaux compétents d'après la catégorie de prestations selon la LAMal dans le canton de résidence ou, en cas d'indication médicale, de manière analogue aux taxes pour la division commune de l'hôpital concerné.

3.3.9. Facturation, remboursement

En cas de séjours hospitaliers de ses membres, ÖKK fournit une garantie de paiement dans les limites du droit aux prestations, pour autant qu'elle dispose du diagnostic d'admission dans l'hôpital. Si aucune convention n'existe entre les caisses et l'hôpital, le membre est débiteur des honoraires vis-à-vis de l'hôpital.

3.4. Traitement semi-hospitalier

Les dispositions régissant le traitement hospitalier sont applicables par analogie au traitement dans une clinique prodiguant des soins semi-hospitaliers comme une clinique de jour ou de nuit ou dans une institution pour la chirurgie de jour.

3.5. Mesures de réadaptation médicale

Les mesures de réadaptation médicale sont prises en charge lorsqu'elles servent à retrouver la capacité fonctionnelle physique ou psychique, permettant ainsi au membre de retourner dans son milieu habituel.

Les dispositions relatives au traitement ambulatoire et hospitalier sont applicables par analogie.

Si les mesures médicales ne servent pas au retour dans le milieu habituel, les prestations sont prises en charge d'après le tarif des établissements médico-sociaux ou d'après les tarifs des soins extra-hospitaliers.

3.6. Traitement dans un établissement médico-social

En cas de séjour dans un établissement médico-social admis selon la LAMal, ÖKK prend en charge les examens, traitements et mesures ordonnés par un médecin.

Les prestations sont prises en charge, en fonction des accords passés avec l'établissement médico-social, soit sur la base d'un forfait soit sur la base d'un décompte à la prestation.

Les dispositions relatives au traitement hospitalier et aux prestations pour soins extra-hospitaliers s'appliquent par analogie au traitement dans un établissement médico-social.

3.7. Soins extra-hospitaliers

ÖKK rembourse les examens, traitements et soins effectués sur ordonnance médicale par des services de soins extra-hospitaliers reconnus ou par des infirmières et infirmiers au domicile du patient. Aucune prestation n'est versée pour les frais d'aides familiales. L'ordonnance médicale est valable tout au plus pour une durée respectivement de trois mois et de six mois pour les patients de longue durée. Les frais de soins extra-hospitaliers sont pris en charge selon les conventions et les tarifs cantonaux et communaux avec les services de soins extra-hospitaliers. Les prestations peuvent être facturées notamment sur la base d'un tarif au temps consacré ou d'un forfait. Le temps requis par jour ou par semaine peut être fixé dans les conventions tarifaires à titre de durée limite.

3.8. Cures balnéaires

3.8.1. Etendue des prestations

ÖKK verse une contribution de CHF 10.- par jour aux frais de cures balnéaires ordonnées par un médecin. La contribution est versée au maximum pendant 21 jours par année civile.

3.8.2. Choix de l'établissement de cure balnéaire

Le membre a le libre choix entre les établissements de cure balnéaire suisses reconnus et dirigés par un médecin.

La contribution aux frais de cure balnéaire est versée, peu importe que le membre soit traité en milieu hospitalier dans l'établissement de cure balnéaire ou qu'il occupe la chambre d'un hôtel ou d'une pension ou un appartement privé dans la station thermale.

3.8.3. Procédure en cas de cures balnéaires

L'ordonnance médicale pour un séjour de cure, y compris le diagnostic, doit être présentée à la caisse deux semaines avant le début de cure.

En cas d'interruption d'une cure, les frais partiels de cure ne peuvent être pris en charge que si l'interruption était due à une maladie ou à d'autres raisons impératives et si elle est justifiée par un certificat établi par le médecin de cure.

3.9. Frais de transport et de sauvetage

En cas de transport médicalement nécessaire par une entreprise de transport reconnue selon la LAMal pour permettre le traitement par une personne ou institution admise selon la LAMal et faisant partie des fournisseurs que le membre a le droit de choisir, ÖKK prend en charge le 50% des frais de transport jusqu'à concurrence de CHF 500.- par année civile.

En cas d'actions de sauvetage nécessaires, en Suisse, par une entreprise de sauvetage reconnue selon la LAMal, ÖKK prend en charge le 50% des frais de sauvetage jusqu'à concurrence de CHF 5'000.- par année civile.

3.10. Soins dentaires

3.10.1. Soins dentaires par suite d'une maladie grave

ÖKK prend en charge les coûts des soins dentaires par suite d'une maladie grave:

- s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication; ou
- s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles; ou
- s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

3.10.2. Accident dentaire

ÖKK prend en charge les coûts des lésions dentaires causées par un accident.

3.10.3. Etendue des prestations

Le remboursement a lieu en cas de traitement par des dentistes admis selon la LAMal et conformément aux accords conventionnels et tarifaires avec les caisses.

3.10.4. Procédure en cas de traitement dentaire

La prise en charge des coûts de traitements dentaires est soumise à la condition que le diagnostic, le plan de traitement ainsi que le devis soient présentés à la caisse.

3.11. Maternité

3.11.1. Etendue des prestations

Durant la grossesse et en relation avec l'accouchement, ÖKK prend en charge les mêmes prestations qu'en cas de maladie. Sont pris en charge, en plus de ces prestations, les examens de contrôle médicalement nécessaires, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant la grossesse et durant les 10 semaines suivant l'accouchement. Sans indication médicale particulière, sept examens au plus durant la grossesse ainsi qu'un examen après la grossesse sont pris en charge.

ÖKK prend en charge les coûts d'un accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maternité conformément aux accords conventionnels et tarifaires.

Les dispositions relatives au traitement ambulatoire, hospitalier ou semi-hospitalier sont également applicables aux prestations en cas d'accouchement.

3.11.2. Frais de soins de l'enfant

Dans le cadre de l'assurance de BASE de la mère, ÖKK prend en charge la part des frais non couverts pour les soins de l'enfant tant que celui-ci séjourne à l'hôpital avec sa mère, pour autant que l'enfant soit assuré auprès d'ÖKK.

3.11.3. Préparation à l'accouchement et conseils en allaitement
ÖKK prend en charge une contribution de CHF 100.- aux frais d'un cours de préparation à l'accouchement et les frais de trois conseils en allaitement au maximum, lorsqu'ils sont prodigués par une personne qualifiée reconnue.

3.12. Restrictions en matière de prestations

3.12.1. Réduction et suspension des prestations

Il n'existe aucun droit aux prestations pour le traitement de maladies et de suites d'accident qui doivent être couvertes par une autre assurance ou par des tiers.

Les prestations peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées si le membre se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement raisonnablement exigible.

Une mise en demeure écrite lui signalant que les prestations sont réduites ou entièrement refusées doit avoir été adressée au membre.

3.12.2. Facturation exagérée et traitements non économiques

En cas de facturation manifestement exagérée ou en cas de traitements non économiques, la caisse peut refuser sa rémunération ou en réduire le montant en conséquence. Elle peut faire dépendre son paiement de la cession de la créance réduite. La caisse ou le membre, s'agissant des rémunérations qu'il a payées lui-même, peut exiger du fournisseur de prestations qu'il lui restitue les rémunérations déjà payées.

3.12.3. Obligation de restituer

La caisse peut exiger la restitution des prestations touchées par erreur ou à tort.

3.13. Relations avec les prestations de tiers, surindemnisation

3.13.1. En général

Lorsqu'un tiers assume des obligations pour un cas de maladie ou un accident dûment annoncé sur la base de dispositions légales ou contractuelles ou en raison d'une faute imputable, les droits du membre contre le tiers passent à ÖKK jusqu'à concurrence des prestations fournies par la caisse. Lorsqu'il y a plusieurs responsables, ceux-ci répondent solidairement à l'égard de ÖKK.

3.13.2. Assurances sociales

ÖKK n'accorde pas de prestations lorsque celles-ci vont à la charge d'autres assurances sociales (LAA, AI, AM, AVS, LACI etc.). Le membre doit annoncer le droit aux prestations à l'assurance sociale concernée.

En relation avec les prestations des autres assurances sociales, ÖKK alloue des prestations provisoires conformément aux dispositions légales.

3.13.3. Surindemnisation

Les prestations d'ÖKK ou leur concours avec celles d'autres assurances sociales ou d'autres tiers tenus à prestations ne doivent pas excéder les frais de maladie ou d'accident engendrés au membre du fait du cas d'assurance.

Lorsque ÖKK constate une surindemnisation, elle réduit ses prestations en conséquence.

4. Variante CASAMED

4.1. En général

A titre de variante de l'assurance de BASE, les membres peuvent

conclure la CASAMED impliquant un choix restreint des personnes ou institutions prodiguant des soins.

L'assistance dans la variante CASAMED a lieu dans le cadre de systèmes basant sur le principe du médecin de famille. L'adhésion à CASAMED peut être limitée aux membres domiciliés dans une région déterminée.

4.2. Choix / résiliation de la CASAMED

La CASAMED peut être choisie lors de l'admission dans ÖKK ou ultérieurement pour le début d'un mois civil.

Pour le passage aux variantes CASAMED ne prévoyant aucune franchise ou que la franchise ordinaire, les assurés avec une franchise à option doivent observer les délais ou conditions de sortie applicables à la franchise à option.

Le passage de la CASAMED à l'assurance de BASE ordinaire ou la sortie de la caisse pour les assurés CASAMED peuvent avoir lieu pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois.

Lors de la communication de la nouvelle prime, une résiliation des rapports d'assurance avec ÖKK est possible pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois.

Si, en raison d'une absence locale prolongée de la personne assurée, le traitement non urgent ne peut pas être effectué par le médecin de famille CASAMED compétent, la caisse peut opérer un passage immédiat à l'assurance de BASE ordinaire.

4.3. Conditions générales en matière de prestations

La CASAMED sert les prestations de l'assurance de BASE, si elles sont fournies, prescrites ou ordonnées par le médecin de famille CASAMED auprès duquel le membre est inscrit.

ÖKK désigne les médecins CASAMED auxquels le traitement des assurés CASAMED est confié à titre exclusif.

Les institutions de télémédecine peuvent être reconnues par ÖKK comme médecins de famille CASAMED.

4.4. Exceptions

4.4.1. Ophtalmologues, gynécologues et pédiatres

Les coûts d'un traitement de routine effectué par des ophtalmologues, des gynécologues et des pédiatres sont remboursés sans consultation préalable du médecin de famille CASAMED.

ÖKK a le droit de limiter le choix de ces médecins. Pour le traitement chez des pédiatres, la caisse peut fixer une limite d'âge.

Les coûts du traitement ordonné par un autre spécialiste ainsi que ceux des opérations effectuées ambulatoirement et en milieu hospitalier ne sont remboursés que dans la mesure où l'assuré a eu recours au médecin de famille CASAMED.

4.4.2. Cas d'urgence

Les cas d'urgence sont couverts dans le cadre de l'assurance de BASE, ceci indépendamment du fournisseur de prestations choisi. Les membres annoncent ceux-ci dans les 20 jours à leur médecin de famille CASAMED. Le contrôle de l'indication médicale par le médecin-conseil de même qu'une réduction des prestations en l'absence d'un avis de délégation (postérieur) demeurent réservés.

4.5. Autres fournisseurs de prestations

En vue d'une fourniture avantageuse, la caisse peut désigner d'autres fournisseurs de prestations, notamment des hôpitaux, pharmacies, magasins spécialisés en articles sanitaires, auxquels l'as-

sistance médicale ou la fourniture des assurés CASAMED sont confiées à titre exclusif.

4.6. Prestations exclues, exclusion de la variante CASAMED

4.6.1. Prestations exclues

Lorsqu'un membre se fait soigner, hormis les cas exceptionnels énumérés à titre exhaustif, par un fournisseur de prestations autre que ceux auxquels s'étend son libre choix, tous les frais vont à sa charge.

4.6.2. Exclusion de la variante CASAMED

En cas de comportement contraire répété aux conditions définies, ÖKK est en droit de transférer le membre de la variante CASAMED dans la variante d'assurance ordinaire.

4.7. Déroulement de l'assurance

4.7.1. Choix du médecin de famille CASAMED ou de l'institution de télémédecine compétente

ÖKK remet au membre une liste contenant notamment les indications suivantes:

- médecins de famille CASAMED
- validité locale des prestations
- modalités concernant l'annonce chez les médecins de famille CASAMED
- autres fournisseurs de prestations comme les pharmacies, les hôpitaux, les magasins spécialisés en articles sanitaires etc.

Le membre s'inscrit chez un médecin de famille CASAMED de son choix ou est inscrit auprès d'une institution de télémédecine.

4.7.2. Changement du médecin de famille CASAMED

Dans le système CASAMED, le passage chez un autre médecin de famille CASAMED peut avoir lieu pour le début d'un trimestre civil et moyennant un délai de communication d'un mois.

Demeurent réservées les réglementations dérogatoires sur la base d'accords régionaux passés entre ÖKK et les médecins collaborant à la CASAMED.

Dans des cas particuliers, notamment

- en cas de changement du lieu de résidence
- en cas de transfert du cabinet du médecin de famille
- en cas de brouille entre les assurés CASAMED et le médecin de famille CASAMED choisi
- lorsque le médecin de famille CASAMED cesse d'appartenir au système du médecin de famille,

des délais plus courts sont appliqués avec l'accord de la caisse.

Les assurés CASAMED se déclarent d'accord pour la transmission au nouveau médecin de famille CASAMED de tous les documents nécessaires à la poursuite de leur prise en charge.

4.7.3. Prestations ordonnées

S'agissant des prestations ordonnées, la caisse peut demander au membre ou au médecin de famille CASAMED avant le versement des prestations qu'il apporte la preuve que la prestation a été fournie selon le principe du médecin de famille.

Lorsqu'un fournisseur de prestations, chez lequel le membre a été envoyé par le médecin de famille CASAMED, entend procéder à une nouvelle délégation du traitement, il y aura lieu de solliciter l'accord du médecin de famille CASAMED compétent.

ÖKK ou les partenaires de coopération CASAMED peuvent mettre des outils électroniques à la disposition des fournisseurs de prestations. Ceux-ci servent à une communication rapide et sûre entre les fournisseurs de prestations ainsi qu'à une coordination et vérification optimale des prestations.

ÖKK veille à ce que les dispositions relatives au droit en matière de protection des données soient respectées.

5. Variante ECOPLAN

5.1. En général

A titre de variante de l'assurance de BASE, les membres peuvent conclure l'ECOPLAN impliquant un choix restreint des hôpitaux.

L'ECOPLAN peut être limité aux membres domiciliés dans une région déterminée.

5.2. Choix / résiliation de l'ECOPLAN

L'ECOPLAN peut être choisi lors de l'admission dans ÖKK ou ultérieurement pour le début d'un mois civil. Ceci est également valable pour les membres ayant souscrit une franchise à option, dans la mesure où ils ne désirent pas passer à une franchise moins élevée. Le passage de l'ECOPLAN à l'assurance de BASE ordinaire ou la sortie de la caisse pour les assurés ECOPLAN peuvent avoir lieu pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois.

5.3. Etendue des prestations

L'ECOPLAN sert les prestations de l'assurance de BASE. Les prestations en cas de séjour hospitalier sont couvertes, pour autant que le traitement ait lieu dans un hôpital désigné spécialement par ÖKK.

ÖKK désigne les hôpitaux reconnus pour cette variante de couverture. La liste avec les hôpitaux ECOPLAN est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée ou demandée en tout temps auprès de la caisse.

Si le membre se fait soigner dans un hôpital non reconnu par ECOPLAN, sauf dans les cas exceptionnels énumérés à titre exhaustif, l'ensemble des coûts va à la charge du membre.

Les cas d'urgence et les traitements nécessaires pour des raisons médicales dans un hôpital non reconnu par ECOPLAN sont couverts dans le cadre de l'assurance de BASE, ceci indépendamment du fournisseur de prestations choisi. Cas d'urgence exceptés, cette prestation n'est toutefois servie que si une demande préalable a été adressée à la caisse. Le contrôle de l'indication médicale par le médecin-conseil demeure réservé.

5.4. Participation aux coûts

Toutes les prestations versées selon les dispositions de l'ECOPLAN sont soumises à la réglementation relative à la participation aux coûts valable pour la franchise ordinaire ou à option.

6. Participation aux coûts

6.1. Participation ordinaire aux coûts

6.1.1. Franchise et quote-part

Conformément aux prescriptions du droit fédéral, chaque membre doit participer aux coûts des prestations dont il bénéficie, en acquittant une franchise annuelle et une quote-part. Pour les adultes, la franchise annuelle est perçue sous forme d'un montant fixe de CHF 300.- par année civile. Les enfants ne doivent assumer aucune franchise.

La quote-part s'élève à 10% des coûts des prestations dont il bénéficie, qui excèdent le montant de la franchise annuelle, mais au

maximum à CHF 700.- par année pour les adultes et à CHF 350.- pour les enfants.

6.1.2. Participation aux coûts en cas de maternité

A l'exception des médicaments et des moyens auxiliaires, aucune participation aux coûts n'est perçue sur les prestations en cas de maternité.

6.1.3. Montant maximal de la participation aux coûts pour les familles

Le montant maximal de la participation aux coûts pour les enfants d'une famille s'élève au total à CHF 1'000.- par année civile.

6.2. Contribution aux frais de séjour hospitalier

En plus de la participation ordinaire aux frais, les membres doivent verser une contribution journalière de CHF 10.- aux frais de séjour hospitalier.

Sont exemptés de cette contribution les membres qui vivent en ménage commun avec une ou plusieurs personnes avec lesquelles ils ont une relation relevant du droit de la famille ainsi que les femmes pour les prestations de maternité.

6.3. Franchise à option

6.3.1. Généralités

Moyennant une réduction correspondante des primes dans l'assurance de BASE, les enfants, les jeunes adultes et les adultes peuvent opter pour une franchise plus élevée.

La franchise à option est perçue sous forme d'un montant fixe par année civile.

6.3.2. Choix / résiliation de la franchise

Une franchise plus élevée ne peut être choisie que pour le début d'une année civile.

Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre variante d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois.

Lors de la communication de la nouvelle prime, une résiliation des rapports d'assurance avec ÖKK est possible pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois.

6.3.3. Montants des franchises

Les membres peuvent choisir parmi les franchises annuelles plus élevées ci-après:

Adultes:

CHF 500.-

CHF 1'000.-

CHF 1'500.-

CHF 2'000.-

CHF 2'500.-

Enfants:

CHF 200.-

CHF 400.-

CHF 600.-

6.3.4. Quote-part

La quote-part s'élève à 10% des frais de traitement qui excèdent le montant de la franchise choisie, mais au maximum à CHF 700.- par année pour les adultes et à CHF 350.- pour les enfants.

6.3.5. Quote-part des médicaments

La quote-part s'élève à 20% des coûts qui dépassent la franchise annuelle pour les préparations originales, lorsque les génériques avec lesquels elles sont interchangeables figurent dans la liste des

spécialités et ont un prix maximal inférieur d'au moins 20% à celui de la préparation originale correspondante. En sont exceptées les préparations originales prescrites expressément pour des raisons médicales.

6.3.6. Montant maximal de la participation aux coûts pour les familles

Si plusieurs enfants d'une famille sont assurés auprès d'ÖKK, la participation aux coûts des enfants ne doit pas dépasser, au total, le double du montant maximal de la participation aux coûts prévue pour un enfant.

Si la famille choisit des participations aux coûts différentes pour ses enfants, le montant maximal de la participation aux coûts se calcule sur la base de la franchise la plus élevée choisie par un des enfants.

7. Primes

7.1. Fixation

7.1.1. En général

Les primes sont fixées dans un tarif de primes.

Les primes peuvent être échelonnées d'après les différences de coûts dues aux conditions locales.

7.1.2. Réductions de primes

Les primes sont réduites:

- pour les enfants et adolescents de moins de 18 ans révolus
- pour les adultes jusqu'à l'âge de 25 ans révolus
- en cas de suspension de la couverture des accidents
- pour les membres qui souscrivent une franchise à option
- pour les membres qui concluent une variante CASAMED ou ECOPLAN.

7.1.3. Contributions aux primes

Le membre peut demander des contributions aux primes respectivement auprès du canton de résidence et de sa commune de domicile. La caisse peut passer des accords avec le canton de résidence ou la commune de domicile, en vertu desquels la contribution aux primes est déduite directement des primes.

7.2. Exonération de prime en cas de service militaire et de service civil

En cas de service militaire, de protection civile ou de service civil durant plus de 60 jours consécutifs, il y a exonération de prime pour les mois pour lesquels une couverture d'assurance est garantie par l'assurance militaire.

Une exonération de prime est accordée dans la mesure où elle est demandée au cours de la même année civile. Un justificatif du service accompli doit être joint à la demande.

7.3. Supplément de prime

En cas d'adhésion tardive et non excusable à l'assurance de BASE, un supplément de prime de 50% au maximum est prélevé pour le double du retard d'affiliation.

7.4. Primes extraordinaires

ÖKK peut percevoir des primes extraordinaires dans les périodes où elle est mise extraordinairement à contribution.

7.5. Paiement

7.5.1. Echéance / période de paiement

Les primes sont payables d'avance. La période de paiement la plus courte est le mois civil. Les primes sont dues sans interruption, donc également en cas de maladie, d'accident, d'incapacité de travail ou en cas de suspension du droit aux prestations. Lorsque le sociétariat débute ou prend fin au cours d'un mois civil, la prime est due pour le mois entier.

7.5.2. Retard dans le paiement

Si, en dépit d'une sommation, un membre se met en demeure de payer les primes ou les participations aux coûts arriérées et si une continuation de la poursuite a été requise dans le cadre de la procédure de poursuite, le droit aux prestations est suspendu jusqu'à ce que les primes et participations aux coûts arriérées ainsi que les frais de rappel et frais administratifs, les éventuels intérêts moratoires et les frais de poursuite soient entièrement payés. Les frais de rappel et les frais administratifs occasionnés par les arriérés de paiement vont à la charge du membre.

Les frais supplémentaires découlant de dépenses exceptionnelles souhaitées par le membre doivent être réglés à l'avance. Le montant des frais supplémentaires occasionnés est fixé par ÖKK.

ÖKK peut prélever sur les créances de cotisation dues, en plus de ces frais, des intérêts moratoires à raison de 5%.

ÖKK peut, jusqu'à réquisition d'une continuation de la poursuite, compenser ses prestations avec des primes et participations aux coûts échues. Le membre n'a aucun droit de compensation.

7.5.3. Cession / mise en gage

Les créances envers ÖKK ne peuvent pas être mises en gage et ne peuvent être cédées que dans les cas prévus par la LAMal.

8. Assurance collective

8.1. En général

En vue de simplifier la procédure administrative, ÖKK peut conclure des contrats collectifs pour des groupes de personnes.

8.2. Réglementations dérogatoires

Les mêmes prestations et primes que celles valables pour les assurés individuels sont en principe applicables aux assurés collectifs.

Des dispositions dérogatoires peuvent porter notamment sur les points suivants:

- a) procédure d'admission simplifiée
- b) autre mode de paiement des primes
- c) partenaire collectif comme débiteur des primes
- d) délégation des obligations de renseigner au partenaire collectif
- e) procédure contraire sur le plan du règlement des prestations et des participations aux coûts
- f) procédure simplifiée pour l'exclusion des accidents.

8.3. Passage dans l'assurance individuelle

L'assurance des membres qui cessent d'appartenir au cercle des personnes auxquelles s'étend l'assurance collective, ou des membres dont le contrat collectif prend fin, est maintenue automatiquement dans l'assurance individuelle d'ÖKK compétente à leur lieu de résidence.

9. Voies de droit

9.1. Décision

Lorsqu'un membre ou un proposant n'accepte pas une décision, ÖKK rend une décision écrite, dans les trente jours à compter de la demande, avec indication des motifs et des voies de recours.

9.2. Opposition

Cette décision peut être attaquée auprès d'ÖKK dans les trente jours de sa notification. ÖKK examine l'opposition et rend une décision écrite sur opposition avec indication des motifs et des voies de recours.

9.3. Tribunal cantonal des assurances

Les décisions rendues sur opposition peuvent être attaquées, dans les trente jours à partir de la notification, par voie de recours auprès du tribunal cantonal des assurances.

Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir.

Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile du membre ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Le recours auprès du tribunal des assurances peut aussi être formé lorsque la caisse n'a pas rendu de décision ni de décision sur opposition dans le délai imparti.

Si le membre ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton du dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile du dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où la caisse a son siège.

9.4. Exécution

Les décisions et les décisions sur opposition d'ÖKK passent en force de chose jugée si elles ne sont pas attaquées par voie d'opposition ou de recours dans le délai imparti ou si le recours n'a pas abouti. Les décisions qui portent sur un paiement en argent sont, lorsqu'elles ont passé en force, assimilées à des jugements exécutoires au sens de l'art. 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite.

9.5. Protection juridique

En cas de contestations à propos d'honoraires entre le membre et des fournisseurs de prestations au sens de la LAMal, ÖKK peut, à la demande du membre et à ses frais, se charger de la représentation du membre devant les tribunaux compétents, à moins que la demande ne paraisse vouée à l'échec.

10. Dispositions finales

10.1. Modifications

Les modifications du présent règlement sont notifiées aux membres par communication écrite, dans le journal des membres ou par publication officielle.

10.2. Entrée en vigueur

Les présentes CGA ont été adoptées par ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (ÖKK). Elles entrent en vigueur le 1.1.2009 et remplacent toutes les dispositions et tous les règlements antérieurs de ÖKK sur l'assurance légale des soins selon la LAMal.

Dispositions communes

ÖKK Versicherungen AG, Edition 1.1.2010

Table des matières

1. Bases de l'assurance	6.4. Limitations sur le plan des prestations
1.1. Principe	6.4.1. Maladies et accidents préexistants
1.2. Organisme assureur	6.4.2. Exclusion des prestations
1.3. But de l'assurance	6.4.3. Restrictions en matière de prestations
1.4. Conditions générales d'assurance (CGA)	7. Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident
1.5. Conditions pour l'assurance collective	7.1. Obligation de déclarer
1.6. Loi sur le contrat d'assurance	7.2. Obligation de réduire le dommage
2. Catégories d'assurance	7.3. Obligation de renseigner
2.1. Possibilités d'assurance	8. Primes et paiements
2.2. Modifications des catégories d'assurance	8.1. Fixation des primes
2.3. Catégories d'assurance choisies	8.1.1. En général
3. Personnes assurées	8.1.2. Montant des primes
3.1. Assurance individuelle	8.1.3. Rabais familial
3.2. Assurance collective	8.2. Adaptation des tarifs de primes et de la participation aux coûts
4. Début et durée de l'assurance	8.3. Paiement des primes
4.1. Procédure lors de la conclusion de l'assurance	8.3.1. Echéance
4.1.1. Proposition	8.3.2. Retard dans le paiement
4.1.2. Obligation de renseigner	8.4. Participation aux excédents
4.1.3. Documents	8.4.1. Principe
4.1.4. Droit de révocation	8.4.2. Condition
4.2. Début de l'assurance	8.4.3. Versement
4.3. Durée de l'assurance	8.5. Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)
4.3.1. En général	8.5.1. Principe
4.3.2. Durée d'assurance plus longue	8.5.2. Catégories avec rabais en cas de non-recours aux prestations
4.3.3. Moment de la conclusion de l'assurance	8.5.3. Période de référence
4.3.4. Prolongation de l'assurance	8.5.4. Echelons de rabais
4.4. Modification de l'assurance	8.5.5. Adaptation des échelons en cas de non-recours aux prestations
4.4.1. Modification par le preneur d'assurance	8.5.6. Adaptation des échelons en cas de recours aux prestations
4.4.2. Modification par l'assureur	8.5.7. Prestations de maternité
4.5. Suspension de l'assurance	8.5.8. Augmentation d'assurance
4.5.1. Condition	8.6. Autres dispositions régissant le paiement
4.5.2. Durée et étendue de la suspension	8.6.1. Compensation
5. Fin de l'assurance	8.6.2. Cession et mise en gage
5.1. Résiliation par le preneur d'assurance	8.6.3. Versement des prestations
5.1.1. Résiliation ordinaire	8.6.4. Prescription
5.1.2. Résiliation en cas de sinistre	9. Prestations de tiers
5.1.3. Droit de passage en cas de résiliation du contrat collectif	9.1. Subsidiarité
5.2. Renoncement au droit de résiliation par l'assureur	9.1.1. En général
5.3. Autres motifs fondant la fin du contrat	9.1.2. Prestations des pouvoirs publics
6. Prestations	9.1.3. Pluralité d'assureurs
6.1. Définitions	9.1.4. Renoncement aux prestations
6.1.1. Maladie	9.2. Assurances sociales
6.1.2. Accident	9.3. Prestations provisoires et recours
6.1.3. Maternité	9.4. Surassurance
6.2. Validité des prestations	10. Protection des données
6.2.1. Validité territoriale des prestations	10.1. Bases légales
6.2.2. Validité temporelle des prestations	10.2. But du traitement
6.3. Prestations assurées	10.3. Transmission des données à des tiers pour traitement
6.3.1. Etendue des prestations	10.4. Conservation des données
6.3.2. Traitements économiques	11. Communications
6.3.3. Traitements par des personnes médicales reconnues	12. For

1. Bases de l'assurance

1.1. Principe

Des assurances complémentaires et autres assurances sont offertes conformément aux présentes Conditions générales d'assurance et en complément de l'assurance-maladie selon la LAMal.

1.2. Organisme assureur

L'organisme assureur sont les ÖKK Versicherungen AG, Landquart, (désignées ci-après par assureur).

L'assureur responsable de l'assurance de protection juridique des patients ÖKK PROTECT est la Coop Protection juridique SA, Aarau.

L'assureur responsable de l'assurance ÖKK capital-risque en cas de décès ou d'invalidité par suite d'accident est la SOLIDA Assurances SA, Zurich.

L'assureur responsable de l'assurance ÖKK capital-risque en cas de décès ou d'invalidité par suite de maladie est la Nationale Suisse Vie SA, Bottmingen.

La caisse servant d'intermédiaire est la caisse-maladie (désignée ci-après par la caisse) mentionnée sur la police d'assurance.

1.3. But de l'assurance

Sont assurées les conséquences économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité survenant durant la période pour laquelle l'assurance est conclue.

La couverture des accidents peut être exclue, dans la mesure où ceci est prévu dans les dispositions des différentes catégories d'assurance.

1.4. Conditions générales d'assurance (CGA)

Les CGA règlent les rapports d'assurance, dans la mesure où des conditions particulières n'ont pas été convenues dans le contrat individuel.

Les dispositions communes des CGA sont applicables à toutes les catégories d'assurance mentionnées ci-après. Les détails en matière de prestations figurent dans les dispositions régissant les différentes catégories d'assurance. Les dispositions de chaque catégorie priment lorsque les différentes catégories d'assurance s'écartent des dispositions communes.

1.5. Conditions pour l'assurance collective

Les CGA sont également valables pour les assurances collectives dans le domaine des frais de guérison. Des conditions dérogatoires peuvent être convenues dans chaque contrat collectif, notamment en ce qui concerne l'admission, l'étendue des prestations, la durée d'assurance, la résiliation et concernant la répartition des droits et obligations entre le preneur d'assurance et la personne assurée.

Les dispositions régissant le contrat collectif priment les Conditions générales d'assurance.

1.6. Loi sur le contrat d'assurance

Pour autant que les dispositions du contrat ne fixent pas de réglementations dérogatoires, les dispositions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 sont applicables.

2. Catégories d'assurance

2.1. Possibilités d'assurance

Les catégories d'assurance selon les présentes CGA sont:

- SUPPLEMENT GENERAL et SUPPLEMENT PRIVE
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- COMBI: GENERAL, DEMI-PRIVE, PRIVE, PRIVE ACCIDENTS, GLOBAL, FLEX, CONFORT
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO
- ÖKK MONDIAL
- ÖKK DENTAL
- ÖKK TOURIST
- ÖKK PROTECT
- ÖKK Capital-risque en cas de décès ou d'invalidité par suite d'accident
- ÖKK Capital-risque en cas de décès ou d'invalidité par suite de maladie
- ÖKK COMPENSA
- ÖKK INDEMNITES JOURNALIERES BLV

Certaines catégories d'assurance sont pratiquées avec les variantes CASAMED et/ou ECOPLAN.

2.2. Modifications des catégories d'assurance

Les catégories d'assurance peuvent, sous garantie des droits acquis et par l'assureur, être adaptées aux besoins changeants, être complétées ou faire l'objet d'une nouvelle répartition.

2.3. Catégories d'assurance choisies

La police d'assurance fait mention des catégories d'assurance souscrites. Les dispositions particulières ou accords spéciaux qui dérogent aux Conditions générales d'assurance sont également indiqués sur la police d'assurance.

3. Personnes assurées

3.1. Assurance individuelle

Sont assurées les personnes mentionnées sur la police d'assurance.

3.2. Assurance collective

Le contrat collectif fixe le cercle des personnes assurées ou assurables.

Les personnes ou groupes de personnes mentionnés sur la police d'assurance sont assurés.

4. Début et durée de l'assurance

4.1. Procédure lors de la conclusion de l'assurance

4.1.1. Proposition

La proposition en vue de la conclusion de l'assurance a lieu par écrit au moyen de la formule préimprimée de la caisse. Le proposant doit répondre complètement et sincèrement aux questions posées sur la formule.

Les personnes n'ayant pas l'exercice des droits civils ne peuvent être assurées que par leur représentant légal.

4.1.2. Obligation de renseigner

Lorsque des indications incorrectes ou incomplètes sont fournies lors du dépôt de la proposition, l'assureur peut se départir du contrat dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

Au moment de la résiliation du contrat, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour des sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement.

En déposant sa proposition en vue de la conclusion de l'assurance, le proposant autorise la caisse à prendre des renseignements nécessaires à la conclusion de l'assurance et à l'examen d'une obligation à prestations ultérieure auprès des personnes médicales ainsi qu'auprès d'autres assureurs.

La caisse peut demander un certificat médical ou peut, à ses frais, exiger un examen médical.

Le preneur d'assurance doit veiller à ce qu'il puisse fournir toutes les indications nécessaires sur la personne assurée.

4.1.3. Documents

Lors de la conclusion de l'assurance, le preneur d'assurance reçoit:

- la police d'assurance
- les Conditions générales d'assurance.

4.1.4. Droit de révocation

La proposition en vue de la conclusion de l'assurance peut être retirée dans les 14 jours à compter de la signature. Par le dépôt de la déclaration de révocation, l'assureur est dégagé de tout engagement.

Si la teneur de la police d'assurance ou des avenants ne concorde pas avec les accords intervenus, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte; faute de quoi, la teneur en est considérée comme acceptée.

4.2. Début de l'assurance

L'assurance entre en vigueur à la date confirmée sur la police d'assurance.

4.3. Durée de l'assurance

4.3.1. En général

La durée d'assurance correspond à une année civile et s'étend du 1er janvier au 31 décembre.

4.3.2. Durée d'assurance plus longue

Un rabais peut être accordé en cas de conclusion d'une assurance pour la durée d'au moins trois années civiles entières.

4.3.3. Moment de la conclusion de l'assurance

La conclusion de l'assurance est également possible, en tout temps, en cours de l'année civile. La prime se calcule en fonction de la durée d'assurance restante.

4.3.4. Prolongation de l'assurance

A la fin de chaque année civile, le contrat d'assurance est prolongé tacitement pour une nouvelle année, s'il n'est pas résilié par le preneur d'assurance dans le délai de résiliation ordinaire.

4.4. Modification de l'assurance

4.4.1. Modification par le preneur d'assurance

Les propositions en vue d'une modification du contrat d'assurance impliquant une couverture plus élevée ou les propositions pour lesquelles une déclaration de santé est demandée sont considérées comme proposition en vue d'un nouveau contrat d'assurance.

En cas de diminution de la couverture d'assurance, les dispositions régissant la démission sont applicables.

4.4.2. Modification par l'assureur

Si, après la conclusion de l'assurance, des changements considérables interviennent dans les conditions cadres pour l'assurance des conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident, comme par exemple l'élargissement du nombre ou établissement de nouveaux genres de personnes médicales, l'extension de l'offre en prestations médicales, l'introduction de formes de thérapie nouvelles et onéreuses ou de médicaments et autres développements similaires, ou des changements dans la législation sur l'assurance sociale, l'assureur est en droit d'adapter les dispositions régissant les assurances.

Ces nouvelles conditions du contrat sont communiquées au preneur d'assurance 30 jours à l'avance. Ce dernier a le droit de résilier les catégories d'assurance concernées dans les 30 jours à compter de la communication avec effet à la date de la modification du contrat. Si aucune résiliation n'intervient de la part du preneur d'assurance, il y a acceptation des nouvelles conditions du contrat.

4.5. Suspension de l'assurance

4.5.1. Condition

La suspension de l'assurance dans une ou dans toutes les catégories d'assurance peut être demandée, pour autant qu'il soit établi qu'une couverture d'assurance existe par ailleurs.

L'accord concernant une suspension est soumis à la même procédure que la nouvelle conclusion d'une assurance. Une prime réduite est perçue durant la période de suspension.

4.5.2. Durée et étendue de la suspension

La suspension déploie ses effets après le dépôt de la demande au plus tôt dès le premier jour du mois qui suit la survenance du fait qui a donné naissance à la suspension.

La suspension doit être demandée pour une durée d'au moins trois mois et peut être conclue pour une durée allant jusqu'à six ans. Une nouvelle prolongation de la suspension peut être demandée. Le contrat prend fin lorsque l'assureur ne peut pas approuver une prolongation.

En cas de séjour à l'étranger, une adresse de contact en Suisse doit être indiquée.

Lorsque le motif de la suspension prend fin, la protection d'assurance est remise intégralement en vigueur, dans la mesure où la demande en est faite dans les 30 jours. Si la protection d'assurance n'est pas réactivée dans le délai précité, l'assurance prend fin sans autres.

5. Fin de l'assurance

5.1. Résiliation par le preneur d'assurance

5.1.1. Résiliation ordinaire

L'assurance ou une catégorie d'assurance peut être résiliée par

écrit jusqu'au 30 septembre au plus tard pour le 31 décembre. Les dispositions dérogatoires régissant la résiliation dans les différentes catégories d'assurance demeurent réservées.

5.1.2. Résiliation en cas de sinistre

Après chaque sinistre pour lequel l'assureur a alloué des prestations, le preneur d'assurance peut se départir par écrit de la partie correspondante du contrat dans les 14 jours qui suivent le paiement ou le moment où il a connaissance de la prise en charge des prestations par l'assureur. La prime est due jusqu'à la fin de l'assurance.

5.1.3. Droit de passage en cas de résiliation du contrat collectif

Les personnes assurées dont l'assurance prend fin suite à la résiliation du contrat collectif ont le droit de passer dans l'assurance individuelle sans nouvelle déclaration de santé.

Le droit de passage doit être exercé dans les 30 jours qui suivent la fin du contrat collectif.

Il n'existe aucun droit de passage lorsque le preneur d'assurance a conclu un nouveau contrat collectif pour ce cercle de personnes auprès d'un autre assureur.

5.2. Renoncement au droit de résiliation par l'assureur

L'assureur renonce expressément au droit que lui confère la loi de se départir du contrat à l'échéance du contrat ou en cas de sinistre. En demeure excepté le droit de résiliation dans le secteur des contrats collectifs. De même, le droit de se départir du contrat en cas de faute contractuelle demeure réservé.

5.3. Autres motifs fondant la fin du contrat

L'assurance prend fin en outre dans les cas suivants:

- a) au décès de la personne assurée
- b) en cas de départ à l'étranger (sauf pour les frontaliers ou en cas de conclusion d'une MONDIAL)
- c) lorsque la limite d'âge fixée pour la protection d'assurance est atteinte
- d) en cas d'épuisement définitif du droit à l'ensemble des prestations dans une catégorie d'assurance
- e) lorsque le contrat, à l'échéance de la durée d'assurance maximale dans MONDIAL ou en cas de suspension, n'est pas prolongé
- f) dans les cas prévus par la loi, notamment en cas de prime en souffrance, de dol ou d'aggravation notable du risque par le preneur d'assurance ou la personne assurée.

6. Prestations

6.1. Définitions

6.1.1. Maladie

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

6.1.2. Accident

Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort.

Dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par

une maladie ou une dégénérescence, les lésions corporelles suivantes, énumérées à titre exhaustif, sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire:

- a) les fractures
- b) les déboîtements 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.

Ne constituent pas une lésion corporelle au sens de l'alinéa ci-dessus les dommages non causés par un accident aux objets mis en place suite à une maladie et qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps.

Par accident, on entend également les maladies professionnelles reconnues comme accidents aux termes de la LAA.

6.1.3. Maternité

Les prestations liées à la grossesse et à l'accouchement sont assurées au même titre que la maladie si, au moment de l'accouchement, l'assurance de la mère auprès de l'assureur a déjà duré depuis au moins 270 jours, ou en cas d'une assurance antérieure équivalente par un autre assureur si le dépôt de la proposition d'assurance a été confirmé par la caisse au moins 270 jours avant l'accouchement.

6.2. Validité des prestations

6.2.1. Validité territoriale des prestations

L'assurance est valable en principe pour les prestations fournies en Suisse et, en cas de traitement d'urgence, dans le monde entier. Les dispositions régissant la validité territoriale dans les conditions d'assurance des différentes catégories d'assurance priment.

Les frontaliers bénéficient de la protection d'assurance également pour les prestations fournies à leur lieu de domicile.

6.2.2. Validité temporelle des prestations

Un droit aux prestations existe pendant la durée de l'assurance. Il n'existe aucun droit aux prestations pour les coûts engendrés après la fin de l'assurance.

Sont déterminants la date du traitement ou le moment du recours à la prestation assurée.

6.3. Prestations assurées

6.3.1. Etendue des prestations

Sont assurées les prestations conformément à la couverture mentionnée sur la police d'assurance et selon les dispositions régissant les différentes catégories d'assurance.

6.3.2. Traitements économiques

Les traitements sont couverts lorsqu'ils sont économiques, efficaces, appropriés et médicalement nécessaires. Ceci signifie que les coûts de traitements médicaux sont pris en charge dans la mesure où ils se limitent à ce qui est exigé par l'intérêt de l'assuré et par le but du traitement.

En vue de l'encadrement optimal de ses personnes assurées, ÖKK peut convenir de mesures d'accompagnement avec les fournisseurs de prestations reconnus dans le but de garantir, par une meilleure

collaboration et coordination entre les fournisseurs de prestations et ÖKK, le traitement le plus efficace, le plus approprié et le plus économique pour la personne assurée. ÖKK peut charger une conseillère ou un conseiller en santé de l'exécution de ces mesures.

En cas de facturation manifestement exagérée, l'assureur peut réduire ses prestations en conséquence ou faire dépendre son paiement de la cession de la créance réduite.

6.3.3. Traitements par des personnes médicales reconnues

Les traitements par des personnes médicales ou des institutions médicales reconnues sont assurés si celles-ci sont reconnues aux termes de la LAMal. Les prestations d'autres personnes ou institutions sont assurées dans la mesure où ceci est prévu dans les différentes catégories d'assurance.

6.4. Limitations sur le plan des prestations

6.4.1. Maladies et accidents préexistants

En cas d'augmentation d'assurance, il n'y a aucune restriction dans la nouvelle catégorie ou classe d'assurance pour les prestations qui étaient déjà couvertes par l'ancienne catégorie d'assurance.

L'assureur peut excepter de la couverture d'assurance les maladies et les suites d'accidents qui existent ou existaient déjà au moment de la conclusion de l'assurance.

Les restrictions de couverture sont communiquées par écrit à la personne assurée.

6.4.2. Exclusion des prestations

Il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance:

- a) pour les maladies et les suites d'accident qui existaient déjà au moment de la conclusion de l'assurance et que l'assureur a exceptées de l'assurance
- b) pour les maladies et les suites d'accident qui existaient déjà au moment du dépôt de la proposition et qui n'ont pas été déclarées ou indiquées uniquement de manière incomplète
- c) pendant la durée d'un stage
- d) lorsqu'un traitement ne sert pas à guérir une atteinte à la santé ou les suites de celle-ci. Les mesures qui empêchent l'apparition imminente ou l'aggravation d'un trouble de la santé demeurent réservées s'il y a déjà un état morbide.
- e) pour les traitements effectués par un fournisseur de prestations non reconnu par l'assureur
- f) pour les traitements dentaires, dans la mesure où la couverture n'est pas réglée expressément dans la catégorie d'assurance souscrite
- g) en cas de suspension de l'assurance
- h) en cas d'arriérés de paiement à partir de l'échéance du délai de sommation jusqu'au paiement intégral de toutes les créances
- i) en cas de participation à des actes de guerre, des désordres et actes similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger
- k) pour les maladies et les accidents consécutifs à des événements de guerre dont la première apparition date déjà de plus de 14 jours
- l) pour les maladies et les accidents dus à la participation active à des actes punissables, des bagarres ou à d'autres actes violents
- m) pour les conséquences de tremblements de terre et d'autres catastrophes naturelles
- n) pour les dommages à la santé résultant de gros sinistres industriels ou pour les dommages causés par l'énergie atomique

- o) pour les transplantations d'organes pour lesquelles la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) à Soleure a convenu des forfaits par cas, et ceci indépendamment du lieu où la transplantation est pratiquée
- p) pour les participations légales et convenues aux coûts de l'assurance obligatoire des soins
- q) pour les maladies épidémiques.

D'autres exclusions de prestations éventuelles sont fixées dans les dispositions régissant les différentes catégories d'assurance.

6.4.3. Restrictions en matière de prestations

Les prestations peuvent être réduites:

- a) en cas de transgression fautive des obligations par le preneur d'assurance ou la personne assurée
- b) pour les maladies ou accidents provoqués par négligence grave, notamment ceux causés par l'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues
- c) pour les dommages à la santé dus à une entreprise téméraire, c.-à-d. lorsque la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave, sans prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. En sont exceptés les actes de sauvetage en faveur de personnes. Est notamment considérée comme entreprise téméraire au sens de cette disposition la participation à des courses avec des véhicules à moteur ou à un entraînement pour de telles courses.
- d) lorsque le dommage à la santé a été provoqué intentionnellement, également par suite d'une tentative de suicide ou d'automutilation
- e) lorsque, malgré une sommation écrite, les justificatifs nécessaires à la détermination du droit aux prestations d'assurance ne sont pas produits dans les quatre semaines.

7. Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident

7.1. Obligation de déclarer

Les personnes assurées doivent faire valoir leurs prétentions auprès de la caisse dans les délais fixés dans les dispositions pour les différentes catégories d'assurance. La survenance d'un accident doit être annoncée au plus tard dans les dix jours.

L'annonce doit se faire véridiquement. Lorsque des prestations sont réclamées, toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires doivent être mises à la disposition de la caisse. Seules les factures originales sont acceptées.

7.2. Obligation de réduire le dommage

La personne assurée doit entreprendre tout ce qui peut contribuer à réduire le dommage, notamment ce qui favorise la guérison, et doit éviter tout ce qui pourrait nuire à la guérison.

La personne assurée soutient l'activité de la conseillère ou du conseiller en santé dans le cadre des mesures d'accompagnement de ÖKK et lui fournit les renseignements nécessaires.

7.3. Obligation de renseigner

La personne assurée délève du secret professionnel envers la caisse les médecins traitants et les autres personnes médicales ainsi que les assureurs. La caisse peut au besoin demander des renseignements.

La personne assurée doit, sur demande, se faire examiner par un second médecin ou par le médecin-conseil de la caisse. Les frais sont à la charge de l'assureur.

La personne assurée doit renseigner la caisse sur toutes les prestations de tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité. Les décomptes de tiers doivent être présentés à la demande de la caisse.

Pour les personnes n'ayant pas l'exercice des droits civils, le preneur d'assurance doit veiller à ce que l'obligation de renseigner soit respectée.

8. Primes et paiements

8.1. Fixation des primes

8.1.1. En général

Les primes sont fixées dans un tarif de primes par catégorie d'assurance.

8.1.2. Montant des primes

Le montant des primes est fixé conformément au risque, comme par exemple selon l'âge de la personne assurée.

Les modifications des primes par suite de changement du groupe de risque ont lieu automatiquement.

Si la personne assurée ne satisfait pas à l'obligation de déclarer concernant le changement de sa situation personnelle faisant foi pour le calcul de la prime, une éventuelle différence de primes est due avec effet rétroactif.

Une prime réduite est perçue pour les assurances suspendues.

8.1.3. Rabais familial

Des rabais de prime peuvent être fixés pour les familles, notamment pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, en cas de conclusion d'une assurance pour la durée d'au moins trois années civiles entières ou lorsque l'épouse et l'époux s'assurent de façon équivalente.

Un rabais est accordé aux enfants

- en cas de conclusion d'une assurance pour la durée d'au moins trois années civiles entières:
à condition que l'un des parents soit au bénéfice auprès d'ÖKK d'une couverture au moins équivalente (y compris l'assurance de BASE) à celle de l'enfant et que parent et enfant vivent dans le même ménage.
- en cas d'exonération de prime dès le 3e enfant:
à condition que les deux frères et sœurs aînés, âgés de moins de 25 ans et vivant dans le même ménage, soient au bénéfice d'une couverture au moins équivalente auprès d'ÖKK.

8.2. Adaptation des tarifs de primes et de la participation aux coûts

Les tarifs de primes et la participation aux coûts peuvent être adaptés en fonction de l'évolution des coûts et des sinistres.

Les adaptations de primes sont communiquées au preneur d'assurance 30 jours à l'avance. Ils ont le droit de résilier la catégorie d'assurance correspondante dans les 30 jours qui suivent la communication de la caisse avec effet à la date de l'entrée en vigueur de l'adaptation des primes.

Si aucune résiliation n'est présentée, l'adaptation des primes est considérée comme acceptée.

8.3. Paiement des primes

8.3.1. Echéance

Les primes sont payables d'avance. Les primes sont dues sans interruption, donc également en cas de maladie, d'accident, de grossesse et de maternité, d'incapacité de travail ou en cas de suspension du droit aux prestations.

Lorsque l'assurance débute ou prend fin au cours d'un mois civil, la prime est due pour le mois entier.

8.3.2. Retard dans le paiement

Si le preneur d'assurance ne satisfait pas à l'obligation de payer les primes ou la participation aux coûts même après le délai complémentaire de 30 jours, il sera sommé par écrit de payer les primes ou participations aux coûts en souffrance dans les 14 jours. La sommation attire l'attention du preneur d'assurance sur les conséquences de l'inobservation de l'obligation de paiement.

Les frais de sommation et de dossier occasionnés par les arriérés de paiement vont à la charge de la personne assurée.

Si la sommation reste sans effet, l'obligation à prestations est suspendue pour les traitements et pertes de gain qui ont lieu à partir de l'expiration du délai de sommation jusqu'à paiement intégral des montants arriérés, y compris les intérêts et les frais d'administratifs.

Pour les maladies et les accidents et leurs suites survenant durant la suspension de l'obligation à prestations, il n'y a pas la moindre couverture d'assurance, même pas en cas de paiement ultérieur des montants arriérés.

L'assureur peut se départir du contrat dès l'expiration du délai de sommation. Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après expiration du délai de sommation, le contrat s'éteint.

8.4. Participation aux excédents

8.4.1. Principe

Dans la mesure où l'assuré majeur présente une évolution de risque favorable, il peut recevoir une participation à un excédent éventuel, c.-à-d. au bénéfice net de l'assureur.

8.4.2. Condition

La participation à un bénéfice éventuel est soumise à la condition que la personne assurée n'ait pas eu recours, pendant une année civile au moins, aux prestations de l'assureur ou de la caisse. Tombent sous le coup de cette disposition toutes les catégories d'assurance, y compris l'assurance obligatoire des soins ou une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal.

8.4.3. Versement

La participation éventuelle aux excédents est versée sous forme d'un versement unique au plus tôt à l'échéance d'une année qui suit l'année civile sans recours aux prestations. Elle ne peut être versée qu'aux personnes qui sont assurées au moment du versement.

8.5. Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

8.5.1. Principe

Dans la variante prévoyant un rabais en cas de non-recours aux prestations, un rabais de prime est accordé lorsque le membre n'a bénéficié d'aucune prestation.

8.5.2. Catégories avec rabais en cas de non-recours aux prestations

Une variante prévoyant un rabais en cas de non-recours aux prestations est pratiquée dans les catégories COMBI, à l'exception de celle avec une franchise à option.

8.5.3. Période de référence

Est réputée période de référence la période allant du 1er septembre ou du début de l'assurance au 31 août suivant. La date de traitement d'une facture est déterminante pour établir si le membre a bénéficié d'une prestation durant la période de référence.

8.5.4. Echelons de rabais

Les primes et les échelons de rabais suivants sont pratiqués dans les catégories d'assurance COMBI et ÖKK SALTO avec rabais en cas de non-recours aux prestations:

Echelon de rabais

COMBI/ÖKK SALTO RNRP	Prime COMBI/ÖKK SALTO RNRP
0	Prime COMBI/ÖKK SALTO ordinaire +20%
1	Prime COMBI/ÖKK SALTO ordinaire
2	Prime COMBI/ÖKK SALTO ordinaire -30% dans variante HMO: Prime COMBI/ÖKK SALTO ordinaire -20% jusqu'à -30%

La prime de COMBI et ÖKK SALTO avec rabais en cas de non-recours aux prestations est indiquée sur la police d'assurance. La fixation des trois échelons de rabais peut être adaptée à l'évolution des coûts.

8.5.5. Adaptation des échelons en cas de non-recours aux prestations

Si la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation durant trois périodes de référence consécutives dans le même échelon de rabais, l'adaptation d'un échelon sera effectuée dans l'assurance COMBI avec rabais en cas de non-recours aux prestations dès le 1er janvier de la quatrième année, à moins que la personne assurée ne se trouve déjà dans l'échelon 2 (rabais maximal).

8.5.6. Adaptation des échelons en cas de recours aux prestations

Si, au cours d'une période de référence, la personne assurée bénéficie de prestations, l'adaptation d'un échelon sera effectuée avec effet au 1er janvier de l'année suivante (au maximum jusqu'à l'échelon de rabais 0).

8.5.7. Prestations de maternité

Les coûts du traitement hospitalier pour cause de maternité et de l'aide familiale après l'accouchement n'entrent pas en ligne de compte pour le calcul, respectivement ne sont pas considérés comme recours aux prestations, et n'ont de ce fait aucune incidence sur l'adaptation des échelons.

8.5.8. Augmentation d'assurance

En cas de classification dans l'échelon de rabais 0 ou de classification dans l'échelon de rabais 1 et en présence, simultanément, d'un droit aux prestations en suspens, le passage de l'assurance COMBI avec rabais en cas de non-recours aux prestations à l'assurance COMBI ordinaire n'est possible que moyennant une déclaration de santé. Il en est de même en cas de passage à l'assurance COMBI ordinaire et de diminution simultanée de la classe de prestations.

8.6. Autres dispositions régissant le paiement

8.6.1. Compensation

L'assureur peut compenser des prestations échues avec des créances contre la personne assurée ou le preneur d'assurance.

La personne assurée ou le preneur d'assurance n'ont aucun droit de compensation à l'encontre de l'assureur.

8.6.2. Cession et mise en gage

Les créances envers l'assureur ne peuvent être ni cédées ni mises en gage sans l'agrément de ce dernier.

8.6.3. Versement des prestations

Sauf convention contraire passée entre l'assureur et les fournisseurs de prestations, la personne assurée est débitrice des honoraires à l'égard des fournisseurs de prestations.

En présence de conventions et de tarifs contraires entre l'assureur et les fournisseurs de prestations, la caisse effectue le paiement direct aux fournisseurs de prestations. Lorsque la caisse effectue un paiement direct aux fournisseurs de prestations, la personne assurée est tenue de rembourser la participation aux coûts convenue dans les 30 jours qui suivent la facturation de la caisse.

Les accords sur les honoraires, passés entre auteurs de factures et personnes assurées, ne lient pas l'assureur. Il n'y a droit aux prestations que dans le cadre du tarif reconnu par l'assureur pour le fournisseur de prestations concerné.

L'assureur exige la restitution des prestations touchées à tort.

8.6.4. Prescription

Le droit aux prestations de la personne assurée à l'égard de l'assureur se prescrit par deux ans à compter du fait d'où naît l'obligation de l'assureur.

9. Prestations de tiers

9.1. Subsidiarité

9.1.1. En général

Lorsqu'un tiers assume des obligations pour un cas de maladie ou un accident dûment annoncé sur la base de dispositions légales ou en raison d'une faute imputable, l'assureur n'est pas tenu à prestations ou tout au plus pour la part non couverte.

Pour les prétentions en matière de prestations à l'égard de tiers, il n'y a aucune obligation à prestations d'après les présentes CGA dans les limites desdites prétentions.

9.1.2. Prestations des pouvoirs publics

Pour les prétentions en matière de prestations ou de réductions vis-à-vis des cantons et des communes, il n'y a également aucune obligation à prestations d'après les présentes CGA.

9.1.3. Pluralité d'assureurs

En cas de pluralité d'assureurs tenus à prestations, on détermine le coût que chaque assureur aurait dû assumer s'il avait été seul en cause. Ceci est également valable lorsque l'obligation à prestations des autres assureurs n'existe qu'à titre subsidiaire. L'indemnité à fournir selon les présentes CGA se limite à la partie de la somme d'assurance totale qui correspond à cette couverture.

9.1.4. Renoncement aux prestations

Lorsque des assurés renoncent sans l'agrément de l'assureur en tout ou en partie à des prestations vis-à-vis d'un tiers, l'assureur est libéré de toute obligation à prestations selon les présentes CGA. La capitalisation d'un droit aux prestations est également considérée comme renoncement.

9.2. Assurances sociales

Aucune prestation ne sera prise en charge lorsque celles-ci vont à la charge d'assurances sociales (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI etc.).

Le droit aux prestations doit être annoncé à l'assurance sociale concernée.

9.3. Prestations provisoires et recours

Vis-à-vis de tiers autres que les assurances sociales, des prestations provisoires peuvent être prises en charge, pour autant que la personne assurée se soit efforcée dans des limites raisonnables et sans succès de faire passer ses prétentions et qu'elle cède à l'assureur ses droits contre les tiers jusqu'à concurrence des prestations allouées.

9.4. Surassurance

Les prestations servies d'après les présentes CGA, compte tenu des prestations de tiers, ne doivent pas constituer une source de gain pour les assurés. En cas de surassurance, les prestations sont réduites en conséquence.

10. Protection des données

10.1. Bases légales

Le traitement des données concernant des personnes assurées est régi par les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 et de la loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992.

10.2. But du traitement

L'assureur ne traite que les données (p. ex. données personnelles, informations concernant l'état de santé, examen des indications fournies sur la proposition, encaissements, liquidation des sinistres) qui sont nécessaires pour le suivi du contrat d'assurance selon la LCA. L'assureur traite les renseignements obtenus avec la plus grande confidentialité.

10.3. Transmission des données à des tiers pour traitement

L'assureur peut confier le traitement des données en tout ou en partie à un tiers (p. ex. centre informatique) en veillant à ce que ne soient effectués des traitements autres que ceux qu'il est lui-même en droit d'effectuer. Dans les autres cas, l'assureur ne renseigne qu'avec le consentement de la personne assurée.

10.4. Conservation des données

L'assureur conserve soigneusement les données et les protège contre tout traitement non autorisé par des mesures organisationnelles et techniques appropriées.

11. Communications

Les modifications intervenant dans la situation personnelle des personnes assurées qui sont essentielles pour l'assurance, comme par exemple le changement du lieu de domicile, doivent être communiquées à la caisse par écrit et dans les 30 jours.

Lorsque le domicile se trouve à l'étranger, il y a lieu d'indiquer une adresse de contact en Suisse.

Toutes les communications du preneur d'assurance ou de la personne assurée doivent être adressées à l'agence compétente de la caisse.

Les communications incombant à la caisse ou à l'assureur sont faites valablement à la personne assurée ou au preneur d'assurance respectivement par écrit ou par le canal du journal des assurés à la dernière adresse indiquée ou à l'adresse de contact en Suisse.

12. For

En cas de contestations découlant d'assurances selon les présentes CGA et d'éventuelles dispositions particulières, la personne plaignante peut saisir au choix soit le tribunal de son domicile suisse soit celui du siège de l'assureur (ÖKK Versicherungen AG, Landquart) ou de la caisse.

SUPPLEMENT GENERAL et SUPPLEMENT PRIVE

ÖKK Versicherungen AG, Edition 1.1.2011

Table des matières

1. Bases de l'assurance

- 1.1. But
- 1.2. Personnes assurées
- 1.3. Conditions de l'octroi des prestations
- 1.4. Prestations à l'étranger

2. Traitement médical

- 2.1. Traitements hors du lieu de résidence et de travail
- 2.2. Traitements par des médecins sans soumission à la LAMal
- 2.3. Consultation privée chez des médecins d'hôpital sans soumission à la LAMal
- 2.4. Traitements médicaux à l'étranger
 - 2.4.1. Traitement ordinaire
 - 2.4.2. Traitement d'urgence
- 2.5. Durée des prestations

3. Prévention

- 3.1. Vaccinations
- 3.2. Check-up
- 3.3. Examens gynécologiques préventifs
- 3.4. Maternité
 - 3.4.1. Préparation à l'accouchement
 - 3.4.2. Indemnité d'allaitement
- 3.5. Cours en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé
- 3.6. Autres mesures préventives

4. Moyens auxiliaires

- 4.1. Aides visuelles
- 4.2. Autres moyens auxiliaires

5. Traitement dentaire

- 5.1. Dents de sagesse
- 5.2. Prestations pour enfants et adolescents
- 5.3. Prestations des collectivités publiques
- 5.4. Fournisseurs de prestations et tarif
- 5.5. Traitement à l'étranger

6. Médecine alternative

- 6.1. Traitement médical
- 6.2. Méthodes de la médecine empirique

- 6.3. Thérapeutes et méthodes curatives de la médecine alternative
- 6.4. Prestations supplémentaires servies par le SUPPLEMENT PRIVE
- 6.5. Remèdes naturels
- 6.6. Montant maximal des prestations
- 6.7. Condition régissant les prestations

7. Médicaments hors liste

8. Stations thermales

9. Traitement psychothérapeutique

- 9.1. Etendue des prestations
- 9.2. Conditions de l'octroi des prestations
- 9.3. Relation avec l'assurance obligatoire des soins

10. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, frais de déplacement

- 10.1. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence
 - 10.1.1. Etendue des prestations
 - 10.1.2. Participation
 - 10.1.3. Actions de recherche
 - 10.1.4. Prestations de tiers
- 10.2. Frais de déplacement

11. Variante CASAMED

- 11.1. Généralités
- 11.2. Condition générale régissant les prestations
- 11.3. Médecins non soumis à la LAMal
- 11.4. Exceptions du principe de médecin de famille
- 11.5. Autres personnes qualifiées
- 11.6. Mesures préventives, médecine alternative, médicaments hors liste
- 11.7. Autres fournisseurs de prestations
- 11.8. Cas d'urgence
- 11.9. Prestations exclues
- 11.10. Règlement des prestations
 - 11.10.1. Décompte forfaitaire
 - 11.10.2. Prestations ordonnées

12. Participation aux frais

1. Bases de l'assurance

1.1. But

Le SUPPLEMENT GENERAL et le SUPPLEMENT PRIVE allouent des prestations pour des traitements médicaux hors du lieu de résidence ou de travail, des mesures préventives, des moyens auxiliaires, des traitements dentaires, des méthodes curatives et thérapeutiques de la médecine alternative, des cures, des frais de transport, des actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, des médicaments hors liste et versent une indemnité d'allaitement.

Le SUPPLEMENT PRIVE assure en plus les frais non couverts selon la LAMal en cas de traitement par des médecins qui ne se sont pas soumis à la LAMal. Il alloue en outre des contributions pour les prestations de la médecine alternative à l'étranger et les frais de déplacement.

Les prestations sont allouées en règle générale après celles de toutes les autres catégories d'assurance des CGA.

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins (assurance de BASE) priment celles servies par la présente catégorie d'assurance.

1.2. Personnes assurées

Le SUPPLEMENT GENERAL peut être conclu par les personnes sans limite d'âge et le SUPPLEMENT PRIVE jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

1.3. Conditions de l'octroi des prestations

Les prestations ne sont versées que si le traitement s'impose pour des raisons médicales et s'il est effectué par des personnes reconnues pour cela par l'assureur. Quant à la reconnaissance de personnes correspondantes, il y aura lieu de se renseigner auprès de la caisse.

1.4. Prestations à l'étranger

A défaut d'une réglementation particulière contraire, les prestations du SUPPLEMENT PRIVE sont également servies à l'étranger.

2. Traitement médical

2.1. Traitements hors du lieu de résidence et de travail

Pour les traitements appliqués par des médecins de caisse admis selon la LAMal et s'effectuant hors du lieu de résidence ou de travail de la personne assurée, le tarif selon la LAMal applicable au lieu de traitement est couvert intégralement, ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance de BASE.

2.2. Traitements par des médecins sans soumission à la LAMal

Le SUPPLEMENT PRIVE alloue des prestations selon le tarif LAMal pour les traitements effectués par des médecins qui ne se sont pas soumis à la LAMal.

50 heures au maximum sont remboursées au titre de traitements psychothérapeutiques.

2.3. Consultation privée chez des médecins d'hôpital sans soumission à la LAMal

Le SUPPLEMENT PRIVE alloue des prestations selon le tarif reconnu pour les consultations privées chez des médecins-chefs d'un hôpital universitaire, qui ne se sont pas soumis à la LAMal.

50 heures au maximum selon le tarif LAMal sont remboursées par le SUPPLEMENT PRIVE au titre de traitements psychothérapeutiques.

2.4. Traitements médicaux à l'étranger

2.4.1. Traitement ordinaire

En cas de traitement médical à l'étranger, les frais sont pris en charge par le SUPPLEMENT PRIVE jusqu'à concurrence du double montant du tarif LAMal applicable au lieu de résidence de la personne assurée. Les assurés Global bénéficient d'une couverture intégrale des coûts au tarif pratiqué localement.

50 heures au maximum sont remboursées au titre de traitements psychothérapeutiques.

2.4.2. Traitement d'urgence

En cas de traitement médical d'urgence à l'étranger, la totalité des frais est couverte par le SUPPLEMENT PRIVE, ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance de BASE.

2.5. Durée des prestations

Dans la mesure où les dispositions du SUPPLEMENT GENERAL et du SUPPLEMENT PRIVE ne prévoient pas de réglementation contraire, les prestations sont versées sans limite de durée.

3. Prévention

3.1. Vaccinations

Pour les frais de vaccinations qui servent de protection contre les maladies infectieuses, 90% des frais effectifs jusqu'à concurrence de CHF 200.- par année civile sont remboursés. Toutefois, aucune prestation n'est allouée pour les vaccinations qui sont effectuées pour des raisons professionnelles, dont l'efficacité est contestée sur le plan médical ou qui ne se trouvent qu'au stade de la recherche.

3.2. Check-up

Pour les frais justifiés d'un examen de santé (check-up), une contribution est versée par période de deux années civiles consécutives sans recours aux prestations de l'assurance de BASE:
SUPPLEMENT GENERAL: 90% des frais, au maximum CHF 300.-
SUPPLEMENT PRIVE: 90% des frais, au maximum CHF 600.-

3.3. Examens gynécologiques préventifs

Par année civile, les frais d'un examen gynécologique préventif sont assurés au tarif LAMal, dans la mesure où aucune prestation de l'assurance de BASE n'est allouée au cours de cette année civile.

3.4. Maternité

3.4.1. Préparation à l'accouchement

Les frais justifiés d'un cours de préparation à l'accouchement (y compris la gymnastique postnatale), dispensé par une personne qualifiée, sont pris en charge jusqu'à concurrence de CHF 200.- par grossesse.

3.4.2. Indemnité d'allaitement

Il existe le droit à une indemnité d'allaitement de CHF 250.-. L'indemnité d'allaitement est versée lorsque la mère assurée allaite son enfant pendant dix semaines, que l'enfant soit ou non entièrement nourri par allaitement. La preuve doit être fournie sur la formule d'indemnité d'allaitement de la caisse.

3.5. Cours en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé

Pour les frais justifiés d'un cours ordonné par un médecin et dispensé par des personnes qualifiées en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé (p. ex. désintoxication tabagique, gymnastique du dos, conseils diététiques), la contribution suivante est versée par période de deux années civiles:

SUPPLEMENT GENERAL: 90% des coûts, au maximum CHF 300.-
SUPPLEMENT PRIVE: 90% des coûts, au maximum CHF 500.-

L'assureur désigne les cours reconnus en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé. La liste des cours reconnus est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

3.6. Autres mesures préventives

Des contributions peuvent être versées pour d'autres mesures préventives reconnues.

4. Moyens auxiliaires

4.1. Aides visuelles

Pour les coûts des verres de lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue, la contribution suivante est versée, par période de 5 années civiles, aux assurés âgés de plus de 18 ans:

SUPPLEMENT GENERAL: CHF 270.-
SUPPLEMENT PRIVE: CHF 420.-

La contribution suivante est versée, une fois par année, aux enfants âgés de moins de 18 ans:

SUPPLEMENT GENERAL: CHF 270.-
SUPPLEMENT PRIVE: CHF 420.-

4.2. Autres moyens auxiliaires

Pour les frais de location ou d'achat de moyens auxiliaires reconnus pour lesquels aucune prestation n'est allouée dans le cadre de l'assurance de BASE, 50% des frais peuvent être remboursés, en présence d'une indication médicale, jusqu'à concurrence du montant de CHF 250.- au total par année civile. L'assureur désigne les moyens auxiliaires reconnus. La liste des moyens auxiliaires reconnus est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

Ne sont pas assurés les coûts occasionnés par l'utilisation, l'entretien et la réparation de ces moyens auxiliaires.

5. Traitement dentaire

5.1. Dents de sagesse

L'assurance couvre les frais d'extraction de dents de sagesse. Lorsque le traitement a lieu en milieu hospitalier, les frais sont pris en charge jusqu'à concurrence du forfait journalier conventionnel de la division commune dans le canton de domicile.

5.2. Prestations pour enfants et adolescents

Le droit aux prestations ci-après existe pour les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 25 ans:

- frais d'un examen de contrôle, y compris les radiographies, jusqu'à concurrence d'un montant de CHF 60.- par année civile, dans la mesure où aucun traitement dentaire (conservateur ou prothétique) ne doit être effectué en même temps

- frais pour les traitements d'orthopédie dento-faciale selon tarif reconnu:

SUPPLEMENT GENERAL:

70% des coûts, au maximum CHF 5'000.-

SUPPLEMENT PRIVE:

70% des coûts, au maximum CHF 12'000.-

Ces prestations sont versées pour des traitements après une durée d'assurance d'au moins trois ans. L'octroi de la prestation est subordonné à la présentation d'un diagnostic de l'anomalie de positionnement existante, des moyens de traitement prévus et d'un devis des frais.

Lorsqu'une assurance préalable équivalente existe au moment de la conclusion du contrat, ÖKK renonce à un stage, pour autant qu'un parent au moins soit également assuré auprès d'ÖKK. Les prestations touchées auprès d'anciens assureurs sont imputées sur les prestations mentionnées ci-dessus.

5.3. Prestations des collectivités publiques

Les prestations sont allouées à titre complémentaire aux prestations éventuelles des cantons et communes selon leur législation sur les soins dentaires publics. Les contributions des cantons et communes sont imputées sur les prestations de cette catégorie d'assurance.

5.4. Fournisseurs de prestations et tarif

Le remboursement a lieu selon le tarif valable pour les prestations dentaires de l'assurance obligatoire des soins. Si le médecin-dentiste applique un tarif plus élevé à celui de l'assurance obligatoire des soins, la différence va à la charge de la personne assurée.

Sont réputés médecins-dentistes les titulaires du diplôme fédéral correspondant ou d'un diplôme équivalent ou les dentistes au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exercer la profession sur la base d'un certificat scientifique.

5.5. Traitement à l'étranger

Les prestations sont également servies lorsque le traitement est effectué dans un pays limitrophe de la Suisse. Sont considérés comme pays limitrophes les pays qui ont une frontière commune avec la Suisse.

6. Médecine alternative

6.1. Traitement médical

Dans le cadre du SUPPLEMENT GENERAL et du SUPPLEMENT PRIVE, ÖKK prend en charge le 90% des coûts du traitement médical selon les méthodes suivantes de la médecine alternative:

- médecine anthroposophique
- médecine chinoise
- homéopathie
- thérapie neurale
- phytothérapie.

La prise en charge est soumise à la condition que les médecins aient suivi un perfectionnement reconnu dans la méthode correspondante.

6.2. Méthodes de la médecine empirique

En présence d'une indication médicale, les frais des méthodes de la médecine empirique pratiquées par un médecin sont pris en

charge. Les méthodes reconnues et les limites des prestations sont fixées dans une liste établie par l'assureur.

6.3. Thérapeutes et méthodes curatives de la médecine alternative

ÖKK alloue des contributions dans le domaine de la médecine alternative lorsque tant la méthode thérapeutique que le thérapeute ou le naturopathe sont reconnus par ÖKK. Les contributions suivantes sont versées:

SUPPLEMENT GENERAL: jusqu'à concurrence de CHF 70.- par heure de thérapie (60 minutes)

SUPPLEMENT PRIVE: jusqu'à concurrence de CHF 100.- par heure de thérapie (60 minutes)

L'assureur désigne les formes thérapeutiques reconnues et les thérapeutes reconnus. Les listes des formes thérapeutiques et thérapeutes reconnus sont adaptées ou complétées au fur et à mesure. La liste des formes thérapeutiques et thérapeutes reconnus peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

Aucune prestation n'est servie pour les formes thérapeutiques ainsi que les traitements effectués par des thérapeutes qui figurent dans la Liste négative (LN) de l'assureur.

La caisse fixe en fonction de la nécessité médicale le nombre d'heures pour lesquelles des contributions sont versées.

6.4. Prestations supplémentaires servies par le SUPPLEMENT PRIVE

Pour les frais justifiés d'autres traitements effectués par des personnes qualifiées, le SUPPLEMENT PRIVE sert une contribution jusqu'à concurrence de CHF 50.- par heure de thérapie (60 minutes) et jusqu'à concurrence de CHF 1'000.- par année civile.

Les traitements de la médecine alternative, appliqués dans un pays limitrophe à la Suisse, sont couverts aux conditions ci-dessus jusqu'à concurrence du tarif usuel au lieu de traitement.

6.5. Remèdes naturels

ÖKK prend en charge le 90% des frais de remèdes phytothérapeutiques, homéopathiques et anthroposophiques ainsi que des oligo-éléments, pour autant que ceux-ci ne soient pas couverts par l'assurance de BASE et qu'ils ne figurent pas dans la liste négative (LN) de l'assureur.

6.6. Montant maximal des prestations

Les prestations dans le domaine de la médecine alternative sont limitées par

- le montant de la contribution par séance thérapeutique d'une heure,
- le nombre de séances thérapeutiques d'une heure,
- la liste des méthodes thérapeutiques alternatives reconnues par ÖKK,
- la liste des thérapeutes et naturopathes reconnus par ÖKK,
- la participation aux frais du traitement médical et des remèdes naturels,
- la limitation dans le temps (par année civile).

Aucune quote-part supplémentaire n'est perçue pour les formes thérapeutiques avec des montants limités.

Le total des prestations servies dans le domaine de la médecine alternative s'élève au maximum à:

SUPPLEMENT GENERAL: CHF 3'000.- par année civile

SUPPLEMENT PRIVE: CHF 6'000.- par année civile

6.7. Condition régissant les prestations

Les prestations sont allouées après demande préalable à la caisse. L'examen de l'indication médicale et de la qualification des médecins et thérapeutes par le médecin-conseil demeure réservé. Les prestations peuvent être soumises à la condition qu'aucun traitement parallèle n'ait lieu en même temps.

7. Médicaments hors liste

Les frais de médicaments qui ne figurent ni dans la Liste des médicaments avec tarif (LMT), ni dans la Liste des spécialités (LS) selon la LAMal ou encore dans la Liste négative (LN) de l'assureur, sont pris en charge comme suit par année civile:

SUPPLEMENT GENERAL: 50%, jusqu'à concurrence de CHF 2'500.-

SUPPLEMENT PRIVE: 90%, jusqu'à concurrence de CHF 5'000.-

8. Stations thermales

Pour les fréquentations de stations thermales ordonnées par un médecin, une contribution s'élevant à 50% des frais de 12 entrées au maximum est allouée par année civile.

9. Traitement psychothérapeutique

9.1. Etendue des prestations

En cas de traitement de maladies psychiques par des psychothérapeutes qualifiés, mais non-médecins qui sont au bénéfice d'une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant, l'assurance alloue des prestations jusqu'à 100 heures de traitement. Pour les 50 premières heures, elle verse une part maximale de CHF 60.-, pour les heures subséquentes une part maximale de CHF 50.-.

9.2. Conditions de l'octroi des prestations

Les prestations sont allouées après acceptation de la demande de garantie de paiement par le médecin-conseil de la caisse. A l'échéance du nombre d'heures de traitement autorisées par la caisse mais au plus tard à l'échéance des 50 premières heures de traitement, le thérapeute doit adresser au médecin-conseil un nouveau rapport relatif à la poursuite et au planning de la thérapie.

Aucune prestation n'est accordée pour les psychothérapies pratiquées en vue de la réalisation de soi-même, du développement de la personnalité ou à des fins d'études. En outre, aucune prestation n'est servie pour un traitement parallèle chez un autre psychologue ou psychiatre.

9.3. Relation avec l'assurance obligatoire des soins

Ces prestations psychothérapeutiques ne sont allouées dans le cadre de cette catégorie d'assurance que jusqu'au moment où elles sont couvertes par l'assurance de BASE au titre des prestations obligatoires.

10. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, frais de déplacement

10.1. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

10.1.1. Etendue des prestations

Pour les frais

- de transports d'urgence médicalement nécessaires dans un moyen de transport adéquat dans l'hôpital approprié le plus proche,
- du transport de retour dans un hôpital approprié sis dans le canton de domicile de la personne assurée en vue du traitement hospitalier,
- d'actions de sauvetage et de dégagement,

une contribution est versée jusqu'à concurrence de CHF 15'000.- au total par année civile.

Les transports dans des avions ne sont pris en charge que dans la mesure où ils sont de toute nécessité sur le plan médical ou technique.

10.1.2. Participation

La personne assurée doit assumer un montant de CHF 100.- par cas à titre de participation.

10.1.3. Actions de recherche

En sus des frais de sauvetage ou de dégagement d'une personne assurée, les frais pour des actions de recherche sont pris en charge jusqu'à concurrence de CHF 20'000.- par année civile.

10.1.4. Prestations de tiers

Lorsque la qualité de membre (donateur) existe auprès d'une garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire, les frais ne sont pris en charge que dans la mesure où aucune prestation n'a été servie par ces organisations. Demeurent réservés les accords contractuels contraires.

10.2. Frais de déplacement

Le SUPPLEMENT GENERAL et le SUPPLEMENT PRIVE couvrent le 90% des frais qui, durant un traitement médical régulier hors du lieu de résidence, sont occasionnés par l'utilisation des transports publics entre le lieu de résidence et le lieu de traitement. L'octroi des prestations est soumis à la condition que le traitement ne puisse pas être appliqué au lieu de résidence ou dans les environs proches. Au maximum CHF 100.- sont pris en charge par année civile.

Le SUPPLEMENT PRIVE couvre le 90% des frais de taxi occasionnés par les transports nécessaires en cours d'un traitement ambulatoire et effectués entre le lieu de résidence et le lieu de traitement. L'octroi des prestations est soumis à la condition que des raisons médicales empêchent la personne assurée d'utiliser les transports publics ou son véhicule privé. Au maximum CHF 400.- sont pris en charge par année civile.

11. Variante CASAMED

11.1. Généralités

Pour les personnes assurées auprès d'ÖKK dans la variante CASAMED de l'assurance de BASE, les dispositions complémentaires suivantes sont applicables.

11.2. Condition générale régissant les prestations

Les prestations du SUPPLEMENT GENERAL et du SUPPLEMENT PRIVE sont allouées lorsqu'elles ont été fournies selon le principe du médecin de famille. Les prestations doivent être fournies, prescrites ou ordonnées par le médecin de famille CASAMED auprès duquel la personne assurée est inscrite.

Les institutions de télémédecine peuvent être reconnues par ÖKK comme médecins de famille CASAMED.

11.3. Médecins non soumis à la LAMa

Pour les traitements chez des médecins (y compris les médecins d'hôpital) qui ne se sont soumis à la LAMa, ainsi qu'en cas de traitement médical ordinaire à l'étranger, aucune prestation n'est servie par la variante CASAMED du SUPPLEMENT PRIVE.

11.4. Exceptions du principe de médecin de famille

Pour les traitements de routine chez des ophtalmologues, des gynécologues et des pédiatres, les prestations du SUPPLEMENT GENERAL et du SUPPLEMENT PRIVE sont allouées sans consultation préalable du médecin de famille CASAMED. Si ces spécialistes effectuent d'autres traitements, le médecin de famille CASAMED doit être consulté.

Pour les traitements de la médecine alternative, les mesures préventives dans le cadre des cours visant à acquérir un comportement favorisant la santé, la préparation à l'accouchement, les transports, les actions de recherche, de sauvetage et de dégagement ainsi que l'examen de contrôle dentaire, les prestations du SUPPLEMENT GENERAL et du SUPPLEMENT PRIVE sont allouées sans consultation du médecin de famille CASAMED.

11.5. Autres personnes qualifiées

En lieu et place du médecin de famille CASAMED, la caisse peut désigner d'autres personnes qualifiées qui peuvent fournir, prescrire ou ordonner des prestations couvertes par le SUPPLEMENT GENERAL et le SUPPLEMENT PRIVE.

11.6. Mesures préventives, médecine alternative, médicaments hors liste

L'assureur peut autoriser les médecins de famille CASAMED ou les personnes qualifiées désignées à fournir, à prescrire ou à ordonner d'autres mesures préventives, d'autres prestations de la médecine alternative ou d'autres médicaments hors liste que ceux et celles énumérés dans le SUPPLEMENT GENERAL et le SUPPLEMENT PRIVE.

11.7. Autres fournisseurs de prestations

En vue d'une fourniture avantageuse, l'assureur peut désigner d'autres fournisseurs de prestations, notamment des pharmacies, thérapeutes, magasins spécialisés en articles sanitaires ou fournisseurs de prestations similaires, auxquels l'assistance médicale ou la fourniture des assurés CASAMED sont confiées à titre exclusif.

11.8. Cas d'urgence

Les cas d'urgence sont couverts dans le cadre du SUPPLEMENT GENERAL et du SUPPLEMENT PRIVE, et ceci indépendamment du fournisseur de prestations choisi. Le contrôle de l'indication médicale par le médecin-conseil demeure réservé.

11.9. Prestations exclues

Lorsque la personne assurée se fait soigner, hormis les cas d'urgence, par un fournisseur de prestations autre que ceux auxquels s'étend son libre choix, tous les frais vont à sa charge.

11.10. Règlement des prestations

11.10.1. Décompte forfaitaire

L'assureur ou la caisse peut convenir avec les médecins de famille CASAMED que les prestations du SUPPLEMENT GENERAL et du SUPPLEMENT PRIVE sont indemnisées sous forme d'un forfait.

11.10.2. Prestations ordonnées

S'agissant des prestations ordonnées, la caisse peut demander à la personne assurée ou au médecin de famille CASAMED avant le versement des prestations qu'elle ou il apporte la preuve que la prestation a été fournie selon le principe du médecin de famille.

Lorsqu'un fournisseur de prestations, chez lequel le membre a été envoyé par le médecin de famille CASAMED, entend procéder à une nouvelle délégation du traitement, il y aura lieu de solliciter l'accord du médecin de famille CASAMED compétent.

ÖKK ou les partenaires de coopération CASAMED peuvent mettre des outils électroniques à la disposition des fournisseurs de prestations. Ceux-ci servent à une communication rapide et sûre entre les fournisseurs de prestations ainsi qu'à une coordination et vérification optimale des prestations.

ÖKK veille à ce que les dispositions relatives au droit en matière de protection des données soient respectées.

12. Participation aux frais

Une participation de 10% est perçue sur les prestations de cette catégorie d'assurance, pour autant qu'elles ne soient pas limitées ou que les dispositions particulières ne stipulent pas le contraire.

En cas de traitement médical volontaire à l'étranger (SUPPLEMENT PRIVE), une franchise annuelle à hauteur de la franchise ordinaire selon la LAMal est perçue pour les personnes assurées de plus de 18 ans.

En cas de traitement de la médecine alternative effectué par un médecin, une franchise annuelle à hauteur de la franchise ordinaire selon la LAMal peut être perçue pour les personnes assurées de plus de 18 ans.

ÖKK OPTIMA

ÖKK Versicherungen AG, Edition 1.1.2010

Sommaire

1. Bases de l'assurance

- 1.1. Organisme assureur
- 1.2. Dispositions communes
- 1.3. But
- 1.4. Condition régissant les prestations
- 1.5. Validité territoriale
- 1.6. Conclusion de l'assurance

2. Traitement ambulatoire

- 2.1. Traitement médical
- 2.2. Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger
- 2.3. Psychothérapie non médicale
 - 2.3.1. Etendue des prestations
 - 2.3.2. Condition régissant les prestations
- 2.4. Station thermale
- 2.5. Stérilisation

3. Maternité

- 3.1. Préparation à l'accouchement
- 3.2. Indemnité d'allaitement

4. Prévention

- 4.1. Examen gynécologique préventif
- 4.2. Check-up
- 4.3. Vaccination
- 4.4. Compte santé

5. Moyens auxiliaires

- 5.1. Aides visuelles
- 5.2. Autres moyens auxiliaires

6. Traitement dentaire

- 6.1. Examen de contrôle et prophylaxie
- 6.2. Dents de sagesse
- 6.3. Traitement d'orthodontie
- 6.4. Traitement à l'étranger
- 6.5. Tarif

7. Médecine alternative

- 7.1. Traitement de la médecine alternative
- 7.2. Traitement à l'étranger

8. Médicaments et remèdes

- 8.1. Médicaments hors liste
- 8.2. Remèdes naturels

9. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

- 9.1. Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence
 - 9.1.1. Etendue des prestations
 - 9.1.2. Participation
 - 9.1.3. Prestations de tiers
- 9.2. Actions de recherche
- 9.3. Frais de déplacement

10. Variante CASAMED

- 10.1. Conditions supplémentaires
- 10.2. Principe du médecin de famille
- 10.3. Exceptions du principe du médecin de famille
- 10.4. Hôpitaux
- 10.5. Autres personnes qualifiées
- 10.6. Autres fournisseurs de prestations
- 10.7. Cas d'urgence
- 10.8. Prestations exclues, exclusion de la variante de médecin de famille
 - 10.8.1. Prestations exclues
 - 10.8.2. Exclusion de la variante de médecin de famille
- 10.9. Règlement des prestations
 - 10.9.1. Décompte forfaitaire
 - 10.9.2. Prestation ordonnée

Lorsque les présentes CGA n'utilisent pas expressément la forme féminine, la forme masculine est également valable pour les femmes.

1. Bases de l'assurance

1.1. Organisme assureur

L'organisme assureur sont les ÖKK Versicherungen AG, Landquart, (désignées ci-après par assureur).

1.2. Dispositions communes

Les dispositions communes (DC) de l'assureur font partie intégrante des présentes Conditions générales d'assurance (CGA). En cas de divergences, les CGA priment les DC.

1.3. But

L'assurance alloue des prestations pour des traitements ambulatoires en cas de maladie, d'accident et de maternité ainsi que pour les cas d'urgence à l'étranger.

L'assurance alloue des prestations pour des traitements médicaux et dentaires, des mesures préventives, des moyens auxiliaires, des méthodes curatives et thérapeutiques de la médecine alternative, des frais de transport, des actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, des médicaments hors liste, des remèdes naturels et verse une indemnité d'allaitement.

L'assurance alloue les prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Tout au plus la part non couverte par une assurance sociale sera prise en charge sur la totalité des frais.

1.4. Condition régissant les prestations

L'assurance sert des prestations si le traitement s'impose pour des raisons médicales et s'il est effectué par des personnes reconnues pour cela par l'assureur.

1.5. Validité territoriale

Faute de disposition contraire, l'assurance alloue les prestations en Suisse.

1.6. Conclusion de l'assurance

L'assurance peut être conclue jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

2. Traitement ambulatoire

2.1. Traitement médical

L'assurance prend en charge le 90% des traitements médicaux effectués par des médecins admis par la LAMal. Le tarif de la LAMal valable au lieu de traitement est applicable.

2.2. Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger

L'assurance alloue des prestations pour les traitements médicaux en cas d'urgence à l'étranger survenu lors d'un séjour temporaire à l'étranger.

2.3. Psychothérapie non médicale

2.3.1. Etendue des prestations

Pour le traitement psychothérapeutique par un psychothérapeute non-médecin, l'assurance prend en charge le 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000 par année civile, dans la mesure où le psychothérapeute est au bénéfice d'une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant.

2.3.2. Condition régissant les prestations

L'assurance alloue les prestations après acceptation de la demande de garantie de prise en charge par le médecin-conseil.

L'assurance n'accorde aucune prestation pour les psychothérapies pratiquées en vue de la réalisation de soi-même, du développement de la personnalité ou à des fins d'études.

L'assurance n'accorde aucune prestation pour les traitements parallèles chez d'autres psychologues ou psychiatres.

2.4. Station thermale

Pour les bains thermaux ordonnés par un médecin, l'assurance prend en charge le 50% des frais jusqu'à 12 entrées au maximum par année civile.

2.5. Stérilisation

Pour la stérilisation et la vasectomie d'adultes, l'assurance prend en charge le 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000.

3. Maternité

3.1. Préparation à l'accouchement

L'assurance alloue jusqu'à CHF 100 par grossesse pour les cours de préparation à l'accouchement (y compris la gymnastique pré- et postnatale) dispensés par une personne qualifiée.

3.2. Indemnité d'allaitement

L'assurance alloue une indemnité d'allaitement de CHF 150 si la mère allaite son enfant pendant dix semaines.

4. Prévention

4.1. Examen gynécologique préventif

L'assurance prend en charge le 90% des coûts d'un examen gynécologique préventif selon la LAMal par année civile au tarif LAMal, dans la mesure où aucune prestation de l'assurance des soins selon la LAMal n'est servie pour un examen préventif correspondant durant l'année civile en cours.

4.2. Check-up

L'assurance prend en charge le 90% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 300, d'un check-up effectué par un médecin.

4.3. Vaccination

L'assurance prend en charge le 90% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 200, de vaccinations médicalement reconnues.

4.4. Compte santé

Pour les mesures de prévention sélectionnées dans les domaines de l'alimentation, du mouvement et autre prévention, l'assurance prend en charge le 50% des coûts par domaine jusqu'à concurrence de CHF 200 par année civile.

Si l'assuré recourt à des mesures de prévention de différents domaines, l'assurance alloue jusqu'à CHF 400 par année civile.

La contribution servie pour les différentes mesures de prévention reconnues peut être limitée.

Les mesures de prévention et les cours doivent être reconnus par l'assureur.

5. Moyens auxiliaires

5.1. Aides visuelles

Pour les verres de lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue, l'assurance alloue jusqu'à CHF 150 par année civile.

5.2. Autres moyens auxiliaires

L'assurance prend en charge le 50% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 250 par année civile, de moyens auxiliaires ordonnés par un médecin et pour lesquels aucune prestation n'est allouée par l'assurance des soins selon la LAMal.

Les moyens auxiliaires doivent être reconnus par l'assureur.

Ne sont pas assurés les coûts occasionnés par l'utilisation, l'entretien et la réparation de moyens auxiliaires.

6. Traitement dentaire

6.1. Examen de contrôle et prophylaxie

L'assurance verse jusqu'à CHF 60 par année civile pour un examen de contrôle dentaire, y compris les radiographies, ou pour la prophylaxie dentaires d'enfants et d'adolescents de moins de 25 ans.

6.2. Dents de sagesse

L'assurance prend en charge le 90% des frais d'extraction de dents de sagesse.

En cas de traitement hospitalier, l'assurance prend en charge les coûts jusqu'à concurrence des tarifs conventionnels de la division commune dans le canton de domicile.

6.3. Traitement d'orthodontie

L'assurance prend en charge le 70% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 5'000, de traitements orthodontiques d'enfants et d'adolescents de moins de 25 ans selon le tarif reconnu.

L'assurance alloue les prestations si l'assurance est en vigueur depuis trois ans au moins (délai d'attente). Le délai d'attente est supprimé lorsqu'une assurance préalable équivalente existe au moment de la conclusion du contrat.

6.4. Traitement à l'étranger

L'assurance sert des prestations lorsque le traitement est effectué dans un pays limitrophe de la Suisse.

6.5. Tarif

L'assurance alloue les prestations sur la base du tarif valable pour les soins dentaires selon la LAMal.

L'assurance impute les prestations des cantons et des communes. Elle verse les prestations à titre subsidiaire.

7. Médecine alternative

7.1. Traitement de la médecine alternative

L'assurance prend en charge le 70% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 3'000 par année civile, de traitements de la médecine alternative lorsque la méthode thérapeutique (p. ex. Ayurveda, médecine traditionnelle chinoise, naturopathie) et le thérapeute ou le médecin sont reconnus par l'assureur.

L'assureur désigne les formes thérapeutiques reconnues ainsi que les thérapeutes et médecins reconnus. Il tient une liste des formes thérapeutiques reconnues.

Pour d'autres traitements de la médecine alternative appliqués par des personnes qualifiées, l'assurance prend en charge le 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 500 par année civile.

L'examen de l'indication médicale et de la qualification des thérapeutes et médecins par le médecin-conseil demeure réservé.

Aucune prestation n'est servie pour plusieurs traitements parallèles de la médecine alternative sans bénéfice supplémentaire.

7.2. Traitement à l'étranger

L'assurance sert des prestations lorsque le traitement est effectué dans un pays limitrophe de la Suisse.

8. Médicaments et remèdes

8.1. Médicaments hors liste

L'assurance prend en charge le 70% des frais de médicaments ordonnés par un médecin et qui ne figurent pas sur la liste des médicaments avec tarif (LMT), la liste des spécialités (LS) selon la LAMal ou la liste négative de l'assureur.

8.2. Remèdes naturels

L'assurance prend en charge le 70% des frais de remèdes phytothérapeutiques, homéopathiques et anthroposophiques ainsi que des oligo-éléments, pour autant que ceux-ci ne figurent pas sur la liste négative de l'assureur.

9. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

9.1. Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

9.1.1. Etendue des prestations

Pour les frais

- de transports d'urgence médicalement nécessaires vers l'hôpital approprié le plus proche,
- du transport de retour dans un hôpital approprié sis dans le canton de domicile en vue du traitement hospitalier,
- d'actions de sauvetage et de dégagement,

l'assurance verse au total jusqu'à concurrence de CHF 50'000 par année civile.

L'assurance alloue des prestations pour les transports dans des aéronefs dans la mesure où ceux-ci sont médicalement nécessaires.

9.1.2. Participation

La participation est de CHF 100 par cas.

9.1.3. Prestations de tiers

Il n'y a aucune couverture d'assurance pour les frais de transport qui sont couverts grâce à la qualité de membre (donateur) auprès d'une garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire.

9.2. Actions de recherche

En sus de la prestation en cas de sauvetage ou de dégagement, l'assurance alloue jusqu'à CHF 20'000 par année civile pour des actions de recherche.

9.3. Frais de déplacement

L'assurance prend en charge le 90% des frais, jusqu'à CHF 100 par année civile, qui sont occasionnés par l'utilisation de transports publics entre le lieu de résidence et le lieu de traitement, si le traitement ne peut pas être appliqué au lieu de résidence ou dans un rayon de 30 kilomètres.

10. Variante CASAMED

10.1. Conditions supplémentaires

Pour les assurés qui, dans l'assurance des soins selon la LAMal, ont limité leur droit d'option à certains fournisseurs de prestations, les conditions supplémentaires suivantes sont applicables.

10.2. Principe du médecin de famille

L'assurance alloue les prestations selon le principe du médecin de famille. Les prestations doivent être fournies, prescrites ou ordonnées par le médecin de famille choisi par l'assuré.

L'assurance peut reconnaître des institutions de télémédecine en qualité de médecins de famille.

10.3. Exceptions du principe du médecin de famille

L'assurance alloue des prestations pour les traitements de routine chez des ophtalmologues, gynécologues et pédiatres sans consultation préalable du médecin de famille. Si ces médecins effectuent d'autres traitements, le médecin de famille doit être consulté.

L'assurance alloue des prestations pour les traitements de la médecine alternative, les mesures de prévention dans le cadre du compte santé, la préparation à l'accouchement, les transports, les actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, l'examen de contrôle dentaire sans consultation du médecin de famille.

10.4. Hôpitaux

L'assurance peut désigner les hôpitaux auxquels le traitement médical de l'assuré est confié à titre exclusif.

10.5. Autres personnes qualifiées

En lieu et place du médecin de famille, l'assurance peut désigner d'autres personnes qualifiées qui fournissent, prescrivent ou ordonnent des prestations.

10.6. Autres fournisseurs de prestations

L'assurance peut désigner d'autres fournisseurs de prestations, notamment des pharmacies, thérapeutes, magasins spécialisés en articles sanitaires ou fournisseurs de prestations similaires, auxquels le traitement médical ou la prise en charge de l'assuré sont confiés à titre exclusif.

10.7. Cas d'urgence

L'assurance couvre les cas d'urgence indépendamment du principe du médecin de famille.

Le contrôle de l'indication médicale par le médecin-conseil demeure réservé.

10.8. Prestations exclues, exclusion de la variante de médecin de famille

10.8.1. Prestations exclues

Si, en dehors des cas exceptionnels énumérés à titre exhaustif, l'assuré se rend pour un traitement chez un fournisseur de prestations autre que ceux auxquels s'étend son libre choix, tous les frais vont à sa charge.

10.8.2. Exclusion de la variante de médecin de famille

En cas de violation répétée des conditions fixées, l'assureur peut transférer l'assuré de la variante de médecin de famille dans la variante d'assurance ordinaire.

10.9. Règlement des prestations

10.9.1. Décompte forfaitaire

L'assurance peut convenir avec le médecin de famille que les prestations sont indemnisées sous forme d'un forfait.

10.9.2. Prestation ordonnée

S'agissant de prestations ordonnées, l'assurance peut demander à l'assuré ou au médecin de famille qu'elle ou il apporte la preuve que la prestation a été fournie selon le principe du médecin de famille.

ÖKK PREMIUM

ÖKK Versicherungen AG, Edition 1.1.2010

Sommaire

1. Bases de l'assurance

- 1.1. Organisme assureur
- 1.2. Dispositions communes
- 1.3. But
- 1.4. Condition régissant les prestations
- 1.5. Validité territoriale
- 1.6. Conclusion de l'assurance

2. Traitement ambulatoire

- 2.1. Traitement médical
- 2.2. Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger
- 2.3. Psychothérapie non médicale
 - 2.3.1. Etendue des prestations
 - 2.3.2. Condition régissant les prestations
- 2.4. Station thermale
- 2.5. Stérilisation
- 2.6. Correction de la vision au laser

3. Maternité

- 3.1. Préparation à l'accouchement
- 3.2. Indemnité d'allaitement

4. Prévention

- 4.1. Examen gynécologique préventif
- 4.2. Check-up
- 4.3. Vaccination
- 4.4. Compte santé

5. Moyens auxiliaires

- 5.1. Aides visuelles
- 5.2. Autres moyens auxiliaires

6. Traitement dentaire

- 6.1. Examen de contrôle et prophylaxie
- 6.2. Dents de sagesse
- 6.3. Traitement d'orthodontie
- 6.4. Traitement à l'étranger
- 6.5. Tarif

7. Médecine alternative

- 7.1. Traitement de la médecine alternative
- 7.2. Traitement à l'étranger

8. Médicaments et remèdes

- 8.1. Médicaments hors liste
- 8.2. Remèdes naturels

9. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

- 9.1. Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence
 - 9.1.1. Etendue des prestations
 - 9.1.2. Participation
 - 9.1.3. Prestations de tiers
- 9.2. Actions de recherche
- 9.3. Frais de déplacement

10. Variante CASAMED

- 10.1. Conditions supplémentaires
- 10.2. Principe du médecin de famille
- 10.3. Exceptions du principe du médecin de famille
- 10.4. Hôpitaux
- 10.5. Autres personnes qualifiées
- 10.6. Autres fournisseurs de prestations
- 10.7. Cas d'urgence
- 10.8. Prestations exclues, exclusion de la variante de médecin de famille
 - 10.8.1. Prestations exclues
 - 10.8.2. Exclusion de la variante de médecin de famille
- 10.9. Règlement des prestations
 - 10.9.1. Décompte forfaitaire
 - 10.9.2. Prestation ordonnée

Lorsque les présentes CGA n'utilisent pas expressément la forme féminine, la forme masculine est également valable pour les femmes.

1. Bases de l'assurance

1.1. Organisme assureur

L'organisme assureur sont les ÖKK Versicherungen AG, Landquart, (désignées ci-après par assureur).

1.2. Dispositions communes

Les dispositions communes (DC) de l'assureur font partie intégrante des présentes Conditions générales d'assurance (CGA). En cas de divergences, les CGA priment les DC.

1.3. But

L'assurance alloue des prestations pour des traitements ambulatoires en cas de maladie, d'accident et de maternité ainsi que pour les cas d'urgence à l'étranger.

L'assurance alloue des prestations pour des traitements médicaux et dentaires, des mesures préventives, des moyens auxiliaires, des méthodes curatives et thérapeutiques de la médecine alternative, des frais de transport, des actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, des médicaments hors liste, des remèdes naturels et verse une indemnité d'allaitement.

L'assurance alloue les prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Tout au plus la part non couverte par une assurance sociale sera prise en charge sur la totalité des frais.

1.4. Condition régissant les prestations

L'assurance sert des prestations si le traitement s'impose pour des raisons médicales et s'il est effectué par des personnes reconnues pour cela par l'assureur.

1.5. Validité territoriale

Faute de disposition contraire, l'assurance alloue les prestations en Suisse et à l'étranger.

1.6. Conclusion de l'assurance

L'assurance peut être conclue jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

2. Traitement ambulatoire

2.1. Traitement médical

L'assurance prend en charge le 90% des traitements médicaux.

2.2. Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger

L'assurance alloue des prestations pour les traitements médicaux en cas d'urgence à l'étranger survenu lors d'un séjour temporaire à l'étranger.

2.3. Psychothérapie non médicale

2.3.1. Etendue des prestations

Pour le traitement psychothérapeutique par un psychothérapeute non-médecin, l'assurance prend en charge le 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000 par année civile, dans la mesure où le psychothérapeute est au bénéfice d'une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant.

2.3.2. Condition régissant les prestations

L'assurance alloue les prestations après acceptation de la demande de garantie de prise en charge par le médecin-conseil.

L'assurance n'accorde aucune prestation pour les psychothérapies pratiquées en vue de la réalisation de soi-même, du développement de la personnalité ou à des fins d'études.

L'assurance n'accorde aucune prestation pour les traitements parallèles chez d'autres psychologues ou psychiatres.

2.4. Station thermale

Pour les bains thermaux ordonnés par un médecin, l'assurance prend en charge le 50% des frais jusqu'à 12 entrées au maximum par année civile.

2.5. Stérilisation

Pour la stérilisation et la vasectomie d'adultes, l'assurance prend en charge le 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000.

2.6 Correction de la vision au laser

L'assurance verse une prestation unique jusqu'à concurrence de CHF 1'000 pour les traitements au laser en vue de la correction de la vision d'adultes de plus de 18 ans, si l'assurance est en vigueur depuis trois ans au moins (délai d'attente).

3. Maternité

3.1. Préparation à l'accouchement

L'assurance alloue jusqu'à CHF 200 par grossesse pour les cours de préparation à l'accouchement (y compris la gymnastique pré- et postnatale) dispensés par une personne qualifiée.

3.2. Indemnité d'allaitement

L'assurance alloue une indemnité d'allaitement de CHF 250 si la mère allaite son enfant pendant dix semaines.

4. Prévention

4.1. Examen gynécologique préventif

L'assurance prend en charge le 90% des coûts d'un examen gynécologique préventif selon la LAMal par année civile au tarif LAMal, dans la mesure où aucune prestation de l'assurance des soins selon la LAMal n'est servie pour un examen préventif correspondant durant l'année civile en cours.

4.2. Check-up

L'assurance prend en charge le 90% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 500, d'un check-up effectué par un médecin.

4.3. Vaccination

L'assurance prend en charge le 90% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 300, de vaccinations médicalement reconnues.

4.4. Compte santé

Pour les mesures de prévention sélectionnées dans les domaines de la famille, de l'alimentation, du mouvement et autre prévention,

l'assurance prend en charge le 50% des coûts par domaine jusqu'à concurrence de CHF 300 par année civile.

Si l'assuré recourt à des mesures de prévention de différents domaines, l'assurance alloue jusqu'à CHF 600 par année civile.

La contribution servie pour les différentes mesures de prévention reconnues peut être limitée.

Les mesures de prévention et les cours doivent être reconnus par l'assureur.

5. Moyens auxiliaires

5.1. Aides visuelles

Pour les verres de lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue, l'assurance alloue jusqu'à CHF 200 par année civile.

5.2. Autres moyens auxiliaires

L'assurance prend en charge le 50% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 300 par année civile, de moyens auxiliaires ordonnés par un médecin et pour lesquels aucune prestation n'est allouée par l'assurance des soins selon la LAMal.

Les moyens auxiliaires doivent être reconnus par l'assureur.

Ne sont pas assurés les coûts occasionnés par l'utilisation, l'entretien et la réparation de moyens auxiliaires.

6. Traitement dentaire

6.1. Examen de contrôle et prophylaxie

L'assurance verse jusqu'à CHF 100 par année civile pour un examen de contrôle dentaire, y compris les radiographies, ou pour la prophylaxie dentaire.

6.2. Dents de sagesse

L'assurance prend en charge le 90% des frais d'extraction de dents de sagesse.

En cas de traitement hospitalier, l'assurance prend en charge les coûts jusqu'à concurrence des tarifs conventionnels de la division commune dans le canton de domicile.

6.3. Traitement d'orthodontie

L'assurance prend en charge le 70% des coûts de traitements orthodontiques d'enfants et d'adolescents de moins de 25 ans selon le tarif reconnu.

L'assurance alloue les prestations si l'assurance est en vigueur depuis trois ans au moins (délai d'attente). Le délai d'attente est supprimé lorsqu'une assurance préalable équivalente existe au moment de la conclusion du contrat.

6.4. Traitement à l'étranger

L'assurance sert des prestations lorsque le traitement est effectué dans un pays limitrophe de la Suisse.

6.5. Tarif

L'assurance alloue les prestations sur la base du tarif valable pour les soins dentaires selon la LAMal.

L'assurance impute les prestations des cantons et des communes. Elle verse les prestations à titre subsidiaire.

7. Médecine alternative

7.1. Traitement de la médecine alternative

L'assurance prend en charge le 70% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 10'000 par année civile, de traitements de la médecine alternative lorsque la méthode thérapeutique (p. ex. Ayurveda, médecine traditionnelle chinoise, naturopathie) et le thérapeute ou le médecin sont reconnus par l'assureur.

L'assureur désigne les formes thérapeutiques reconnues ainsi que les thérapeutes et médecins reconnus. Il tient une liste des formes thérapeutiques reconnues.

Pour d'autres traitements de la médecine alternative appliqués par des personnes qualifiées, l'assurance prend en charge le 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000 par année civile.

L'examen de l'indication médicale et de la qualification des thérapeutes et médecins par le médecin-conseil demeure réservé.

Aucune prestation n'est servie pour plusieurs traitements parallèles de la médecine alternative sans bénéfice supplémentaire.

7.2. Traitement à l'étranger

L'assurance sert des prestations lorsque le traitement est effectué dans un pays limitrophe de la Suisse.

8. Médicaments et remèdes

8.1. Médicaments hors liste

L'assurance prend en charge le 90% des frais de médicaments ordonnés par un médecin et qui ne figurent pas sur la liste des médicaments avec tarif (LMT), la liste des spécialités (LS) selon la LAMal ou la liste négative de l'assureur.

8.2. Remèdes naturels

L'assurance prend en charge le 90% des frais de remèdes phytothérapeutiques, homéopathiques et anthroposophiques ainsi que des oligo-éléments, pour autant que ceux-ci ne figurent pas sur la liste négative de l'assureur.

9. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

9.1. Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

9.1.1. Etendue des prestations

Pour les frais

- de transports d'urgence médicalement nécessaires vers l'hôpital approprié le plus proche,
- du transport de retour dans un hôpital approprié sis dans le canton de domicile en vue du traitement hospitalier,
- d'actions de sauvetage et de dégagement,

l'assurance verse au total jusqu'à concurrence de CHF 100'000 par année civile.

L'assurance alloue des prestations pour les transports dans des aéronefs dans la mesure où ceux-ci sont médicalement nécessaires.

9.1.2. Participation

La participation est de CHF 100 par cas.

9.1.3. Prestations de tiers

Il n'y a aucune couverture d'assurance pour les frais de transport qui sont couverts grâce à la qualité de membre (donateur) auprès d'une garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire.

9.2. Actions de recherche

En sus de la prestation en cas de sauvetage ou de dégagement, l'assurance alloue jusqu'à CHF 20'000 par année civile pour des actions de recherche.

9.3. Frais de déplacement

L'assurance prend en charge le 90% des frais, jusqu'à CHF 400 par année civile, qui sont occasionnés par l'utilisation de transports publics entre le lieu de résidence et le lieu de traitement, si le traitement ne peut pas être appliqué au lieu de résidence ou dans un rayon de 30 kilomètres.

10. Variante CASAMED

10.1. Conditions supplémentaires

Pour les assurés qui, dans l'assurance des soins selon la LAMal, ont limité leur droit d'option à certains fournisseurs de prestations, les conditions supplémentaires suivantes sont applicables.

10.2. Principe du médecin de famille

L'assurance alloue les prestations selon le principe du médecin de famille. Les prestations doivent être fournies, prescrites ou ordonnées par le médecin de famille choisi par l'assuré.

L'assurance peut reconnaître des institutions de télémédecine en qualité de médecins de famille.

10.3. Exceptions du principe du médecin de famille

L'assurance alloue des prestations pour les traitements de routine chez des ophtalmologues, gynécologues et pédiatres sans consultation préalable du médecin de famille. Si ces médecins effectuent d'autres traitements, le médecin de famille doit être consulté.

L'assurance alloue des prestations pour les traitements de la médecine alternative, les mesures de prévention dans le cadre du compte santé, la préparation à l'accouchement, les transports, les actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, l'examen de contrôle dentaire sans consultation du médecin de famille.

10.4. Hôpitaux

L'assurance peut désigner les hôpitaux auxquels le traitement médical de l'assuré est confié à titre exclusif.

10.5. Autres personnes qualifiées

En lieu et place du médecin de famille, l'assurance peut désigner d'autres personnes qualifiées qui fournissent, prescrivent ou ordonnent des prestations.

10.6. Autres fournisseurs de prestations

L'assurance peut désigner d'autres fournisseurs de prestations, notamment des pharmacies, thérapeutes, magasins spécialisés en articles sanitaires ou fournisseurs de prestations similaires, aux-

quels le traitement médical ou la prise en charge de l'assuré sont confiés à titre exclusif.

10.7. Cas d'urgence

L'assurance couvre les cas d'urgence indépendamment du principe du médecin de famille.

Le contrôle de l'indication médicale par le médecin-conseil demeure réservé.

10.8. Prestations exclues, exclusion de la variante de médecin de famille

10.8.1. Prestations exclues

Si, en dehors des cas exceptionnels énumérés à titre exhaustif, l'assuré se rend pour un traitement chez un fournisseur de prestations autre que ceux auxquels s'étend son libre choix, tous les frais vont à sa charge.

10.8.2. Exclusion de la variante de médecin de famille

En cas de violation répétée des conditions fixées, l'assureur peut transférer l'assuré de la variante de médecin de famille dans la variante d'assurance ordinaire.

10.9. Règlement des prestations

10.9.1. Décompte forfaitaire

L'assurance peut convenir avec le médecin de famille que les prestations sont indemnisées sous forme d'un forfait.

10.9.2. Prestation ordonnée

S'agissant de prestations ordonnées, l'assurance peut demander à l'assuré ou au médecin de famille qu'elle ou il apporte la preuve que la prestation a été fournie selon le principe du médecin de famille.

COMBI

ÖKK Versicherungen AG, Edition 1.1.2010

Table des matières

1. Bases de l'assurance

- 1.1. But
- 1.2. Conclusion de l'assurance
- 1.3. Conditions de l'octroi des prestations
 - 1.3.1. En général
 - 1.3.2. Hôpital pour soins aigus
 - 1.3.3. Traitement dans d'autres hôpitaux
 - 1.3.4. Traitement hors canton pour des raisons médicales
- 1.4. Couverture des accidents
- 1.5. Possibilités d'assurance
 - 1.5.1. Classes de prestations
 - 1.5.2. Hôpitaux avec tarif reconnu
 - 1.5.3. Hôpitaux conventionnés dans COMBI Confort
 - 1.5.4. Critères indéterminés, tarifs maximaux
 - 1.5.5. Classification des hôpitaux

2. Traitement hospitalier

- 2.1. Traitement aigu
 - 2.1.1. Conditions de l'octroi des prestations
 - 2.1.2. Etendue des prestations
 - 2.1.3. Traitement dans une division d'hôpital supérieure
 - 2.1.4. Traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste
 - 2.1.5. Traitement dans un hôpital non conventionné
- 2.2. Traitement de longue durée
 - 2.2.1. Définition
 - 2.2.2. Etendue des prestations
- 2.3. Réadaptation en milieu hospitalier
- 2.4. Cliniques psychiatriques
- 2.5. Prestations à l'étranger
 - 2.5.1. En cas d'urgence
 - 2.5.2. Traitement volontaire à l'étranger
 - 2.5.3. Procédure en cas de séjour hospitalier

3. Cures

- 3.1. Cures de convalescence
- 3.2. Cures balnéaires
- 3.3. Autres cures
- 3.4. Procédure en cas de séjour de cure

4. Prestations particulières

- 4.1. Soins extra-hospitaliers
 - 4.1.1. Principe
 - 4.1.2. Etendue des prestations
 - 4.1.3. Fournisseurs de prestations
- 4.2. Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement
- 4.3. Traitement semi-hospitalier

- 4.4. Service de garde des enfants
 - 4.4.1. Principe
 - 4.4.2. Conditions de l'octroi des prestations
 - 4.4.3. Etendue des prestations
- 4.5. Traitement médical des suites d'un accident dans l'assurance COMBI Privé accidents
 - 4.5.1. Traitement par des médecins non soumis à la LAMal
 - 4.5.2. Consultation privée chez des médecins d'hôpital non soumis à la LAMal
 - 4.5.3. Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger
- 4.6. Rooming-in

5. Maternité

- 5.1. Frais de traitement hospitalier
- 5.2. Accouchement dans une maison de naissance
- 5.3. Aide familiale après l'accouchement
 - 5.3.1. Principe
 - 5.3.2. Accouchement à l'hôpital
 - 5.3.3. Accouchement à domicile
- 5.4. COMBI Privé accidents

6. Complément accidents

7. Variante CASAMED

- 7.1. Généralités
- 7.2. Classes de prestations
- 7.3. Condition générale régissant les prestations
- 7.4. Choix de l'hôpital
- 7.5. Ophtalmologues, gynécologues et pédiatres
- 7.6. Cas d'urgence
- 7.7. Prestations exclues

8. ECOPLAN, variante impliquant un choix restreint des hôpitaux

- 8.1. Généralités
- 8.2. Choix / résiliation de l'ECOPLAN
- 8.3. Etendue des prestations
- 8.4. Traitement dans un autre hôpital

9. Franchise à option dans COMBI Demi-privé, Privé et Global

- 9.1. Généralités
- 9.2. Changement / résiliation de la franchise
- 9.3. Montant des franchises

10. Participation aux frais dans COMBI Flex

- 10.1. Etendue de la participation aux frais
- 10.2. Montant maximal de la participation aux frais pour familles

1. Bases de l'assurance

1.1. But

L'assurance COMBI vise à la prise en charge des frais non couverts pour des traitements dans un hôpital pour soins aigus en cas de maladie, d'accident et de maternité. Elle alloue en outre des contributions aux frais de cures, de traitement de longue durée, d'aide familiale extra-hospitalière et de transport.

L'assurance COMBI Privé accidents vise à la prise en charge des frais non couverts pour les traitements en division privée d'un hôpital pour soins aigus suite à un accident. Elle alloue en outre des contributions aux frais de cure, d'aide familiale extra-hospitalière et de transport.

Les prestations de l'assurance COMBI sont allouées en complément des prestations obligatoires de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (assurance de BASE). Tout au plus la part non couverte par l'assurance de BASE ou une autre assurance obligatoire des soins sera prise en charge sur la totalité des frais. Les assurances d'indemnités journalières d'hospitalisation et/ou de frais de traitement hospitalier des ÖKK Versicherungen AG existantes priment les prestations de l'assurance COMBI.

1.2. Conclusion de l'assurance

COMBI peut être conclue jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

L'assurance COMBI Privé accidents ne peut être conclue et maintenue conjointement avec l'une des catégories d'assurance suivantes de ÖKK:

- SUPPLEMENT GENERAL
- SUPPLEMENT PRIVE
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- COMBI

1.3. Conditions de l'octroi des prestations

1.3.1. En général

Les prestations ne sont versées que si le traitement s'impose pour des raisons médicales et s'il a lieu dans un hôpital pour soins aigus. Le traitement doit être appliqué par des fournisseurs de prestations reconnus pour cela selon la LAMal.

1.3.2. Hôpital pour soins aigus

Sont réputés hôpitaux pour soins aigus les établissements hospitaliers pouvant fournir les services médicaux et thérapeutiques et disposant de l'infrastructure technique qui sont nécessaires au traitement de maladies, d'accidents et pour les accouchements qui requièrent une surveillance médicale permanente. De plus, les traitements hospitaliers doivent avoir lieu dans des hôpitaux qui, selon l'art. 39 LAMal, figurent sur la liste des hôpitaux du canton où ils sont implantés.

1.3.3. Traitement dans d'autres hôpitaux

Les prestations prévues au chiffre 2.1.4. et 2.2. sont assurées en cas de traitement dans d'autres hôpitaux.

1.3.4. Traitement hors canton pour des raisons médicales

Le canton de résidence prend en charge les frais supplémentaires d'une hospitalisation hors canton indiquée pour des raisons médicales, conformément aux dispositions légales (art. 41/3 LAMal).

1.4. Couverture des accidents

La couverture des accidents peut être exclue dans l'assurance COMBI (à l'exception de COMBI Privé accidents). L'assurance COMBI Privé accidents vise à la prise en charge des frais non couverts pour les traitements en division privée d'un hôpital pour soins aigus suite à un accident.

1.5. Possibilités d'assurance

1.5.1. Classes de prestations

Les classes de prestations suivantes peuvent être souscrites dans l'assurance COMBI:

COMBI Général: Division commune d'un hôpital pour soins aigus avec tarif reconnu dans toute la Suisse (chambre à plusieurs lits).

COMBI Demi-privé: Division demi-privée d'un hôpital pour soins aigus avec tarif reconnu dans toute la Suisse (chambre à deux lits).

COMBI Privé: Division privée d'un hôpital pour soins aigus dans toute la Suisse (chambre à un lit).

COMBI Privé accidents:

- Traitement d'urgence en cas d'accident: division privée d'un hôpital pour soins aigus dans le monde entier.

- Traitement des suites d'un accident: en cas d'accident, division privée d'un hôpital pour soins aigus dans toute la Suisse.

COMBI Global: Division privée d'un hôpital pour soins aigus dans le monde entier (chambre à un lit).

COMBI Flex: Division commune ou demi-privée d'un hôpital pour soins aigus avec tarif reconnu dans toute la Suisse au choix ou division privée d'un hôpital pour soins aigus avec tarif reconnu dans toute la Suisse au choix; avec participation aux frais correspondante.

COMBI Confort: Traitement aigu et assistance médicale dans un hôpital conventionné Confort par analogie à COMBI Général (division commune). Les frais de séjour sont couverts, en fonction de la couverture assurée, dans une chambre à un lit ou à deux lits.

La classe de prestations COMBI Confort peut être limitée aux personnes assurées domiciliées dans une région déterminée.

1.5.2. Hôpitaux avec tarif reconnu

Sont considérés comme hôpitaux avec tarif reconnu les hôpitaux avec lesquels l'assureur a conclu des accords sur la fixation de tarifs, ou les hôpitaux qui, sans avoir adhéré à l'accord, s'en tiennent à ces tarifs. La caisse tient une liste des hôpitaux avec tarif reconnu, qui peut être consultée en tout temps.

1.5.3. Hôpitaux conventionnés dans COMBI Confort

Sont réputés hôpitaux conventionnés les hôpitaux avec lesquels l'assureur a passé des accords correspondants fixant les tarifs. La caisse tient une liste de ces hôpitaux conventionnés. Celle-ci est adaptée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

1.5.4. Critères indéterminés, tarifs maximaux

Lorsqu'un hôpital ne connaît pas de critères de classification pour les divisions d'hôpital ou en applique d'autres que ceux mention-

nés dans les présentes dispositions, ces divisions seront traitées, sur le plan de l'assurance, comme des divisions privées. Pour la division commune de même que pour la division demi-privée, l'assureur peut fixer des tarifs maximaux qui servent de critère pour la classification dans les divisions d'hôpital assurées.

Ces tarifs maximaux sont fonction des tarifs et des accords passés avec un hôpital comparable, sis dans la région de domicile de la personne assurée, avec tarif reconnu.

Les tarifs maximaux fixés le cas échéant par l'assureur peuvent être consultés auprès de la caisse.

1.5.5. Classification des hôpitaux

Les hôpitaux qui ne remplissent pas ces critères de classification, c.-à-d. ne disposent respectivement d'aucune division commune et/ou demi-privée ou ne disposent que d'une division privée au sens des présentes dispositions, sont mentionnés sur une liste qui peut être consultée auprès de la caisse.

2. Traitement hospitalier

2.1. Traitement aigu

2.1.1. Conditions de l'octroi des prestations

L'assurance COMBI alloue des prestations hospitalières dans la mesure où et aussi longtemps que la personne assurée nécessite des soins hospitaliers au sens de l'assurance de BASE.

2.1.2. Etendue des prestations

L'assurance COMBI prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance de BASE, les frais de séjour hospitalier dans la division qui est assurée selon la classe de prestations choisie.

N'est pas assurée la participation aux coûts à assumer dans l'assurance de BASE, y compris la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier.

2.1.3. Traitement dans une division d'hôpital supérieure

Lorsque le traitement a lieu dans une division d'hôpital supérieure à la division d'hôpital assurée, les prestations suivantes sont couvertes tout au plus:

COMBI Général: Les frais qui auraient été occasionnés dans la division d'hôpital assurée. Lorsque ces frais ne peuvent pas être établis, l'assurance COMBI verse un forfait de CHF 30.- par jour.

COMBI Demi-privé: Les frais qui auraient été occasionnés dans la division d'hôpital assurée. Lorsque ces frais ne peuvent pas être établis, l'assurance COMBI verse un forfait de CHF 120.- par jour.

COMBI Confort: Lorsque des personnes assurées dans COMBI Confort ont conclu une couverture dans une chambre à deux lits et qu'elles séjournent dans une chambre à un lit d'un hôpital conventionné Confort, les prestations correspondant à leur couverture d'assurance leur sont servies.

Lorsque le traitement et le séjour d'une personne assurée dans COMBI Confort ont lieu en division demi-privée ou privée d'un hôpital conventionné Confort, ce sont également les prestations correspondant à sa couverture d'assurance qui lui sont servies.

2.1.4. Traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste
Lorsque le traitement a lieu dans un hôpital qui ne figure pas sur

la liste cantonale des hôpitaux, les prestations suivantes sont couvertes tout au plus:

COMBI Général/Confort: Un forfait de CHF 30.- par jour.

COMBI Demi-privé/Privé/Privé accidents (suites d'un accident)/Flex: Les frais supplémentaires qui auraient été occasionnés en cas de séjour dans un hôpital de référence dans le canton de résidence, la comparaison se faisant entre la division commune et la division assurée.

COMBI Privé accidents (cas d'urgence)/Global: Couverture intégrale des frais.

2.1.5. Traitement dans un hôpital non conventionné

Lorsque le traitement d'assurés au bénéfice de COMBI Confort a lieu dans un hôpital ne figurant pas sur la liste des hôpitaux conventionnés Confort, tenue par la caisse, les prestations sont couvertes tout au plus selon la division commune ou le tarif de référence d'un hôpital conventionné Confort dans le canton de résidence.

2.2. Traitement de longue durée

2.2.1. Définition

Est considérée comme maladie chronique une atteinte à la santé durable et stable, requérant des soins, sans pour autant nécessiter un piquet médical permanent.

2.2.2. Etendue des prestations

L'assurance COMBI verse les forfaits journaliers suivants si:

- l'assistance d'une personne malade chronique nécessite le séjour dans un hôpital reconnu et approprié à cet effet, ou
- un séjour dans un hôpital pour soins aigus commence à revêtir le caractère d'un traitement de longue durée pour malades chroniques. Dans un tel cas, l'assureur peut réduire ses prestations après un préavis d'un mois. Ce faisant, les journées d'hospitalisation à compter de la date où le préavis fut donné, sont imputées sur la durée des prestations:

	1er au 90e jour	91e au 180e jour
COMBI Demi-privé/Flex:	CHF 50.-	CHF 25.-
COMBI Privé/Privé accidents:	CHF 70.-	CHF 35.-
COMBI Global:	CHF 90.-	CHF 45.-

En cas de traitement dans la division assurée, ces prestations sont versées une fois par période de trois années civiles. Lorsque le traitement a lieu dans une division inférieure à la division assurée, les prestations sont servies en fonction de la variante COMBI pour la division dans laquelle le traitement a lieu.

2.3. Réadaptation en milieu hospitalier

Lorsque le traitement médical a lieu dans un sanatorium polyvalent reconnu par l'assureur ou respectivement dans une division ou une clinique de réadaptation médicale, l'assurance COMBI accorde, pour les 60 premiers jours, la pleine couverture des frais selon les dispositions applicables aux traitements aigus. Ensuite, elle verse les prestations pour traitements de longue durée, tout en imputant la durée de séjour antérieure.

Les sanatoriums ou établissements de réadaptation reconnus sont mentionnés sur une liste qui peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

2.4. Cliniques psychiatriques

En cas de séjour hospitalier dans une clinique psychiatrique, en cas de traitement psychiatrique dans un hôpital pour soins aigus ou dans

une clinique spécialisée, l'assurance COMBI accorde, pendant 90 jours, la pleine couverture des frais selon les dispositions applicables aux traitements aigus. Aucune prestation n'est servie par l'assurance COMBI Privé accidents.

Si le traitement dure plus longtemps, les forfaits journaliers suivants sont versés en cas de traitement dans la division correspondante:

	de 91e au 180e jour
COMBI Général/Confort:	CHF 20.-
COMBI Demi-privé/Flex:	CHF 50.-
COMBI Privé:	CHF 70.-
COMBI Global:	CHF 90.-

Ces prestations sont versées une fois par période de trois années civiles. Lorsque le traitement a lieu dans une division inférieure à la division assurée, les prestations sont servies en fonction de la variante COMBI pour la division dans laquelle le traitement a lieu.

2.5. Prestations à l'étranger

2.5.1. En cas d'urgence

L'assurance COMBI prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance de BASE, les frais occasionnés par le traitement hospitalier d'urgence dans un hôpital pour soins aigus pendant un séjour temporaire à l'étranger jusqu'à concurrence de la couverture intégrale des frais dans la division assurée. Les prestations sont allouées tant qu'un transport à domicile ne peut pas être envisagé pour des raisons médicales.

2.5.2. Traitement volontaire à l'étranger

Les prestations de l'assurance COMBI Global sont également allouées lorsque la personne assurée se rend à l'étranger avec l'intention de s'y faire soigner.

S'agissant des autres classes de prestations, les mêmes prestations sont servies qu'en cas de traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste des hôpitaux.

2.5.3. Procédure en cas de séjour hospitalier

En cas de traitement hospitalier, une demande de garantie de paiement doit être présentée immédiatement à la caisse, mais au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'entrée à l'hôpital.

3. Cures

3.1. Cures de convalescence

Il y a un libre choix parmi les établissements de cure, dirigés par un médecin et reconnus par l'assureur. Les établissements de cure reconnus sont mentionnés sur une liste qui peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

Pour les cures de convalescence ordonnées par un médecin immédiatement après un séjour hospitalier comme malade aigu, l'assurance COMBI accorde les prestations suivantes pendant 21 jours au plus par cas:

COMBI Général/Confort:	CHF 40.-/jour
COMBI Demi-privé/Flex:	CHF 70.-/jour
COMBI Privé/Privé accidents:	CHF 90.-/jour
COMBI Global:	CHF 110.-/jour

3.2. Cures balnéaires

L'assurance COMBI alloue les prestations suivantes pendant 21 jours au plus par année civile:

COMBI Général/Confort:	CHF 10.-/jour
COMBI Demi-privé/Flex:	CHF 20.-/jour
COMBI Privé/Privé accidents:	CHF 30.-/jour
COMBI Global:	CHF 40.-/jour

Il y a un libre choix parmi les établissements de cure balnéaire, dirigés par un médecin et reconnus par ÖKK. La liste des établissements de cure balnéaire reconnus est adaptée et complétée continuellement et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

La contribution aux frais de cure balnéaire est versée indépendamment du fait que la personne assurée suit un traitement hospitalier dans l'établissement de cure balnéaire ou habite dans un hôtel, une pension ou dans un appartement privé sur le lieu de l'établissement de cure balnéaire.

La caisse peut demander un examen d'entrée par le médecin de cure et un contrôle final avec rapport final au médecin prescripteur.

3.3. Autres cures

Sur proposition du médecin-conseil de la caisse, un forfait pouvant aller jusqu'à concurrence du montant de la contribution de cure balnéaire peut, en présence d'une indication médicale spéciale, être versé pour d'autres cures ordonnées par un médecin.

3.4. Procédure en cas de séjour de cure

L'ordonnance médicale pour un séjour de cure doit être présentée à la caisse deux semaines avant le début de la cure et doit contenir le diagnostic.

En cas d'interruption d'une cure, les frais partiels de cure ne peuvent être pris en charge que si l'interruption était due à une maladie ou à d'autres raisons impératives et si elle est justifiée par un certificat établi par le médecin de cure.

4. Prestations particulières

4.1. Soins extra-hospitaliers

4.1.1. Principe

Si un séjour hospitalier peut être évité ou si la durée d'hospitalisation peut être réduite, l'assurance COMBI verse, sur prescription médicale, des contributions pour les aides familiales extra-hospitalières, dans la mesure où les circonstances domestiques et familiales l'exigent.

4.1.2. Etendue des prestations

Pour les frais d'aides familiales reconnues, l'assurance COMBI accorde une contribution par année civile. Les prestations sont également servies en l'absence d'une convention entre les fournisseurs de prestations et l'assureur.

Les prestations sont allouées comme suit:

COMBI Général/Confort:	jusqu'à CHF 20.-/jour, au max. CHF 280.-
COMBI Demi-privé/Flex:	jusqu'à CHF 35.-/jour, au max. CHF 490.-
COMBI Privé/ Privé accidents:	jusqu'à CHF 45.-/jour, au max. CHF 630.-
COMBI Global:	jusqu'à CHF 55.-/jour, au max. CHF 770.-

Si la personne assurée a la charge d'un enfant au moins, le double montant des contributions est assuré.

Aucune prestation n'est allouée en cas de séjour dans un home médico-social.

4.1.3. Fournisseurs de prestations

Est reconnue comme aide familiale toute personne qui, à titre

professionnel, pour son propre compte ou pour une organisation de soins extra-hospitaliers reconnue par l'assureur sur la base d'une convention, tient le ménage en lieu et place de la personne assurée.

Les contributions sont également versées lorsque cette aide est fournie par des parents de la personne assurée et si les parents subissent de ce fait une perte de gain prouvable ou s'ils peuvent justifier des frais de déplacement d'un montant correspondant.

En lieu et place des prestations pour aide familiale, les mêmes contributions peuvent être allouées pour les soins fournis par des entreprises commerciales de soins extra-hospitaliers, si aucune indemnisation en leur faveur n'est versée dans le cadre de l'assurance de BASE.

4.2. Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement

Pour les frais

- de transports d'urgence médicalement nécessaires dans un moyen de transport adéquat dans l'hôpital approprié le plus proche,
- du transport de retour dans un hôpital approprié sis dans le canton de domicile de la personne assurée en vue du traitement hospitalier,
- d'actions de sauvetage et de dégagement,

les contributions suivantes sont, au total, versées dans le cadre de l'assurance COMBI:

COMBI Général/Confort:	CHF 5'000.-/année civile à titre de contribution au montant non couvert qui dépasse CHF 100.- par cas.
COMBI Demi-privé/Flex:	CHF 15'000.-/année civile.
COMBI Privé/Privé accidents:	CHF 25'000.-/année civile.
COMBI Global:	Sans montant limite.

Les transports dans des aéronefs ne sont pris en charge que dans la mesure où ils sont de toute nécessité sur le plan médical ou technique.

Il n'y a aucune couverture d'assurance pour les frais de transport qui sont couverts grâce à un sociétariat (qualité de membre donateur) auprès d'une garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire.

4.3. Traitement semi-hospitalier

Si une opération pratiquée en règle générale en milieu hospitalier peut avoir lieu en milieu semi-hospitalier, l'assurance COMBI prend en charge, sur demande, les frais excédant le tarif des caisses de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Dans tous les cas, sera couvert tout au plus le tarif médical qui aurait été exigé en cas de traitement hospitalier de la personne assurée dans la division assurée.

Le total des frais doit, par rapport au traitement hospitalier, être moins élevé pour l'assureur.

4.4. Service de garde des enfants

4.4.1. Principe

L'assurance COMBI de l'enfant assuré verse des contributions pour le service d'assistance et de soins fourni par une section de la Croix-Rouge Suisse (CRS) aux enfants jusqu'à l'âge de 12 ans révolus.

Une réglementation conventionnelle entre ÖKK et la CRS en est la condition.

4.4.2. Conditions de l'octroi des prestations

Les prestations sont allouées si, par suite d'une maladie aiguë ou d'un accident, l'enfant requiert une assistance ou des soins selon l'appréciation de la CRS. L'octroi des prestations est limité exclusivement à l'assistance et aux soins fournis par le personnel qualifié, formé et mandaté par la CRS.

Ont droit aux prestations les enfants dont les parents investis de l'autorité parentale exercent une activité lucrative durant la période de garde.

4.4.3. Etendue des prestations

Pour le service d'assistance et de soins, l'assurance COMBI de l'enfant assuré verse une contribution s'élevant au maximum à CHF 30.- par heure jusqu'à concurrence de CHF 600.- par année civile.

4.5. Traitement médical des suites d'un accident dans l'assurance COMBI Privé accidents

4.5.1. Traitement par des médecins non soumis à la LAMal

Pour les traitements effectués par des médecins qui ne se sont pas soumis à la LAMal, l'assurance COMBI Privé accidents alloue les prestations selon le tarif de la LAMal.

4.5.2. Consultation privée chez des médecins d'hôpital non soumis à la LAMal

Pour les consultations ambulatoires chez des médecins-chefs d'un hôpital universitaire, qui ne se sont pas soumis à la LAMal, l'assurance COMBI Privé accidents alloue les prestations selon le tarif reconnu.

4.5.3. Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger

Dans la mesure où la personne assurée n'est pas au bénéfice de la couverture SUPPLEMENT PRIVE, ÖKK OPTIMA ou ÖKK PREMIUM, l'assurance COMBI Privé accidents couvre, en cas de traitement médical d'urgence à l'étranger, l'intégralité des coûts en complément des prestations de l'assurance de BASE.

4.6. Rooming-in

Lorsqu'un petit enfant est soigné en milieu hospitalier, l'assurance COMBI prend en charge, dans le cadre de l'assurance de l'enfant, le 50 % des frais de séjour de l'un des parents dans la chambre de l'enfant jusqu'à concurrence de CHF 50.- par jour.

Lorsque l'un des parents est soigné en milieu hospitalier, l'assurance COMBI prend en charge, dans le cadre de l'assurance de ce parent, le 50 % des frais de séjour d'un petit enfant dans la chambre de ce parent jusqu'à concurrence de CHF 50.- par jour.

5. Maternité

5.1. Frais de traitement hospitalier

L'assurance COMBI couvre les frais non couverts d'un accouchement à l'hôpital pour la mère et le nouveau-né selon la classe de prestations souscrite par la mère.

Si le nouveau-né n'est pas assuré auprès de ÖKK, l'assurance COMBI de la mère prend en charge les frais non couverts à la suite d'une assurance conclue par ailleurs pour l'enfant.

Si la mère n'est pas assurée auprès de ÖKK, l'assurance COMBI du nouveau-né prend en charge les frais non couverts de ce dernier à la suite de l'assurance de la mère.

5.2. Accouchement dans une maison de naissance

En cas d'accouchement dans une maison de naissance reconnue par ÖKK et ne figurant pas sur une liste des hôpitaux d'un canton,

les prestations suivantes sont allouées:

COMBI Général/Confort: 90% jusqu'à concurrence de CHF 1'000.-
par accouchement

COMBI Demi-privé/Flex: 90% jusqu'à concurrence de CHF 2'000.-
par accouchement

COMBI Privé/Global: couverture intégrale des coûts

Les assurées COMBI Flex ne doivent pas s'acquitter de la participation supplémentaire aux frais selon les dispositions de l'assurance COMBI Flex.

5.3. Aide familiale après l'accouchement

5.3.1. Principe

L'assurance COMBI verse des contributions aux frais d'aide familiale ordonnée par un médecin et fournie par du personnel reconnu par l'assureur.

Elles sont versées en lieu et place des prestations ordinaires de l'assurance COMBI pour les soins extra-hospitaliers.

Elles sont également versées lorsque l'aide est fournie par des parents de la personne assurée et si les parents subissent de ce fait une perte de gain prouvable.

5.3.2. Accouchement à l'hôpital

Consécutivement à un accouchement à l'hôpital, les montants suivants sont pris en charge:

COMBI Général/Confort: jusqu'à CHF 40.-/jour,
au maximum CHF 560.-

COMBI Demi-privé/Flex: jusqu'à CHF 70.-/jour,
au maximum CHF 980.-

COMBI Privé: jusqu'à CHF 90.-/jour,
au maximum CHF 1'260.-

COMBI Global: jusqu'à CHF 110.-/jour,
au maximum CHF 1'540.-

5.3.3. Accouchement à domicile

En cas d'accouchement à domicile ou après un accouchement ambulatoire, les montants suivants sont pris en charge:

COMBI Général/Confort: jusqu'à CHF 60.-/jour,
au maximum CHF 840.-

COMBI Demi-privé/Flex: jusqu'à CHF 105.-/jour,
au maximum CHF 1'470.-

COMBI Privé: jusqu'à CHF 135.-/jour,
au maximum CHF 1'890.-

COMBI Global: jusqu'à CHF 165.-/jour,
au maximum CHF 2'310.-

5.4. COMBI Privé accidents

En cas de maternité, aucune prestation n'est servie par l'assurance COMBI Privé accidents (à l'exception de la réglementation relative au rooming-in).

6. Complément accidents

Consécutivement à un séjour hospitalier par suite d'accident, les moyens auxiliaires nécessaires au traitement des suites de l'accident sont pris en charge conformément à la pratique de l'assurance accidents obligatoire.

Sont pris en charge dans la même mesure les frais pour les moyens auxiliaires qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps, si ces moyens ont été endommagés en relation avec un accident ayant nécessité un traitement hospitalier.

7. Variante CASAMED

7.1. Généralités

Pour les personnes assurées auprès d'ÖKK dans la variante CASAMED de l'assurance de BASE, les dispositions complémentaires suivantes sont valables dans l'assurance COMBI.

7.2. Classes de prestations

Les assurés CASAMED peuvent souscrire les classes de prestations COMBI Général, Demi-privé, Privé, Privé accidents, Flex et Confort.

7.3. Condition générale régissant les prestations

Les prestations de l'assurance COMBI Général, Demi-privé, Privé, Flex et Confort sont allouées lorsqu'elles ont été fournies selon le principe du médecin de famille. Les prestations doivent être prescrites ou ordonnées par le médecin de famille CASAMED auprès duquel la personne assurée est inscrite.

Les institutions de télémédecine peuvent être reconnues par ÖKK comme médecins de famille CASAMED.

7.4. Choix de l'hôpital

En vue d'une fourniture avantageuse, la caisse peut désigner les hôpitaux auxquels l'assistance médicale des assurés CASAMED est confiée à titre exclusif.

7.5. Ophtalmologues, gynécologues et pédiatres

Pour les assurés CASAMED qui suivent un traitement de routine chez des ophtalmologues, des gynécologues et des pédiatres, les opérations effectuées ambulatoirement ou en milieu hospitalier sur ordonnance de ces personnes médicales sont prises en charge après consultation du médecin de famille CASAMED.

7.6. Cas d'urgence

Les cas d'urgence sont couverts dans le cadre de l'assurance COMBI Général, Demi-privé, Privé, Privé accidents, Flex et Confort, et ceci indépendamment du fournisseur de prestations choisi. Le contrôle de l'indication médicale par le médecin-conseil demeure réservé.

7.7. Prestations exclues

Lorsque la personne assurée se fait soigner, hormis les cas exceptionnels énumérés à titre exhaustif, par un fournisseur de prestations autre que ceux auxquels s'étend son libre choix, tous les frais vont à sa charge.

8. ECOPLAN, variante impliquant un choix restreint des hôpitaux

8.1. Généralités

Dans le cadre de l'assurance COMBI Demi-privé et Privé, il existe la variante ECOPLAN impliquant un choix restreint des hôpitaux.

L'ECOPLAN peut être limité aux assurés domiciliés dans une région déterminée.

8.2. Choix / résiliation de l'ECOPLAN

L'ECOPLAN peut être choisi lors de la conclusion de l'assurance COMBI ou ultérieurement pour le début d'un mois civil.

Le passage de l'ECOPLAN à l'assurance COMBI ordinaire peut avoir lieu pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois.

8.3. Etendue des prestations

L'ECOPLAN sert les prestations de l'assurance COMBI. Les prestations en cas de séjour hospitalier sont couvertes, pour autant que le traitement ait lieu dans un hôpital désigné spécialement par l'assureur.

L'assureur désigne les hôpitaux reconnus pour cette variante de couverture. La liste avec les hôpitaux ECOPLAN est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée ou demandée en tout temps auprès de la caisse.

8.4. Traitement dans un autre hôpital

Si la personne assurée se fait soigner dans un hôpital non reconnu par ECOPLAN, sauf dans les cas exceptionnels énumérés à titre exhaustif, l'ensemble des coûts va à la charge de la personne assurée.

Les cas d'urgence et les traitements nécessaires pour des raisons médicales dans un hôpital non reconnu par ECOPLAN sont couverts dans le cadre de l'assurance COMBI, ceci indépendamment du fournisseur de prestations choisi. Cas d'urgence exceptés, cette prestation n'est toutefois servie que si une demande préalable a été adressée à la caisse. Le contrôle de l'indication médicale par le médecin-conseil demeure réservé.

9. Franchise à option dans COMBI Demi-privé, Privé et Global

9.1. Généralités

Moyennant une réduction correspondante des primes dans COMBI Demi-privé, Privé et Global, les adultes peuvent opter pour une franchise en cas de traitements hospitaliers.

La franchise à option est perçue sous forme d'un montant fixe par année civile.

La franchise n'est pas perçue lorsque la personne assurée se fait hospitaliser en division commune (chambre à plusieurs lits) d'un hôpital suisse pour soins aigus avec tarif reconnu.

La moitié de la franchise n'est pas due lorsque la personne assurée dans COMBI Privé ou Global se fait hospitaliser en division demi-privée (chambre à deux lits) d'un hôpital suisse pour soins aigus avec tarif reconnu.

La participation aux coûts n'est également pas due lorsque des indemnités forfaitaires sont servies par COMBI conformément aux présentes conditions d'assurance. En sont exceptées les prestations assurées par COMBI à l'étranger. Une participation aux coûts correspondante est perçue sur ces prestations.

9.2. Changement / résiliation de la franchise

Le passage d'une franchise plus basse à une franchise plus élevée ne peut avoir lieu que pour le début d'une année civile.

La suppression ou le passage à une franchise moins élevée sont possibles un an au plus tôt après l'adhésion à la variante avec franchise à option, pour la fin d'une année civile et moyennant un préavis de trois mois. La suppression et le passage à une franchise moins élevée sont considérés comme proposition d'un nouveau contrat d'assurance.

9.3. Montant des franchises

Les assurés au bénéfice d'une COMBI Demi-privé, Privé et Global peuvent choisir parmi les franchises ci-après en cas de traitements hospitaliers:

CHF 2'000.- par année civile

CHF 5'000.- par année civile

La franchise peut être adaptée à l'évolution des coûts.

La participation légale aux coûts de l'assurance de BASE est perçue en sus.

10. Participation aux frais dans COMBI Flex

10.1. Etendue de la participation aux frais

En souscrivant la classe COMBI Flex, la personne assurée peut choisir elle-même la division avant l'admission dans l'hôpital. Le choix de la division correspondante détermine en même temps le montant de la participation aux frais.

En cas de traitement hospitalier, la participation aux frais suivante est perçue par année civile sur les prestations de la classe COMBI Flex en fonction de la division choisie:

Traitement en:	Participation aux frais pour les prestations servies par COMBI Flex:
Division commune:	aucune
Division commune Confort Chambre à 2 lits:	10% jusqu'à concurrence de CHF 200.- par année civile
Division commune Confort Chambre à 1 lit:	10% jusqu'à concurrence de CHF 200.- par année civile
Division demi-privée:	15% jusqu'à concurrence de CHF 1'500.- par année civile
Division privée:	25% jusqu'à concurrence de CHF 4'500.- par année civile

Cette participation aux frais est également perçue en cas de maternité.

La participation aux frais tombe lorsque COMBI verse des indemnités forfaitaires conformément aux présentes conditions d'assurance. En sont exclues les prestations assurées de COMBI à l'étranger. Une participation aux frais correspondante est perçue sur ces prestations.

La participation aux frais peut être adaptée à l'évolution des coûts.

La participation légale aux coûts de l'assurance de BASE est perçue en sus.

10.2. Montant maximal de la participation aux frais pour familles

Lorsque deux ou plusieurs personnes vivant dans le même ménage sont assurées dans la classe COMBI Flex, le remboursement des participations aux frais excédant le montant de CHF 4'500.- par année civile peut être demandé.

ÖKK FAMILY

ÖKK Versicherungen AG, Edition 1.1.2008

Sommaire

1. Bases de l'assurance

- 1.1. But
- 1.2. Dispositions communes
- 1.3. Conclusion de l'assurance
- 1.4. Condition régissant les prestations
- 1.5. Division hospitalière

2. Traitement ambulatoire

- 2.1. Traitement médical hors du lieu de résidence et de travail
- 2.2. Participation aux coûts
- 2.3. Durée des prestations
- 2.4. Psychothérapie non médicale
 - 2.4.1. Etendue des prestations
 - 2.4.2. Condition régissant les prestations
- 2.5. Station thermale

3. Traitement hospitalier

- 3.1. Traitement en milieu hospitalier
 - 3.1.1. Condition régissant les prestations
 - 3.1.2. Etendue des prestations
 - 3.1.3. Traitement dans une division d'hôpital supérieure
 - 3.1.4. Traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste
- 3.2. Réadaptation en milieu hospitalier
- 3.3. Clinique psychiatrique
- 3.4. Cas d'urgence à l'étranger
- 3.5. Cures
 - 3.5.1. Cure de convalescence
 - 3.5.2. Cure balnéaire
 - 3.5.3. Autres cures
 - 3.5.4. Procédure en cas de séjour de cure
- 3.6. Aide familiale
 - 3.6.1. En général
 - 3.6.2. Etendue des prestations
 - 3.6.3. Fournisseurs de prestations
- 3.7. Service de garde des enfants
 - 3.7.1. En général
 - 3.7.2. Condition régissant les prestations
 - 3.7.3. Etendue des prestations
- 3.8. Rooming-in

4. Maternité

- 4.1. Frais de traitement hospitalier
- 4.2. Chambre à deux lits ou chambre familiale
- 4.3. Accouchement dans une maison de naissance
- 4.4. Aide familiale après l'accouchement
 - 4.4.1. En général
 - 4.4.2. Etendue des prestations en cas d'accouchement à l'hôpital
 - 4.4.3. Etendue des prestations en cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile
- 4.5. Préparation à l'accouchement
- 4.6. Indemnité d'allaitement

5. Prévention

- 5.1. Check-up
- 5.2. Examen gynécologique préventif
- 5.3. Compte santé
 - 5.3.1. Etendue des prestations
 - 5.3.2. Condition régissant les prestations

6. Moyens auxiliaires

- 6.1. Aides visuelles
- 6.2. Autres moyens auxiliaires

7. Traitement dentaire

- 7.1. Dents de sagesse
- 7.2. Prestation supplémentaire pour enfants et adolescents
- 7.3. Prestations des collectivités publiques
- 7.4. Fournisseurs de prestations et tarif
- 7.5. Traitement à l'étranger

8. Médecine alternative

9. Médicaments et remèdes

- 9.1. Médicaments hors liste
- 9.2. Remèdes naturels

10. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

- 10.1. Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence
 - 10.1.1. Etendue des prestations
 - 10.1.2. Participation
 - 10.1.3. Prestations de tiers
- 10.2. Actions de recherche
- 10.3. Frais de déplacement

11. Variante CASAMED

- 11.1. En général
- 11.2. Principe du médecin de famille
- 11.3. Exceptions du principe du médecin de famille
- 11.4. Hôpitaux
- 11.5. Autres personnes qualifiées
- 11.6. Mesures préventives, médecine alternative, médicaments hors liste, remèdes
- 11.7. Autres fournisseurs de prestations
- 11.8. Cas d'urgence
- 11.9. Prestations exclues, exclusion de la variante CASAMED
 - 11.9.1. Prestations exclues
 - 11.9.2. Exclusion de la variante CASAMED
- 11.10. Règlement des prestations
 - 11.10.1. Décompte forfaitaire
 - 11.10.2. Prestation ordonnée

1. Bases de l'assurance

1.1. But

ÖKK FAMILY alloue des prestations pour des traitements ambulatoires et hospitaliers ainsi que pour les cas d'urgence à l'étranger. ÖKK FAMILY alloue des prestations pour des traitements médicaux hors du lieu de résidence ou de travail, des mesures préventives, des moyens auxiliaires, des traitements dentaires, des méthodes curatives et thérapeutiques de la médecine alternative, des frais de transport, des actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, des médicaments hors liste, des remèdes naturels et verse une indemnité d'allaitement.

ÖKK FAMILY prend en charge les frais non couverts pour des traitements en milieu hospitalier en cas de maladie, d'accident et de maternité, sert des contributions aux frais de cure et d'aide extra-hospitalière.

Les prestations de ÖKK FAMILY sont allouées subsidiairement à toutes les autres catégories d'assurance selon la LCA, souscrites auprès de ÖKK.

ÖKK FAMILY alloue les prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins (assurance de BASE). Tout au plus la part non couverte par une assurance sociale (y compris l'assurance de BASE auprès d'un autre assureur) sera prise en charge sur la totalité des frais.

1.2. Dispositions communes

Les dispositions communes des ÖKK Versicherungen AG font partie intégrante des Conditions générales d'assurance (CGA) de ÖKK FAMILY. En cas de divergences, les présentes CGA priment les dispositions communes.

1.3. Conclusion de l'assurance

L'assurance ÖKK FAMILY peut être conclue jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

1.4. Condition régissant les prestations

ÖKK FAMILY ne sert des prestations que si le traitement s'impose pour des raisons médicales et s'il est effectué par des personnes reconnues pour cela par ÖKK.

En cas de traitement hospitalier, ÖKK FAMILY sert des prestations lorsque le traitement a lieu dans un établissement hospitalier selon l'art. 39 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

1.5. Division hospitalière

Est assurée la division commune d'un établissement hospitalier avec tarif reconnu dans toute la Suisse.

Sont réputées établissements hospitaliers avec tarif reconnu les cliniques avec lesquelles ÖKK a conclu des accords sur la fixation de tarifs, ou les cliniques qui, sans avoir adhéré à l'accord, s'en tiennent à ces tarifs.

Lorsqu'un établissement hospitalier ne connaît pas de division commune, ÖKK FAMILY sert des tarifs maximaux qui sont fixés en fonction des tarifs et des accords passés avec un établissement hospitalier comparable, sis dans la région de domicile de la personne assurée, avec tarif reconnu.

2. Traitement ambulatoire

2.1. Traitement médical hors du lieu de résidence et de travail

ÖKK FAMILY prend en charge subsidiairement aux prestations de l'assurance de BASE les traitements appliqués par des médecins de caisse admis selon la LAMal et s'effectuant hors du lieu de résidence ou de travail de la personne assurée, au tarif LAMal applicable au lieu de traitement.

2.2. Participation aux coûts

Dans la mesure où les présentes CGA ne prévoient pas de réglementation contraire, une participation de 10% est perçue.

2.3. Durée des prestations

Dans la mesure où les présentes CGA ne prévoient pas de réglementation contraire, les prestations sont versées sans limite de durée.

2.4. Psychothérapie non médicale

2.4.1. Etendue des prestations

En cas de traitement de maladies psychiques par des psychothérapeutes qualifiés mais non-médecins, qui sont au bénéfice d'une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant, ÖKK FAMILY prend en charge le 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000.- par année civile.

2.4.2. Condition régissant les prestations

ÖKK FAMILY alloue les prestations après acceptation de la demande de garantie de prise en charge par le médecin-conseil. ÖKK FAMILY n'accorde aucune prestation pour les psychothérapies pratiquées en vue de la réalisation de soi-même, du développement de la personnalité ou à des fins d'études, de même que pour un traitement parallèle chez un autre psychologue ou psychiatre.

2.5. Station thermale

Pour la fréquentation d'une station thermale ordonnée par un médecin, ÖKK FAMILY prend en charge le 50% des frais de 12 entrées au maximum par année civile.

3. Traitement hospitalier

3.1. Traitement en milieu hospitalier

3.1.1. Condition régissant les prestations

ÖKK FAMILY alloue les prestations dans la mesure où la personne assurée nécessite des soins hospitaliers au sens de l'assurance de BASE.

3.1.2. Etendue des prestations

ÖKK FAMILY prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance de BASE, les frais d'hospitalisation en division commune.

3.1.3. Traitement dans une division d'hôpital supérieure

Lorsque le traitement a lieu dans une division supérieure à la division commune, ÖKK FAMILY couvre tout au plus les coûts qui auraient été occasionnés en division commune. Lorsque ces frais ne peuvent pas être établis, ÖKK FAMILY verse un forfait jusqu'à CHF 30.- par jour.

3.1.4. Traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste
Lorsque le traitement a lieu dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux, ÖKK FAMILY alloue jusqu'à CHF 30.- par jour.

3.2. Réadaptation en milieu hospitalier

Lorsque le traitement médical a lieu dans un sanatorium polyvalent reconnu par ÖKK ou respectivement dans une division ou une clinique de réadaptation médicale, ÖKK FAMILY accorde, jusqu'à 60 jours, la pleine couverture des coûts en division commune.

3.3. Clinique psychiatrique

En cas de séjour hospitalier dans une clinique psychiatrique, en cas de traitement psychiatrique dans un hôpital pour soins aigus ou dans une clinique spécialisée, ÖKK FAMILY accorde, jusqu'à 90 jours, la pleine couverture des coûts en division commune. La prestation est allouée une fois par période de trois années civiles.

3.4. Cas d'urgence à l'étranger

ÖKK FAMILY prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance de BASE, les frais occasionnés par le traitement hospitalier d'urgence dans un hôpital pendant un séjour temporaire à l'étranger jusqu'à concurrence de la couverture intégrale des coûts en division commune. La prestation est allouée tant qu'un transport à domicile ne peut pas être envisagé pour des raisons médicales, mais tout au plus pendant une année. Une demande de garantie de prise en charge doit être présentée immédiatement à ÖKK, mais au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'entrée à l'hôpital.

3.5. Cures

3.5.1. Cure de convalescence

Pour une cure de convalescence ordonnée par un médecin immédiatement après un séjour hospitalier comme malade aigu, ÖKK FAMILY verse CHF 40.- par jour jusqu'à 21 jours par année civile. Il y a un libre choix parmi les établissements de cure, dirigés par un médecin et reconnus par ÖKK.

3.5.2. Cure balnéaire

ÖKK FAMILY verse CHF 10.- par jour jusqu'à 21 jours par année civile.

Il y a un libre choix parmi les établissements de cure balnéaire, dirigés par un médecin et reconnus par ÖKK.

ÖKK peut demander un examen d'entrée par le médecin de cure et un contrôle final avec rapport final au médecin prescripteur.

3.5.3. Autres cures

Sur proposition du médecin-conseil, ÖKK FAMILY peut, en présence d'une indication médicale spéciale, allouer un forfait pour d'autres cures ordonnées par un médecin jusqu'à concurrence du montant de la contribution de cure balnéaire.

3.5.4. Procédure en cas de séjour de cure

L'ordonnance médicale pour un séjour de cure doit être présentée à ÖKK deux semaines avant le début de la cure et doit contenir le diagnostic.

En cas d'interruption d'une cure, les frais partiels de cure ne peuvent être pris en charge que si l'interruption était due à une maladie ou à d'autres raisons impératives et si elle est justifiée par un certificat établi par le médecin de cure.

3.6. Aide familiale

3.6.1. En général

Si, en cas de maladie ou d'accident, un séjour hospitalier peut être évité ou si la durée d'hospitalisation peut être réduite, ÖKK FAMILY verse, sur prescription médicale, des contributions pour les aides familiales extrahospitalières, dans la mesure où les circonstances domestiques et familiales l'exigent.

3.6.2. Etendue des prestations

Pour les coûts d'une aide familiale reconnue, ÖKK FAMILY alloue jusqu'à CHF 50.- par jour, mais au maximum CHF 1'000.- par année civile. La prestation est également servie en l'absence d'une convention entre le fournisseur de prestations et ÖKK.

Si la personne assurée a la charge d'un enfant, ÖKK FAMILY alloue jusqu'à CHF 100.- par jour, mais au maximum CHF 2'000.- par année civile.

Aucune prestation n'est servie en cas de séjour dans un établissement médico-social.

3.6.3. Fournisseurs de prestations

Est reconnue comme aide familiale toute personne qui, à titre professionnel, pour son propre compte ou pour une organisation d'aide extrahospitalière reconnue par ÖKK sur la base d'une convention, tient le ménage en lieu et place de la personne assurée.

La prestation est également servie lorsque l'aide est fournie par des proches parents de la personne assurée et si les proches parents subissent de ce fait une perte de gain prouvable ou s'ils peuvent justifier des frais de déplacement d'un montant correspondant.

3.7. Service de garde des enfants

3.7.1. En général

ÖKK FAMILY verse des contributions pour le service d'assistance et de soins fourni aux enfants jusqu'à l'âge de 12 ans révolus.

Une réglementation conventionnelle entre ÖKK et une organisation de garde d'enfants reconnue par ÖKK en est la condition.

3.7.2. Condition régissant les prestations

La prestation est allouée si, par suite d'une maladie aiguë ou d'un accident, l'enfant requiert une assistance ou des soins. L'octroi des prestations est limité au personnel qualifié et mandaté de l'organisation reconnue par ÖKK.

Ont droit aux prestations les enfants, dont la ou les personnes investies de l'autorité parentale exercent une activité lucrative durant la période de garde.

3.7.3. Etendue des prestations

Pour le service d'assistance et de soins, ÖKK FAMILY alloue jusqu'à CHF 30.- par heure, mais au maximum CHF 600.- par année civile.

3.8. Rooming-in

Lorsqu'un petit enfant est soigné en milieu hospitalier, ÖKK FAMILY prend en charge, dans le cadre de l'assurance de l'enfant, le 90 % des frais de séjour de l'un des parents dans la chambre de l'enfant jusqu'à concurrence de CHF 100.- par jour.

Lorsque l'un des parents est soigné en milieu hospitalier, ÖKK FAMILY prend en charge, dans le cadre de l'assurance de ce parent,

le 90% des frais de séjour du petit enfant dans la chambre de ce parent jusqu'à concurrence de CHF 100.- par jour.

4. Maternité

4.1. Frais de traitement hospitalier

ÖKK FAMILY couvre les frais non couverts par l'assurance de BASE d'un accouchement à l'hôpital en division commune.

Si le nouveau-né n'est pas au bénéfice d'une propre assurance correspondante, ÖKK FAMILY de la mère prend en charge les frais hospitaliers non couverts de l'enfant en division commune.

4.2. Chambre à deux lits ou chambre familiale

En cas d'accouchement dans un hôpital public, ÖKK FAMILY prend en charge, sur demande de la personne assurée, les coûts supplémentaires d'une chambre à deux lits ou d'une chambre familiale dans la mesure où elles sont disponibles.

Les prestations médicales et les frais de traitement sont assurés au tarif de la division commune.

4.3. Accouchement dans une maison de naissance

En cas d'accouchement dans une maison de naissance reconnue par ÖKK et ne figurant pas sur une liste des hôpitaux d'un canton, ÖKK FAMILY prend en charge le 90% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000.- par accouchement.

4.4. Aide familiale après l'accouchement

4.4.1. En général

ÖKK FAMILY verse des contributions aux frais d'aide familiale ordonnée par un médecin et fournie par du personnel reconnu par ÖKK. Les contributions sont versées en lieu et place des prestations extrahospitalières prévues au chiffre 3.6.

Les contributions sont également versées lorsque l'aide est fournie par des proches parents de la personne assurée et si les proches parents subissent de ce fait une perte de gain prouvable.

4.4.2. Etendue des prestations en cas d'accouchement à l'hôpital
Consécutivement à un accouchement à l'hôpital, ÖKK FAMILY alloue jusqu'à CHF 100.- par jour, mais au maximum CHF 700.- par année civile.

4.4.3. Etendue des prestations en cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile

Consécutivement à un accouchement ambulatoire ou à domicile, ÖKK FAMILY alloue jusqu'à CHF 100.- par jour, mais au maximum CHF 1'200.- par année civile.

4.5. Préparation à l'accouchement

ÖKK FAMILY alloue jusqu'à CHF 200.- par grossesse pour les frais d'un cours de préparation à l'accouchement (y compris la gymnastique pré- et postnatale), si le cours est dispensé par une personne qualifiée.

4.6. Indemnité d'allaitement

ÖKK FAMILY alloue une indemnité d'allaitement de CHF 250.-. L'indemnité d'allaitement est versée lorsque la mère assurée allaite son enfant pendant dix semaines.

5. Prévention

5.1. Check-up

ÖKK FAMILY prend en charge le 90% des coûts d'un check-up jusqu'à concurrence de CHF 300.- dans la mesure où aucune prestation de l'assurance de BASE n'a été servie au cours des deux années civiles pré-cédentes.

5.2. Examen gynécologique préventif

ÖKK FAMILY prend en charge les coûts d'un examen gynécologique préventif par année civile au tarif LA-Mal, dans la mesure où aucune prestation de l'assurance de BASE n'est servie au cours de cette année civile.

5.3. Compte santé

5.3.1. Etendue des prestations

Pour les mesures de prévention sélectionnées dans les domaines de la famille, de l'alimentation, du mouvement et autre prévention, désignés par ÖKK, ÖKK FAMILY prend en charge le 50% des coûts par domaine jusqu'à concurrence de CHF 200.- par année civile.

La contribution allouée par ÖKK FAMILY pour les différentes mesures de prévention reconnues peut être limitée.

Si la personne assurée recourt, durant une année, à plusieurs mesures de prévention de différents domaines, ÖKK FAMILY alloue jusqu'à CHF 500.- par année civile.

5.3.2. Condition régissant les prestations

Les mesures de prévention et les cours doivent être reconnus par ÖKK.

6. Moyens auxiliaires

6.1. Aides visuelles

Pour les coûts de verres de lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue, ÖKK FAMILY alloue jusqu'à CHF 200.- par année civile.

6.2. Autres moyens auxiliaires

Pour un moyen auxiliaire nécessaire et adapté à l'état de santé, pour lequel aucune prestation n'est allouée dans le cadre de l'assurance de BASE, ÖKK FAMILY peut prendre en charge, sur ordonnance médicale, le 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 250.- par année civile. La prestation est servie pour des moyens auxiliaires qui améliorent l'usage de fonctions corporelles restreintes, sont économiques et correspondent à l'état de la recherche médicale. ÖKK désigne les moyens auxiliaires reconnus.

Ne sont pas assurés les coûts occasionnés par l'utilisation, l'entretien et la réparation de ces moyens auxiliaires.

7. Traitement dentaire

7.1. Dents de sagesse

ÖKK FAMILY prend en charge les frais d'extraction de dents de sagesse. Lorsque le traitement a lieu en milieu hospitalier, les coûts sont pris en charge jusqu'à concurrence des tarifs conventionnels de la division commune dans le canton de domicile.

7.2. Prestation supplémentaire pour enfants et adolescents

ÖKK FAMILY paie en plus pour les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 25 ans:

- les frais d'un examen de contrôle, y compris les radiographies, jusqu'à concurrence d'un montant de CHF 60.- par année civile, dans la mesure où aucun traitement dentaire (conservateur, prothétique, etc.) ne doit être effectué en même temps,
- 70% des coûts de traitements d'orthopédie dento-faciale selon tarif reconnu.

La prestation pour les traitements d'orthopédie dento-faciale est versée après une durée d'assurance d'au moins trois ans (délai d'attente). Le délai d'attente peut être raccourci ou supprimé si l'un des parents au moins est au bénéfice d'une assurance équivalente auprès de ÖKK. ÖKK renonce à un délai d'attente lorsqu'une assurance préalable équivalente existe au moment de la conclusion du contrat et si l'un des parents au moins est assuré auprès d'ÖKK. Les prestations touchées auprès d'anciens assureurs sont imputées sur la prestation.

7.3. Prestations des collectivités publiques

ÖKK FAMILY impute les prestations des cantons et des communes. ÖKK FAMILY verse les prestations à titre subsidiaire.

7.4. Fournisseurs de prestations et tarif

ÖKK FAMILY alloue les prestations sur la base du tarif valable pour les soins dentaires selon la LAMal. Si le médecin-dentiste applique un tarif plus élevé, la différence va à la charge de la personne assurée.

Sont réputés médecins-dentistes les titulaires du diplôme fédéral correspondant ou d'un diplôme équivalent ou les dentistes au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exercer la profession sur la base d'un certificat scientifique.

7.5. Traitement à l'étranger

ÖKK FAMILY sert également des prestations lorsque le traitement est effectué dans un pays limitrophe de la Suisse. Sont considérés comme pays limitrophes les pays qui ont une frontière commune avec la Suisse.

8. Médecine alternative

ÖKK FAMILY alloue des prestations pour les traitements de la médecine alternative.

ÖKK FAMILY prend en charge le 70% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 10'000.- par année civile lorsque tant la méthode thérapeutique que le thérapeute ou le naturopathe sont reconnus par ÖKK.

ÖKK désigne les formes thérapeutiques reconnues et les thérapeutes reconnus. La liste des formes thérapeutiques est adaptée et complétée au fur et à mesure. Elle peut être consultée auprès de ÖKK.

Pour d'autres traitements de la médecine alternative appliqués par des personnes qualifiées, ÖKK FAMILY prend en charge le 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000.- par année civile.

ÖKK FAMILY ne sert aucune prestation pour les formes thérapeutiques et les traitements effectués par des thérapeutes qui figurent sur la liste négative de ÖKK.

Si le traitement de la médecine alternative est appliqué dans un pays limitrophe à la Suisse, il est assuré aux mêmes conditions. L'examen de l'indication médicale et de la qualification des médecins et thérapeutes par le médecin-conseil demeure réservé. Les

prestations peuvent être soumises à la condition qu'aucun traitement parallèle de la médecine alternative sans bénéfice supplémentaire ne soit appliqué en même temps.

9. Médicaments et remèdes

9.1. Médicaments hors liste

ÖKK FAMILY prend en charge le 90% des frais de médicaments qui ne figurent pas sur la liste des médicaments avec tarif (LMT), la liste des spécialités (LS) selon la LAMal ou la liste négative de ÖKK.

9.2. Remèdes naturels

ÖKK FAMILY prend en charge le 90% des frais de remèdes phytothérapeutiques, homéopathiques et anthroposophiques ainsi que des oligo-éléments, pour autant que ceux-ci ne soient pas couverts par l'assurance de BASE et qu'ils ne figurent pas sur la liste négative de ÖKK.

10. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

10.1. Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

10.1.1. Etendue des prestations

ÖKK FAMILY verse pour les frais

- de transports d'urgence médicalement nécessaires dans un moyen de transport adéquat vers l'hôpital approprié le plus proche,
- du transport de retour dans un hôpital approprié sis dans le canton de domicile de la personne assurée en vue du traitement hospitalier,
- d'actions de sauvetage et de dégagement

au total jusqu'à concurrence de CHF 50'000.- par année civile.

Les transports dans des aéronefs ne sont pris en charge que dans la mesure où ils sont de toute nécessité sur le plan médical ou technique.

10.1.2. Participation

La personne assurée doit assumer un montant de CHF 100.- par cas à titre de participation.

10.1.3. Prestations de tiers

Lorsque la qualité de membre (donateur) existe auprès d'une garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire, ÖKK FAMILY intervient si aucune prestation n'est servie par ces organisations. Demeurent réservés les accords contractuels contraires.

10.2. Actions de recherche

En sus des frais de sauvetage ou de dégagement, ÖKK FAMILY alloue jusqu'à CHF 20'000.- par année civile pour des actions de recherche.

10.3. Frais de déplacement

ÖKK FAMILY prend en charge le 90%, jusqu'à CHF 100.- par année civile, des frais qui, durant un traitement médical régulier hors du lieu de résidence, sont occasionnés par l'utilisation des transports

publics entre le lieu de résidence et le lieu de traitement. L'octroi des prestations est soumis à la condition que le traitement ne puisse pas être appliqué au lieu de résidence ou dans les environs proches.

11. Variante CASAMED

11.1. En général

Pour les personnes assurées auprès de ÖKK dans la variante CASAMED de l'assurance de BASE, les dispositions complémentaires suivantes sont applicables.

11.2. Principe du médecin de famille

ÖKK FAMILY alloue les prestations selon le principe du médecin de famille. Les prestations doivent être fournies, prescrites ou ordonnées par le médecin de famille CASAMED auprès duquel la personne assurée est inscrite.

Les institutions de télémédecine peuvent être reconnues par ÖKK comme médecins de famille CASAMED.

11.3. Exceptions du principe du médecin de famille

ÖKK FAMILY verse des contributions aux coûts de traitements de routine chez des ophtalmologues, des gynécologues et des pédiatres sans consultation du médecin CASAMED. Si ces médecins ordonnent et effectuent d'autres traitements ou des opérations, le médecin CASAMED doit être consulté.

ÖKK FAMILY verse des contributions aux coûts de traitements de la médecine alternative, de mesures de prévention dans le cadre du compte santé, de la préparation à l'accouchement, des indemnités d'allaitement, de transport, de recherche, de sauvetage et de dégagement ainsi que des examens de contrôle dentaire sans consultation du médecin de famille CASAMED.

11.4. Hôpitaux

ÖKK peut désigner les hôpitaux auxquels l'assistance médicale des assurés CASAMED est confiée à titre exclusif.

11.5. Autres personnes qualifiées

En lieu et place du médecin de famille CASAMED, ÖKK peut désigner d'autres personnes qualifiées qui fournissent, prescrivent ou ordonnent des prestations.

11.6. Mesures préventives, médecine alternative, médicaments hors liste, remèdes

ÖKK peut autoriser les médecins de famille CASAMED ou les personnes qualifiées désignées à fournir, à prescrire ou à ordonner des mesures préventives, des traitements de la médecine alternative, des médicaments hors liste ou remèdes naturels autres que ceux et celles qu'elle a déterminés.

11.7. Autres fournisseurs de prestations

ÖKK peut désigner d'autres fournisseurs de prestations, notamment des pharmacies, thérapeutes, magasins spécialisés en articles sanitaires ou fournisseurs de prestations similaires, auxquels l'assistance médicale ou la prise en charge des assurés CASAMED sont confiées à titre exclusif.

11.8. Cas d'urgence

ÖKK FAMILY couvre les cas d'urgence indépendamment du principe du médecin de famille. Le contrôle de l'indication médicale par le médecin-conseil demeure réservé.

11.9. Prestations exclues, exclusion de la variante CASAMED

11.9.1. Prestations exclues

Si, en dehors des cas exceptionnels énumérés à titre exhaustif, la personne assurée se rend pour un traitement chez un fournisseur de prestations autre que ceux auxquels s'étend son libre choix, tous les frais vont à sa charge.

11.9.2. Exclusion de la variante CASAMED

En cas de violation répétée des conditions fixées, ÖKK peut transférer la personne assurée de la variante CASAMED dans la variante d'assurance ordinaire.

11.10. Règlement des prestations

11.10.1. Décompte forfaitaire

ÖKK peut convenir avec le médecin de famille CASAMED que les prestations sont indemnisées sous forme d'un forfait.

11.10.2. Prestation ordonnée

S'agissant de prestations ordonnées, ÖKK peut demander à la personne assurée ou au médecin de famille CASAMED avant le versement des prestations qu'elle ou il apporte la preuve que la prestation a été fournie selon le principe du médecin de famille.

ÖKK FAMILY FLEX

ÖKK Versicherungen AG, Edition 1.1.2009

Sommaire

1. Bases de l'assurance

- 1.1. But
- 1.2. Dispositions communes
- 1.3. Conclusion de l'assurance
- 1.4. Condition régissant les prestations

2. Traitement ambulatoire

- 2.1. Traitement médical hors du lieu de résidence et de travail
- 2.2. Psychothérapie non médicale
 - 2.2.1. Etendue des prestations
 - 2.2.2. Condition régissant les prestations
- 2.3. Station thermale

3. Traitement hospitalier

- 3.1. Traitement en milieu hospitalier
 - 3.1.1. Condition régissant les prestations
 - 3.1.2. Etendue des prestations
 - 3.1.3. Division assurée et participation aux frais
- 3.2. Réadaptation en milieu hospitalier
- 3.3. Clinique psychiatrique
- 3.4. Cas d'urgence à l'étranger
- 3.5. Cures
 - 3.5.1. Cure de convalescence
 - 3.5.2. Cure balnéaire
 - 3.5.3. Autres cures
 - 3.5.4. Procédure en cas de séjour de cure
- 3.6. Aide familiale
 - 3.6.1. En général
 - 3.6.2. Etendue des prestations
 - 3.6.3. Fournisseurs de prestations
- 3.7. Service de garde des enfants
 - 3.7.1. En général
 - 3.7.2. Condition régissant les prestations
 - 3.7.3. Etendue des prestations
- 3.8. Rooming-in

4. Maternité

- 4.1. Frais de traitement hospitalier
- 4.2. Accouchement dans une maison de naissance
- 4.3. Aide familiale après l'accouchement
 - 4.3.1. En général
 - 4.3.2. Etendue des prestations en cas d'accouchement à l'hôpital
 - 4.3.3. Etendue des prestations en cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile
- 4.4. Préparation à l'accouchement
- 4.5. Indemnité d'allaitement

5. Prévention

- 5.1. Check-up
- 5.2. Examen gynécologique préventif

- 5.3. Compte «santé»
 - 5.3.1. Etendue des prestations
 - 5.3.2. Condition régissant les prestations

6. Moyens auxiliaires

- 6.1. Aides visuelles
- 6.2. Autres moyens auxiliaires

7. Traitement dentaire

- 7.1. Dents de sagesse
- 7.2. Prestation supplémentaire pour enfants et adolescents
- 7.3. Prestations des collectivités publiques
- 7.4. Fournisseurs de prestations et tarif
- 7.5. Traitement à l'étranger

8. Médecine alternative

9. Médicaments et remèdes

- 9.1. Médicaments hors liste
- 9.2. Remèdes naturels

10. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

- 10.1. Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence
 - 10.1.1. Etendue des prestations
 - 10.1.2. Participation
 - 10.1.3. Prestations de tiers
- 10.2. Actions de recherche
- 10.3. Frais de déplacement

11. Variante CASAMED

- 11.1. En général
- 11.2. Principe du médecin de famille
- 11.3. Exceptions du principe du médecin de famille
- 11.4. Hôpitaux
- 11.5. Autres personnes qualifiées
- 11.6. Mesures préventives, médecine alternative, médicaments hors liste, remèdes
- 11.7. Autres fournisseurs de prestations
- 11.8. Cas d'urgence
- 11.9. Prestations exclues, exclusion de la variante CASAMED
 - 11.9.1. Prestations exclues
 - 11.9.2. Exclusion de la variante CASAMED
- 11.10. Règlement des prestations
 - 11.10.1. Décompte forfaitaire
 - 11.10.2. Prestation ordonnée

Lorsque les présentes CGA n'utilisent pas expressément la forme féminine, la forme masculine est également valable pour les femmes.

1. Bases de l'assurance

1.1. But

ÖKK FAMILY FLEX alloue des prestations pour des traitements ambulatoires et hospitaliers en cas de maladie, d'accident et de maternité ainsi que pour les cas d'urgence à l'étranger.

ÖKK FAMILY FLEX alloue des prestations pour des traitements médicaux hors du lieu de résidence ou de travail, des mesures préventives, des moyens auxiliaires, des traitements dentaires, des méthodes curatives et thérapeutiques de la médecine alternative, des frais de transport, des actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, des médicaments hors liste, des remèdes naturels, des cures et l'aide extra-hospitalière et verse une indemnité d'allaitement.

ÖKK FAMILY FLEX alloue les prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins (assurance de BASE). Tout au plus la part non couverte par une assurance sociale (y compris l'assurance de BASE auprès d'un autre assureur) sera prise en charge sur la totalité des frais.

Les prestations de ÖKK FAMILY FLEX sont allouées préalablement à toutes les autres catégories d'assurance selon la LCA, souscrites auprès de ÖKK. Les participations sont déduites dans chaque catégorie d'assurance.

1.2. Dispositions communes

Les dispositions communes des ÖKK Versicherungen AG font partie intégrante des Conditions générales d'assurance (CGA) de ÖKK FAMILY FLEX. En cas de divergences, les présentes CGA priment les dispositions communes.

1.3. Conclusion de l'assurance

L'assurance ÖKK FAMILY FLEX peut être conclue jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

1.4. Condition régissant les prestations

ÖKK FAMILY FLEX sert des prestations si le traitement s'impose pour des raisons médicales et s'il est effectué par des personnes reconnues pour cela par ÖKK.

En cas de traitement hospitalier, ÖKK FAMILY FLEX sert des prestations lorsque le traitement a lieu dans un établissement hospitalier selon l'art. 39 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Sont réputées établissements hospitaliers avec tarif reconnu les cliniques avec lesquelles ÖKK a conclu des accords sur la fixation de tarifs, ou les cliniques qui, sans avoir adhéré à l'accord, s'en tiennent à ces tarifs.

2. Traitement ambulatoire

2.1. Traitement médical hors du lieu de résidence et de travail

ÖKK FAMILY FLEX prend en charge subsidiairement aux prestations de l'assurance de BASE les traitements appliqués par des médecins de caisse admis selon la LAMal et s'effectuant hors du lieu de résidence ou de travail de la personne assurée, au tarif LAMal applicable au lieu de traitement.

2.2. Psychothérapie non médicale

2.2.1. Etendue des prestations

En cas de traitement de maladies psychiques par des psychothé-

rapeutes qualifiés mais non-médecins, qui sont au bénéfice d'une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant, ÖKK FAMILY FLEX prend en charge le 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000 par année civile.

2.2.2. Condition régissant les prestations

ÖKK FAMILY FLEX alloue les prestations après acceptation de la demande de garantie de prise en charge par le médecin-conseil.

ÖKK FAMILY FLEX n'accorde aucune prestation pour les psychothérapies pratiquées en vue de la réalisation de soi-même, du développement de la personnalité ou à des fins d'études, de même que pour un traitement parallèle chez un autre psychologue ou psychiatre.

2.3. Station thermale

Pour la fréquentation d'une station thermale ordonnée par un médecin, ÖKK FAMILY FLEX prend en charge le 50% des frais de 12 entrées au maximum par année civile.

3. Traitement hospitalier

3.1. Traitement en milieu hospitalier

3.1.1. Condition régissant les prestations

ÖKK FAMILY FLEX alloue les prestations dans la mesure où la personne assurée nécessite des soins hospitaliers au sens de l'assurance de BASE.

3.1.2. Etendue des prestations

ÖKK FAMILY FLEX prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance de BASE, les frais d'hospitalisation.

La participation aux coûts de l'assurance de BASE est perçue.

La personne assurée choisit avant l'entrée à l'hôpital la division avec la participation aux frais correspondante.

3.1.3. Division assurée et participation aux frais

La personne assurée peut choisir parmi les divisions suivantes:

Division	Participation aux frais
Division commune:	aucune
Division commune Confort Chambre à 2 lits:	10% jusqu'à concurrence de CHF 200 par année civile
Division commune Confort Chambre à 1 lit:	10% jusqu'à concurrence de CHF 200 par année civile
Division demi-privée:	15% jusqu'à concurrence de CHF 1'500 par année civile

En cas d'accouchement, la participation aux frais n'est pas perçue en division commune de tous les hôpitaux reconnus par ÖKK, selon liste.

Pour les familles dont les membres vivent dans le même ménage, la participation aux frais est limitée à CHF 3'000 par année civile. La participation aux frais peut être adaptée à l'évolution des coûts.

3.2. Réadaptation en milieu hospitalier

Lorsque le traitement médical a lieu dans un sanatorium polyvalent reconnu par ÖKK ou respectivement dans une division ou une clinique de réadaptation médicale, ÖKK FAMILY FLEX accorde, jusqu'à 60 jours par année civile, les prestations dans la division assurée conformément aux conditions fixées au chiffre 3.1.3. pour le traitement hospitalier.

3.3. Clinique psychiatrique

En cas de séjour hospitalier dans une clinique psychiatrique, en cas de traitement psychiatrique dans un hôpital pour soins aigus ou dans une clinique spécialisée, ÖKK FAMILY FLEX accorde, jusqu'à 60 jours par année civile, les prestations dans la division assurée conformément aux conditions fixées au chiffre 3.1.3. pour le traitement hospitalier. La prestation est allouée une fois par période de trois années civiles.

3.4. Cas d'urgence à l'étranger

ÖKK FAMILY FLEX prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance de BASE, les frais occasionnés par le traitement hospitalier d'urgence dans un hôpital pendant un séjour temporaire à l'étranger dans la division assurée conformément aux conditions fixées au chiffre 3.1.3. pour le traitement hospitalier. La prestation est allouée tant qu'un transport à domicile ne peut pas être envisagé pour des raisons médicales. Une demande de garantie de prise en charge doit être présentée immédiatement à ÖKK, mais au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'entrée à l'hôpital.

3.5. Cures

3.5.1. Cure de convalescence

Pour une cure de convalescence ordonnée par un médecin immédiatement après un séjour hospitalier, ÖKK FAMILY FLEX verse CHF 40 par jour jusqu'à 21 jours par année civile.

Il y a un libre choix parmi les établissements de cure, dirigés par un médecin et reconnus par ÖKK.

3.5.2. Cure balnéaire

ÖKK FAMILY FLEX verse CHF 10 par jour jusqu'à 21 jours par année civile.

Il y a un libre choix parmi les établissements de cure balnéaire, dirigés par un médecin et reconnus par ÖKK.

ÖKK peut demander un examen d'entrée par le médecin de cure et un contrôle final avec rapport final au médecin prescripteur.

3.5.3. Autres cures

Sur proposition du médecin-conseil, ÖKK FAMILY FLEX peut, en présence d'une indication médicale spéciale, allouer un forfait pour d'autres cures ordonnées par un médecin jusqu'à concurrence du montant de la contribution de cure balnéaire.

3.5.4. Procédure en cas de séjour de cure

L'ordonnance médicale pour un séjour de cure doit être présentée à ÖKK deux semaines avant le début de la cure et doit contenir le diagnostic.

En cas d'interruption d'une cure, les frais partiels de cure ne peuvent être pris en charge que si l'interruption était due à une maladie ou à d'autres raisons impératives et si elle est justifiée par un certificat établi par le médecin de cure.

3.6. Aide familiale

3.6.1. En général

Si, en cas de maladie ou d'accident, un séjour hospitalier peut être évité ou si la durée d'hospitalisation peut être réduite, ÖKK FAMILY FLEX verse, sur prescription médicale, des contributions pour l'aide familiale extra-hospitalière, dans la mesure où les circonstances domestiques et familiales l'exigent.

3.6.2. Etendue des prestations

Pour les coûts d'une aide familiale reconnue, ÖKK FAMILY FLEX alloue jusqu'à CHF 50 par jour, mais au maximum CHF 1'000 par

année civile. La prestation est également servie en l'absence d'une convention entre le fournisseur de prestations et ÖKK.

Si la personne assurée a la charge d'un enfant, ÖKK FAMILY FLEX alloue jusqu'à CHF 100 par jour, mais au maximum CHF 2'000 par année civile.

Aucune prestation n'est servie en cas de séjour dans un établissement médico-social.

3.6.3. Fournisseurs de prestations

Est reconnue comme aide familiale toute personne qui, à titre professionnel ou pour une organisation reconnue par ÖKK sur la base d'une convention, tient le ménage de la personne assurée.

L'aide par des proches parents de la personne assurée est reconnue si les proches parents subissent une perte de gain.

3.7. Service de garde des enfants

3.7.1. En général

ÖKK FAMILY FLEX verse des contributions pour le service d'assistance et de soins fourni aux enfants jusqu'à l'âge de 12 ans révolus. Une réglementation conventionnelle entre ÖKK et une organisation de garde d'enfants reconnue par ÖKK en est la condition.

3.7.2. Condition régissant les prestations

La prestation est allouée si, par suite d'une maladie aiguë ou d'un accident, l'enfant requiert une assistance ou des soins. L'octroi des prestations est limité au personnel de l'organisation reconnue par ÖKK. Ont droit aux prestations les enfants, dont la ou les personnes investies de l'autorité parentale exercent une activité lucrative durant la période de garde.

3.7.3. Etendue des prestations

Pour le service d'assistance et de soins, ÖKK FAMILY FLEX alloue jusqu'à CHF 30 par heure, mais au maximum CHF 600 par année civile.

3.8. Rooming-in

Lorsqu'un enfant de moins de 12 ans est soigné en milieu hospitalier, ÖKK FAMILY FLEX prend en charge, dans le cadre de l'assurance de l'enfant, les frais de séjour de l'un des parents dans la chambre de l'enfant.

Lorsque l'un des parents est soigné en milieu hospitalier, ÖKK FAMILY FLEX prend en charge, dans le cadre de l'assurance de ce parent, les frais de séjour d'un enfant de moins de 12 ans dans la chambre de ce parent.

4. Maternité

4.1. Frais de traitement hospitalier

Si le nouveau-né n'est pas au bénéfice d'une propre assurance correspondante, ÖKK FAMILY FLEX de la mère prend en charge les frais hospitaliers non couverts de l'enfant dans la division assurée conformément aux conditions fixées au chiffre 3.1.3. pour le traitement hospitalier.

4.2. Accouchement dans une maison de naissance

En cas d'accouchement dans une maison de naissance reconnue par ÖKK et ne figurant pas sur une liste des hôpitaux d'un canton, ÖKK FAMILY FLEX prend en charge le 90% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000 par accouchement.

4.3. Aide familiale après l'accouchement

4.3.1. En général

ÖKK FAMILY FLEX verse des contributions aux frais d'aide familiale ordonnée par un médecin et fournie par du personnel reconnu par ÖKK.

Les contributions sont versées en lieu et place des prestations prévues au chiffre 3.6.

Les contributions sont également versées lorsque l'aide est fournie par des proches parents de la personne assurée et si les proches parents subissent une perte de gain prouvable.

4.3.2. Etendue des prestations en cas d'accouchement à l'hôpital
Consécutivement à un accouchement à l'hôpital, ÖKK FAMILY FLEX alloue jusqu'à CHF 100 par jour, mais au maximum CHF 700 par année civile.

4.3.3. Etendue des prestations en cas d'accouchement ambulatoire ou à domicile

Consécutivement à un accouchement ambulatoire ou à domicile, ÖKK FAMILY FLEX alloue jusqu'à CHF 100 par jour, mais au maximum CHF 1'200 par année civile.

4.4. Préparation à l'accouchement

ÖKK FAMILY FLEX alloue jusqu'à CHF 200 par grossesse pour les frais d'un cours de préparation à l'accouchement (y compris la gymnastique pré- et postnatale), si le cours est dispensé par une personne qualifiée.

4.5. Indemnité d'allaitement

ÖKK FAMILY FLEX alloue une indemnité d'allaitement de CHF 250. L'indemnité d'allaitement est versée lorsque la mère assurée allaite son enfant pendant dix semaines.

5. Prévention

5.1. Check-up

ÖKK FAMILY FLEX prend en charge le 90% des coûts d'un check-up jusqu'à concurrence de CHF 300 par période de trois années civiles.

5.2. Examen gynécologique préventif

ÖKK FAMILY FLEX prend en charge le 90% des coûts d'un examen gynécologique préventif selon la LAMal par année civile au tarif LAMal, dans la mesure où aucune prestation pour un examen préventif correspondant n'est servie par l'assurance de BASE au cours de cette année civile.

5.3. Compte «santé»

5.3.1. Etendue des prestations

Pour les mesures de prévention sélectionnées dans les domaines de la famille, de l'alimentation, du mouvement et autre prévention, désignés par ÖKK, ÖKK FAMILY FLEX prend en charge le 50% des coûts par domaine jusqu'à concurrence de CHF 200 par année civile.

La contribution allouée par ÖKK FAMILY FLEX pour les différentes mesures de prévention reconnues peut être limitée.

Si la personne assurée recourt, durant une année, à plusieurs mesures de prévention de différents domaines, ÖKK FAMILY FLEX alloue jusqu'à CHF 500 par année civile.

5.3.2. Condition régissant les prestations

Les mesures de prévention et les cours doivent être reconnus par ÖKK.

6. Moyens auxiliaires

6.1. Aides visuelles

Pour les coûts de verres de lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue, ÖKK FAMILY FLEX alloue jusqu'à CHF 200 par année civile.

6.2. Autres moyens auxiliaires

Pour un moyen auxiliaire nécessaire et adapté à l'état de santé, pour lequel aucune prestation n'est allouée dans le cadre de l'assurance de BASE, ÖKK FAMILY FLEX peut prendre en charge, sur ordonnance médicale, le 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 250 par année civile. La prestation est servie pour des moyens auxiliaires qui améliorent l'usage de fonctions corporelles restreintes, sont économiques et correspondent à l'état de la recherche médicale. ÖKK désigne les moyens auxiliaires reconnus. Ne sont pas assurés les coûts occasionnés par l'utilisation, l'entretien et la réparation de ces moyens auxiliaires.

7. Traitement dentaire

7.1. Dents de sagesse

ÖKK FAMILY FLEX prend en charge le 90% des frais d'extraction de dents de sagesse.

Lorsque le traitement a lieu en milieu hospitalier, les coûts sont pris en charge jusqu'à concurrence des tarifs conventionnels de la division commune dans le canton de domicile.

7.2. Prestation supplémentaire pour enfants et adolescents

ÖKK FAMILY FLEX paie en plus pour les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 25 ans:

- les frais d'un examen de contrôle, y compris les radiographies, jusqu'à concurrence d'un montant de CHF 60 par année civile, dans la mesure où aucun traitement dentaire (conservateur, prothétique, etc.) ne doit être effectué en même temps,
- 70% des coûts de traitements d'orthopédie dento-faciale selon tarif reconnu.

La prestation pour les traitements d'orthopédie dento-faciale est versée après une durée d'assurance d'au moins trois ans (délai d'attente). Le délai d'attente peut être raccourci ou supprimé si l'un des parents au moins est au bénéfice d'une assurance équivalente auprès de ÖKK.

ÖKK renonce à un délai d'attente lorsqu'une assurance préalable équivalente existe au moment de la conclusion du contrat et si l'un des parents au moins est assuré auprès de ÖKK.

7.3. Prestations des collectivités publiques

ÖKK FAMILY FLEX impute les prestations des cantons et des communes. ÖKK FAMILY FLEX verse les prestations à titre subsidiaire.

7.4. Fournisseurs de prestations et tarif

ÖKK FAMILY FLEX alloue les prestations sur la base du tarif valable pour les soins dentaires selon la LAMal. Si le médecin-dentiste applique un tarif plus élevé, la différence va à la charge de la personne assurée.

Sont réputés médecins-dentistes les titulaires du diplôme fédéral correspondant ou d'un diplôme équivalent ou les dentistes au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exercer la profession sur la base d'un certificat scientifique.

7.5. Traitement à l'étranger

ÖKK FAMILY FLEX sert également des prestations lorsque le traitement est effectué dans un pays limitrophe de la Suisse. Sont considérés comme pays limitrophes les pays qui ont une frontière commune avec la Suisse.

8. Médecine alternative

ÖKK FAMILY FLEX alloue des prestations pour les traitements de la médecine alternative.

ÖKK FAMILY FLEX prend en charge le 70% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 10'000 par année civile lorsque la méthode thérapeutique (p. ex. Ayurveda, médecine traditionnelle chinoise, naturopathies) et le thérapeute ou le médecin sont reconnus par ÖKK. ÖKK désigne les méthodes thérapeutiques reconnues et les thérapeutes et médecins reconnus. ÖKK tient une liste des méthodes thérapeutiques reconnues.

Pour d'autres traitements de la médecine alternative appliqués par des personnes qualifiées, ÖKK FAMILY FLEX prend en charge le 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000 par année civile.

ÖKK FAMILY FLEX ne sert aucune prestation pour les méthodes thérapeutiques et les traitements effectués par des thérapeutes qui figurent sur la liste négative de ÖKK.

Si le traitement de la médecine alternative est appliqué dans un pays limitrophe à la Suisse, il est assuré aux mêmes conditions. L'examen de l'indication médicale et de la qualification des médecins et thérapeutes par le médecin-conseil demeure réservé.

Aucune prestation n'est servie pour des traitements parallèles dont on ne peut pas s'attendre à un bénéfice.

9. Médicaments et remèdes

9.1. Médicaments hors liste

ÖKK FAMILY FLEX prend en charge le 90% des frais de médicaments ordonnés par un médecin, qui ne figurent pas sur la liste des médicaments avec tarif (LMT), la liste des spécialités (LS) selon la LAMal ou la liste négative de ÖKK.

9.2. Remèdes naturels

ÖKK FAMILY FLEX prend en charge le 90% des frais de remèdes phytothérapeutiques, homéopathiques et anthroposophiques ainsi que des oligo-éléments, pour autant que ceux-ci ne soient pas couverts par l'assurance de BASE et qu'ils ne figurent pas sur la liste négative de ÖKK.

10. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

10.1. Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

10.1.1. Etendue des prestations

ÖKK FAMILY FLEX verse pour les frais

- de transports d'urgence médicalement nécessaires dans un moyen de transport adéquat vers l'hôpital approprié le plus proche,
- du transport de retour dans un hôpital approprié sis dans le canton de domicile de la personne assurée en vue du traitement hospitalier,
- d'actions de sauvetage et de dégagement

jusqu'à concurrence de CHF 50'000 au total par année civile.

Les transports dans des aéronefs sont pris en charge dans la mesure où ils sont de toute nécessité sur le plan médical ou technique.

10.1.2. Participation

La personne assurée doit assumer un montant de CHF 100 par cas à titre de participation.

10.1.3. Prestations de tiers

Il n'y a aucune couverture d'assurance pour les frais de transport qui sont couverts grâce à un sociétariat (qualité de membre donateur) auprès d'une garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire.

10.2. Actions de recherche

En sus des frais de sauvetage ou de dégagement, ÖKK FAMILY FLEX alloue jusqu'à CHF 20'000 par année civile pour des actions de recherche.

10.3. Frais de déplacement

ÖKK FAMILY FLEX prend en charge le 90%, jusqu'à CHF 100 par année civile, des frais qui, durant un traitement médical régulier hors du lieu de résidence, sont occasionnés par l'utilisation des transports publics entre le lieu de résidence et le lieu de traitement. L'octroi des prestations est soumis à la condition que le traitement ne puisse pas être appliqué au lieu de résidence ou dans les environs proches.

11. Variante CASAMED

11.1. En général

Pour les personnes assurées auprès de ÖKK dans la variante CASAMED de l'assurance de BASE, les conditions complémentaires suivantes sont applicables.

11.2. Principe du médecin de famille

ÖKK FAMILY FLEX alloue les prestations selon le principe du médecin de famille. Les prestations doivent être fournies, prescrites ou ordonnées par le médecin de famille CASAMED auprès duquel la personne assurée est inscrite.

Les institutions de télémédecine peuvent être reconnues par ÖKK comme médecins de famille CASAMED.

11.3. Exceptions du principe du médecin de famille

ÖKK FAMILY FLEX verse des contributions aux coûts de traitements de routine chez des ophtalmologues, des gynécologues et des pédiatres sans consultation du médecin CASAMED.

Si ces médecins ordonnent et effectuent d'autres traitements ou des opérations, le médecin CASAMED doit être consulté.

ÖKK FAMILY FLEX verse des contributions aux coûts de traitements de la médecine alternative, de mesures de prévention dans le cadre du compte «santé», de la préparation à l'accouchement, des indemnités d'allaitement, de transport, de recherche, de sauvetage et de dégagement ainsi que des examens de contrôle dentaire sans consultation du médecin de famille CASAMED.

11.4. Hôpitaux

ÖKK peut désigner les hôpitaux auxquels l'assistance médicale des assurés CASAMED est confiée à titre exclusif.

11.5. Autres personnes qualifiées

En lieu et place du médecin de famille CASAMED, ÖKK peut désigner d'autres personnes qualifiées qui fournissent, prescrivent ou ordonnent des prestations.

11.6. Mesures préventives, médecine alternative, médicaments hors liste, remèdes

ÖKK peut autoriser les médecins de famille CASAMED ou les personnes qualifiées désignées à fournir, à prescrire ou à ordonner des mesures préventives, des traitements de la médecine alternative, des médicaments hors liste ou remèdes naturels autres que ceux et celles qu'elle a déterminés.

11.7. Autres fournisseurs de prestations

ÖKK peut désigner d'autres fournisseurs de prestations, notamment des pharmacies, thérapeutes, magasins spécialisés en articles sanitaires ou fournisseurs de prestations similaires, auxquels l'assistance médicale ou la prise en charge des assurés CASAMED sont confiées à titre exclusif.

11.8. Cas d'urgence

ÖKK FAMILY FLEX couvre les cas d'urgence indépendamment du principe du médecin de famille. Le contrôle de l'indication médicale par le médecin-conseil demeure réservé.

11.9. Prestations exclues, exclusion de la variante CASAMED

11.9.1. Prestations exclues

Si, en dehors des cas exceptionnels énumérés à titre exhaustif, la personne assurée se rend pour un traitement chez un fournisseur de prestations autre que ceux auxquels s'étend son libre choix, tous les frais vont à sa charge.

11.9.2. Exclusion de la variante CASAMED

En cas de violation répétée des conditions fixées, ÖKK peut transférer la personne assurée de la variante CASAMED dans la variante d'assurance ordinaire.

11.10. Règlement des prestations

11.10.1. Décompte forfaitaire

ÖKK peut convenir avec le médecin de famille CASAMED que les prestations sont indemnisées sous forme d'un forfait.

11.10.2. Prestation ordonnée

S'agissant de prestations ordonnées, ÖKK peut demander à la personne assurée ou au médecin de famille CASAMED avant le versement des prestations qu'elle ou il apporte la preuve que la prestation a été fournie selon le principe du médecin de famille.

ÖKK SALTO

ÖKK Versicherungen AG, Edition 1.1.2011

Table des matières

1. Bases de l'assurance

- 1.1. But
- 1.2. Dispositions communes
- 1.3. Personnes assurées
- 1.4. Transfert automatique dans SUPPLEMENT GENERAL ou ÖKK OPTIMA, dans COMBI GENERAL et ÖKK TOURIST
- 1.5. Passage anticipé dans SUPPLEMENT GENERAL ou ÖKK OPTIMA, dans COMBI GENERAL et ÖKK TOURIST
- 1.6. Condition régissant les prestations
 - 1.6.1. En général
 - 1.6.2. Hôpital pour soins aigus
 - 1.6.3. Traitement dans d'autres hôpitaux
 - 1.6.4. Traitement hors canton pour des raisons médicales
- 1.7. Classe de prestations hospitalières et tarifs hospitaliers
 - 1.7.1. Classe de prestations de ÖKK SALTO
 - 1.7.2. Hôpitaux avec tarif reconnu
 - 1.7.3. Critères indéterminés, tarifs maximaux
 - 1.7.4. Classification des hôpitaux

2. Traitement ambulatoire

- 2.1. Traitement médical hors du lieu de résidence et de travail
- 2.2. Traitement d'urgence à l'étranger
- 2.3. Durée des prestations

3. Traitement hospitalier

- 3.1. Traitement aigu
 - 3.1.1. Condition régissant les prestations
 - 3.1.2. Etendue des prestations
 - 3.1.3. Traitement dans une division d'hôpital supérieure
 - 3.1.4. Traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste
- 3.2. Réadaptation en milieu hospitalier
- 3.3. Cliniques psychiatriques
- 3.4. Prestations en cas d'urgence à l'étranger
- 3.5. Traitement semi-hospitalier

4. Maternité

- 4.1. Frais de traitement hospitalier
- 4.2. Accouchement dans une maison de naissance

5. Prestations de services supplémentaires à l'étranger

- 5.1. Couverture maximale
- 5.2. Voyage de visite et voyage de retour spécial
- 5.3. Avance de fonds à un hôpital
- 5.4. Information de personnes à domicile
- 5.5. Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger
- 5.6. Conseils médicaux par des médecins
- 5.7. Exclusions de prestations

- 5.8. Obligations en cas de sinistre
 - 5.8.1. Information de la centrale d'alarme ÖKK
 - 5.8.2. Dégagement de l'obligation de garder le secret
 - 5.8.3. Exercice du droit aux prestations
 - 5.8.4. Imputation des billets de train ou d'avion

6. Complément accidents

7. Prévention

- 7.1. Vaccinations
- 7.2. Examen gynécologique préventif
- 7.3. Cours en vue d'acquiescer un comportement favorisant la santé
- 7.4. Autres mesures préventives

8. Moyens auxiliaires

- 8.1. Aides visuelles
- 8.2. Autres moyens auxiliaires

9. Traitement dentaire / dents de sagesse

- 9.1. En général
- 9.2. Fournisseurs de prestations et tarif
- 9.3. Traitement à l'étranger

10. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

- 10.1. Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence
 - 10.1.1. Etendue des prestations
 - 10.1.2. Participation
 - 10.1.3. Prestations de tiers
- 10.2. Actions de recherche

11. Variante CASAMED

- 11.1. En général
- 11.2. Condition générale régissant les prestations
- 11.3. Exceptions du principe de médecin de famille
- 11.4. Choix de l'hôpital
- 11.5. Autres personnes qualifiées
- 11.6. Autres fournisseurs de prestations
- 11.7. Cas d'urgence
- 11.8. Prestations exclues
- 11.9. Règlement des prestations
 - 11.9.1. Décompte forfaitaire
 - 11.9.2. Prestations ordonnées

1. Bases de l'assurance

1.1. But

ÖKK SALTO alloue des prestations pour des traitements ambulatoires et hospitaliers ainsi que pour les cas d'urgence à l'étranger.

ÖKK SALTO alloue des prestations pour des traitements médicaux hors du lieu de résidence ou de travail, des vaccinations, des moyens auxiliaires, des extractions de dents de sagesse, des frais de transport, des actions de recherche, de sauvetage et de dégagement et des cours en vue d'acquiescer un comportement favorisant la santé.

ÖKK SALTO vise en plus à la prise en charge des frais non couverts pour des traitements dans un hôpital pour soins aigus en cas de maladie, d'accident et de maternité.

ÖKK SALTO alloue en outre des prestations pour des frais non couverts de traitements d'urgence à l'étranger en cas de maladie, d'accident et d'accouchement prématuré ainsi que des prestations de services durant un voyage de vacances ou d'affaires et d'un séjour à l'étranger.

Les prestations de ÖKK SALTO sont allouées subsidiairement à toutes les autres catégories d'assurance selon la LCA conclues auprès de ÖKK.

ÖKK SALTO alloue des prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins (assurance de BASE). Tout au plus la part non couverte par une assurance sociale (y compris l'assurance de BASE auprès d'un autre assureur) sera prise en charge sur la totalité des frais.

1.2. Dispositions communes

Les dispositions communes des ÖKK Versicherungen AG font partie intégrante des Conditions générales d'assurance (CGA) de ÖKK SALTO. En cas de divergences, les CGA priment les dispositions communes.

1.3. Personnes assurées

L'assurance ÖKK SALTO peut être conclue dès le début de la 19e année jusqu'à l'âge de 30 ans révolus.

1.4. Transfert automatique dans SUPPLEMENT GENERAL ou ÖKK OPTIMA, dans COMBI GENERAL et ÖKK TOURIST

L'assurance ÖKK SALTO s'éteint le 31 décembre de l'année au cours de laquelle la 32e année est accomplie. Le transfert automatique dans les catégories d'assurance SUPPLEMENT GENERAL (pour les contrats entrés en vigueur avant le 31.12.2009) ou ÖKK OPTIMA (pour les contrats entrés en vigueur dès le 1.1.2010), COMBI GENERAL et ÖKK TOURIST intervient au 1er janvier de l'année suivante. Lors du transfert automatique, aucune déclaration de santé n'est requise mais les restrictions de couverture existantes selon les dispositions communes sont maintenues sans modification.

1.5. Passage anticipé dans SUPPLEMENT GENERAL ou ÖKK OPTIMA, dans COMBI GENERAL et ÖKK TOURIST

Un passage anticipé dans les catégories d'assurance SUPPLEMENT GENERAL (pour les contrats entrés en vigueur avant le 31.12.2009) ou ÖKK OPTIMA (pour les contrats entrés en vigueur dès le 1.1.2010), COMBI GENERAL et ÖKK TOURIST est possible sans nou-

velle déclaration de santé pour le 1er janvier d'une année. Le droit de passage est le même en cas de changement dans l'assurance ÖKK MONDIAL. En cas de grossesse, le passage et le changement sont possibles en cours d'année. Les restrictions de couverture existantes selon les dispositions communes sont maintenues sans modification.

1.6. Condition régissant les prestations

1.6.1. En général

Les prestations ne sont versées que si le traitement s'impose pour des raisons médicales et s'il est effectué par des personnes reconnues pour cela par l'assureur. Quant à la reconnaissance de personnes correspondantes, il y aura lieu de se renseigner auprès de la caisse.

En cas de traitement hospitalier, les prestations ne sont versées que si le traitement a lieu dans un hôpital pour soins aigus. Le traitement doit être appliqué par des fournisseurs de prestations reconnus pour cela selon la LAMal.

1.6.2. Hôpital pour soins aigus

Sont réputés hôpitaux pour soins aigus les établissements hospitaliers pouvant fournir les services médicaux et thérapeutiques et disposant de l'infrastructure technique qui sont nécessaires au traitement de maladies, d'accidents et pour les accouchements qui requièrent une surveillance médicale permanente. De plus, les traitements hospitaliers doivent avoir lieu dans des hôpitaux qui, selon l'art. 39 LAMal, figurent sur la liste des hôpitaux du canton où ils sont implantés.

1.6.3. Traitement dans d'autres hôpitaux

Les prestations prévues au chiffre 3.1.4. sont assurées en cas de traitement dans d'autres hôpitaux.

1.6.4. Traitement hors canton pour des raisons médicales

Le canton de résidence prend en charge les frais supplémentaires d'une hospitalisation hors canton indiquée pour des raisons médicales, conformément aux dispositions légales (art. 41/3 LAMal).

1.7. Classe de prestations hospitalières et tarifs hospitaliers

1.7.1. Classe de prestations de ÖKK SALTO

La classe de prestations de ÖKK SALTO est la suivante:

- Division commune d'un hôpital pour soins aigus avec tarif reconnu dans toute la Suisse (chambre à plusieurs lits).

1.7.2. Hôpitaux avec tarif reconnu

Sont considérés comme hôpitaux avec tarif reconnu les hôpitaux avec lesquels l'assureur a conclu des accords sur la fixation de tarifs, ou les hôpitaux qui, sans avoir adhéré à l'accord, s'en tiennent à ces tarifs. La caisse tient une liste des hôpitaux avec tarif reconnu, qui peut être consultée en tout temps.

1.7.3. Critères indéterminés, tarifs maximaux

Lorsqu'un hôpital ne connaît pas de critères de classification pour les divisions d'hôpital ou en applique d'autres que ceux mentionnés dans les présentes dispositions, ces divisions seront traitées, sur le plan de l'assurance, comme des divisions privées. Pour la division commune de même que pour la division demi-privée, l'assureur peut fixer des tarifs maximaux qui servent de critère pour la classification dans les divisions d'hôpital assurées.

Ces tarifs maximaux sont fonction des tarifs et des accords passés avec un hôpital comparable, sis dans la région de domicile de la personne assurée, avec tarif reconnu.

Les tarifs maximaux fixés le cas échéant par l'assureur peuvent être consultés auprès de la caisse.

1.7.4. Classification des hôpitaux

Les hôpitaux qui ne remplissent pas ces critères de classification, c.-à-d. ne disposent respectivement d'aucune division commune et/ou demi-privée ou ne disposent que d'une division privée au sens des présentes dispositions, sont mentionnés sur une liste qui peut être consultée auprès de la caisse.

2. Traitement ambulatoire

2.1. Traitement médical hors du lieu de résidence et de travail

Pour les traitements appliqués par des médecins de caisse admis selon la LAMal et s'effectuant hors du lieu de résidence ou de travail de la personne assurée, le tarif selon la LAMal applicable au lieu de traitement est couvert intégralement, ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance de BASE.

2.2. Traitement d'urgence à l'étranger

En cas de traitement médical d'urgence à l'étranger, la totalité des frais est couverte par ÖKK SALTO, ceci à titre complémentaire aux prestations de l'assurance de BASE.

2.3. Durée des prestations

Dans la mesure où les dispositions de ÖKK SALTO ne prévoient pas de réglementation contraire, les prestations sont versées sans limite de durée.

3. Traitement hospitalier

3.1. Traitement aigu

3.1.1. Condition régissant les prestations

ÖKK SALTO alloue des prestations hospitalières dans la mesure où et aussi longtemps que la personne assurée nécessite des soins hospitaliers au sens de l'assurance de BASE.

3.1.2. Etendue des prestations

ÖKK SALTO prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance de BASE, les frais de séjour hospitalier selon la classe de prestations assurée.

N'est pas assurée la participation aux coûts à assumer dans l'assurance de BASE, y compris la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier.

3.1.3. Traitement dans une division d'hôpital supérieure

Lorsque le traitement a lieu dans une division d'hôpital supérieure à la division d'hôpital assurée, ÖKK SALTO couvre tout au plus les prestations suivantes:

- Les frais qui auraient été occasionnés dans la division d'hôpital assurée. Lorsque ces frais ne peuvent pas être établis, ÖKK SALTO verse un forfait de CHF 30.- par jour.

3.1.4. Traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste

Lorsque le traitement a lieu dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste cantonale des hôpitaux, un forfait de CHF 30.- par jour est couvert tout au plus.

3.2. Réadaptation en milieu hospitalier

Lorsque le traitement médical a lieu dans un sanatorium polyvalent reconnu par l'assureur ou respectivement dans une division ou une

clinique de réadaptation médicale, ÖKK SALTO accorde, pour les 60 premiers jours, la pleine couverture des frais selon les dispositions applicables aux traitements aigus.

Les sanatoriums ou établissements de réadaptation reconnus sont mentionnés sur une liste qui peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

3.3. Cliniques psychiatriques

En cas de séjour hospitalier dans une clinique psychiatrique, en cas de traitement psychiatrique dans un hôpital pour soins aigus ou dans une clinique spécialisée, ÖKK SALTO accorde, pendant 90 jours, la pleine couverture des frais selon les dispositions applicables aux traitements aigus.

Ces prestations sont versées une fois par période de trois années civiles.

3.4. Prestations en cas d'urgence à l'étranger

ÖKK SALTO prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance de BASE, les frais occasionnés par le traitement hospitalier d'urgence dans un hôpital pour soins aigus pendant un séjour temporaire à l'étranger jusqu'à concurrence de la couverture intégrale des frais en division commune. Les prestations sont allouées tant qu'un transport à domicile ne peut pas être envisagé pour des raisons médicales, mais tout au plus pendant une année. En cas de traitement hospitalier, une demande de prise en charge doit être présentée immédiatement à la caisse, mais au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'entrée à l'hôpital.

3.5. Traitement semi-hospitalier

Si une opération pratiquée en règle générale en milieu hospitalier peut avoir lieu en milieu semi-hospitalier, ÖKK SALTO prend en charge, sur demande, les frais excédant le tarif des caisses de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Dans tous les cas, sera couvert tout au plus le tarif médical qui aurait été exigé en cas de traitement hospitalier de la personne assurée dans la division assurée.

Le total des coûts doit, par rapport au traitement hospitalier, être moins élevé pour l'assureur.

4. Maternité

4.1. Frais de traitement hospitalier

ÖKK SALTO couvre les frais non couverts par l'assurance de BASE, occasionnés par un accouchement en division commune d'un hôpital dans toute la Suisse, pour la mère.

Si le nouveau-né n'est pas au bénéfice d'une propre assurance correspondante, la catégorie d'assurance ÖKK SALTO de la mère prend en charge les frais non couverts de l'enfant en division commune d'un hôpital dans toute la Suisse.

4.2. Accouchement dans une maison de naissance

En cas d'accouchement dans une maison de naissance reconnue par ÖKK et ne figurant pas sur une liste cantonale des hôpitaux, ÖKK SALTO prend en charge le 90% jusqu'à concurrence de CHF 1'000.- par accouchement.

5. Prestations de services supplémentaires à l'étranger

5.1. Couverture maximale

Pour les voyages jusqu'à 100 jours par année civile, les frais non couverts en cas d'urgence sont encore assurés en plus jusqu'à concurrence de CHF 50'000.-.

5.2. Voyage de visite et voyage de retour spécial

Lorsqu'une personne assurée tombe gravement malade à l'étranger ou y subit un accident grave et qu'elle doit être hospitalisée pour une durée supérieure à 7 jours, l'assureur organise et paie le voyage d'une personne proche de la personne assurée pour lui rendre visite (billet de train en 1ère classe, billet d'avion en classe économique).

Lorsqu'une personne assurée doit, en cas de nécessité médicale, être transportée de l'étranger vers un hôpital approprié dans le canton de résidence pour y suivre un traitement hospitalier, la centrale d'alarme ÖKK organise le voyage de retour spécial des membres de la famille voyageant avec elle ou d'une personne proche. Sont couverts les frais supplémentaires qui en résultent. Lorsqu'une personne assurée tombe malade ou subit un accident et qu'elle ne peut pas effectuer le voyage de retour prévu en raison d'une hospitalisation, la centrale d'alarme ÖKK organise le voyage de retour spécial de la personne assurée, des membres de la famille voyageant avec elle ou d'une personne proche. Sont couverts les frais supplémentaires qui en résultent.

5.3. Avance de fonds à un hôpital

Lorsqu'une personne assurée doit être hospitalisée à l'étranger, l'assureur avance au besoin les frais hospitaliers jusqu'à concurrence de CHF 20'000.-. Lorsqu'une partie du montant avancé n'est pas couverte par l'assurance existante, elle sera facturée à la personne assurée. Le montant exigé devra être remboursé dans les 30 jours.

5.4. Information de personnes à domicile

Dans le cas où des mesures auraient été organisées par la centrale d'alarme ÖKK, cette dernière renseigne les proches parents de la personne assurée sur l'état des faits et les mesures prises.

5.5. Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger

La centrale d'alarme ÖKK fournit à ses assurés au besoin les coordonnées d'un médecin ou d'un hôpital dans la région où ils se trouvent. En présence de difficultés à se faire comprendre, la centrale d'alarme ÖKK assure un service de traductions.

5.6. Conseils médicaux par des médecins

Si une personne assurée, pendant son voyage, nécessite un avis médical qu'il lui est impossible d'obtenir localement, les médecins de la centrale d'alarme ÖKK lui donneront des conseils médicaux. Cette consultation ne doit être considérée que comme conseil et en aucun cas comme diagnostic.

5.7. Exclusions de prestations

En plus des limitations de prestations prévues par les dispositions communes des ÖKK Versicherungen AG, il n'y a aucun droit aux prestations d'assurance:

- a) pour les maladies et suites d'accidents qui ont existé au moment d'entreprendre le voyage ou dont la survenance était perceptible pour la personne assurée au moment d'entreprendre le voyage et pour lesquelles un traitement médical était prévisible,
- b) lorsque la personne assurée s'est rendue à l'étranger, pour y suivre un traitement, y recevoir des soins ou y accoucher,
- c) pour les actions de recherche, rapatriements, voyages de visite ou voyages de retour spéciaux qui n'ont pas été autorisés au préalable par la centrale d'alarme ÖKK.

Lorsque le transport d'urgence ou le rapatriement est rendu impossible par des circonstances extérieures comme des grèves, émeutes, actes de violence, gros sinistres industriels, la radioactivité, des catastrophes naturelles, maladies épidémiques ou la force majeure, l'organisation et l'exécution de ces transports ne peuvent pas être exigées.

5.8. Obligations en cas de sinistre

5.8.1. Information de la centrale d'alarme ÖKK

En cas de maladie subite, d'accident et d'accouchement prématuré en Suisse et à l'étranger, qui nécessitent une hospitalisation ou des mesures de secours, la centrale d'alarme ÖKK doit, dans tous les cas, être avisée immédiatement.

5.8.2. Dégagement de l'obligation de garder le secret

La personne assurée délie du secret professionnel envers la centrale d'alarme ÖKK et de l'assureur les médecins traitants et les autres personnes médicales ainsi que les assureurs.

5.8.3. Exercice du droit aux prestations

La personne assurée doit faire valoir son droit aux prestations dans les plus brefs délais auprès de la caisse et mettre à la disposition de cette dernière toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires. Seules les factures originales détaillées sont acceptées. Lorsque les détails de la facture sont insuffisants et si les renseignements complémentaires demandés ne sont pas fournis, les prestations seront fixées d'après une appréciation conforme aux obligations.

5.8.4. Imputation des billets de train ou d'avion

Les billets de train ou d'avion non utilisés doivent être envoyés à la caisse sans qu'elle ait besoin de le demander. Si des billets devenus inutiles sont vendus ou remboursés par des tiers, les indemnités reçues sont imputées sur les prestations d'assurance. En cas d'inobservation de cette obligation, l'assureur peut exiger de l'assuré concerné la restitution du montant fixé d'après son appréciation conforme aux obligations ou compenser ce montant avec le droit aux prestations.

6. Complément accidents

Consécutivement à un séjour hospitalier par suite d'accident, les moyens auxiliaires nécessaires au traitement des suites de l'accident sont pris en charge conformément à la pratique de l'assurance-accidents obligatoire.

Sont pris en charge dans la même mesure les frais pour les moyens auxiliaires qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps, si ces moyens ont été endommagés en relation avec un accident ayant nécessité un traitement hospitalier.

Une participation de 10% est perçue sur ces prestations.

7. Prévention

7.1. Vaccinations

Pour les frais de vaccinations qui servent de protection contre les maladies infectieuses, 90% des frais effectifs jusqu'à concurrence de CHF 200.- par année civile sont remboursés. Toutefois, aucune prestation n'est allouée pour les vaccinations qui sont effectuées pour des raisons professionnelles, dont l'efficacité est contestée sur le plan médical ou qui ne se trouvent qu'au stade de la recherche.

7.2. Examen gynécologique préventif

Par année civile, les frais d'un examen gynécologique préventif sont assurés au tarif LAMal, dans la mesure où aucune prestation de ce genre n'est allouée par l'assurance de BASE au cours de cette année civile. Une participation de 10% est perçue sur cette prestation.

7.3. Cours en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé

Pour les frais justifiés d'un cours ordonné par un médecin et dispensé par des personnes qualifiées en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé (p.ex. désintoxication tabagique), ÖKK SALTO prend en charge le 90% des coûts, au maximum CHF 300.- par période de deux années civiles.

L'assureur désigne les cours reconnus en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé. La liste des cours reconnus est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

7.4. Autres mesures préventives

Des contributions peuvent être versées pour d'autres mesures préventives reconnues.

8. Moyens auxiliaires

8.1. Aides visuelles

Pour les coûts des verres de lunettes et lentilles de contact nécessaires à la correction de la vue, une contribution de CHF 420.- est versée aux personnes assurées par période de 5 années civiles.

8.2. Autres moyens auxiliaires

Pour les frais de location ou d'achat de moyens auxiliaires nécessaires et adaptés à l'état de santé, pour lesquels aucune prestation n'est allouée dans le cadre de l'assurance de BASE, 50% des frais peuvent être remboursés sur ordonnance médicale jusqu'à concurrence du montant de CHF 250.- au total par année civile. Les prestations sont allouées pour des moyens auxiliaires destinés à améliorer l'usage de fonctions corporelles restreintes, qui sont économiques et correspondent à l'état de la recherche médicale. L'assureur désigne les moyens auxiliaires reconnus. La liste des moyens auxiliaires reconnus est adaptée ou complétée au fur et à mesure et peut être consultée en tout temps auprès de la caisse.

Ne sont pas assurés les coûts occasionnés par l'utilisation, l'entretien et la réparation de ces moyens auxiliaires.

9. Traitement dentaire / dents de sagesse

9.1. En général

L'assurance couvre les frais d'extraction de dents de sagesse. Lorsque le traitement a lieu en milieu hospitalier, les frais sont pris en charge jusqu'à concurrence du forfait journalier conventionnel de la division commune dans le canton de domicile. Une participation de 10% est perçue sur ces prestations.

9.2. Fournisseurs de prestations et tarif

Le remboursement a lieu selon le tarif valable pour les prestations dentaires de l'assurance obligatoire des soins. Si le médecin-dentiste applique un tarif supérieur à celui de l'assurance obligatoire des soins, la différence va à la charge de la personne assurée.

Sont réputés médecins-dentistes les titulaires du diplôme fédéral correspondant ou d'un diplôme équivalent ou les dentistes au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exercer la profession sur la base d'un certificat scientifique.

9.3. Traitement à l'étranger

Les prestations sont également servies lorsque le traitement est effectué dans un pays limitrophe de la Suisse. Sont considérés comme pays limitrophes les pays qui ont une frontière commune avec la Suisse.

10. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

10.1. Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

10.1.1. Etendue des prestations

Pour les frais

- de transports d'urgence médicalement nécessaires dans un moyen de transport adéquat vers l'hôpital approprié le plus proche,
- du transport de retour dans un hôpital approprié sis dans le canton de domicile de la personne assurée en vue du traitement hospitalier,
- d'actions de sauvetage et de dégagement,

une contribution est versée jusqu'à concurrence de CHF 20'000.- au total par année civile.

Les transports dans des aéronefs ne sont pris en charge que dans la mesure où ils sont de toute nécessité sur le plan médical ou technique.

10.1.2. Participation

La personne assurée doit assumer un montant de CHF 100.- par cas à titre de participation.

10.1.3. Prestations de tiers

Lorsque la qualité de membre (donateur) existe auprès d'une garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire, les frais ne sont pris en charge que dans la mesure où aucune prestation n'a été servie par ces organisations. Demeurent réservés les accords contractuels contraires.

10.2. Actions de recherche

En sus des frais de sauvetage ou de dégagement d'une personne assurée, les frais pour des actions de recherche sont pris en charge jusqu'à concurrence de CHF 20'000.- par année civile.

11. Variante CASAMED

11.1. En général

Pour les personnes assurées auprès de ÖKK dans la variante CASAMED de l'assurance de BASE, les dispositions complémentaires suivantes sont applicables.

11.2. Condition générale régissant les prestations

Les prestations de ÖKK SALTO sont allouées lorsqu'elles ont été fournies selon le principe du médecin de famille. Les prestations doivent être fournies, prescrites ou ordonnées par le médecin de famille CASAMED auprès duquel la personne assurée est inscrite.

Les institutions de télémédecine peuvent être reconnues par ÖKK comme médecins de famille CASAMED.

11.3. Exceptions du principe de médecin de famille

Pour les traitements de routine chez des ophtalmologues, des gynécologues et des pédiatres, les prestations de ÖKK SALTO sont allouées sans consultation préalable du médecin de famille CASAMED. Si ces spécialistes effectuent d'autres traitements, le médecin de famille CASAMED doit être consulté.

Pour les mesures préventives dans le cadre des cours visant à acquérir un comportement favorisant la santé, les transports, les actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, les extractions de dents de sagesse ainsi que les prestations de services supplémentaires à l'étranger, les prestations de ÖKK SALTO sont allouées sans consultation du médecin de famille CASAMED.

11.4. Choix de l'hôpital

En vue d'une fourniture avantageuse en termes de coûts, la caisse peut désigner les hôpitaux auxquels l'assistance médicale des assurés CASAMED est confiée à titre exclusif.

11.5. Autres personnes qualifiées

En lieu et place du médecin de famille CASAMED, la caisse peut désigner d'autres personnes qualifiées qui peuvent fournir, prescrire ou ordonner des prestations qui sont couvertes par ÖKK SALTO.

11.6. Autres fournisseurs de prestations

En vue d'une fourniture avantageuse en termes de coûts, l'assureur peut désigner d'autres fournisseurs de prestations, notamment des pharmacies, thérapeutes, magasins spécialisés en articles sanitaires ou fournisseurs de prestations similaires, auxquels l'assistance médicale ou la fourniture des assurés CASAMED sont confiées à titre exclusif.

11.7. Cas d'urgence

Les cas d'urgence sont couverts dans le cadre de ÖKK SALTO, et ceci indépendamment du fournisseur de prestations choisi. Le contrôle de l'indication médicale par le médecin-conseil demeure réservé.

11.8. Prestations exclues

Lorsque la personne assurée se fait soigner, hormis les cas exceptionnels énumérés à titre exhaustif, par un fournisseur de prestations autre que ceux auxquels s'étend son libre choix, tous les frais vont à sa charge.

11.9. Règlement des prestations

11.9.1. Décompte forfaitaire

L'assureur ou la caisse peut convenir avec les médecins de famille CASAMED que les prestations de ÖKK SALTO sont indemnisées sous forme d'un forfait.

11.9.2. Prestations ordonnées

S'agissant des prestations ordonnées, la caisse peut demander à la personne assurée ou au médecin de famille CASAMED avant le versement des prestations qu'elle ou il apporte la preuve que la prestation a été fournie selon le principe du médecin de famille.

ÖKK MONDIAL

ÖKK Versicherungen AG, Edition 1.1.2005

Table des matières

- 1. Bases de l'assurance**
 - 1.1. But
 - 1.2. Conclusion et durée de l'assurance
 - 1.2.1. Nouvelle conclusion
 - 1.2.2. Passage à ÖKK MONDIAL
 - 1.2.3. Durée de l'assurance
 - 1.2.4. Droit de passage
- 2. Possibilités d'assurance**
 - 2.1. Généralités
 - 2.2. Exclusion de la couverture des accidents
 - 2.3. Franchise et quote-part
- 3. Prestations**
 - 3.1. Principe
 - 3.2. Traitement dans le pays de résidence ou à l'étranger
- 4. Obligations de collaborer**
 - 4.1. Obligations de collaborer en cas de maladie et d'accident
 - 4.2. Autres communications

1. Bases de l'assurance

1.1. But

La ÖKK MONDIAL a pour but l'assurance des conséquences économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité pour les personnes qui ne sont pas soumises à l'assurance-maladie obligatoire suisse et pour les frontaliers qui sont exemptés de l'obligation de se soumettre à l'assurance-maladie suisse.

1.2. Conclusion et durée de l'assurance

1.2.1. Nouvelle conclusion

La procédure lors de la conclusion d'assurance selon les dispositions communes est applicable aux nouvelles conclusions. L'âge maximal pour la nouvelle conclusion est de 60 ans.

1.2.2. Passage à ÖKK MONDIAL

Les personnes qui sont assurées depuis une année au moins dans une autre catégorie d'assurance auprès de la caisse, disposent d'un droit de passage dans la variante d'assurance ÖKK MONDIAL selon l'ancienne couverture d'assurance. Le passage est possible sans limitation d'âge.

1.2.3. Durée de l'assurance

La ÖKK MONDIAL peut être conclue pour une durée allant jusqu'à six ans. Une nouvelle prolongation de l'assurance peut être demandée. Le contrat s'éteint lorsque l'assureur s'oppose à une prolongation.

Si aucune demande ni aucune résiliation n'intervient de la part de la personne assurée et si ÖKK établit une nouvelle police d'assurance, le contrat d'assurance est prolongé d'une nouvelle année.

La limitation de la durée d'assurance n'est pas valable pour les personnes domiciliées dans un pays limitrophe à la Suisse.

1.2.4. Droit de passage

En cas de retour en Suisse ou en cas d'assujettissement à l'assurance-maladie obligatoire suisse, il existe dans toutes les catégories d'assurance un droit de passage dans la variante d'assurance ordinaire selon l'ancienne couverture dans ÖKK MONDIAL.

2. Possibilités d'assurance

2.1. Généralités

L'assurance de base ÖKK MONDIAL BASE (selon la LCA) ainsi que toutes les catégories d'assurance auxquelles s'appliquent les CGA, peuvent être conclues dans le cadre de ÖKK MONDIAL. En sont exceptées les catégories d'assurance COMBI Confort et, pour les personnes n'ayant pas le statut de frontaliers, la catégorie d'assurance COMPENSA.

2.2. Exclusion de la couverture des accidents

La couverture des accidents peut être exclue dans la ÖKK MONDIAL BASE.

2.3. Franchise et quote-part

La franchise convenue est valable dans la ÖKK MONDIAL BASE.

La quote-part et la contribution aux frais de séjour hospitalier sont régies par les dispositions de la LAMal.

3. Prestations

3.1. Principe

La couverture est régie par les dispositions pour les différentes catégories d'assurance et par l'étendue de couverture souscrite.

La ÖKK MONDIAL BASE (selon la LCA) est régie par le catalogue des prestations de l'assurance de BASE selon la LAMal. Les dérogations prévues par les présentes dispositions ou les dispositions communes des Conditions générales d'assurance pour les assurances complémentaires et autres assurances selon la LCA (CGA) priment les réglementations de l'assurance de BASE selon la LAMal.

Pour les traitements dans le pays de résidence de la personne assurée, ÖKK MONDIAL peut allouer des prestations supplémentaires en faveur des frontaliers, conformément à la liste de l'assureur.

Pour les personnes en Suisse sans autorisation de séjour, ÖKK MONDIAL couvre les coûts des traitements médicaux aigus en cas d'urgence. Ne sont pas assurées les maladies et suites d'accidents ayant déjà existé au moment de la conclusion de l'assurance. Ces restrictions ne s'appliquent pas aux personnes qui sont déjà au bénéfice de l'assurance ÖKK MONDIAL à leur domicile étranger.

Sont déterminants les tarifs valables respectivement en Suisse et dans le pays de résidence de la personne assurée. Les dispositions en matière de prestations allant au-delà de ces normes, prévues dans les différentes catégories d'assurance, demeurent réservées.

Lorsque le traitement a lieu dans une division d'hôpital supérieure à la division assurée, ou lorsque la facturation est manifestement exagérée, l'assureur limite ses prestations aux tarifs valables pour la couverture d'assurance au siège de la caisse.

3.2. Traitement dans le pays de résidence ou à l'étranger

Les traitements non urgents sont également assurés dans le pays de résidence, en Suisse et dans l'UE.

Tous les pays, sauf la Suisse et celui dans lequel la personne assurée est domiciliée, sont considérés comme étranger, lorsque les dispositions des différentes catégories d'assurance contiennent des réglementations sur des prestations à l'étranger.

4. Obligations de collaborer

4.1. Obligations de collaborer en cas de maladie et d'accident

Les prestations ne sont allouées que dans la mesure où des factures originales détaillées et contenant les indications suivantes sont présentées à la caisse:

- date du traitement
- diagnostic
- genre des thérapies et du traitement
- nombre de consultations/durée du séjour hospitalier
- ordonnances originales acquittées
- taxes journalières et frais annexes (hôpital).

En cas de traitement hospitalier, une demande de garantie de paiement doit être présentée à la caisse au plus tard 10 jours après l'entrée à l'hôpital.

4.2. Autres communications

La personne assurée doit indiquer à la caisse une adresse de contact et un compte en Suisse. L'assureur fait ses communications valablement à l'adresse de contact en Suisse.

ÖKK DENTAL

ÖKK Versicherungen AG, Edition 1.1.2009

Table des matières

1. Bases de l'assurance

- 1.1. But
- 1.2. Conclusion de l'assurance
- 1.3. Conditions d'octroi des prestations
- 1.4. Etranger

2. Possibilités d'assurance

- 2.1. ÖKK DENTAL PICCOLO
 - 2.1.1. Prestations
 - 2.1.2. Transfert automatique
- 2.2. ÖKK DENTAL
 - 2.2.1. Variantes de prestations
 - 2.2.2. Prophylaxie et contrôle
 - 2.2.3. Prestations / période de traitement
 - 2.2.4. Stage
 - 2.2.5. Exercice du droit aux prestations

3. Variante CASAMED

- 3.1. En général
- 3.2. Conditions en matière de prestations
- 3.3. Cas d'urgence
- 3.4. Prestations exclues, exclusion de la variante CASAMED
 - 3.4.1. Prestations exclues
 - 3.4.2. Exclusion de la variante CASAMED
- 3.5. Primes

1. Bases de l'assurance

1.1. But

ÖKK DENTAL alloue des contributions aux frais de traitements dentaires. Elle encourage en outre les mesures prophylactiques.

1.2. Conclusion de l'assurance

ÖKK DENTAL peut être conclue jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

Les affections existant au moment de la conclusion de l'assurance, comme par exemple les dents non assainies ou manquantes, les mauvais positionnements des dents, les anomalies des maxillaires etc., ne sont pas assurées. La restriction en matière de prestations est communiquée par écrit à la personne assurée.

Le dernier examen de contrôle ou traitement dentaire ne doit pas dater de plus d'une année avant le début de l'assurance.

Les enfants qui sont assurés pour les frais de soins dentaires avant leur premier anniversaire, sont assurés sans restriction.

Lors de la naissance ou d'une nouvelle admission, tous les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans révolus sont assurés dans ÖKK DENTAL PICCOLO sans restriction en matière de prestations, pour autant qu'ils aient également conclu le SUPPLEMENT GENERAL, le SUPPLEMENT PRIVE ou ÖKK FAMILY auprès de l'assureur.

1.3. Conditions d'octroi des prestations

Sont assurées les mesures diagnostiques et thérapeutiques, reconnues scientifiquement et nécessaires sur le plan de la médecine dentaire, pour autant que le caractère économique du traitement soit garanti.

Le remboursement a lieu d'après le tarif dentaire SSO à la valeur du point des assurances sociales (selon la LAMal, la LAA, la LAM, la LAI). Est réputé médecin-dentiste le porteur du diplôme fédéral correspondant ou d'un diplôme équivalent ou celui ayant obtenu l'autorisation cantonale d'exercer la profession sur la base d'un certificat de capacité scientifique.

ÖKK DENTAL fournit ses prestations à titre subsidiaire, c.-à-d. à la suite ou en complément de l'assurance légale des soins ou de l'assurance-accidents ainsi que des prestations allouées par les cantons et les communes. Si d'autres assureurs sont tenus à prestations, la prestation est allouée en proportion.

1.4. Etranger

Les prestations de ÖKK DENTAL sont également servies lorsque le traitement a lieu dans un pays voisin de la Suisse. Sont réputés pays voisins les pays qui ont des limites communes avec la Suisse.

2. Possibilités d'assurance

Les possibilités d'assurance suivantes existent:

- ÖKK DENTAL PICCOLO jusqu'à l'âge de 15 ans révolus
- ÖKK DENTAL

2.1. ÖKK DENTAL PICCOLO

2.1.1. Prestations

Pour les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus, les frais d'un examen de contrôle, radiographies incluses, sont

remboursés jusqu'à concurrence de CHF 40.- par année civile, pour autant qu'aucun traitement dentaire (conservateur, prothétique etc.) ne doive être appliqué durant la même séance.

2.1.2. Transfert automatique

Après accomplissement de la 15e année, le transfert de ÖKK DENTAL PICCOLO dans ÖKK DENTAL A a lieu automatiquement et sans restriction en matière de prestations pour le début de l'année suivante. La personne assurée a toutefois le droit de résilier l'assurance dans les 3 mois qui suivent la communication.

2.2. ÖKK DENTAL

2.2.1. Variantes de prestations

Variante	Montant maximal du droit aux prestations par année civile
----------	---

- | | |
|----------------|--|
| - ÖKK DENTAL A | 75% jusqu'à concurrence de CHF 1'000.-, franchise de CHF 500.- |
| - ÖKK DENTAL B | 50% jusqu'à concurrence de CHF 500.- |
| - ÖKK DENTAL C | 50% jusqu'à concurrence de CHF 1'000.- |
| - ÖKK DENTAL D | 75% jusqu'à concurrence de CHF 1'000.- |
| - ÖKK DENTAL E | 75% jusqu'à concurrence de CHF 1'500.- |
| - ÖKK DENTAL F | 75% jusqu'à concurrence de CHF 3'000.- |
| - ÖKK DENTAL G | 75% jusqu'à concurrence de CHF 5'000.-, franchise de CHF 500.- |
| - ÖKK DENTAL H | 75% jusqu'à concurrence de CHF 5'000.- |

L'assureur peut réduire le montant de la franchise (dans les variantes avec franchise) pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans révolus.

Dans les variantes avec franchise, cette dernière sera perçue en un montant fixe par année civile. Le droit maximal aux prestations par année civile est calculé sur la part qui excède le montant de la franchise.

2.2.2. Prophylaxie et contrôle

Pour autant qu'aucun traitement dentaire (conservateur, prothétique, etc.) ne doive être appliqué durant la période de traitement, ÖKK DENTAL alloue des prestations pour un examen de contrôle, radiographies incluses, et pour la prophylaxie jusqu'à concurrence de CHF 100.- par année civile. La participation aux frais selon la variante de prestations souscrite n'est pas appliquée.

2.2.3. Prestations / période de traitement

Dans le cadre de la classe de prestations choisie, l'assurance englobe tous les frais de traitements dentaires, y compris les frais de laboratoire.

Aucune prestation n'est versée pour les produits d'hygiène dentaire.

ÖKK alloue les montants assurés par année civile.

2.2.4. Stage

Le droit aux prestations de ÖKK DENTAL prend naissance

- après un stage de 12 mois pour les mesures prothétiques (telles que les couronnes, ponts, prothèses, dents à pivot, moignons ainsi que les appareils servant au traitement d'anomalies du positionnement des dents et des maxillaires, y compris les provisoires correspondants, les réparations et les traitements et contrôles dentaires s'y rapportant) et
- après un stage de 6 mois pour tous les autres traitements.

Le stage doit également être observé en cas d'augmentations d'assurance. Les prestations pour la prophylaxie et le contrôle ne sont pas soumises au stage.

2.2.5. Exercice du droit aux prestations

Pour faire valoir son droit au remboursement, la personne assurée doit présenter la facture originale détaillée immédiatement à la caisse, mais au plus tard dans les 30 jours de son établissement. La facture doit faire apparaître la durée du traitement ainsi que les différentes prestations énumérées selon le tarif dentaire.

3. Variante CASAMED

3.1. En général

La variante CASAMED dans l'assurance ÖKK DENTAL présuppose que la personne assurée soit au bénéfice de l'assurance de base CASAMED.

La variante CASAMED est régie par les dispositions supplémentaires ci-après.

3.2. Conditions en matière de prestations

Les prestations sont prises en charge si elles sont fournies, prescrites ou ordonnées par un dentiste CASAMED reconnu par ÖKK et auprès duquel la personne assurée est inscrite.

3.3. Cas d'urgence

Les cas d'urgence sont couverts dans le cadre de l'assurance ÖKK DENTAL, ceci indépendamment du fournisseur de prestations choisi. Le contrôle de l'indication médicale par le dentiste-conseil demeure réservé.

3.4. Prestations exclues, exclusion de la variante CASAMED

3.4.1. Prestations exclues

Lorsque la personne assurée se fait soigner, hormis les cas exceptionnels énumérés à titre exhaustif, par un fournisseur de prestations autre que ceux auxquels s'étend son libre choix, tous les frais vont à sa charge.

3.4.2. Exclusion de la variante CASAMED

En cas de violation réitérée des conditions de CASAMED, ÖKK est en droit de transférer la personne assurée de la variante CASAMED dans la variante d'assurance ordinaire.

3.5. Primes

Une prime réduite est pratiquée dans la variante CASAMED.

ÖKK TOURIST

ÖKK Versicherungen AG, Edition 1.1.2010

Table des matières

1. Bases	5. Obligations en cas de sinistre
1.1. Objet de l'assurance	5.1. Information de la centrale d'alarme ÖKK
1.2. Dispositions communes	5.2. Dégagement de l'obligation de garder le secret
2. Conclusion, début et durée	5.3. Exercice du droit aux prestations
2.1. Personnes assurées	5.4. Imputation des billets de train ou d'avion
2.1.1. Cercle de personnes	6. Prestations de tiers
2.1.2. Personnes seules	6.1. En général
2.1.3. Familles	6.2. Renoncement aux prestations
2.2. Début, durée et fin de l'assurance	6.3. Assurances sociales
3. Prestations	6.4. Assurances existantes auprès des ÖKK Versicherungen AG
3.1. Validité des prestations	6.5. Garde aérienne de sauvetage ou organisations similaires
3.1.1. Validité territoriale des prestations	
3.1.2. Validité temporelle des prestations	
3.2. Conditions de prise en charge	
3.3. Frais de guérison	
3.4. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement	
3.5. Visite et frais de voyage supplémentaires	
3.5.1. Visite	
3.5.2. Voyage de retour spécial	
3.6. Capitaux assurés	
3.6.1. ÖKK TOURIST 50/100	
3.6.2. ÖKK TOURIST 250/500	
3.7. Prestations de services	
3.7.1. Avance de fonds à l'hôpital	
3.7.2. Information de personnes à domicile	
3.7.3. Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger	
3.7.4. Conseils médicaux par des médecins	
3.8. Limitations sur le plan des prestations	
3.8.1. Principe	
3.8.2. Exclusion de prestations	
3.8.3. Restrictions en matière de prestations	
3.9. Prescription	
4. Participation aux frais	

1. Bases

1.1. Objet de l'assurance

L'assurance sert des prestations pour les frais non couverts, occasionnés par des traitements d'urgence en cas de maladie, d'accident et de naissance avant terme durant un voyage de vacances ou d'affaires, respectivement au cours d'un séjour à l'étranger. Elle alloue en outre des prestations au titre des frais de transport, de recherche, de sauvetage et de dégagement et fournit des prestations de services. La couverture est déterminée par les dispositions régissant les prestations ci-après.

1.2. Dispositions communes

Les dispositions communes des ÖKK Versicherungen AG font partie intégrante des dispositions régissant l'assurance ÖKK TOURIST. En cas de dérogation, les dispositions régissant l'assurance ÖKK TOURIST priment les dispositions communes des ÖKK Versicherungen AG.

2. Conclusion, début et durée

2.1. Personnes assurées

2.1.1. Cercle de personnes

Sont assurées les personnes qui ont souscrit l'assurance ÖKK TOURIST auprès de ÖKK. L'assurance peut être conclue par toutes les personnes, sans limite d'âge.

2.1.2. Personnes seules

Sont assurées les personnes mentionnées sur la police d'assurance.

2.1.3. Familles

Sont assurés le preneur d'assurance mentionné sur la police d'assurance ainsi que le conjoint, respectivement le compagnon ou la compagne, et ses enfants jusqu'à l'âge de 25 ans révolus, pour autant qu'ils vivent en ménage commun avec le preneur d'assurance.

2.2. Début, durée et fin de l'assurance

Le début, la durée et la fin de l'assurance sont régis par les dispositions communes des ÖKK Versicherungen AG.

L'assurance ne peut être conclue et maintenue que conjointement avec l'une au moins des catégories d'assurance suivantes:

- SUPPLEMENT GENERAL
- SUPPLEMENT PRIVE
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- COMBI
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO

Pour qu'une famille puisse conclure et maintenir l'assurance ÖKK TOURIST, il faut que l'un des parents au moins soit au bénéfice du SUPPLEMENT GENERAL, du SUPPLEMENT PRIVE, de ÖKK OPTIMA, de ÖKK PREMIUM, de ÖKK FAMILY, de ÖKK FAMILY FLEX, de ÖKK SALTO ou d'une assurance COMBI auprès de ÖKK.

3. Prestations

3.1. Validité des prestations

3.1.1. Validité territoriale des prestations

L'assurance est valable pour les traitements d'urgence appliqués hors du canton de résidence en Suisse et dans le monde entier.

3.1.2. Validité temporelle des prestations

Les prestations ne sont allouées qu'aussi longtemps qu'un transport à domicile ne peut pas être exigé raisonnablement sous l'angle médical.

L'obligation de verser des prestations pour des maladies et des accidents survenus pendant la durée de l'assurance s'éteint, dans tous les cas, au plus tard 91 jours après l'expiration de l'assurance.

3.2. Conditions de prise en charge

Les prestations ne sont versées que si le traitement est approprié et nécessaire pour des raisons médicales et s'il est appliqué par des personnes disposant de l'autorisation requise pour ces soins.

3.3. Frais de guérison

L'assurance prend en charge des prestations pour les frais de guérison en cas de traitement d'urgence ambulatoire et hospitalier, et ce en complément de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, de l'assurance-accidents selon la LAA et de toute assurance complémentaire éventuelle souscrite auprès des ÖKK Versicherungen AG.

La maladie, l'accident et la naissance avant terme sont couverts aux tarifs pratiqués localement ou convenus par convention. La naissance est réputée avant terme lorsque l'accouchement a lieu de façon imprévue et plus de six semaines avant le terme attesté par le médecin.

La participation légale aux coûts, valable pour la Suisse, n'est pas assurée.

3.4. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement

Lorsqu'une personne assurée tombe gravement malade, subit un accident grave ou décède, l'assureur prend en charge – en se fondant sur un rapport médical – les prestations suivantes organisées par la centrale d'alarme ÖKK et paie les frais pour:

- a) les actions de sauvetage et transports d'urgence médicalement nécessaires par un moyen de transport adéquat vers le lieu de traitement approprié le plus proche;
- b) les actions de recherche entreprises en vue d'un sauvetage ou d'un dégagement de la personne assurée ainsi que les actions de dégagement jusqu'à concurrence de CHF 20'000.– au total par personne assurée;
- c) en cas de nécessité médicale, le rapatriement de la personne assurée malade ou accidentée vers un hôpital approprié dans le canton de résidence en vue du traitement hospitalier;
- d) le rapatriement de la personne décédée à son lieu de domicile en Suisse respectivement à l'étranger pour les frontaliers.

3.5. Visite et frais de voyage supplémentaires

3.5.1. Visite

Lorsqu'une personne assurée tombe gravement malade à l'étranger ou y subit un accident grave et qu'elle doit être hospitalisée pour une durée supérieure à 7 jours, l'assureur organise et paie le voyage d'une personne proche de la personne assurée pour lui rendre visite (billet de train en 1ère classe, billet d'avion en classe économique).

3.5.2. Voyage de retour spécial

Lorsqu'une personne assurée doit, en cas de nécessité médicale,

être transportée de l'étranger vers un hôpital approprié dans le canton de résidence pour y suivre un traitement hospitalier, la centrale d'alarme ÖKK organise le voyage de retour spécial des membres de la famille assurés voyageant avec elle ou d'une personne proche. Sont couverts les frais supplémentaires qui en résultent.

Lorsqu'une personne assurée tombe malade ou subit un accident et qu'elle ne peut pas effectuer le voyage de retour prévu en raison d'une hospitalisation, la centrale d'alarme ÖKK organise le voyage de retour spécial de la personne assurée, des membres de la famille assurés voyageant avec elle ou d'une personne proche. Sont couverts les frais supplémentaires qui en résultent.

3.6. Capitaux assurés

Les variantes suivantes peuvent être conclues:

3.6.1. ÖKK TOURIST 50/100

Le capital assuré se monte pour toutes les prestations à CHF 50'000.- au total par personne assurée, mais au maximum à CHF 100'000.- par famille assurée. Les variantes suivantes peuvent être conclues (durée du séjour à l'étranger):

- jusqu'à 17 jours au maximum,
- jusqu'à 40 jours au maximum.

3.6.2. ÖKK TOURIST 250/500

Le capital assuré se monte pour toutes les prestations à CHF 250'000.- au total par personne assurée, mais au maximum à CHF 500'000.- par famille assurée. Les variantes suivantes peuvent être conclues (durée du séjour à l'étranger):

- jusqu'à 17 jours au maximum,
- jusqu'à 40 jours au maximum.

3.7. Prestations de services

3.7.1. Avance de fonds à l'hôpital

Lorsqu'une personne assurée doit être hospitalisée à l'étranger, l'assureur avance au besoin les frais hospitaliers jusqu'à concurrence de CHF 20'000.-. Lorsqu'une partie du montant avancé n'est pas couverte par l'assurance existante, elle sera facturée à la personne assurée. Le montant exigé devra être remboursé dans les 30 jours.

3.7.2. Information de personnes à domicile

Dans le cas où des mesures auraient été organisées par la centrale d'alarme ÖKK, cette dernière renseigne les proches parents de la personne assurée sur l'état des faits et les mesures prises.

3.7.3. Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger

La centrale d'alarme ÖKK fournit à ses assurés au besoin les coordonnées d'un médecin ou d'un hôpital dans la région où ils se trouvent. En présence de difficultés à se faire comprendre, la centrale d'alarme ÖKK assure un service de traductions.

3.7.4. Conseils médicaux par des médecins

Si une personne assurée, pendant son voyage, nécessite un avis médical qu'il lui est impossible d'obtenir localement, les médecins de la centrale d'alarme ÖKK lui donneront les conseils médicaux. Cette consultation ne doit être considérée que comme conseil et en aucun cas comme diagnostic.

3.8. Limitations sur le plan des prestations

3.8.1. Principe

La réglementation relative aux limitations sur le plan des prestations selon les dispositions communes des ÖKK Versicherungen AG ne s'applique pas à l'assurance ÖKK TOURIST.

3.8.2. Exclusion de prestations

Il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance:

- a) pour les maladies et les séquelles d'accident qui existaient au moment du départ, resp. dont la survenue était reconnaissable pour la personne assurée et un traitement médical était prévisible au départ;
- b) lorsque la personne assurée s'est rendue à l'étranger, pour y suivre un traitement, y recevoir des soins ou y accoucher;
- c) pour les maladies et suites d'accidents qui sont exclues de la couverture d'une assurance auprès d'ÖKK souscrite par la personne assurée;
- d) pour les actions de recherche, rapatriements, voyages de visite ou voyages de retour spéciaux qui n'ont pas été autorisés au préalable par la centrale d'alarme ÖKK;
- e) en cas de participation à des activités guerrières, émeutes ou actes similaires ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger;
- f) pour les maladies et accidents consécutifs à des événements de guerre dont la première apparition date déjà de plus de 14 jours;
- g) pour les maladies et accidents dus à la participation active à des actes punissables, des bagarres ou à d'autres actes violents;
- h) pour les maladies et accidents provoqués par négligence grave, notamment ceux causés par l'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues;
- i) pour les dommages à la santé dus à une entreprise téméraire, c.-à-d. lorsque la personne assurée s'expose à un danger, sans prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. En sont exceptés les actes de sauvetage en faveur de personnes. Est notamment considérée comme entreprise téméraire au sens de cette disposition la participation à des courses avec des véhicules à moteur ou à un entraînement pour de telles courses;
- k) lorsque le dommage à la santé a été provoqué intentionnellement, également par suite d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'automutilations.

Lorsque le transport d'urgence ou le rapatriement est rendu impossible pour circonstances externes telles que grèves, émeutes, actes violents, gros sinistres industriels, radioactivité, catastrophes naturelles, maladies épidémiques ou force majeure, l'organisation et l'exécution de ces transports ne peuvent pas être exigées.

3.8.3. Restrictions en matière de prestations

En cas de facturation manifestement excessive, l'assureur peut réduire ses prestations en conséquence ou faire dépendre son versement de la cession de la créance réduite.

3.9. Prescription

Le droit aux prestations de la personne assurée à l'égard de l'assureur se prescrit par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation de l'assureur.

4. Participation aux frais

Aucune participation aux frais n'est perçue sur les prestations de l'assurance ÖKK TOURIST.

5. Obligations en cas de sinistre

5.1. Information de la centrale d'alarme ÖKK

En cas de maladie subite, d'accident et de naissance avant terme en Suisse et à l'étranger, qui nécessitent une hospitalisation ou des mesures de secours, la centrale d'alarme ÖKK doit, dans tous les cas, être avisée immédiatement.

5.2. Dégagement de l'obligation de garder le secret

La personne assurée délève du secret professionnel envers la centrale d'alarme ÖKK et de l'assureur les médecins traitants et les autres personnes médicales ainsi que les assureurs.

5.3. Exercice du droit aux prestations

La personne assurée doit faire valoir son droit aux prestations dans les plus brefs délais auprès de la caisse et mettre à la disposition de cette dernière toutes les informations avec les indications médicales et administratives nécessaires. Seules les factures originales détaillées sont acceptées. Lorsque les détails de la facture sont insuffisants et si les renseignements complémentaires demandés ne sont pas fournis, les prestations seront fixées d'après une appréciation conforme aux obligations.

5.4. Imputation des billets de train ou d'avion

Les billets de train ou d'avion non utilisés doivent être envoyés à la caisse sans qu'elle ait besoin de le demander. Si des billets devenus inutiles sont vendus ou remboursés par des tiers, les indemnités reçues sont imputées sur les prestations d'assurance. En cas d'inobservation de cette obligation, l'assureur peut exiger de l'assuré concerné la restitution du montant fixé d'après son appréciation conforme aux obligations ou compenser ce montant avec le droit aux prestations.

6. Prestations de tiers

6.1. En général

Lorsqu'un tiers assume des obligations pour un cas de maladie ou un accident dûment annoncés sur la base de dispositions légales ou en raison d'une faute imputable, l'assureur n'est pas tenu à prestations ou tout au plus pour la part non couverte.

6.2. Renoncement aux prestations

Lorsque des assurés renoncent sans l'agrément de l'assureur en tout ou en partie à des prestations vis-à-vis d'un tiers, l'assureur est libéré de toute obligation à prestations selon les présentes CGA. La capitalisation d'un droit aux prestations est également considérée comme renoncement.

6.3. Assurances sociales

Aucune prestation ne sera prise en charge lorsque celle-ci va à la charge d'assurances sociales (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI etc.). Le droit aux prestations doit être annoncé à l'assurance sociale concernée. Dans le cas où une personne assurée ne serait pas au bénéfice d'une assurance obligatoire des soins en vigueur selon la LAMal, l'assureur servira les prestations comme si cette couverture avait existé.

6.4. Assurances existantes auprès des ÖKK Versicherungen AG

Les autres assurances complémentaires souscrites auprès des ÖKK Versicherungen AG priment les prestations de l'assurance ÖKK TOURIST.

6.5. Garde aérienne de sauvetage ou organisations similaires

Lorsque la qualité de membre (donateur) existe auprès de la garde aérienne de sauvetage ou d'une organisation similaire, les frais ne sont pris en charge que dans la mesure où aucune prestation n'a été servie par ces organisations. Les accords contractuels contrares demeurent réservés.

ÖKK PROTECT

Edition 1.1.2011

Table des matières

- 1. Bases de l'assurance**
 - 1.1. Assureur
 - 1.2. Dispositions communes
 - 1.3. Contrat collectif
- 2. Etendue de la couverture**
 - 2.1. Bases du contrat
 - 2.2. Différends assurés
 - 2.3. Subsidiarité
 - 2.4. Différends non assurés
- 3. Personnes assurées**
- 4. Début, durée et fin de l'assurance**
 - 4.1. En général
 - 4.2. Résiliation du contrat collectif
- 5. Champ d'application territorial**
- 6. Champ d'application temporel**
- 7. Prestations assurées**
- 8. Cas de protection juridique**
 - 8.1. Annonce d'un cas de protection juridique
 - 8.2. Déroulement d'un cas de protection juridique
 - 8.3. Procédure en cas de divergence d'opinion
- 9. For**

1. Bases de l'assurance

1.1. Assureur

L'assureur responsable de l'assurance de protection juridique en matière de santé ÖKK PROTECT est Coop Protection Juridique SA, Entfelderstrasse 2, 5000 Aarau (ci-après: l'assureur).

La caisse-maladie servant d'intermédiaire est ÖKK.

1.2. Dispositions communes

Les dispositions communes d'ÖKK Versicherungen AG font partie intégrante des dispositions relatives à la protection juridique en matière de santé. En cas de divergence, les dispositions de l'assurance de protection juridique en matière de santé ÖKK PROTECT priment les dispositions communes d'ÖKK Versicherungen AG.

1.3. Contrat collectif

La garantie de la protection juridique en matière de santé est accordée sur la base du contrat collectif passé entre les ÖKK Versicherungen AG et l'assureur.

2. Etendue de la couverture

2.1. Bases du contrat

Le contrat est notamment régi par les conditions générales d'assurance ci-après ainsi que par la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance (LSA) et l'ordonnance sur la surveillance des entreprises d'assurance privées (OS).

2.2. Différends assurés

Dans le cadre d'un préjudice porté à la santé, les litiges suivants sont assurés:

- Litiges portant sur la responsabilité civile (par exemple avec des fournisseurs de prestations médicales, avec des détenteurs de véhicules après des accidents de circulation etc.), en particulier:
 - les prétentions en dommages-intérêts à la suite d'erreurs médicales
 - l'obligation de renseigner la personne assurée sur les effets possibles de mesures médicales
 - les fausses informations et le refus d'informer, notamment en ce qui concerne
 - la consultation de documents relatifs à des examens
 - la remise de radiographies
 - l'omission de procéder à des examens.
- Litiges relevant du droit des assurances (par exemple avec l'assurance RC, l'assurance-accident, l'assurance-maladie, l'assurance-invalidité etc.).

2.3. Subsidiarité

Le droit à la protection juridique n'existe que si et dans la mesure où les prestations ne sont pas fournies par un autre assureur. Sont exclus de la subsidiarité les litiges avec des fournisseurs de prestations médicales et leurs assurances RC.

2.4. Différends non assurés

Ne sont pas assurés:

- Les cas qui ne sont pas expressément mentionnés
- Les cas qui se sont produits avant l'entrée en vigueur de la présente assurance
- Les litiges de l'assuré avec Coop Protection Juridique SA, resp. ses organes et des mandataires
- Les litiges en relation avec
 - les traitements psychiatriques et psychothérapeutiques
 - les honoraires et factures (sauf celles portant sur des prestations non fournies)
 - les factures de primes d'ÖKK
 - les prétentions en dommages-intérêts émises contre l'assuré.

3. Personnes assurées

Sont assurées les personnes qui ont conclu l'assurance ÖKK PROTECT auprès de ÖKK.

Sont assurées en plus toutes les personnes:

- qui sont assurées avec la personne mentionnée ci-dessus dans une police commune auprès d'ÖKK;
- les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans révolus qui vivent en ménage commun avec la personne mentionnée ci-dessus et qui sont assurés auprès d'ÖKK.

Si une personne assurée décède des suites d'un événement assuré, ses ayants droit sont assurés pour le cas en question.

4. Début, durée et fin de l'assurance

4.1. En général

Le début, la durée et la fin de l'assurance sont régis par les dispositions communes d'ÖKK Versicherungen AG.

L'assurance ne peut être souscrite et maintenue que conjointement avec l'une au moins des catégories d'assurance suivantes:

- SUPPLEMENT GENERAL
- SUPPLEMENT PRIVE
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- COMBI
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO
- ÖKK MONDIAL BASE
- ÖKK DENTAL

Lorsqu'une personne qui remplit les conditions d'ÖKK PROTECT cesse d'appartenir à la police commune, son assurance dans ÖKK PROTECT est maintenue. Toutefois, la personne assurée peut exercer son droit de résiliation dans les 3 mois à compter de la communication.

4.2. Résiliation du contrat collectif

L'assurance s'éteint en cas de résiliation du contrat collectif passé entre l'assureur et ÖKK Versicherungen AG. La résiliation doit être communiquée à la personne assurée par écrit et au plus tard un mois avant l'extinction de la protection d'assurance.

5. Champ d'application territorial

La couverture d'assurance est valable dans le monde entier.

6. Champ d'application temporel

La protection juridique est accordée pour les litiges survenant pendant la durée de l'assurance. Le cas est considéré comme étant survenu le jour où il y a eu violation des dispositions légales; les cas relevant du droit des assurances sont considérés comme survenus lorsque s'est produit l'événement assuré. Avec la résiliation de cette assurance s'éteint également le droit à la protection juridique pour les sinistres survenus après la résiliation.

7. Prestations assurées

L'assureur accorde les prestations suivantes:

- La défense des intérêts juridiques de l'assuré par Coop Protection Juridique
- La prise en charge jusqu'à concurrence de CHF 250'000.- (respectivement CHF 50'000.- pour les cas survenant hors de l'Europe et des pays riverains de la Méditerranée) par cas:
 - les honoraires de l'avocat mandaté
 - les honoraires des experts mandatés
 - le remboursement à l'assuré des frais de justice et de procédure
 - les frais de recouvrement de l'indemnité allouée à la personne assurée
 - les dépens que la personne assurée doit payer à la partie adverse.

Ne sont pas pris en charge:

- les dommages-intérêts
- les frais incombant à un tiers responsable.

Les dépens et frais de procès alloués à l'assuré doivent être cédés à Coop Protection Juridique.

8. Cas de protection juridique

8.1. Annonce d'un cas de protection juridique

La survenance d'un cas de protection juridique doit être annoncée immédiatement à l'assureur ou à ÖKK et par écrit s'ils en font la demande. La personne assurée doit soutenir l'assureur dans le suivi du cas de protection juridique, donner les procurations et renseignements nécessaires et transmettre sans retard les communications lui parvenant, en particulier celles émanant des autorités. En cas de violation fautive de ces obligations, l'assureur peut réduire ses prestations dans la mesure où des frais supplémentaires en ont résulté. En cas de violation grave, les prestations peuvent être refusées.

8.2. Déroulement d'un cas de protection juridique

Après avoir entendu la personne assurée, l'assureur prend les mesures nécessaires à la défense de ses intérêts. Si l'intervention d'un avocat s'avère nécessaire, notamment dans les procédures judiciaires ou administratives ou lors de conflits d'intérêts, la personne assurée peut choisir l'avocat librement. Si la personne assurée change d'avocat sans raison valable, elle doit assumer les frais qui en résultent.

8.3. Procédure en cas de divergence d'opinion

En cas de divergence d'opinion à propos de la marche à suivre, notamment dans des cas où l'assureur estime que la démarche est dépourvue de chances de succès, une procédure arbitrale peut être engagée à la demande de la personne assurée. L'arbitre est désigné d'un commun accord entre les deux parties. Ensuite la procédure se déroule conformément aux dispositions sur l'arbitrage contenues dans le code de procédure civile suisse (CPC). Si une personne assurée engage à ses frais un procès, les prestations contractuelles sont allouées si le résultat obtenu sur le fond est meilleur que celui estimé par l'assureur.

9. For

Le domicile suisse de l'assuré ou Aarau est reconnu comme for.

ÖKK Capital-risque en cas de décès ou d'invalidité par suite d'accident

Edition 1.1.2009

Table des matières

1. Bases de l'assurance	8. Assurance du capital en cas de décès
1.1. Assureur	8.1. Personnes bénéficiaires
1.2. Dispositions communes	8.2. Double montant du capital en cas de décès
1.3. Définition de l'âge	8.3. Imputation du capital en cas d'invalidité
2. Etendue de la couverture	9. Assurance de capital en cas d'invalidité
3. Personnes assurées	9.1. Principe
3.1. Principe	9.2. Invalidité totale
3.2. Age d'entrée maximal	9.3. Invalidité partielle
4. Début et durée de l'assurance	9.4. Déformation grave
4.1. En général	9.5. Défauts corporels préexistants
4.2. Modifications d'assurance	9.6. Indemnité en cas d'invalidité
5. Fin de l'assurance	10. Restrictions en matière de prestations
5.1. Principe	10.1. Principe
5.2. Résiliation du contrat d'assurance collective	10.2. Exclusions de prestations
6. Champ d'application territorial	10.3. Réductions des prestations
7. Sommes d'assurance	10.3.1. Négligence grave
7.1. Montant des capitaux assurés	10.3.2. Facteurs étrangers à l'accident
7.2. Sommes d'assurance maximales	10.3.3. Inobservation des obligations en cas de sinistre
7.2.1. Sommes d'assurance maximales pour les enfants	10.3.4. Autres réductions de prestations
7.2.2. Sommes d'assurance maximales en âge AVS	10.4. Décès provoqué par un ayant droit
7.3. Sommes maximales en cas d'accidents d'avion	11. Frais de reclassement
	12. Primes
	13. Comportement en cas de sinistre
	14. Communications à l'assureur
	15. Lieu d'exécution et for
	16. Droit applicable

Lorsque les présentes CGA n'utilisent pas expressément la forme féminine, la forme masculine est également valable pour les femmes.

1. Bases de l'assurance

1.1. Assureur

L'assureur responsable est la SOLIDA Assurances SA, à Zurich (ci-après: l'assureur).

ÖKK Versicherungen AG a passé un contrat d'assurance collective avec la SOLIDA Assurance SA en vue d'accorder la couverture d'assurance en cas de décès et d'invalidité par suite d'accident.

ÖKK Versicherungen AG et la société d'assurance ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (ÖKK) servant d'intermédiaire (ci-après: ÖKK) n'assument aucune responsabilité pour des prétentions de quelque nature que ce soit dans le cadre de cette assurance-accidents.

1.2. Dispositions communes

Les dispositions communes des ÖKK Versicherungen AG (ci-après: dispositions communes) font partie intégrante des Conditions générales d'assurance (CGA) de ÖKK Capital-risque en cas de décès ou d'invalidité par suite d'accident. En cas de divergence, les CGA priment les dispositions communes.

1.3. Définition de l'âge

L'âge déterminant pour l'assurance correspond à la différence entre l'année civile et l'année de naissance de l'assuré.

2. Etendue de la couverture

L'assurance couvre tous les accidents professionnels et non professionnels, y compris les maladies professionnelles, dans la mesure où ils sont indemnisables au moment de leur survenance en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (art. 6 – 9 LAA).

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire. Sont aussi considérés comme accidents, outre les lésions corporelles mentionnées dans les dispositions communes:

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

3. Personnes assurées

3.1. Principe

Sont assurées les personnes seules qui se sont annoncées pour l'assurance-accidents selon les présentes CGA et qui ont reçu la police d'assurance.

3.2. Age d'entrée maximal

L'assurance peut être conclue jusqu'à l'âge de 65 ans révolus.

4. Début et durée de l'assurance

4.1. En général

Le début et la durée de l'assurance sont régis par les dispositions communes.

Un accident et ses suites sont assurés lorsque l'accident s'est produit pendant la durée de la couverture d'assurance.

4.2. Modifications d'assurance

Une augmentation de la somme d'assurance est possible jusqu'à l'âge de 65 ans révolus.

5. Fin de l'assurance

5.1. Principe

Pour la fin de l'assurance, les dispositions communes sont applicables.

5.2. Résiliation du contrat d'assurance collective

La protection d'assurance prend fin lorsque le contrat d'assurance collective passé entre l'assureur et ÖKK Versicherungen AG est résilié. La résiliation doit être communiquée à la personne assurée par écrit et au plus tard un mois avant la fin de la protection d'assurance.

6. Champ d'application territorial

L'assurance est valable dans le monde entier. En cas de départ à l'étranger, le maintien de l'assurance est régi par les conditions de ÖKK MONDIAL.

7. Sommes d'assurance

7.1. Montant des capitaux assurés

Les sommes d'assurance figurant sur la police d'assurance font foi.

7.2. Sommes d'assurance maximales

7.2.1. Sommes d'assurance maximales pour les enfants
La somme d'assurance maximale en cas de décès est de CHF 20'000.- pour les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans.

Le capital légal en cas de décès alloué par cette assurance et d'autres assurances est de CHF 2'500.- au maximum pour les enfants n'ayant pas encore atteint l'âge de deux ans et demi et de CHF 20'000.- au maximum pour les enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de douze ans.

7.2.2. Sommes d'assurance maximales en âge AVS

Les sommes d'assurance maximales pour les assurés dès l'âge de 66 ans sont de CHF 20'000.- en cas de décès et de CHF 100'000.- en cas d'invalidité.

Les sommes d'assurance plus élevées sont réduites aux sommes d'assurance maximales.

La progression dans l'assurance en cas d'invalidité est supprimée.

7.3. Sommes maximales en cas d'accidents d'avion

En cas d'accidents d'avion, la garantie maximale de l'assureur pour une seule et même personne dans le cadre de l'ensemble de ses assurances-accidents en vigueur est limitée à CHF 500'000.- en

cas de décès et à CHF 1'000'000.- en cas d'invalidité totale (avec réduction correspondante en cas d'invalidité partielle).

8. Assurance du capital en cas de décès

8.1. Personnes bénéficiaires

Si l'accident entraîne la mort de la personne assurée immédiatement ou dans les cinq ans qui suivent le jour de l'accident, l'assureur verse le capital assuré en cas de décès:

- au conjoint survivant,
- à défaut, aux enfants, enfants adoptés et enfants d'un autre lit, à parts égales,
- à défaut, aux parents à parts égales,
- à défaut, aux frères et sœurs, dans la mesure où ceux-ci n'avaient pas encore atteint l'âge de 25 ans au moment de l'accident.

Le conjoint et les enfants d'un mariage contracté après l'accident n'ont aucun droit à des prestations.

En dérogation à la réglementation précitée, la personne assurée peut désigner ou exclure des bénéficiaires par une communication écrite à ÖKK. Une telle déclaration peut en tout temps être révoquée ou modifiée par écrit.

Lorsque les ayants droit mentionnés ci-dessus font défaut, l'assureur prend en charge les frais d'ensevelissement, mais tout au plus le 10% de la somme d'assurance jusqu'à concurrence de CHF 10'000.-.

8.2. Double montant du capital en cas de décès

Lorsque le même accident cause le décès des deux parents, l'assureur verse le double montant du capital en cas de décès de chaque parent assuré à parts égales aux enfants, enfants d'un autre lit ou enfants adoptifs mineurs ou présentant une incapacité de gain durable et ayant besoin d'aide.

8.3. Imputation du capital en cas d'invalidité

Un capital en cas d'invalidité déjà versé pour le même accident est imputé sur le capital en cas de décès.

9. Assurance de capital en cas d'invalidité

9.1. Principe

Si l'accident entraîne une invalidité vraisemblablement permanente d'une personne assurée, l'assureur paie la somme d'assurance convenue en cas d'invalidité:

- en cas d'invalidité totale, la somme d'assurance intégrale,
- en cas d'invalidité partielle, une part de la somme d'assurance correspondant au degré de l'invalidité.

Le degré d'invalidité n'est fixé définitivement que sur la base de l'état de la personne assurée, reconnu vraisemblablement comme permanent, mais au plus tard cinq ans après l'accident. Il est établi le degré d'invalidité actuel au moment de la fixation. Les modifications du degré d'invalidité survenant ultérieurement, c.-à-d.

aussi les rechutes et séquelles tardives, ne sont plus prises en considération. Une incapacité de gain ou de travail survenue à la suite de l'accident n'est pas prise en considération lors de la fixation du degré d'invalidité. Seule la personne assurée a droit au capital en cas d'invalidité.

9.2. Invalidité totale

Est réputée invalidité totale

- la perte ou la privation totale de l'usage des deux bras ou des deux mains,
- la perte ou la privation totale de l'usage des deux jambes ou des deux pieds ou la perte d'un bras ou d'une main et, simultanément, d'une jambe ou d'un pied,
- la paralysie totale,
- la cécité totale.

9.3. Invalidité partielle

En cas d'invalidité partielle, il sera versé la part de la somme d'assurance prévue en cas d'invalidité totale correspondant au degré d'invalidité. Le degré d'invalidité est fixé sur la base du barème ci-après:

Perte ou privation totale de l'usage

- de tout le bras	70 %
- d'un avant-bras	65 %
- d'une main	60 %
- d'un pouce avec partie du métacarpe	25 %
- d'un pouce sans partie du métacarpe	22 %
- de la première phalange du pouce	10 %
- d'un index	15 %
- d'un médus	10 %
- d'un annulaire	9 %
- d'un auriculaire	7 %
- d'une jambe au-dessus du genou	60 %
- d'une jambe au genou et au-dessous	50 %
- d'un pied	45 %
- d'un gros orteil	8 %
- des autres orteils, chacun	3 %
- de la vision d'un œil	30 %
- de la vision de l'autre œil chez un borgne	50 %
- de l'ouïe des deux oreilles	60 %
- de l'ouïe d'une oreille	15 %
- de l'ouïe d'une oreille, si celle de l'autre était déjà complètement perdue avant l'accident	30 %
- de l'odorat	10 %
- du goût	10 %
- d'un rein	20 %
- de la rate	5 %
- atteinte très grave et douloureuse à la fonction de la colonne vertébrale	50 %

En cas de perte partielle ou de privation partielle de l'usage, le degré d'invalidité est réduit en proportion.

Lorsque la fixation du degré d'invalidité n'est pas possible sur la base du barème, elle se fera par analogie à la directive relative à l'évaluation des indemnités pour atteinte à l'intégrité selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA) et l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA), en appliquant notamment les tables «Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA» publiées par la SUVA.

Lorsque plusieurs parties du corps sont atteintes simultanément par suite du même accident, le degré d'invalidité s'obtient en règle générale par l'addition de leurs pourcentages. Le degré d'invalidité ne

peut toutefois pas être supérieur à 100 %. En cas de perte de tous les doigts d'une main, il sera versé tout au plus le capital en cas d'invalidité prévu pour la perte de la main correspondante.

9.4. Déformation grave

Pour une déformation grave et durable du corps humain, provoquée par un accident (dommages esthétiques, p. ex. cicatrices), pour laquelle aucun capital en cas d'invalidité n'est dû mais qui produit néanmoins une détérioration de la position sociale de la personne assurée, l'assureur alloue sur la somme d'assurance convenue pour l'invalidité au maximum:

- 10 % en cas de défiguration
- 5 % en cas de déformation d'autres parties normalement visibles du corps.

La prestation pour les dommages esthétiques est limitée à CHF 20'000.-. La progression est supprimée.

9.5. Défauts corporels préexistants

Une aggravation des suites de l'accident en raison de défauts corporels préexistants, à l'exception de la perte de l'autre œil ou de l'ouïe de l'autre oreille, ne donne pas droit à une indemnisation plus élevée. Si, avant l'accident, des parties du corps étaient déjà partiellement ou totalement mutilées ou privées de leur usage, le degré d'invalidité préexistant, calculé selon les principes énoncés ci-dessus, est déduit lors de la fixation du degré d'invalidité.

Lorsque des maladies ou infirmités préexistantes, qui n'ont pas été causées par le seul accident, ont aggravé considérablement les suites de l'accident, les prestations d'assurance sont réduites en proportion, et ceci déjà lors de la fixation du degré d'invalidité et pas seulement au moment de fixer le capital en cas d'invalidité.

9.6. Indemnité en cas d'invalidité

Si le degré d'invalidité dépasse 25 %, l'indemnité augmente progressivement jusqu'à 350 % de la somme d'assurance.

Degré d'invalidité (%)	Indemnité (%) de la somme d'assurance	Degré d'invalidité (%)	Indemnité (%) de la somme d'assurance
1	1	23	23
2	2	24	24
3	3	25	25
4	4	26	28
5	5	27	31
6	6	28	34
7	7	29	37
8	8	30	40
9	9	31	43
10	10	32	46
11	11	33	49
12	12	34	52
13	13	35	55
14	14	36	58
15	15	37	61
16	16	38	64
17	17	39	67
18	18	40	70
19	19	41	73
20	20	42	76
21	21	43	79
22	22	44	82

Degré d'invalidité (%)	Indemnité (%) de la somme d'assurance	Degré d'invalidité (%)	Indemnité (%) de la somme d'assurance
45	85	73	215
46	88	74	220
47	91	75	225
48	94	76	230
49	97	77	235
50	100	78	240
51	105	79	245
52	110	80	250
53	115	81	255
54	120	82	260
55	125	83	265
56	130	84	270
57	135	85	275
58	140	86	280
59	145	87	285
60	150	88	290
61	155	89	295
62	160	90	300
63	165	91	305
64	170	92	310
65	175	93	315
66	180	94	320
67	185	95	325
68	190	96	330
69	195	97	335
70	200	98	340
71	205	99	345
72	210	100	350

10. Restrictions en matière de prestations

10.1. Principe

Les conditions régissant les restrictions en matière de prestations, fixées dans les dispositions communes, ne sont pas applicables.

10.2. Exclusions de prestations

Ne donnent pas droit aux prestations d'assurance les accidents:

- suite de faits de guerre, de guerre civile ou d'événements similaires
 - en Suisse, dans la Principauté du Liechtenstein ou les pays limitrophes,
 - dans un autre pays étranger; à moins que l'accident survienne dans les 14 jours qui suivent le début de tels événements dans le pays où séjourne la personne assurée et qu'elle y ait été surprise par l'éclatement de faits de guerre,
- suite de tremblements de terre en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein,
- suite de dangers extraordinaires. Sont considérés comme tels:
 - le service militaire à l'étranger,
 - la participation à des actes de guerre, à des actes de terrorisme, à la commission de crimes,
 - la participation à une rixe ou à une bagarre, à moins que la personne assurée ait été blessée par les protagonistes alors qu'elle ne prenait aucune part à la rixe ou à la bagarre ou qu'elle venait en aide à une personne sans défense,

- les dangers auxquels la personne assurée s'expose en provoquant gravement autrui,
- les suites de désordres de tout genre, à moins que la personne assurée ne prouve qu'elle n'a pas participé activement aux côtés des auteurs de troubles ou en tant qu'instigatrice,
- ensuite de la commission intentionnelle de crimes et de délits ou de la participation à des crimes et délits par la personne assurée ou lors de leur tentative, et ceci également lorsque le risque d'un tel délit a seulement été couru,
- ensuite de l'effet de rayons ionisants et de dommages causés par l'énergie nucléaire,
- lorsque la personne assurée présente un taux d'alcoolémie de 2 pour mille ou plus, à moins qu'il n'existe manifestement aucune relation de cause à effet entre l'état d'ébriété et l'accident,
- ensuite d'entreprises téméraires (les entreprises téméraires sont celles par lesquelles la personne assurée s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener celui-ci à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures),
- ensuite d'un suicide ou d'atteintes à la santé que l'assuré a portées intentionnellement ou dans un état d'incapacité totale ou partielle de discernement à son propre corps,
- ensuite de l'absorption ou de l'injection intentionnelle de médicaments, de drogues et de produits chimiques,
- ensuite d'interventions médicales ou chirurgicales qui n'étaient pas nécessaires du fait d'un accident assuré,
- lors de l'utilisation d'aéronefs comme pilote militaire, autre membre d'équipage militaire et grenadier-parachutiste,
- lors de sauts en parachute militaires,
- lors de voyages aériens si la personne assurée viole intentionnellement les prescriptions des autorités ou n'est pas en possession des licences et autorisations officielles.
- Sont également exclues les participations légales et réglementaires aux coûts de la personne assurée dans l'assurance obligatoire des soins.

10.3. Réductions des prestations

10.3.1. Négligence grave

L'assureur renonce à son droit de réduire les prestations lorsqu'un accident assuré a été provoqué par une négligence grave.

10.3.2. Facteurs étrangers à l'accident

Lorsque des facteurs étrangers à l'accident influencent le cours d'un accident assuré, l'assureur ne verse qu'une partie des prestations convenues qui est à fixer sur la base d'une appréciation médicale. Les facteurs étrangers à l'accident sont déjà déduits lors de la fixation du degré d'invalidité et pas seulement au moment de fixer le capital en cas d'invalidité.

10.3.3. Inobservation des obligations en cas de sinistre

Les prestations peuvent être réduites en cas de violation fautive des obligations par la personne assurée.

10.3.4. Autres réductions de prestations

D'autres réductions de prestations sont régies par les dispositions de la LAA, valables au moment de l'accident ou de l'apparition de la maladie professionnelle (art. 37 - 39 LAA).

10.4. Décès provoqué par un ayant droit

Si une personne bénéficiaire a provoqué le décès de la personne assurée intentionnellement lors de la commission d'un crime ou d'un délit, elle n'a pas droit aux prestations en espèces. Si une personne bénéficiaire a provoqué le décès de la personne assurée par une négligence grave, les prestations lui revenant sont réduites; dans des cas particulièrement graves, elles peuvent être refusées.

11. Frais de reclassement

Si un reclassement professionnel consécutif à un accident indemnisé par l'assureur s'avère nécessaire, l'assureur prend en charge les frais adéquats, tout au plus 10 % de la somme assurée en cas d'invalidité.

12. Primes

Les conditions régissant les primes et les paiements, fixées dans les dispositions communes, sont applicables.

13. Comportement en cas de sinistre

Tout accident, qui pourrait déclencher l'obligation de prise en charge par l'assureur, doit être annoncé sans délai à ÖKK.

Un cas de décès doit être annoncé sans tarder, mais au plus tard dans les dix jours.

La personne assurée doit se soumettre aux examens et instructions des médecins que l'assureur mandate à ses frais.

En cas de perte de tout droit par suite d'omission, la personne assurée est tenue de fournir à l'assureur dans les 30 jours qui suivent l'invitation écrite correspondante tout renseignement demandé sur l'état de santé antérieur et actuel ainsi que sur l'accident et l'évolution des suites de l'accident. La personne assurée et les ayants droit doivent fonder leurs prétentions sur la base de certificats médicaux établis à leurs frais. L'assureur peut également les demander directement.

La personne assurée est tenue de délier tous les médecins, qui l'ont soignée suite à un accident ou une maladie, du secret professionnel pour tout renseignement demandé par l'assureur.

Si la personne assurée ou les ayants droit ne satisfont pas, de façon coupable, à l'une de ces obligations, l'assureur peut réduire les prestations du montant qui aurait été économisé si l'annonce avait été faite à temps, à moins que la personne assurée ou les ayants droit ne fournissent la preuve que le comportement contraire aux dispositions contractuelles n'avait aucune incidence sur les suites de l'accident et leur constatation.

14. Communications à l'assureur

Toute communication et tout avis doivent être adressés à ÖKK. L'assureur reconnaît ces communications et avis comme faits à lui-même. Toutes les communications émanant de l'assureur sont envoyées, de manière juridiquement valable, à la dernière adresse en Suisse indiquée par la personne assurée ou par l'ayant droit.

15. Lieu d'exécution et for

Pour les litiges découlant du présent contrat, l'assureur reconnaît, outre le for de Zurich, le for du domicile suisse de la personne assurée ou de l'ayant droit. L'assureur exécute ses obligations au domicile de la personne assurée ou de l'ayant droit.

16. Droit applicable

Pour la présente assurance sont applicables au surplus les prescriptions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA).

ÖKK Capital-risque en cas de décès ou d'invalidité par suite de maladie (CGA Capital-risque en cas de maladie)

Table des matières

1. Bases de l'assurance	4.4.3. Bases de calcul de la prestation en capital en cas d'invalidité
1.1. Bases de l'assurance	4.4.4. Echelonnement des prestations en capital en cas d'invalidité
1.2. Objet et contenu de l'assurance	4.4.5. Modification du degré d'incapacité de gain
1.3. Conditions générales d'assurance (CGA)	4.4.6. Détermination du degré d'incapacité de gain des adultes exerçant une activité lucrative
1.4. Assureur responsable	4.4.7. Détermination du degré d'incapacité de gain des adultes n'exerçant pas d'activité lucrative ou exerçant une activité lucrative à temps partiel
1.5. Personnes assurées	4.4.8. Détermination du degré d'incapacité de gain des enfants en bas âge et des autres enfants
1.6. Année d'assurance	4.5. Capital en cas de décès
1.7. Détermination de l'âge	4.5.1. Droit au capital en cas de décès
1.8. Admission dans l'assurance	4.5.2. Base de calcul de la prestation en capital en cas de décès
2. Couverture d'assurance	4.5.3. Clause bénéficiaire
2.1. Début de la couverture d'assurance	4.6. Exclusion du droit aux prestations d'assurance
2.2. Conditions de la couverture d'assurance	4.6.1. En cas d'accident
2.3. Exclusion de la couverture	4.6.2. En cas de lésions corporelles assimilées à un accident
2.4. Suppression de la couverture d'assurance	4.6.3. En cas de provocation intentionnelle de l'incapacité de gain
2.5. Champ d'application territorial	4.6.4. En cas de lésions prénatales et d'infirmités congénitales ainsi que leurs suites
3. Début, durée et fin de l'assurance	4.6.5. En cas de suicide ou de décès résultant d'une tentative de suicide
3.1. Début et durée de l'assurance	4.6.6. En cas d'exposition à des rayons ionisants et de dommages causés par l'énergie nucléaire
3.2. Modifications de l'assurance	4.7. Réduction du droit aux prestations d'assurance
3.3. Suspension de l'assurance	4.7.1. Concours de causes diverses
3.4. Fin de l'assurance	4.7.2. Droit à un capital en cas d'invalidité et à un capital en cas de décès
4. Prestations	4.8. Garantie et versement des prestations
4.1. Aperçu des prestations	4.8.1. Inaliénabilité des prestations
4.2. Définitions	4.8.2. Justification des droits
4.2.1. Invalidité	4.8.3. Versement des prestations d'assurance
4.2.2. Maladie	5. Dispositions particulières
4.2.3. Incapacité de travail	5.1. Obligations de coopérer en cas de maladie
4.2.4. Incapacité de gain	5.2. Primes
4.2.5. Activité raisonnablement exigible	5.3. Comportement en cas de sinistre
4.3. Sommes d'assurance	5.4. Communications et avis
4.3.1. Montant des sommes d'assurance	5.5. Service militaire
4.3.2. Sommes d'assurance maximales	5.6. Lieu d'exécution
4.3.3. Causalité dépassante	5.7. For et droit applicable
4.3.4. Réduction dégressive des prestations en capital entre 57 et 65 ans	5.8. Entrée en vigueur et modifications
4.4. Capital en cas d'invalidité	
4.4.1. Droit au capital en cas d'invalidité	
4.4.2. Naissance du droit au capital d'invalidité	

1. Bases de l'assurance

1.1. Bases

La proposition d'assurance individuelle, la police d'assurance, les dispositions communes de la ÖKK et les Conditions générales (CGA) de l'assurance capital-risque en cas de décès ou d'invalidité par suite de maladie constituent les bases du contrat. La Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) s'applique subsidiairement.

1.2. Objet et contenu de l'assurance

La présente assurance complémentaire de capital-risque vise à protéger les personnes assurées contre les conséquences économiques du décès et de l'invalidité par suite de maladie.

Le contenu de la présente assurance complémentaire de capital-risque consiste dans une prestation en capital, unique, destinée à couvrir les conséquences économiques du décès ou de l'invalidité par suite de maladie.

1.3. Conditions générales d'assurance (CGA)

Les présentes conditions générales d'assurance (CGA) décrivent les droits et obligations de la personne assurée et de ses ayants droit en cas d'incapacité de gain ou de décès par suite de maladie. Elles fixent en particulier les prétentions en capital de la personne assurée en cas d'incapacité de gain ainsi que les prétentions des bénéficiaires en cas de décès de la personne assurée.

Les dispositions communes de la ÖKK font partie intégrante de la présente assurance complémentaire de capital-risque. En cas de divergence, les Conditions générales (CGA) de l'assurance de capital-risque en cas de maladie priment les dispositions communes de la ÖKK.

1.4. Assureur responsable

L'assureur responsable est la Nationale Suisse Vie SA, Bottmingen (désignée ci-après par l'assureur). Les prétentions découlant du présent contrat d'assurance ne peuvent être dirigées qu'à l'encontre de l'assureur.

1.5. Personnes assurées

Toute personne domiciliée en Suisse peut être assurée, de même que les frontaliers et les membres de leur famille qui s'assurent à titre facultatif conformément aux Conditions générales (CGA) de l'assurance capital-risque en cas de maladie.

Sont assurées les personnes qui, au moment de la remise de la proposition, ont déjà conclu une assurance maladie ou une assurance maladie complémentaire auprès de la ÖKK ou ont fait une demande en ce sens et seront assurées auprès de la ÖKK.

1.6. Année d'assurance

L'année d'assurance débute le 1er janvier et prend fin le 31 décembre.

1.7. Détermination de l'âge

L'âge de la personne assurée déterminant pour l'assurance (âge effectif) correspond à la différence entre l'année civile et l'année de naissance.

1.8. Admission dans l'assurance

Les réponses aux questions de santé posées dans la proposition sont déterminantes pour l'admission dans l'assurance. Aucun examen de santé n'est requis si la proposition est établie durant les 90 premiers jours de vie à compter du jour de naissance de la personne assurée.

2. Couverture d'assurance

2.1. Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance débute à la date de début d'assurance communiquée par écrit par la ÖKK au proposant, au plus tôt toutefois à la date confirmée sur la police d'assurance.

2.2. Conditions de la couverture d'assurance

La personne assurée bénéficie de la couverture d'assurance pour autant qu'elle soit pleinement capable de travailler à la date de début de la couverture d'assurance, qu'elle ne soit pas soumise à des traitements ou contrôles médicaux périodiques et que les prestations à assurer – initialement ou ultérieurement à titre complémentaire – ne dépassent pas les montants prédéfinis par l'assureur. Sinon, la couverture d'assurance n'est pas accordée ou le capital assuré est réduit en fonction des valeurs autorisées (cf. chiffre 4.3.2.).

2.3. Exclusion de la couverture

La couverture d'assurance n'est pas accordée lorsque le cas d'assurance résulte d'une maladie, d'une infirmité ou des suites d'un accident qui existaient déjà avant le début de la couverture d'assurance.

De même, il n'existe pas de couverture d'assurance pour les enfants durant les 90 premiers jours de vie à compter du jour de naissance, ni pour les cas d'assurance résultant d'une maladie, d'une infirmité ou des suites d'un accident survenus au cours des 90 premiers jours de vie.

2.4. Suppression de la couverture d'assurance

La personne assurée n'est pas couverte si elle participe à des opérations militaires de maintien de la paix dans des régions en crise (par ex. casques bleus de l'ONU, bérets jaunes de l'OSCE, etc.).

2.5. Champ d'application territorial

L'assurance est valable dans le monde entier.

3. Début, durée et fin de l'assurance

3.1. Début et durée de l'assurance

L'assurance débute au plus tôt à la naissance et au plus tard le jour où la personne assurée atteint l'âge de 60 ans révolus (âge d'entrée).

Les rapports d'assurance durent jusqu'au jour où la personne assurée atteint l'âge de 65 ans révolus (âge terme).

L'assurance peut être conclue à tout moment au cours de l'année civile, pour le début d'un mois, jusqu'à l'âge de 60 ans révolus.

3.2. Modification de l'assurance

Le capital assuré peut être augmenté à tout moment dans les limites des catégories d'âge et des sommes d'assurance prédéfinies par l'assureur (cf. chiffre 4.3.2.), au moyen d'une demande correspondante, avant que la personne assurée n'atteigne l'âge de 60 ans révolus.

3.3. Suspension de l'assurance

Une suspension de l'assurance n'est pas possible.

3.4. Fin de l'assurance

L'assurance et la couverture d'assurance prennent fin dans les cas suivants:

- Au décès de la personne assurée.
- En cas de départ à l'étranger (sauf en cas d'acquisition du statut de frontalier).
- Le jour où la personne assurée atteint l'âge terme de 65 ans révolus.
- Pour l'assurance de capital-risque en cas d'invalidité, lors du versement d'un capital d'invalidité.
- Si le contrat est résilié conformément aux dispositions communes de la ÖKK.

4. Prestations

4.1. Aperçu des prestations

Dans les limites de la couverture d'assurance, l'assureur verse les prestations suivantes à tout ayant droit en cas de décès ou d'invalidité par suite de maladie:

- En cas de décès
 - Capital en cas de décès.
- En cas d'incapacité de gain vraisemblablement permanente (invalidité)
 - Capital en cas d'invalidité.

4.2. Définitions

4.2.1. Invalidité

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle par suite de maladie qui est présumée permanente.

4.2.2. Maladie

Est réputée maladie toute altération involontaire de la santé physique ou mentale d'une personne assurée, pouvant être constatée par un médecin et qui n'est pas la conséquence d'un accident.

4.2.3. Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

4.2.4. Incapacité de gain

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

On considère qu'une personne assurée est frappée d'incapacité de gain lorsqu'elle n'est plus en mesure d'exercer sa profession ou toute autre activité lucrative que l'on peut raisonnablement exiger d'elle, par suite d'une atteinte à la santé physique ou mentale objectivement constatée sur le plan médical, et qu'elle subit simultanément, de ce fait, une perte de gain.

Une incapacité de gain est considérée comme permanente lorsque la personne assurée a apporté la preuve que la continuation du traitement ne permet pas d'espérer une amélioration sensible de la capacité de gain et que l'incapacité de gain durera vraisemblablement sa vie entière.

4.2.5. Activité raisonnablement exigible

Par activité pouvant être raisonnablement exigée d'une personne assurée, on entend toute activité correspondant à ses aptitudes et à sa position sociale, même si les connaissances nécessaires à cet effet doivent être acquises au préalable par une nouvelle formation.

4.3. Sommes d'assurance

4.3.1. Montant des sommes d'assurance

Sont déterminants les montants figurant sur l'attestation d'assurance.

Pour les enfants en bas âge qui n'ont pas encore atteint l'âge de deux ans et six mois, le capital décès maximal légal est de CHF 2'500.-.

4.3.2. Sommes d'assurance maximales

Les sommes maximales assurables sont calculées en fonction de l'âge de la personne assurée, conformément au tableau ci-après.

Catégorie d'âge	Somme maximale assurable-Décès (CHF)	Somme maximale assurable-Invalidité (CHF)
Enfants en bas âge de 0 à 3 ans	20'000.-*	150'000.-
Enfants de 4 à 15 ans	20'000.-	150'000.-
Adultes de 16 à 50 ans	300'000.-	300'000.-
Adultes de 51 à 55 ans	200'000.-	200'000.-
Adultes de 56 à 65** ans	100'000.-	100'000.-

* Pour les enfants en bas âge qui n'ont pas encore atteint l'âge de deux ans et six mois, le capital décès maximal légal est de CHF 2'500.-.

** Jusqu'à l'âge terme selon chiffre 3.1.

Lors du passage à la catégorie d'âge supérieure, les sommes d'assurance sont adaptées aux sommes maximales assurables de la catégorie d'âge correspondante et les primes fixées en conséquence. Dans tous les autres cas, les sommes d'assurance restent inchangées.

4.3.3. Causalité dépassante

Si la personne assurée décède avant le versement du capital en cas d'invalidité, seul le capital assuré en cas de décès est versé. L'assureur ne verse aucun capital en cas d'invalidité lorsqu'un capital décès n'a pas été assuré et que la personne assurée décède avant le versement du capital en cas d'invalidité.

4.3.4. Réduction dégressive des prestations en capital entre 57 et 65 ans

A partir de 57 ans et jusqu'à l'âge de 65 ans, les prestations en capital en cas de décès et d'invalidité sont réduites annuellement de 10% de la somme d'assurance, à prime inchangée, selon le tableau ci-dessous.

Age	Capital assuré max. CHF	Prestation en capital	Montant du versement max. CHF	Prime
Jusqu'à 56 ans	100'000.-	100%	100'000.-	100%
Jusqu'à 57 ans	100'000.-	90%	90'000.-	100%
Jusqu'à 58 ans	100'000.-	80%	80'000.-	100%
Jusqu'à 59 ans	100'000.-	70%	70'000.-	100%
Jusqu'à 60 ans	100'000.-	60%	60'000.-	100%
Jusqu'à 61 ans	100'000.-	50%	50'000.-	100%
Jusqu'à 62 ans	100'000.-	40%	40'000.-	100%
Jusqu'à 63 ans	100'000.-	30%	30'000.-	100%
Jusqu'à 64 ans	100'000.-	20%	20'000.-	100%
Jusqu'à 65 ans	100'000.-	10%	10'000.-	100%

4.4. Capital en cas d'invalidité

4.4.1. Droit au capital en cas d'invalidité

La personne assurée a droit au capital convenu en cas d'invalidité si elle subit, avant l'âge terme, une incapacité de gain vraisemblablement permanente.

4.4.2. Naissance du droit au capital d'invalidité

L'assureur verse le capital d'invalidité au plus tôt après un délai d'attente de 24 mois. Le délai d'attente commence à courir le jour où la personne assurée consulte pour la première fois un médecin pour la maladie à l'origine de l'incapacité de travail et que ce dernier atteste une incapacité de travail de 50% au moins.

En cas de rechute – c'est-à-dire de nouvelle incapacité de travail due à la même affection que celle qui avait causé une incapacité de travail précédente – intervenant dans un délai de 12 mois suivant la fin d'une incapacité de travail déjà annoncée à l'assurance, aucun nouveau délai d'attente ne sera imputé.

Si l'assurance-invalidité fédérale verse des prestations ou si l'incapacité de gain est définitivement considérée comme permanente avant l'échéance du délai d'attente, tout ou partie du capital assuré en cas d'invalidité peut être versé de manière anticipée. L'assureur décide de cas en cas.

4.4.3. Bases de calcul de la prestation en capital en cas d'invalidité

La prestation en capital est déterminée sur la base du capital assuré en cas d'invalidité, de l'âge de la personne assurée au début du délai d'attente, c'est-à-dire au moment où l'incapacité de travail est pour la première fois médicalement attestée, ainsi que du degré d'incapacité de gain déterminé par l'assureur.

4.4.4. Echelonnement des prestations en capital en cas d'invalidité

La prestation en capital en cas d'invalidité est échelonnée et déterminée en fonction du degré d'incapacité de gain de la personne assurée, établi par l'assureur.

- Lorsque la personne assurée subit une incapacité de gain de 70% à 100%, elle a droit à l'intégralité du capital en cas d'invalidité.
- Si le degré d'incapacité de gain est supérieur à 50% mais inférieur à 70%, la personne assurée a droit au versement du capital en cas d'invalidité proportionnellement au degré d'invalidité établi.
- Une incapacité de gain inférieure à 50% ne donne pas droit au versement d'un capital en cas d'invalidité.

4.4.5. Modification du degré d'incapacité de gain

En cas de modification du degré d'incapacité de gain intervenant après le versement du capital en cas d'invalidité, la prestation n'est pas adaptée au nouveau degré d'incapacité de gain.

4.4.6. Détermination du degré d'incapacité de gain des adultes exerçant une activité lucrative

Pour les personnes exerçant une activité lucrative, le degré d'incapacité de gain est déterminé en fonction de la perte de gain subie par la personne assurée.

Pour les personnes assurées ayant un revenu régulier, le degré d'incapacité de gain est déterminé sur la base du revenu soumis à l'AVS réalisé lors du mois précédant le début du délai d'attente. Pour déterminer le degré d'incapacité de gain des personnes assurées ayant des revenus variables ou irréguliers, on calcule le revenu moyen soumis à l'AVS réalisé au cours des deux années civiles précédant le début du délai d'attente.

Pour les indépendants, le degré d'incapacité de gain est déterminé soit sur la base du revenu moyen soumis à l'AVS réalisé au cours des deux années civiles précédant le début du délai d'attente, soit sur la base de la perte de gain effective subie par la personne assurée durant les deux exercices précédents. Pour ce faire, on compare le revenu que la personne assurée tirait de son activité professionnelle avant la survenance de l'incapacité de gain avec celui qu'elle peut encore réaliser après la survenance de l'incapacité de gain, ou qu'elle pourrait obtenir sur un marché du travail équilibré. La différence, exprimée en pour-cent du revenu antérieur, correspond au degré d'incapacité de gain.

4.4.7. Détermination du degré d'incapacité de gain des adultes n'exerçant pas d'activité lucrative ou exerçant une activité lucrative à temps partiel

Si une personne assurée n'exerce aucune activité lucrative ou si elle cesse entièrement ou partiellement d'exercer son activité lucrative pour des raisons sans rapport avec son état de santé, le degré d'incapacité de gain est déterminé par comparaison des activités. A cet effet, les activités et les tâches que la personne assurée a exercées avant et après la survenance de la maladie sont évaluées, pondérées et comparées. Les activités et les tâches exercées avant la survenance de l'incapacité de gain sont mises en rapport avec celles qui peuvent encore être exercées après la survenance de l'incapacité de gain. L'impossibilité d'effectuer les activités et tâches exercées jusqu'alors est assimilée à l'incapacité de gain. La différence par rapport aux activités antérieures, exprimée en pour-cent, correspond au degré d'incapacité de gain.

Pour les personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, le degré d'incapacité de gain est déterminé par analogie à la méthode mixte utilisée par l'assurance-invalidité fédérale (AI).

4.4.8. Détermination du degré d'incapacité de gain des enfants en bas âge et des autres enfants

L'incapacité de gain des enfants en bas âge et des autres enfants est calculée en fonction du degré d'incapacité de la personne assurée à exercer une activité lucrative dans le futur.

Pour évaluer l'incapacité de gain des enfants qui n'ont pas encore entrepris de formation professionnelle, on détermine si et dans quelle mesure la personne assurée pourra exercer plus tard une activité professionnelle. Le degré d'incapacité de gain correspond à la diminution prévisible du revenu en raison de la capacité de gain réduite, calculée par rapport au revenu déterminé en fonction de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires.

L'incapacité de gain des enfants en cours de formation professionnelle est évaluée sur la base du revenu qui aurait pu être réalisé à la fin de la formation sur le marché du travail entrant en ligne de compte. Le degré d'incapacité de gain correspond à la diminution prévisible du revenu en raison de la capacité de gain réduite, calculée par rapport au revenu déterminé en fonction de la médiane, actualisée chaque année – telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires – valable pour la profession à laquelle la personne assurée se préparait.

4.5. Capital en cas de décès

4.5.1. Droit au capital en cas de décès

Le droit au capital en cas de décès prend naissance lorsqu'une personne assurée décède avant d'avoir atteint l'âge terme.

L'assureur renonce à son droit légal de réduire la prestation en capital en cas de décès lorsque le décès résulte d'une négligence grave de la personne assurée.

4.5.2. Base de calcul de la prestation en capital en cas de décès
La prestation en capital est déterminée par le capital assuré en cas de décès et l'âge de la personne assurée au moment de son décès.

4.5.3. Clause bénéficiaire

Le capital en cas de décès est versé aux bénéficiaires indiqués sur la proposition. La clause bénéficiaire peut être modifiée librement, en tout temps, jusqu'au décès. La modification de la clause bénéficiaire doit être communiquée par écrit.

Lorsqu'aucun bénéficiaire n'est désigné dans le contrat, la clause bénéficiaire usuelle s'applique, laquelle prévoit que les bénéficiaires de la prestation de décès en capital sont le conjoint survivant, à défaut les enfants et, à leur défaut, les autres héritiers légaux de la personne assurée.

4.6. Exclusion du droit aux prestations d'assurance

4.6.1. En cas d'accident

Il n'existe aucun droit aux prestations de décès et d'incapacité de gain par suite de maladie lorsque l'évènement assuré a été causé par un accident au sens des dispositions communes de la ÖKK.

De même, les maladies professionnelles au sens de la LAA ne confèrent aucun droit à des prestations de décès et d'incapacité de gain par suite de maladie.

4.6.2. En cas de lésions corporelles assimilées à un accident

Il n'existe aucun droit aux prestations de décès et d'incapacité de gain par suite de maladie pour les lésions corporelles assimilées à un accident. Sont considérées comme telles et non comme maladies:

- Les atteintes à la santé et leurs suites résultant d'une inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs ou d'une absorption involontaire de substances toxiques ou caustiques.
- Les lésions corporelles mentionnées dans les dispositions communes de la ÖKK.
- Les gelures, coups de chaleur, insolation ainsi que les atteintes à la santé causées par des rayons ultraviolets ainsi que leurs suites, à l'exception des coups de soleil.
- La noyade involontaire.

4.6.3. En cas de provocation intentionnelle de l'incapacité de gain

Il n'existe aucun droit aux prestations en cas d'incapacité de gain lorsque la personne assurée a provoqué intentionnellement son incapacité de gain ou sa maladie, entre autres par automutilation

ou tentative de suicide, même si l'acte ayant causé l'incapacité de gain a été commis en état d'absence de discernement.

L'assureur renonce à son droit légal de réduire la prestation en capital en cas d'invalidité lorsque l'incapacité de gain résulte d'une négligence grave de la personne assurée.

4.6.4. En cas de lésions prénatales et d'infirmités congénitales ainsi que leurs suites

Il n'existe aucun droit aux prestations en cas d'incapacité de gain et de décès lorsque l'incapacité de gain de la personne assurée est due à des lésions prénatales, à des infirmités congénitales ou à leurs suites.

4.6.5. En cas de suicide ou de décès résultant d'une tentative de suicide

Il n'existe aucun droit aux prestations en cas de décès lorsque la personne assurée décède à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide dans les trois années qui suivent la signature de la proposition, même lorsque la personne assurée a commis l'acte ayant causé le décès en état d'absence de discernement ou de capacité restreinte de discernement.

4.6.6. En cas d'exposition à des rayons ionisants et de dommages causés par l'énergie nucléaire

Il n'existe aucun droit aux prestations en cas de décès et d'incapacité de gain lorsque la personne assurée est tombée malade après avoir été exposée à des rayons ionisants de l'énergie nucléaire.

4.7. Réduction du droit aux prestations d'assurance

4.7.1. Concours de causes diverses

En cas de concours de plusieurs causes, l'assureur reconnaît les droits qui ne sont pas couverts par l'assurance accidents ou militaire.

4.7.2. Droit à un capital en cas d'invalidité et à un capital en cas de décès

Au décès de la personne assurée, le capital d'invalidité déjà versé est déduit du capital-décès.

4.8. Garantie et versement des prestations

4.8.1. Inaliénabilité des prestations

La totalité des prestations résultant de la présente assurance de capital-risque en cas de maladie est exclusivement destinée à l'entretien personnel des ayants droit. Il n'est pas possible de les mettre en gage, de les céder ou de les saisir par voie de poursuite avant leur échéance.

4.8.2. Justification des droits

Les pièces exigées pour la justification du droit aux prestations sont les suivantes:

- en cas de décès:
extrait du registre des familles / certificat de décès médical / certificat de décès officiel
- en cas d'incapacité de gain:
certificat médical / dossier médical / dossier AI / extrait AVS / certificats de salaires, décomptes de salaires et bilans.

L'assureur a le droit d'exiger ou de solliciter lui-même des renseignements et des justificatifs supplémentaires. De même, il peut ordonner à tout moment que la personne assurée se fasse examiner par un médecin-conseil. Le médecin de la personne assurée est délié du secret professionnel vis-à-vis de l'assureur.

4.8.3. Versement des prestations d'assurance

La prestation d'assurance est versée après que les ayants droit ont présenté tous les documents nécessaires à l'examen et à l'évaluation du droit aux prestations.

La prestation d'assurance est échue quatre semaines après la réception par l'assureur de tous les documents et informations nécessaires à la justification du droit. Les primes d'assurance sont dues jusqu'à cette date.

Les prestations d'assurance sont versées en francs suisses (CHF).

5. Dispositions particulières

5.1. Obligations de coopérer en cas de maladie

Dans le cadre de son obligation de coopérer et de réduire le dommage, la personne assurée est tenue d'autoriser l'assureur à solliciter des renseignements et des dossiers auprès des hôpitaux, médecins, services officiels, compagnies d'assurance et institutions des assurances sociales ainsi que de tiers, et de délier ceux-ci du secret professionnel.

La personne assurée doit donner sans délai à l'assureur tous les renseignements demandés sur son état de santé antérieur et présent ainsi que sur l'évolution de sa maladie.

L'assureur se réserve le droit d'exiger que la personne assurée se fasse examiner par les médecins qu'elle a désigné. La personne assurée est tenue de se soumettre aux examens et instructions des médecins que l'assureur mandate à ses frais.

Si les ayants droit violent l'une des obligations précitées, le droit aux prestations n'arrive pas à échéance et l'assureur est en droit de refuser ses prestations. Dans ce cas, l'obligation de payer les primes est maintenue.

5.2. Primes

Les primes sont calculées en fonction de la catégorie d'âge de la personne assurée et du montant des sommes d'assurance. Les primes sont garanties pour une année civile. Il n'existe pas de garantie tarifaire.

5.3. Comportement en cas de sinistre

La survenance d'une incapacité de gain qui génère probablement le versement de prestations par l'assureur doit être annoncée sans délai.

Un décès doit être annoncé sans tarder, au plus tard dans les dix jours.

De même, les pièces nécessaires à l'examen et à l'évaluation de la prétention d'assurance doivent être présentées sans tarder.

5.4. Communications et avis

Tous les avis et communications doivent être adressés à la ÖKK. En cas de survenance de l'éventualité assurée, la prestation de l'assureur est versée par la ÖKK.

5.5. Service militaire

Le service actif pour sauvegarder la neutralité suisse ainsi que pour maintenir la tranquillité et l'ordre à l'intérieur du pays – sans opé-

rations de guerre dans l'un et l'autre cas – est considéré comme service militaire en temps de paix et est couvert en tant que tel par la présente assurance. Les dispositions correspondantes édictées par le Conseil fédéral s'appliquent au cas où la Suisse serait en guerre ou se trouverait engagée dans des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre.

5.6. Lieu d'exécution

Le lieu d'exécution est le domicile suisse ou liechtensteinois de l'ayant droit. A défaut d'un tel domicile, l'assureur exécute ses obligations au siège de la ÖKK.

5.7. For et droit applicable

En cas de litige découlant du présent contrat, les ayants droit ont le choix entre le for de leur domicile suisse et celui du siège de l'assureur (Nationale Suisse Vie SA, Bottmingen). Le présent contrat est exclusivement régi par le droit suisse.

5.8. Entrée en vigueur et modifications

Les présentes conditions générales (CGA) de l'assurance capital-risque en cas de maladie entrent en vigueur le 1er janvier 2010.

Les modifications apportées aux Conditions générales (CGA) de l'assurance capital-risque en cas de maladie sont communiquées à la personne assurée au moins trois mois avant leur entrée en vigueur.

ÖKK COMPENSA

ÖKK Versicherungen AG, Edition 1.1.2010

Table des matières

1. Bases de l'assurance	8.1.1. Incapacité de travail
1.1. But	8.1.2. Certificat médical
1.2. Conditions générales d'assurance (CGA) et dispositions communes	8.2. Etendue des prestations
2. Conditions d'admission	8.2.1. En général
3. Validité territoriale	8.2.2. Indépendants et personnes sans activité lucrative
3.1. En général	8.2.3. Salariés
3.2. Incapacité de travail à l'étranger	8.2.4. Incapacité partielle de travail
3.3. Séjour à l'étranger en cas d'incapacité de travail	8.2.5. Accident
4. Variantes d'assurance	8.2.6. Accouchement
5. Procédure propre à la conclusion de l'assurance	8.3. Durée des prestations
5.1. Certificat médical	8.3.1. Principe
5.2. Passage de l'assurance collective	8.3.2. Accouchement
5.3. Age de la retraite AVS	8.3.3. Age de la retraite AVS
6. Résiliation	8.3.4. Chômeurs
6.1. Résiliation extraordinaire	8.3.5. Passage de l'assurance collective
6.2. Autres motifs d'extinction de l'assurance	8.4. Restrictions en matière de prestations
7. Etendue de l'assurance	8.4.1. Exclusion de prestations
7.1. Montant de l'indemnité journalière assurée	8.4.2. Réduction de prestations
7.2. Base de calcul des indemnités journalières	8.4.3. Obligation de restituer
7.2.1. En général	9. Obligations de collaborer en cas de maladie et d'accident
7.3. Couverture maximale	9.1. Obligation de déclarer
7.3.1. Indemnité journalière assurable	9.2. Obligation de renseigner
7.3.2. Indépendants	10. Primes et paiements
7.3.3. Salariés	10.1. Montant des primes
7.3.4. Personnes sans activité lucrative	10.2. Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)
7.3.5. Chômeurs	10.2.1. Principe
7.4. Couverture des accidents	10.2.2. Période de référence
7.5. Accouchement	10.2.3. Echelons de rabais
7.6. Début des prestations et délais d'attente	10.2.4. Adaptation des échelons en cas de recours aux prestations
7.7. Adaptation de l'assurance	10.2.5. Adaptation des échelons en cas de non-recours aux prestations
7.7.1. Indexation	10.2.6. Modification de la couverture d'assurance
7.7.2. Chômeurs	10.3. Versement des prestations
8. Prestations	10.3.1. Versement des indemnités journalières
8.1. Conditions d'octroi des prestations	10.3.2. Indemnités journalières en cas d'accouchement
	11. Prestations de tiers
	11.1. Salariés et personnes sans activité lucrative
	11.2. Indépendants

1. Bases de l'assurance

1.1. But

ÖKK COMPENSA (assurance perte de gain pour personnes seules selon la LCA) est pratiquée conformément aux dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance.

Elle a pour but de couvrir la perte de gain résultant d'une incapacité de travail par suite de maladie, d'accident ou d'accouchement.

ÖKK COMPENSA est également proposée aux personnes sans activité lucrative.

1.2. Conditions générales d'assurance (CGA) et dispositions communes

Les dispositions communes des ÖKK Versicherungen AG font partie intégrante des Conditions générales d'assurance (CGA) pour ÖKK COMPENSA. En cas de dérogation, les CGA priment les dispositions communes.

2. Conditions d'admission

Les personnes exerçant une activité lucrative indépendante, les salariés et les personnes sans activité lucrative (femmes et hommes au foyer, personnes en période de formation et membres de la famille qui collaborent à l'entreprise familiale sans recevoir de salaire en espèces) peuvent être admis dans ÖKK COMPENSA dans la mesure où

- ils ont accompli la 15^e année au moins et n'ont pas encore atteint l'âge de 60 ans révolus
- ils jouissent de la pleine capacité de travail au moment du dépôt de leur demande
- ils sont domiciliés en Suisse ou à l'étranger limitrophe.

3. Validité territoriale

3.1. En général

L'assurance est valable dans le monde entier.

3.2. Incapacité de travail à l'étranger

En cas de voyages privés à l'étranger, les indemnités journalières assurées ne sont versées que pendant la durée d'une hospitalisation. Cette réglementation s'applique également aux frontaliers hors de la Suisse ainsi que hors de leur lieu de domicile. Demeure réservé un séjour pour raisons professionnelles.

3.3. Séjour à l'étranger en cas d'incapacité de travail

Si un assuré incapable de travailler et ayant droit aux prestations se rend à l'étranger sans l'assentiment de la caisse, il n'a pas droit aux prestations pendant la durée de son séjour à l'étranger. Cette restriction ne s'applique pas aux frontaliers en cas de séjour en Suisse.

4. Variantes d'assurance

Les variantes d'assurance suivantes peuvent être choisies:

- indemnité journalière en cas de maladie
- indemnité journalière en cas d'accident
- indemnité journalière en cas de maladie et d'accident.

Ces variantes d'assurance peuvent être conclues avec différentes durées de prestations.

5. Procédure propre à la conclusion de l'assurance

5.1. Certificat médical

La caisse peut demander un certificat médical ou un examen par un médecin-conseil. Elle peut désigner le médecin et prend les frais à sa charge.

5.2. Passage de l'assurance collective

Les CGA de l'assurance perte de gain pour entreprises (LCA) s'appliquent au passage de l'assurance collective dans l'assurance individuelle.

5.3. Age de la retraite AVS

Lorsqu'une personne assurée continue d'exercer une activité lucrative après avoir atteint l'âge de la retraite AVS, elle peut demander le maintien de l'assurance qui durera tout au plus jusqu'à l'âge de 70 ans révolus.

6. Résiliation

6.1. Résiliation extraordinaire

Si une nouvelle situation découlant du droit de travail met la personne assurée au bénéfice d'une assurance perte de gain équivalente auprès du nouvel employeur, la résiliation peut, en dérogation à la résiliation ordinaire et avec l'assentiment de la caisse, avoir lieu pour la fin d'un mois et moyennant un préavis d'un mois.

6.2. Autres motifs d'extinction de l'assurance

Outre les motifs de résiliation mentionnés dans les dispositions communes, l'assurance s'éteint dans les cas suivants:

- a) en cas de cessation de l'activité commerciale par la personne exerçant une activité lucrative indépendante;
- b) en cas de transfert du siège social à l'étranger; en est excepté le transfert à l'étranger limitrophe.
- c) en cas d'ouverture de la faillite concernant un assuré exerçant une activité lucrative indépendante;
- d) en cas de mise à la retraite. Toutefois, un maintien de l'assurance peut être demandé jusqu'à l'âge de 70 ans révolus.
- e) en cas de départ à l'étranger; en est exceptée la prise de domicile à l'étranger limitrophe.

L'assureur peut se départir du contrat dans les 30 jours:

- f) lorsque la personne assurée s'oppose gravement et de réitérées reprises aux décisions de la caisse ou aux instructions du médecin
- g) en cas de violations fautives des CGA.

7. Etendue de l'assurance

7.1. Montant de l'indemnité journalière assurée

Le montant de l'indemnité journalière est convenu entre la personne assurée et la caisse.

7.2. Base de calcul des indemnités journalières

7.2.1. En général

Le montant de l'indemnité journalière est obtenu en divisant la perte de gain assurée d'une année par 365. Les indemnités journalières ainsi obtenues sont versées pour chaque jour civil.

7.3. Couverture maximale

7.3.1. Indemnité journalière assurable

L'indemnité journalière assurable est limitée à CHF 200'000.- par année. Pour les personnes qui passent d'une assurance collective de ÖKK, elle est limitée à CHF 250'000.- par année.

7.3.2. Indépendants

Les assurés dont le revenu provient d'une activité lucrative indépendante peuvent, outre leur revenu soumis à l'AVS selon la dernière décision de cotisation, assurer en sus les frais de production prouvables. Ce sont des frais qui touchent directement l'assuré, sont en relation directe avec le gain et continuent de courir durant l'incapacité de travail, notamment les frais fixes pour le loyer commercial, la voiture, les assurances, les amortissements de machines et autres frais similaires.

7.3.3. Salariés

Les assurés dont le revenu provient de rapports de travail dépendants peuvent s'assurer jusqu'à concurrence du salaire brut soumis à l'AVS.

7.3.4. Personnes sans activité lucrative

Les femmes et hommes au foyer, les personnes en période de formation et les membres de la famille qui collaborent à l'entreprise familiale sans recevoir de salaire en espèces peuvent s'assurer jusqu'à concurrence du montant maximal de la rente simple de l'AVS.

7.3.5. Chômeurs

La couverture maximale pour les personnes au chômage correspond au montant de l'indemnité de chômage dont ils sont privés.

7.4. Couverture des accidents

La couverture des accidents peut être incluse dans l'assurance ou être assurée à elle seule.

7.5. Accouchement

La couverture de la perte de gain par suite d'accouchement est incluse dans l'indemnité journalière en cas de maladie.

7.6. Début des prestations et délais d'attente

L'assureur propose des assurances d'indemnités journalières avec différents débuts de prestations.

Le droit aux prestations prend naissance à l'expiration du délai d'attente. Le délai d'attente débute le jour de l'incapacité de travail attestée par le médecin, mais au plus tôt 3 jours avant le premier traitement médical. Les délais d'attente jusqu'à 21 jours inclus sont calculés à nouveau pour chaque cas de maladie ou d'accident. Les délais d'attente plus longs ne s'appliquent qu'une seule fois

par année civile.

Sont réputés jours d'attente les jours pour lesquels l'incapacité de travail est d'au moins 25%.

L'assureur paie l'indemnité journalière conformément au début des prestations choisi après la naissance du droit aux prestations pour les jours d'une incapacité de travail attestée par un médecin.

Au moment d'atteindre l'âge ouvrant le droit à une rente de l'AVS, les délais d'attente convenus de 60 jours et plus sont transformés en un délai d'attente de 30 jours.

7.7. Adaptation de l'assurance

7.7.1. Indexation

La personne assurée peut demander l'adaptation de son assurance au renchérissement annuel selon l'indice suisse des prix à la consommation. ÖKK accorde cette adaptation sans examen du risque, pour autant qu'il n'y ait ni d'incapacité de travail ni de versement d'indemnités journalières au cours des 2 dernières années. L'adaptation est possible pour les deux dernières années civiles écoulées.

En outre, la personne assurée peut demander en tout temps l'adaptation de son assurance à l'évolution réelle du salaire aux conditions valables pour une augmentation d'assurance.

7.7.2. Chômeurs

Les chômeurs peuvent, moyennant une adaptation correspondante des primes et indépendamment de leur état de santé, transformer leur ancienne assurance en une assurance avec un délai d'attente de 30 jours. Au moment où débute le chômage, le montant de l'indemnité journalière assurée est réduit à celui de l'indemnité de chômage.

8. Prestations

8.1. Conditions d'octroi des prestations

8.1.1. Incapacité de travail

Il y a incapacité de travail lorsque la personne assurée, par suite d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement, est incapable en tout ou en partie d'exercer son ancienne activité lucrative ou une autre activité que l'on peut exiger raisonnablement d'elle.

Il y a incapacité partielle de travail lorsque l'incapacité de travail est d'au moins 25%.

8.1.2. Certificat médical

Le versement d'indemnités journalières présuppose un certificat médical attestant l'incapacité de travail de la personne assurée.

ÖKK peut désigner le médecin.

8.2. Etendue des prestations

8.2.1. En général

Les prestations se calculent d'après l'étendue d'assurance convenue et les présentes conditions d'assurance.

8.2.2. Indépendants et personnes sans activité lucrative

Pour les indépendants et les personnes sans activité lucrative, l'assureur alloue la somme des indemnités journalières convenues.

8.2.3. Salariés

Pour les salariés, le montant total des indemnités journalières allouées ne peut pas dépasser la perte de gain subie par la personne assurée.

8.2.4. Incapacité partielle de travail

En cas d'incapacité partielle de travail d'au moins 25%, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

Les chômeurs atteints d'une incapacité de travail de plus de 25%, mais de 50% au maximum reçoivent des demi-indemnités journalières et ceux atteints d'une incapacité de travail supérieure à 50% des indemnités journalières entières.

8.2.5. Accident

Si le risque accident est inclus dans l'assurance, les prestations en cas d'accident sont les mêmes qu'en cas de maladie.

8.2.6. Accouchement

Les indemnités journalières en cas d'accouchement sont versées, pour autant qu'une couverture équivalente ait existé, avant l'accouchement, auprès de ÖKK ou d'un autre assureur sans interruption depuis au moins 270 jours (délai d'attente en cas de maternité).

Les assurées qui cessent d'exercer leur activité lucrative plus tôt que 8 semaines avant l'accouchement ou ne reçoivent pas d'allocation de maternité selon la loi fédérale sur le régime des allocations pour perte de gain (LAPG) sont considérées comme personnes sans activité lucrative.

En cas d'accouchement, COMPENSA verse ses prestations en complément de l'allocation de maternité selon la LAPG jusqu'à concurrence du revenu effectif mais tout au plus l'indemnité journalière convenue.

8.3. Durée des prestations

8.3.1. Principe

Pour les cas de maladie et d'accident réunis, l'indemnité journalière assurée est versée respectivement durant 730 et 365 jours au maximum. La durée des prestations est indiquée sur la police d'assurance et se calcule par cas d'assurance.

Une maladie ou les suites d'un accident sont considérées comme nouveau cas d'assurance lorsque la personne assurée était incapable de travailler durant 12 mois sans interruption depuis le dernier recours aux prestations.

Le délai d'attente convenu est imputé sur la durée maximale des prestations. Pour le calcul de la durée des prestations, les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés comme jours entiers.

8.3.2. Accouchement

Le droit aux prestations naît le jour de l'accouchement.

Pour le montant d'une indemnité journalière, qui était assuré avant l'accouchement durant au moins trois années d'assurance entières, la durée d'assurance maximale s'étend sur 16 semaines, c.-à-d. 2 semaines supplémentaires à hauteur de l'indemnité journalière assurée en cas d'accouchement s'ajoutent à l'allocation de maternité selon la LAPG. Lorsque la durée d'assurance est plus courte, la durée des prestations est de 8 semaines.

Le délai d'attente en cas d'accouchement est le même qu'en cas de maladie. Le délai d'attente est imputé indépendamment d'un cas de maladie et d'accident sur la durée des prestations en cas d'accouchement. Si, en raison de complications intervenues durant la grossesse, le délai d'attente est imputé sur la durée des prestations, il sera renoncé, pour l'indemnité en cas d'accouchement, à une nouvelle imputation du délai d'attente.

Les indemnités journalières en cas d'accouchement sont imputées sur la durée maximale des prestations d'un cas d'assurance.

8.3.3. Age de la retraite AVS

En cas de maintien de l'assurance en âge AVS, un droit à l'indemnité journalière assurée existe durant 90 jours, pour les personnes passant d'une assurance collective de ÖKK durant 180 jours, mais tout au plus jusqu'à l'âge de 70 ans révolus.

8.3.4. Chômeurs

Les chômeurs reçoivent l'indemnité journalière assurée tout au plus jusqu'à la fin de la durée maximale du droit aux prestations selon les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité.

8.3.5. Passage de l'assurance collective

Pour les personnes assurées qui ont cessé d'appartenir au cercle de personnes auquel s'étend l'assurance collective et dont la couverture d'assurance était fixée en fonction de l'échelle des Conditions générales de l'assurance perte de gain pour entreprises (LCA), la durée maximale des prestations est de 365 jours.

8.4. Restrictions en matière de prestations

8.4.1. Exclusion de prestations

Outre les exclusions de prestations mentionnées dans les dispositions communes, il n'existe aucun droit aux prestations:

- a) pour les suites d'accidents et de maladies professionnelles qui doivent être couvertes par un autre assureur;
- b) lorsque l'attestation d'une incapacité de travail a été établie par un médecin ou chiropraticien non reconnu par l'assureur;
- c) lorsque la personne assurée, intentionnellement et illicitement, touche des prestations ou tente de le faire;
- d) lorsque le degré d'incapacité de travail de la personne assurée est inférieur à 25%;
- e) pour les salariés pendant la durée d'un congé non payé;
- f) après la fin du contrat d'assurance.

8.4.2. Réduction de prestations

Outre les restrictions de prestations mentionnées dans les dispositions communes, les prestations peuvent être réduites:

- a) lorsque l'incapacité de travail n'est due qu'en partie à la maladie ou aux suites d'accident;
- b) lorsque la personne assurée s'oppose gravement et à de réitérées reprises aux décisions de la caisse ou aux instructions du médecin;
- c) lorsque la personne assurée refuse de se soumettre à un examen de contrôle que la caisse a exigé chez le médecin-conseil;
- d) lorsque la personne assurée refuse d'exercer une autre activité lucrative que l'on peut exiger raisonnablement d'elle.

8.4.3. Obligation de restituer

La personne assurée est tenue de restituer à l'assureur les prestations touchées par erreur ou à tort.

9. Obligations de collaborer en cas de maladie et d'accident

9.1. Obligation de déclarer

La personne assurée doit informer la caisse dans les cinq jours de toute incapacité de travail qui pourrait donner droit à des indemnités journalières, tout en indiquant s'il s'agit d'un accident ou d'une maladie. Pour les délais d'attente convenus de 21 jours et plus, l'avis

d'incapacité de travail doit être donné au plus tard une semaine avant la présentation d'une prétention éventuelle.

L'attestation établie par le médecin ou le chiropraticien doit être présentée à la caisse dans les dix jours qui suivent le début de l'incapacité de travail; pour les délais d'attente de plus de 21 jours, elle doit lui parvenir en même temps que l'avis d'incapacité de travail.

En cas d'omission sans raison valable, l'assureur n'accorde les prestations qu'à partir du jour de réception de l'avis. Les appositions d'une antedate sur les certificats médicaux et avis de maladie ou d'accident sont admises jusqu'à trois jours au maximum.

Les salariés sont tenus de fournir la preuve de la perte de gain non couverte.

Toute diminution du degré d'incapacité de travail doit être annoncée immédiatement à la caisse.

9.2. Obligation de renseigner

En cas d'accident, la personne assurée met à disposition de la caisse toutes les informations nécessaires sur les circonstances de l'accident ainsi que sur les tiers impliqués dans l'accident.

En cas d'absences fréquentes de courte durée dans une période rapprochée, la caisse est en droit d'exiger de la personne assurée qu'elle consulte un médecin le premier jour de l'incapacité de travail.

La caisse peut, dans chaque cas, vérifier l'incapacité de travail ainsi que la perte de gain non couverte et, le cas échéant, prendre des mesures de contrôle appropriées.

Sont applicables en outre les obligations de renseigner selon les dispositions communes.

10. Primes et paiements

10.1. Montant des primes

Le montant des primes est fixé conformément au risque, comme par exemple d'après l'âge, le lieu de domicile, le recours aux prestations ou la branche professionnelle de la personne assurée. Les personnes qui passent de l'assurance perte de gain pour entreprises dans l'assurance individuelle forment un propre groupe de risque.

En outre, les dispositions communes sont applicables pour la fixation des primes, le paiement des primes, le retard dans le paiement ainsi que pour l'adaptation des primes.

10.2. Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

10.2.1. Principe

Un rabais de prime est accordé lorsque la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation.

10.2.2. Période de référence

Est réputée période de référence la période allant du 1er septembre ou du début de l'assurance au 31 août suivant. La date de traitement d'un décompte d'indemnités journalières est déterminante pour établir si la personne assurée a bénéficié d'une prestation durant la période de référence.

10.2.3. Echelons de rabais

La caisse pratique les échelons de rabais et primes ci-après:

Echelon de rabais	Prime
0	100%
1	64%

La fixation des échelons de rabais peut être adaptée à l'évolution des coûts.

10.2.4. Adaptation des échelons en cas de recours aux prestations

Si, au cours d'une période de référence, la personne assurée bénéficie de prestations, l'adaptation à l'échelon de rabais 0 sera effectuée avec effet au 1er janvier de l'année suivante, à moins que la personne assurée ne se trouve déjà dans cet échelon.

10.2.5. Adaptation des échelons en cas de non-recours aux prestations

Si la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation durant trois périodes de référence consécutives dans l'échelon de rabais 0, l'adaptation à l'échelon de rabais 1 sera effectuée dès le 1er janvier de la quatrième année.

10.2.6. Modification de la couverture d'assurance

En cas de modification de la couverture d'assurance à l'intérieur de ÖKK COMPENSA, l'échelon de prime reste acquis.

10.3. Versement des prestations

10.3.1. Versement des indemnités journalières

L'indemnité journalière est versée après recouvrement de la capacité de travail sur la base du certificat médical. Si l'incapacité de travail dure plus d'un mois, l'indemnité journalière est en règle générale versée mensuellement.

10.3.2. Indemnités journalières en cas d'accouchement

Les indemnités journalières en cas d'accouchement ne sont versées aux salariées et aux personnes exerçant une activité lucrative indépendante qu'au moment où la caisse dispose du décompte de l'allocation de maternité selon la LAPG.

11. Prestations de tiers

11.1. Salariés et personnes sans activité lucrative

Les jours où des prestations partielles sont servies par suite de réduction pour cause de droit à des prestations de tiers sont comptés comme jours entiers pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente.

Sont applicables en outre les réglementations des dispositions communes.

11.2. Indépendants

Pour les personnes exerçant une activité lucrative indépendante, l'étendue des prestations correspond à la somme des indemnités journalières convenues. La réglementation relative à la surassurance selon les dispositions communes n'est pas applicable.

En revanche, les prestations relevant de la compétence d'assurances sociales (AM, AA, AI, AMF, AVS, ACI, APG, PP, AFA etc.) ne sont pas prises en charge.

Le droit aux prestations doit être annoncé à l'assurance sociale concernée.

La personne assurée cède ses éventuels droits à des paiements rétroactifs d'assurances sociales à l'assureur, dans la mesure où celui-ci a avancé des prestations.