# Conditions générales d'assurance (CGA)

# Gamme de produits ÖKK UNO

Edition 2023

ÖKK

# Conditions générales d'assurance
# Gamme de produits ÖKK UNO
## Edition 2023

## TABLE DES MATIÈRES


**1. Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)**

ÖKK BASE — Page 2

**2. Conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)**

Dispositions communes — Page 9
ÖKK SUPPLEMENT GENERAL et ÖKK SUPPLEMENT PRIVE — Page 18
ÖKK OPTIMA — Page 23
ÖKK PREMIUM — Page 27
ÖKK COMBI — Page 31
ÖKK PRIVE ACCIDENTS — Page 37
ÖKK FAMILY — Page 41
ÖKK FAMILY FLEX — Page 47
ÖKK SALTO — Page 53
ÖKK DENTAL — Page 58
ÖKK TOURIST — Page 61
ÖKK PROTECT — Page 73
ÖKK CAPITAL-RISQUE EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT — Page 76
ÖKK CAPITAL-RISQUE EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ PAR SUITE DE MALADIE — Page 82
ÖKK COMPENSA — Page 88


La forme masculine choisie dans les présentes CGA vaut également pour les personnes de sexe féminin.

Ce texte a été traduit de l'allemand. En cas de divergence entre la version allemande et la version française, la version dans la langue d'origine fait foi.

Les Conditions générales d'assurance actuelles sont disponibles sur le site www.oekk.ch/cga ou dans votre agence ÖKK.

# ÖKK BASE

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, édition 1.1.2023

## TABLE DES MATIÈRES


| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **Bases de l'assurance** | **3** |
| 1.1 | Assureur | 3 |
| 1.2 | Bases juridiques | 3 |
| 1.3 | But | 3 |
| **2.** | **Assurance** | **3** |
| 2.1 | Assurés | 3 |
| 2.2 | Procédure d'admission | 3 |
| 2.3 | Durée de l'assurance | 3 |
| 2.4 | Transfert du domicile | 3 |
| 2.5 | Couverture des accidents | 3 |
| 2.6 | Changement de formes d'assurance | 3 |
| 2.7 | Fin de l'assurance | 3 |
| **3.** | **Prestations** | **3** |
| 3.1 | Conditions générales régissant les prestations | 3 |
| 3.2 | Traitement ambulatoire | 4 |
| 3.3 | Traitement hospitalier | 5 |
| 3.4 | Prestations pour soins | 5 |
| 3.5 | Cures balnéaires | 5 |
| 3.6 | Frais de transport et de sauvetage | 5 |
| 3.7 | Traitement dentaire | 5 |
| 3.8 | Maternité | 5 |
| 3.9 | Restrictions en matière de prestations | 5 |
| 3.10 | Prestations de tiers, surindemnisation | 5 |
| **4.** | **ÖKK BASE CASAMED** | **6** |
| 4.1 | But | 6 |
| 4.2 | Principe | 6 |
| 4.3 | Exceptions | 6 |
| **5.** | **ÖKK BASE ECOPLAN** | **6** |
| 5.1 | But | 6 |
| 5.2 | Principe | 6 |
| 5.3 | Exceptions | 6 |
| **6.** | **Participation aux frais** | **6** |
| 6.1 | Participation ordinaire aux frais | 6 |
| 6.2 | Franchise à option | 7 |
| **7.** | **Primes** | **7** |
| 7.1 | Fixation des primes | 7 |
| 7.2 | Réductions des primes | 7 |
| 7.3 | Réduction des primes | 7 |
| 7.4 | Exonération de prime en cas de service militaire et de service civil | 7 |
| 7.5 | Paiement des primes | 7 |
| **8.** | **Contrat administratif** | **7** |
| 8.1 | En général | 7 |
| 8.2 | Conditions dérogatoires | 7 |
| **9.** | **Voies de droit** | **7** |
| 9.1 | Décision | 7 |
| 9.2 | Opposition | 7 |
| 9.3 | Tribunal cantonal des assurances | 7 |
| 9.4 | Exécution | 8 |
| 9.5 | Protection juridique | 8 |
| **10.** | **Dispositions finales** | **8** |
| 10.1 | Modifications | 8 |
| 10.2 | Entrée en vigueur | 8 |

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Assureur

L'assureur est la société ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Landquart. L'assureur est mentionné sur la police.

### 1.2 Bases juridiques

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) priment les présentes Conditions générales d'assurance (CGA).

### 1.3 But

ÖKK BASE est l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.
Elle alloue des prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité.

## 2. Assurance

### 2.1 Assurés

Sont notamment assurées les personnes domiciliées dans le rayon d'activité de l'assureur. Le cercle des assurés est régi par l'art. 3 LAMal.

### 2.2 Procédure d'admission

2.2.1 Dépôt de la proposition

L'affiliation a lieu au moyen du formulaire préimprimé. Le proposant doit répondre complètement et sincèrement aux questions posées sur le formulaire.

2.2.2 Police d'assurance et CGA

A la suite de l'affiliation, la personne assurée se voit remettre une police d'assurance et les présentes CGA.

### 2.3 Durée de l'assurance

Le début et la fin de l'assurance sont régis par l'art. 5 LAMal.

### 2.4 Transfert du domicile

2.4.1 En général

Tout changement d'adresse et transfert du domicile doivent être annoncés dans les 30 jours à l'assureur. Est réputé changement de domicile le transfert du domicile civil.

2.4.2 Départ à 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. 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 BASE alloue des prestations selon les tarifs de sécurité sociale et les règles de participation aux coûts en vigueur dans l'Etat correspondant.

Dans les autres pays étrangers, ÖKK BASE alloue des prestations en cas d'urgence jusqu'à concurrence du double des tarifs applicables au dernier lieu de domicile en Suisse.

### 2.5 Couverture des accidents

2.5.1 Suspension de la couverture des accidents

Les personnes assurées qui sont couvertes à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels, peuvent demander la suspension de la couverture des accidents. La prime est adaptée avec effet au premier jour du mois qui suit la demande.

2.5.2 Sortie de l'assurance-accidents

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

### 2.6 Changement de formes d'assurance

Le changement du montant de la franchise s'effectue pour le début d'une année civile. En cas de passage à une franchise moins élevée, le délai de résiliation est de trois mois pour la fin de l'année civile.

Le passage de ÖKK BASE à ÖKK BASE CASAMED ou à ÖKK BASE ECOPLAN a lieu pour le début d'une année civile. En cas de passage de ÖKK BASE CASAMED ou ÖKK BASE ECOPLAN à ÖKK BASE, le délai de résiliation est de trois mois pour la fin de l'année civile.

### 2.7 Fin de l'assurance

2.7.1 En général

L'assurance prend fin:
- en cas de résiliation,
- en cas de départ à l'étranger (sauf si l'obligation de s'assurer subsiste),
- en cas de décès.

2.7.2 Résiliation

La personne assurée peut résilier l'assurance pour la fin d'un semestre, moyennant un préavis de trois mois.

Lors de la communication de la nouvelle prime, la personne assurée 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.

Dans les deux cas, la date de réception de la résiliation par l'assureur est déterminante (et non la date du timbre postal).

Les rapports d'assurance ne prennent fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure la personne intéressée sans interruption de la couverture d'assurance.

2.7.3 Effets de la fin de l'assurance

Après la fin de l'assurance, il n'existe plus aucun droit juridique à l'égard de l'assureur, à l'exception des prestations d'assurance en suspens.

La personne assurée doit remplir ses obligations financières envers l'assureur.

## 3. Prestations

### 3.1 Conditions générales régissant les prestations

3.1.1 Droit aux prestations

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

3.1.2 Prestations en cas de maladie, d'accident, d'infirmités congénitales et de maternité

ÖKK BASE alloue des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie, en cas d'accident, d'infirmités congénitales et de maternité.

Les prestations comprennent notamment:
- les examens, traitements et soins dispensés par des médecins et des chiropraticiens,
- les médicaments, analyses et moyens auxiliaires prescrits par un médecin,

– les mesures de prévention appliquées ou ordonnées par un médecin,
– le séjour hospitalier selon le standard de la division commune,
– les mesures de réadaptation médicale,
– les soins dans un établissement médico-social,
– les prestations pour soins extrahospitaliers,
– les cures balnéaires ordonnées par un médecin,
– les frais de sauvetage et les frais de transport médicalement nécessaires,
– les soins dentaires,
– les prestations en cas de maternité.

3.1.3 Prestations à l'étranger

Pour les traitements médicalement nécessaires dans un Etat membre de l'UE/AELE, ÖKK BASE alloue des prestations selon les tarifs de sécurité sociale et les règles de participation aux coûts qui y sont applicables. Dans les autres pays étrangers, ÖKK BASE alloue des prestations en cas d'urgence jusqu'à concurrence du double des tarifs applicables au lieu de domicile en Suisse.

Aucune prestation n'est allouée à l'étranger lorsque le traitement est le but du séjour à l'étranger; l'art. 34 al. 2 LAMal demeure réservé.

Conformément aux dispositions de l'accord sur la libre circulation des personnes, les personnes tenues de s'assurer et domiciliées dans un Etat membre de l'UE peuvent se faire soigner dans leur pays de résidence.

3.1.4 Condition pour l'octroi des prestations

ÖKK BASE 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 de l'assuré et le but du traitement.

L'assureur rembourse les prestations de fournisseurs de prestations reconnus selon la LAMal.

3.1.5 Facturation, remboursement

Dans la mesure où les factures ne sont pas réglées directement entre l'assureur et le fournisseur de prestations, la personne assurée est débitrice des prestations facturées à l'égard du fournisseur de prestations.

Lorsque la personne assurée demande un remboursement de la part de l'assureur, elle doit lui présenter les factures et les ordonnances. Après examen du droit aux prestations, l'assureur rembourse le montant de la facture à la personne assurée, sous déduction de la participation aux coûts.

Avant le paiement des factures, la personne assurée peut les faire examiner par l'assureur.

3.1.6 Obligations de collaborer et de réduire le dommage

La personne assurée doit tout mettre en œuvre pour favoriser la guérison et s'abstenir de tout ce qui peut l'entraver. Elle doit notamment suivre les prescriptions du personnel médical.

La personne assurée 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.

La personne assurée doit fournir gratuitement à l'assureur tous les renseignements nécessaires pour établir le droit à des prestations d'assurance et fixer les prestations dues. La personne assurée informe notamment de toutes les prestations allouées par des tiers en cas de maladie, d'accident et d'invalidité.

La personne assurée est tenue 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.

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

La personne assurée doit aviser l'assureur au plus tard dans les dix jours de la survenance d'un accident. Elle met toutes les informations nécessaires à la disposition de l'assureur.

Si la personne assurée refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur 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 Fournisseurs de prestations

Sont notamment des fournisseurs de prestations reconnus:
– les médecins,
– les pharmaciens,
– les chiropraticiens,
– les sages-femmes,
– les laboratoires,
– les centres de remise de moyens et appareils,
– les physiothérapeutes,
– les ergothérapeutes,
– les infirmières et infirmiers,
– les logopédistes-orthophonistes.

3.2.3 Etendue des prestations

ÖKK BASE prend en charge le traitement ambulatoire en Suisse.

3.2.4 Choix du fournisseur de prestations

La personne assurée peut choisir parmi les fournisseurs de prestations admis à la traiter selon la LAMal.

Les prestations sont calculées sur la base des conventions et tarifs convenus entre les fournisseurs de prestations et l'assureur.

3.2.5 Médicaments

ÖKK BASE prend en charge les médicaments prescrits par un médecin selon la liste des médicaments avec tarif (LMT) et la liste des spécialités (LS) du Département fédéral de l'intérieur (DFI).

3.2.6 Analyses

ÖKK BASE prend en charge les analyses ordonnées par un médecin à des fins de diagnostic 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.

3.2.7 Moyens auxiliaires

ÖKK BASE prend en charge les moyens et appareils selon la liste des moyens et appareils (LiMA).

3.2.8 Médecine alternative

ÖKK BASE prend en charge le traitement médical de la médecine alternative selon l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

3.2.9 Prévention médicale
ÖKK BASE prend en charge les mesures ou examens préventifs ordonnés par un médecin selon l'OPAS, notamment les vaccinations infantiles et les examens gynécologiques préventifs.

### 3.3 Traitement hospitalier
3.3.1 Hôpital
ÖKK BASE prend en charge le traitement médical aigu et la réadaptation médicale correspondant au standard de la division commune d'un hôpital.

La personne assurée peut choisir l'hôpital en Suisse figurant sur la liste des hôpitaux d'un canton (hôpital répertorié).

ÖKK BASE prend en charge le traitement hospitalier jusqu'à concurrence du tarif applicable dans un hôpital répertorié du canton de résidence.

ÖKK BASE prend en charge le traitement médicalement nécessaire et le traitement d'urgence jusqu'à concurrence du tarif applicable dans l'hôpital répertorié du canton d'implantation.

ÖKK BASE prend en charge le traitement en division demi-privée ou privée d'un hôpital répertorié jusqu'à concurrence du tarif applicable en division commune d'un hôpital répertorié dans le canton de résidence.

3.3.2 Garantie de prise en charge, facturation
L'assureur délivre à la personne assurée une garantie de prise en charge dans les limites du droit aux prestations, pour autant qu'il dispose du diagnostic d'admission dans l'hôpital.

### 3.4 Prestations pour soins
ÖKK BASE prend en charge les soins ordonnés par un médecin et dispensés au domicile de la personne assurée par des organisations de soins extrahospitaliers reconnues ou par des infirmières et infirmiers.

ÖKK BASE prend en charge les soins ordonnés par un médecin et dispensés dans un établissement médico-social reconnu selon l'art. 39, al. 3, LAMal.

### 3.5 Cures balnéaires
ÖKK BASE verse une contribution jusqu'à CHF 10 par jour, au maximum pendant 21 jours par année civile, pour une cure balnéaire prescrite par un médecin.

La personne assurée peut choisir l'établissement de cure balnéaire suisse reconnu et dirigé par un médecin.

ÖKK BASE alloue également des prestations lorsque la personne assurée n'effectue pas un séjour stationnaire dans l'établissement de cure balnéaire.

L'ordonnance médicale comprenant le diagnostic doit être présentée à l'assureur deux semaines avant le début de la cure.

En cas d'interruption de la cure, ÖKK BASE prend en charge les frais partiels de cure 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 Frais de transport et de sauvetage
ÖKK BASE prend en charge 50% des frais d'un transport médicalement nécessaire jusqu'à concurrence de CHF 500 par année civile.

ÖKK BASE prend en charge 50% des frais d'un sauvetage en Suisse jusqu'à concurrence de CHF 5'000 par année civile.

### 3.7 Traitement dentaire
ÖKK BASE prend en charge les soins dentaires occasionnés par une maladie grave et un accident selon l'OPAS.

ÖKK BASE alloue des prestations selon les accords conventionnels et tarifaires dans la mesure où le dentiste est admis selon la LAMal et si le diagnostic, le plan de traitement et le devis ont été présentés à l'assureur.

### 3.8 Maternité
3.8.1 Etendue des prestations
ÖKK BASE prend en charge 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 post-partum sont pris en charge.

ÖKK BASE alloue des prestations en cas d'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance conformément aux accords conventionnels et tarifaires.

3.8.2 Frais de soins de l'enfant
ÖKK BASE de la mère prend en charge les frais de soins de l'enfant tant que celui-ci séjourne à l'hôpital avec sa mère, pour autant que l'enfant soit assuré auprès de l'assureur.

3.8.3 Préparation à l'accouchement et conseils en allaitement
ÖKK BASE verse une contribution jusqu'à CHF 150 pour un cours de préparation à l'accouchement et prend en charge les coûts de trois conseils en allaitement au maximum.

### 3.9 Restrictions en matière de prestations
3.9.1 Réduction et suspension des prestations
Il n'existe aucun droit aux prestations pour le traitement de maladies ou 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 refusées dans les cas particulièrement graves si la personne assurée se soustrait à un traitement raisonnablement exigible, s'y oppose ou n'y participe pas spontanément dans les limites de ce qui peut être exigé d'elle. Une mise en demeure écrite lui signalant que les prestations sont réduites ou refusées doit avoir été adressée au préalable à la personne assurée.

3.9.2 Facturation exagérée et traitement non économique
En cas de facturation exagérée ou en cas de traitement non économique, l'assureur peut refuser ou réduire la rémunération. Il peut faire dépendre son paiement de la cession de la créance réduite. La restitution de rémunérations déjà payées peut être demandée au fournisseur de prestations par l'assureur ou par la personne assurée.

3.9.3 Obligation de restituer
L'assureur peut exiger la restitution des prestations touchées par erreur ou à tort.

### 3.10 Prestations de tiers, surindemnisation
3.10.1 Prestations de tiers
Lorsqu'un tiers répond d'un cas de maladie ou d'un accident sur la base de dispositions légales ou contractuelles ou en raison d'une faute imputable, les droits de la personne assurée contre le tiers passent à l'assureur jusqu'à concurrence de la prestation fournie. Lorsqu'il y a plusieurs responsables, ceux-ci répondent solidairement à l'égard de l'assureur.

Si d'autres assurances sociales sont tenues d'assumer les coûts, l'assureur alloue des prestations provisoires.

3.10.2 Surindemnisation
Les prestations des assurances sociales ou d'autres tiers tenus d'allouer des prestations ne doivent pas excéder les coûts engendrés à la personne assurée du fait du cas d'assurance.

En cas de surindemnisation, l'assureur réduit ses prestations.

## 4. ÖKK BASE CASAMED

### 4.1 But

ÖKK BASE CASAMED est une forme particulière de ÖKK BASE. Le choix des fournisseurs de prestations est limité.

### 4.2 Principe

La personne assurée peut, en accord avec l'assureur, limiter son droit lui conférant le libre choix du fournisseur de prestations.

A cet effet, ÖKK BASE CASAMED lui propose différents modèles d'assurance.

L'assureur peut, dans le cadre de ces modèles d'assurance, limiter le choix des médecins, thérapeutes et d'autres fournisseurs de prestations, notamment des hôpitaux, pharmacies, magasins spécialisés en articles sanitaires.

ÖKK BASE CASAMED alloue les prestations légales obligatoires uniquement si elles sont fournies, prescrites ou ordonnées par un fournisseur de prestations reconnu par le modèle d'assurance choisi (médecin de famille, médecin HMO, institution de télémédecine, pharmacie, hôpital, etc. en fonction du modèle d'assurance correspondant).

Les fournisseurs de prestations reconnus peuvent adresser la personne assurée à d'autres fournisseurs de prestations («délégation»). Les délégations par des fournisseurs de prestations mandatés par le premier médecin traitant requièrent le consentement de ce dernier. La prestation peut être réduite lorsque la délégation fait défaut.

Si la prestation n'est pas fournie par un fournisseur de prestations ne pouvant pas être sélectionné dans le modèle d'assurance choisi, la personne assurée est tenue d'en assumer les coûts.

En cas de violation répétée des conditions fixées, l'assureur peut transférer la personne assurée dans ÖKK BASE.

En cas de séjour à l'étranger de plus de six mois, l'assureur peut, après avoir été informé par la personne assurée, transférer cette dernière dans ÖKK BASE pour la fin du mois courant, car, dans ce cas, il n'est pas possible de garantir le traitement par les fournisseurs de prestations reconnus dans le modèle d'assurance choisi.

Il est possible de changer le médecin qui a été choisi pour les modèles d'assurance proposant des fournisseurs de prestations à sélectionner de manière fixe (médecin de famille ou cabinet HMO). Un tel changement doit être communiqué à l'assureur. Le changement est effectué pour le 1er du mois suivant. Les documents nécessaires au traitement sont transmis au nouveau médecin de famille ou au nouveau cabinet HMO.

La limite d'âge pour les traitements chez des pédiatres est de 18 ans.

### 4.3 Exceptions

ÖKK BASE CASAMED prend en charge les traitements de routine chez des ophtalmologues, gynécologues et pédiatres sans consultation préalable du fournisseur de prestations reconnu dans le modèle d'assurance choisi. Si ces praticiens effectuent des traitements supplémentaires, la personne assurée doit en informer son médecin de famille ou son cabinet HMO (en fonction du modèle choisi).

En cas d'urgence, ÖKK BASE CASAMED alloue des prestations sans limitation du choix des médecins et autres fournisseurs de prestations. La personne assurée doit informer son médecin de famille ou son cabinet HMO (en fonction du modèle choisi) dans les 20 jours sur le cas d'urgence.

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

## 5. ÖKK BASE ECOPLAN

### 5.1 But

ÖKK BASE ECOPLAN est une forme particulière de ÖKK BASE. Le choix des hôpitaux est limité.

### 5.2 Principe

L'assureur désigne les hôpitaux auxquels le traitement de la personne assurée est en principe confié.

ÖKK BASE ECOPLAN n'alloue pas de prestations lorsqu'elles sont fournies par un hôpital ne pouvant être choisi. Les coûts vont à la charge de la personne assurée.

En cas de violation répétée des conditions fixées, l'assureur peut transférer la personne assurée dans ÖKK BASE.

En cas de séjour à l'étranger de plus de six mois, l'assureur peut, après avoir été informé par la personne assurée, transférer cette dernière dans ÖKK BASE pour la fin du mois courant, car, dans ce cas, il n'est pas possible de garantir le traitement par l'hôpital compétent.

### 5.3 Exceptions

ÖKK BASE ECOPLAN prend en charge les traitements qui ne peuvent pas être effectués dans un hôpital ECOPLAN.

En cas d'urgence, ÖKK BASE ECOPLAN alloue des prestations sans limitation du choix de l'hôpital.

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

## 6. Participation aux frais

### 6.1 Participation ordinaire aux frais

#### 6.1.1 Franchise et quote-part

La personne assurée participe aux coûts des prestations dont elle bénéficie, en acquittant une franchise et une quote-part.

La franchise est de CHF 300 par année civile pour les adultes. Elle n'est pas due par les enfants.

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

La participation aux coûts de tous les enfants d'une famille assurés dans ÖKK BASE est limitée à CHF 1'000 par année civile.

Aucune participation aux coûts n'est perçue sur les prestations de soins fournies à partir de la 13e semaine de grossesse, pendant l'accouchement et jusqu'à 8 semaines après l'accouchement. Pour les détails, il est renvoyé à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et à l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

#### 6.1.2 Quote-part des médicaments

La personne assurée participe en principe à raison de 10% aux coûts des médicaments. Pour les préparations originales qui sont nettement plus coûteuses que des médicaments contenant la même substance active, la quote-part est de 20%. Les détails sont réglés dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

#### 6.1.3 Contribution hospitalière

La personne assurée verse une contribution journalière de CHF 15 aux frais de séjour hospitalier.

Sont exemptés de cette contribution les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, les adolescents jusqu'à l'âge de 25 ans révolus, s'ils sont en formation, ainsi que les femmes à partir de la 13e semaine de grossesse, pendant l'ac-

couchement et jusqu'à 8 semaines après l'accouchement. Pour les détails, il est renvoyé à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et à l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

### 6.2 Franchise à option

En lieu et place de la franchise ordinaire, l'assuré peut choisir une franchise plus élevée:

| | |
|---|---|
| Adultes | CHF 500 |
| | CHF 1'000 |
| | CHF 1'500 |
| | CHF 2'000 |
| | CHF 2'500 |
| Enfants | CHF 200 |
| | CHF 400 |
| | CHF 600 |

La participation aux coûts de tous les enfants d'une famille assurés dans ÖKK BASE est limitée au double de la participation aux coûts (franchise à option et quote-part) d'un enfant.

Si les enfants ont des franchises à option d'un montant différent, la participation aux coûts de tous les enfants d'une famille assurés dans ÖKK BASE se calcule sur la base de la franchise la plus élevée.

## 7. Primes

### 7.1 Fixation des primes

Les primes sont fixées par l'assureur. Elles peuvent être échelonnées d'après les différences de coûts par canton et par région.

### 7.2 Réductions des primes

Les primes sont réduites pour les personnes assurées:
- jusqu'à l'âge de 18 ans révolus,
- jusqu'à l'âge de 25 ans révolus,
- en cas de suspension de la couverture des accidents,
- avec franchise à option,
- dans ÖKK BASE CASAMED,
- dans ÖKK BASE ECOPLAN.

### 7.3 Réduction des primes

Les réductions individuelles des primes sont régies par l'art. 65 LAMal.

### 7.4 Exonération de prime en cas de service militaire et de service civil

Sont exonérées du paiement des primes les personnes assurées qui sont soumises à l'assurance militaire (AMF) durant plus de 60 jours consécutifs.

### 7.5 Paiement des primes

7.5.1 Echéance et 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.

7.5.2 Frais de paiement

La personne assurée dispose de différentes options pour payer ses primes et ses participations aux coûts sans frais. Les frais, tels que ceux prélevés par la Poste pour les paiements effectués au guichet, peuvent être facturés par l'assureur à la personne assurée.

7.5.3 Retard de paiement

Si la personne assurée ne paie pas des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit. L'assureur lui impartit un délai de trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement. Si, malgré la sommation, la personne assurée ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur engage la procédure de poursuite.

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

Tant que la personne assurée n'a pas intégralement payé ses primes et participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite, elle ne peut pas changer d'assureur.

7.5.4 Cession et mise en gage

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

## 8. Contrat administratif

### 8.1 En général

L'assureur peut conclure des contrats administratifs pour certains groupes de personnes.

### 8.2 Conditions dérogatoires

Les mêmes prestations et primes que celles valables pour les autres personnes assurées sont en principe applicables.

Les conditions d'assurance peuvent déroger aux présentes CGA. Les conditions du contrat administratif priment les présentes CGA.

Des conditions dérogatoires concernent notamment:
- une procédure d'admission simplifiée,
- un autre mode de paiement des primes,
- le partenaire du contrat administratif comme tiers payeur,
- la délégation des obligations de renseigner au partenaire du contrat administratif,
- la délégation des obligations de renseigner au partenaire du contrat administratif,
- une procédure simplifiée pour l'exclusion des accidents.

## 9. Voies de droit

### 9.1 Décision

Lorsqu'une personne assurée ou un proposant n'accepte pas une décision, l'assureur rend une décision écrite, dans les 30 jours à compter de la demande, avec indication des motifs et des voies de recours.

### 9.2 Opposition

Cette décision peut être attaquée auprès de l'assureur dans les 30 jours de sa notification. L'assureur 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 30 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 de la personne assurée ou de la partie exerçant le recours. Le recours auprès

du tribunal des assurances peut aussi être formé lorsque l'assureur n'a pas rendu de décision ni de décision sur opposition dans le délai imparti.

Si la personne assurée ou la partie exerçant le recours sont domiciliées à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton du dernier domicile en Suisse ou celui du siège du dernier employeur suisse. Si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances au siège de l'assureur est compétent.

### 9.4 Exécution

Les décisions et les décisions sur opposition de l'assureur 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 (LP).

### 9.5 Protection juridique

En cas de contestations à propos d'honoraires entre la personne assurée et des fournisseurs de prestations selon la LAMal, l'assureur peut, à la demande de la personne assurée et à ses frais, se charger de la représentation de la personne assurée devant les tribunaux compétents, à moins que la demande ne paraisse vouée à l'échec.

## 10. Dispositions finales

### 10.1 Modifications

Les modifications des présentes CGA sont notifiées à la personne assurée par communication écrite, dans le journal des assurés ou par publication officielle.

### 10.2 Entrée en vigueur

Les présentes CGA entrent en vigueur le 1er janvier 2023 et remplacent toutes les éditions précédentes.

# Dispositions communes

ÖKK Versicherungen AG, édition 1.1.2023

## TABLE DES MATIÈRES


**1. Bases de l'assurance 10**
1.1 Principe 10
1.2 Assureurs 10
1.3 Objet de l'assurance 10
1.4 Conditions générales d'assurance 10
1.5 Conditions applicables aux contrats-cadres ou assurances collectives 10
1.6 Loi sur le contrat d'assurance 10

**2. Catégories d'assurance 10**
2.1 Possibilités d'assurance 10
2.2 Catégories d'assurance choisies 10

**3. Personnes assurées 10**
3.1 Assurance individuelle 10
3.2 Contrat-cadre ou assurance collective 10

**4. Début et durée de l'assurance 11**
4.1 Procédure lors de la conclusion de l'assurance 11
4.2 Début de l'assurance 11
4.3 Durée de l'assurance 11
4.4 Modification de l'assurance 11
4.5 Suspension de l'assurance 11

**5. Fin de l'assurance 12**
5.1 Résiliation par le preneur d'assurance 12
5.2 Résiliation par l'assureur 12
5.3 Autres motifs justifiant la fin du contrat 12

**6. Prestations 12**
6.1 Définitions 12
6.2 Validité des prestations 13
6.3 Prestations assurées 13
6.4 Limitations en matière de prestations 13

**7. Devoirs de collaborer en cas de maladie et d'accident 14**
7.1 Obligation de déclarer 14
7.2 Réduction du dommage 14
7.3 Obligation de renseigner 14

**8. Primes et paiements 14**
8.1 Fixation des primes 14
8.2 Adaptation des tarifs de primes et de la participation aux coûts 15
8.3 Paiement des primes 15
8.4 Participation aux excédents 15
8.5 Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP) 15
8.6 Autres dispositions régissant le paiement 16

**9. Prestations de tiers 16**
9.1 Subsidiarité 16
9.2 Assurances sociales 16
9.3 Prestations provisoires et recours 16
9.4 Surassurance 17

**10. Protection des données 17**
10.1 Bases légales 17
10.2 But du traitement 17
10.3 Transmission des données à des tiers pour traitement 17
10.4 Conservation des données 17

**11. Communications 17**

**12. Prescription de forme 17**

**13. For 17**

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Principe

Des assurances complémentaires et autres assurances sont proposées conformément aux présentes Conditions générales d'assurance (dénommées ci-après CGA ÖKK UNO) et en complément de l'assurance-maladie selon la LAMal.

### 1.2 Assureurs

L'assureur est la société ÖKK Versicherungen AG, Landquart (désignée ci-après par «assureur»).

L'assureur responsable de l'assurance de protection juridique en matière de santé ÖKK PROTECT et l'assurance de protection juridique voyages de ÖKK TOURIST est Coop Protection Juridique SA, Aarau. ÖKK Versicherungen AG a passé, en qualité de preneur d'assurance, un contrat d'assurance collective avec Coop Protection Juridique SA en tant qu'organisme assureur.

L'assureur responsable de l'assurance frais d'annulation et de l'assurance bagages de ÖKK TOURIST est Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA, Saint-Gall. La compagnie responsable de ces assurances est Européenne Assurances Voyages, succursale d'Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA, qui a son siège à Bâle. ÖKK Versicherungen AG a passé, en qualité de preneur d'assurance, un contrat d'assurance collective avec Européenne Assurances Voyages en tant qu'organisme assureur.

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. ÖKK Versicherungen AG a passé, en qualité de preneur d'assurance, un contrat d'assurance collective avec SOLIDA Assurances SA en tant qu'organisme assureur.

L'assureur responsable de l'assurance ÖKK CAPITAL-RISQUE EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ PAR SUITE DE MALADIE est Squarelife Insurance AG, Ruggell, Liechtenstein. ÖKK Versicherungen AG a passé, en qualité de preneur d'assurance, un contrat d'assurance collective avec Squarelife Insurance AG en tant qu'organisme assureur.

### 1.3 Objet de l'assurance

Sont assurées les conséquences économiques de la maladie, de l'accident et de la maternité ainsi que l'assistance aux personnes en cas d'incident, les frais d'annulation, les bagages et la protection juridique voyages 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.

Les assurances de capital-risque en cas de décès et d'invalidité par suite d'accident ou de maladie sont considérées comme des assurances de sommes. Toutes les autres assurances complémentaires sont des assurances de dommages.

### 1.4 Conditions générales d'assurance

Les CGA ÖKK UNO 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 ÖKK UNO (dénommées ci-après DC ÖKK UNO) 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. Si les dispositions des différentes catégories d'assurance s'écartent des DC ÖKK UNO, les dispositions de chaque catégorie d'assurance priment les DC ÖKK UNO.

### 1.5 Conditions applicables aux contrats-cadres et aux assurances collectives

Les CGA ÖKK UNO sont également valables pour les contrats-cadres et les assurances collectives dans le domaine des frais de guérison. Des conditions dérogatoires peuvent être convenues dans chaque contrat-cadre ou contrat collectif.

Les dispositions régissant les contrats-cadres ou le contrat collectif priment les CGA ÖKK UNO.

Les preneurs d'assurance affiliés au contrat-cadre peuvent s'informer auprès de l'assureur sur les conditions qui les concernent.

Les preneurs d'assurance des contrats collectifs (en particulier les employeurs) sont tenus de renseigner les personnes assurées sur les principaux éléments du contrat collectif ainsi que sur ses modifications et sa résiliation par écrit. L'assureur met à la disposition du preneur d'assurance tous les documents nécessaires à cette fin.

### 1.6 Loi sur le contrat d'assurance

Pour autant que les dispositions contractuelles ne fixent pas de réglementations dérogatoires, les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908, dans sa version du 1er janvier 2022, s'appliquent également aux contrats conclus avant le 1er janvier 2022.

## 2. Catégories d'assurance

### 2.1 Possibilités d'assurance

Les catégories d'assurance selon les présentes CGA ÖKK UNO sont:

- ÖKK SUPPLEMENT GENERAL et ÖKK SUPPLEMENT PRIVE
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- ÖKK COMBI: GENERAL, DEMI-PRIVE, PRIVE, GLOBAL, FLEX, CONFORT
- ÖKK PRIVE ACCIDENTS
- 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 BLV INDEMNITES JOURNALIERES

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

### 2.2 Catégories d'assurance choisies

La police d'assurance fait mention des catégories d'assurance souscrites. Les dispositions particulières ou accords spéciaux qui dérogent aux CGA ÖKK UNO 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 Contrat-cadre ou assurance collective

Le contrat-cadre définit le cercle des personnes visées par les conditions du contrat-cadre.

Le contrat collectif définit le cercle des personnes assurées.

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. Le proposant doit répondre complètement et sincèrement aux questions posées sur le formulaire.

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'allouer sa prestation s'éteint également pour des sinistres déjà survenus dès lors que 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 l'assureur à se procurer les 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.

L'assureur 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 et
- les Conditions générales d'assurance (la version actuelle des Conditions générales d'assurance est publiée sur www.oekk.ch/cga. Il est possible d'obtenir un exemplaire imprimé auprès de chaque agence ÖKK).

4.1.4 Droit de révocation

La proposition en vue de la conclusion de l'assurance peut être révoquée dans les 14 jours à compter du dépôt de la proposition. Avec la remise de la déclaration de révocation, l'assureur est dégagé de tout engagement.

Le délai est respecté si le preneur d'assurance communique sa révocation à l'assureur ou remet son avis de révocation à la poste le dernier jour du délai.

### 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 possible à tout moment, même en cours d'année civile. La prime se calcule en fonction de la durée d'assurance restante.

4.3.4 Prolongation de l'assurance

Au terme de la durée contractuelle convenue, le contrat d'assurance est reconduit 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 résiliation 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, l'assureur est en droit d'adapter les CGA. Ces changements considérables comprennent, par exemple, l'élargissement du nombre ou la création de nouvelles catégories de fournisseurs de prestations 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.

Ces nouvelles CGA 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, les nouvelles conditions contractuelles sont considérées comme étant acceptées.

### 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 autre formalité.

## 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 du contrat.

5.1.3 Réception de la résiliation

En cas de résiliation, la date de réception de la résiliation par l'assureur est déterminante (et non la date du timbre postal).

5.1.4 Contrat collectif

En cas de résiliation d'un contrat-cadre, les contrats d'assurance conclus avec les personnes assurées sont maintenus individuellement et sans examen de santé dans l'assurance individuelle.

Lors de la sortie du contrat collectif, les personnes assurées ont le droit de passer dans l'assurance individuelle avec la même couverture et sans déclaration de santé. Le droit de passage doit être exercé dans les 30 jours suivant la sortie du contrat collectif. Après l'annonce consécutive des nouvelles conditions de l'assurance individuelle, la personne assurée doit communiquer à l'assureur dans un délai de 30 jours sa décision concernant le maintien de sa couverture dans l'assurance individuelle. La date de réception de la déclaration par l'assureur est déterminante.

5.1.5 Contrat-cadre

En cas de résiliation d'un contrat-cadre, les contrats d'assurance existants conclus avec les preneurs d'assurance sont maintenus en dehors du contrat-cadre. Il existe un droit de résiliation au sens du chiffre 8.2 (Modification des conditions de rabais).

Lors de la sortie du preneur d'assurance du contrat-cadre, son contrat d'assurance existant est maintenu en dehors du contrat-cadre. Il n'est pas soumis aux conditions spéciales prévues par le contrat-cadre. Cela ne donne pas droit à une résiliation extraordinaire (chiffre 8.2).

### 5.2 Résiliation par l'assureur

Seul le preneur d'assurance dispose du droit ordinaire de résiliation et du droit de résiliation en cas de sinistre.

Toutefois, l'assureur est en droit de résilier le contrat, notamment dans les cas suivants:

a) dans le cas de l'assurance collective d'indemnités journalières
b) en cas violation de l'obligation de déclarer lors de l'établissement de la proposition
c) en cas de tentative d'abus ou d'abus effectif de l'assurance
d) en cas de juste motif (selon l'art. 35b LCA)

Le preneur d'assurance dispose également d'un droit de résiliation pour un juste motif (selon l'art. 35b LCA).

### 5.3 Autres motifs justifiant 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 si l'assurance a été suspendue)
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 ÖKK MONDIAL ou en cas de suspension, n'est pas prolongé
f) dans les cas prévus par la loi, notamment en cas de prime ou de participation aux frais en souffrance (cf. chiffre 8.3.2).
g) en cas de résiliation du contrat d'assurance collective entre ÖKK et l'organisme assureur (cf. chiffre 1.2). Seule la couverture correspondante est annulée et non l'ensemble du contrat d'assurance en tant que tel. La couverture reste accordée pour les cas qui sont survenus pendant la durée du contrat. En cas de résiliation du contrat collectif, ÖKK peut conclure un nouveau contrat collectif avec un assureur consécutif afin de garantir le maintien des couvertures actuelles. Le preneur d'assurance a le droit de refuser le maintien des couvertures en question.

## 6. Prestations

### 6.1 Définitions

6.1.1 Maladie

Par maladie, on entend une atteinte à la santé physique, psychique 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 Maladie chronique

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

6.1.3 Accident

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

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:

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 loi sur l'assurance-accidents.

6.1.4 Maternité

La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier. Les prestations liées à la grossesse et à l'accou-

chement 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 la conclusion de l'assurance a été confirmée au moins 270 jours avant l'accouchement.

6.1.5 Infirmité congénitale
Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

6.1.6 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.

6.1.7 Soins aigus
Par soins aigus, on entend exclusivement les traitements stationnaires dans des hôpitaux pour soins aigus (à l'exception des cliniques psychiatriques et des cliniques de réadaptation).

6.1.8 Clinique psychiatrique
Une clinique psychiatrique, également appelée asile ou hôpital psychiatrique, est un établissement hospitalier spécialisé dans le traitement de troubles mentaux sévères.

6.1.9 Clinique de réadaptation
Les cliniques de réadaptation sont des institutions disposant des équipements médico-techniques et des infrastructures nécessaires ainsi que de suffisamment de médecins, de soignants et de thérapeutes qualifiés pour mettre en œuvre des mesures de réadaptation stationnaires spécifiques et ciblées.

6.1.10 Types d'hôpitaux pour soins aigus, de cliniques psychiatriques et de cliniques de réadaptation
6.1.10.1 Hôpital répertorié
Une institution figurant sur une liste cantonale des hôpitaux selon l'art. 39 LAMal. Cette institution est considérée comme reconnue par l'assureur.

6.1.10.2 Hôpital conventionné
Une institution avec laquelle l'assureur a passé des accords de tarification ou dont les tarifs sont reconnus par l'assureur.

Une liste de ces institutions reconnues peut être consultée auprès de l'assureur.

6.1.10.3 Autre hôpital
Une institution ne figurant pas sur une liste cantonale des hôpitaux et dont les tarifs ne sont pas reconnus par l'assureur.

6.1.11 Médecin LAMal
Un médecin est réputé médecin LAMal lorsqu'il remplit les conditions d'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (selon la LAMal). Sont admis les médecins titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral.

6.1.12 Médecin-dentiste
Est réputé médecin-dentiste le titulaire du diplôme fédéral correspondant ou d'un diplôme équivalent ou toute personne au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exercer la profession sur la base d'un certificat scientifique.

## 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 sont également couverts 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, sous réserve d'obligations périodiques en matière de prestations au sens de l'art. 35c LCA.

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 la personne assurée et par le but du traitement.

En vue de l'encadrement optimal de ses personnes assurées, l'assureur 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 l'assureur, le traitement le plus efficace, le plus approprié et le plus économique pour la personne assurée. L'assureur peut charger 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 fournisseurs de prestations 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 en matière de 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 exclues 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) durant un délai de carence;
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 dispensés 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, désordres et actes similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger;
j) pour les maladies et les accidents consécutifs à des événements de guerre dont la première apparition date déjà de plus de 14 jours;
k) pour les maladies et les accidents dus à la participation active à des actes punissables, à des bagarres ou à d'autres actes violents;
l) pour les conséquences de tremblements de terre et d'autres catastrophes naturelles;
m) pour les dommages à la santé résultant de gros sinistres industriels ou pour les dommages causés par l'énergie atomique;
n) pour les transplantations d'organes selon l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), annexe 1 concernant la chirurgie de transplantation, et ceci indépendamment du lieu où la transplantation est pratiquée;
o) pour les participations légales et convenues aux coûts de l'assurance obligatoire des soins et
p) 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) pour les maladies et accidents provoqués par négligence grave, notamment ceux causés par l'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues;
b) 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 ou pouvoir prendre de mesures destinées à ramener le risque à des proportions raisonnables. 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 de véhicules à moteur ou à un entraînement à cet effet;
c) lorsque le dommage à la santé a été provoqué intentionnellement, également par suite d'une tentative de suicide ou d'automutilation et
d) 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. Demeurent réservées les dispositions de l'art. 45 LCA (absence de faute ou aucune influence sur l'étendue de la prestation).

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

### 7.1 Obligation de déclarer

La personne assurée doit faire valoir ses prétentions auprès de l'assureur dans les délais fixés dans les dispositions relatives aux 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 l'assureur. Seules les factures originales sont acceptées.

### 7.2 Réduction du 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 du conseiller en santé dans le cadre des mesures d'accompagnement de l'assureur et lui fournit les renseignements nécessaires.

### 7.3 Obligation de renseigner

La personne assurée délie les médecins traitants et les autres fournisseurs de prestations médicales ainsi que les autres assureurs de leur obligation de garder le secret vis-à-vis de l'assureur. L'assureur 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 l'assureur. Les frais sont à la charge de l'assureur.

La personne assurée doit renseigner l'assureur 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 l'assureur.

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, par exemple 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 remplit pas l'obligation de communiquer les changements dans sa situation personnelle, qui sont déterminants pour le calcul de la prime, une éventuelle différence de prime est due avec effet rétroactif.

Une prime réduite est perçue pour les assurances suspendues.

8.1.3 Rabais de primes et libérations des primes

L'assureur peut accorder des rabais familiaux pour les enfants et les jeunes de moins de 25 ans.

Rabais familial

Ont droit au rabais les enfants qui, avec l'un des parents au moins, ont souscrit l'assurance de base et les assurances complémentaires dans la même police de famille auprès de l'assureur.

Pour bénéficier du rabais familial, une durée de contrat minimale de trois ans est requise pour les enfants et les parents. Durant cette période, les conditions précitées doivent être remplies simultanément et en permanence, faute de quoi le droit au rabais est supprimé et la prime ordinaire est due pour la durée restante du contrat.

Pour autant que les conditions soient remplies, le rabais familial est garanti pour la durée minimale du contrat, des adaptations étant ensuite possibles (chiffre 8.2).

Libération des primes
L'assureur peut accorder des exonérations de primes dès le troisième enfant dans les assurances complémentaires si

- celui-ci vit en ménage commun avec l'un des parents et les deux frères et sœurs plus âgés;
- celui-ci est assuré dans la même police de famille auprès de l'assureur;
- celui-ci a souscrit l'assurance de base auprès de l'assureur;
- les deux frères et sœurs plus âgés ont souscrit l'assurance de base et des assurances complémentaires au moins équivalentes auprès de l'assureur, et si
- le parent a souscrit l'assurance de base et une assurance des frais de guérison ambulatoire ou hospitalière auprès de l'assureur.

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

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

Les primes sont adaptées lors du passage dans le groupe d'âge supérieur. L'adaptation peut entraîner une augmentation des primes.

Les catégories d'âge s'étendent généralement de 0 à 10 ans, de 11 à 18 ans, de 19 à 25 ans, de 26 à 30 ans et ensuite par étape de cinq ans jusqu'à la catégorie des 60 ans et ensuite par étape de dix ans jusqu'à la catégorie des plus de 81 ans.

Dans ÖKK COMBI, la première catégorie d'âge comprend les 0 à 18 ans; dans ÖKK DENTAL, les trois premières catégories d'âge sont réparties comme suit: de 0 à 3 ans, de 4 à 5 ans et de 6 à 10 ans.

Dans ÖKK COMPENSA, la première catégorie d'âge s'étend de 15 à 18 ans, la dernière, de 61 à 70 ans.

Catégories d'âge ÖKK BLV INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (tarif valable à l'âge de la conclusion): de 16 à 30 ans, de 31 à 40 ans, de 41 à 50 ans, de 51 à 65 ans.

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

Faute de résiliation, l'adaptation des primes est considérée comme acceptée par le preneur d'assurance.

Si la personne assurée perd son droit au rabais alors que les conditions régissant les rabais demeurent inchangées, cette perte n'est pas considérée comme une adaptation des primes et ne donne pas droit à une résiliation. Par contre, la modification du montant du rabais, sans que la personne assurée en ait eu connaissance au moment de la conclusion du contrat, ou des conditions régissant les rabais constitue un motif de résiliation.

Une modification du tarif suite à un changement de domicile n'est pas considérée comme une adaptation des primes.

### 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.

8.3.2 Sommation et conséquences de la demeure
Lorsque des primes ou des participations aux coûts échues ne sont pas payées dans les 30 jours, l'assureur somme le preneur d'assurance de payer les montants en souffrance, frais de sommation compris, dans les 14 jours qui suivent l'envoi de la sommation et l'informe des conséquences légales de la demeure.

Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai de sommation.

Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime échue dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation, l'assureur est censé s'être départi du contrat. L'assureur renonce alors au paiement de la prime échue.

Si l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, la protection d'assurance reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais.

Les frais de sommation et de dossier occasionnés par les arriérés de paiement vont à la charge du preneur d'assurance.

### 8.4 Participation aux excédents

8.4.1 Principe
Dans la mesure où la personne assurée majeur présente une évolution de risque favorable, elle 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 excédent 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. 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 la personne assurée 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 peut être 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 la personne assurée 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 ÖKK COMBI et ÖKK SALTO avec rabais en cas de non-recours aux prestations:

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

La prime de ÖKK 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-ménagère 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, l'assureur effectue le paiement direct aux fournisseurs de prestations. Lorsque l'assureur 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 l'assureur.

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 cinq ans à dater du fait d'où naît l'obligation de l'assureur.

Pour les contrats conclus avant le 1er janvier 2022, l'assureur dispose d'un délai de deux ans pour faire valoir des prestations à l'égard de la personne assurée.

## 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 ÖKK UNO.

9.1.2 Prestations des pouvoirs publics

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 ÖKK UNO.

9.1.3 Pluralité d'assureurs

En cas de pluralité d'assureurs privés tenus à prestations, on détermine le coût que chaque assureur privé aurait dû assumer s'il avait été seul en cause. Ceci est également valable lorsque l'obligation à prestations des autres assureurs privés n'existe qu'à titre subsidiaire.

L'indemnité à verser selon les présentes CGA ÖKK UNO se limite à la partie de la somme d'assurance totale qui correspond à cette couverture.

9.1.4 Renoncement aux prestations

Lorsque des personnes assurées 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 ÖKK UNO. 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

Dans le cadre des assurances de dommages, les prestations allouées d'après les présentes CGA ÖKK UNO ne doivent pas constituer une source de gain pour la personne assurée, compte tenu des prestations de tiers. 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 et de la loi fédérale sur la protection des données.

### 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 l'assureur par écrit et dans les 30 jours.

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

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

Les communications de l'assureur à la personne assurée ou au preneur d'assurance ont lieu valablement par écrit à la dernière adresse indiquée ou à l'adresse de contact en Suisse.

D'autres informations sont communiquées à la personne assurée ou au preneur d'assurance par le canal du journal des assurés ou publiées sur le site Internet de l'assureur.

## 12. Prescription de forme

Si les présentes CGA requièrent la forme écrite, une autre forme permettant d'en garder une trace écrite suffit.

## 13. For

En cas de contestations découlant d'assurances selon les présentes CGA ÖKK UNO et les dispositions particulières des différentes catégories d'assurance, 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).

# ÖKK SUPPLEMENT GENERAL et ÖKK SUPPLEMENT PRIVE

ÖKK Versicherungen AG, édition 1.1.2019

## TABLE DES MATIÈRES


**1. Bases de l'assurance 19**

1.1 But 19
1.2 Personnes assurées 19
1.3 Conditions pour l'octroi des prestations 19
1.4 Prestations à l'étranger 19

**2. Traitement médical 19**

2.1 Traitements par des médecins non soumis à la LAMal 19
2.2 Consultation privée chez des médecins d'hôpital non soumis à la LAMal 19
2.3 Traitements médicaux à l'étranger 19
2.4 Durée des prestations 19

**3. Prévention 19**

3.1 Vaccinations 19
3.2 Check-up 19
3.3 Examen gynécologique préventif 19
3.4 Maternité 19
3.5 Cours en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé 19
3.6 Autres mesures préventives 20

**4. Moyens auxiliaires 20**

4.1 Aides visuelles 20
4.2 Autres moyens auxiliaires 20

**5. Traitement dentaire 20**

5.1 Dents de sagesse 20
5.2 Prestations pour enfants et adolescents 20
5.3 Prestations des collectivités publiques 20
5.4 Fournisseurs de prestations et tarif 20
5.5 Traitement à l'étranger 20

**6. Médecine alternative 20**

6.1 Traitement médical 20
6.2 Méthodes de la médecine empirique 20
6.3 Thérapeutes et méthodes curatives de la médecine alternative 20
6.4 Prestations supplémentaires servies par le SUPPLEMENT PRIVE 21
6.5 Remèdes naturels 21
6.6 Montant maximal des prestations 21
6.7 Condition pour l'octroi des prestations 21

**7. Médicaments hors liste 21**

**8. Stations thermales 21**

**9. Traitement psychothérapeutique 21**

9.1 Etendue des prestations 21
9.2 Condition pour l'octroi des prestations 21
9.3 Relation avec l'assurance obligatoire des soins 21

**10. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement, frais de déplacement 21**

10.1 Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence 21
10.2 Frais de déplacement 21

**11. Variante CASAMED 22**

11.1 Généralités 22
11.2 Condition générale pour l'octroi des prestations 22
11.3 Médecins non soumis à la LAMal 22
11.4 Exceptions du principe du médecin de famille 22
11.5 Autres personnes qualifiées 22
11.6 Mesures préventives, médecine alternative, médicaments hors liste 22
11.7 Autres fournisseurs de prestations 22
11.8 Cas d'urgence 22
11.9 Exclusion des prestations 22
11.10 Règlement des prestations 22

**12. Participation aux frais 22**

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 But

Le SUPPLEMENT GENERAL et le SUPPLEMENT PRIVE allouent des prestations pour 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 présentes CGA ÖKK UNO.

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins (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 pour 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 l'assureur.

### 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 par des médecins non soumis 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.

### 2.2 Consultation privée chez des médecins d'hôpital non soumis 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.

### 2.3 Traitements médicaux à l'étranger

2.3.1 Traitement volontaire

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.

2.3.2 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 BASE.

### 2.4 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 BASE:

SUPPLEMENT GENERAL: 90% des frais, au maximum CHF 300
SUPPLEMENT PRIVE: 90% des frais, au maximum CHF 600

La définition de check-up peut être consultée auprès de l'assureur.

### 3.3 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 l'assurance 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 le formulaire d'indemnité d'allaitement de l'assureur.

### 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 peut être consultée auprès de l'assureur.

### 3.6 Autres mesures préventives

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

La liste des mesures préventives reconnues peut être consultée auprès de l'assureur.

## 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 BASE, 50% des frais peuvent être remboursés, en présence d'une indication médicale, jusqu'à concurrence de CHF 250 au total par année civile. L'assureur désigne les moyens auxiliaires reconnus. La liste des moyens auxiliaires reconnus peut être consultée auprès de l'assureur.

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 des tarifs conventionnels 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'orthodontie selon tarif reconnu:

  SUPPLEMENT GENERAL: 70% des frais, au maximum CHF 5'000
  SUPPLEMENT PRIVE: 70% des frais, 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.

Lorsqu'une assurance préalable équivalente existe au moment de la conclusion du contrat, l'assureur renonce à un délai de carence, pour autant qu'un parent au moins soit également assuré auprès de ce même assureur. 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 publiques. Les contributions des cantons et communes sont imputées sur les prestations de cette catégorie d'assurance.

### 5.4 Fournisseurs de prestations et tarif

La détermination des prestations dentaires se base sur le tarif dentaire SSO (Société suisse des médecins-dentistes) actuellement en vigueur. Il existe deux structures tarifaires: le «tarif LAMal» et le «tarif dentaire révisé AA/AM/AI».

L'assurance verse des prestations au tarif maximal des assurances sociales (valeur du point et points) de la structure tarifaire appliquée par le fournisseur de prestations.

### 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, l'assureur prend en charge 90% des coûts du traitement médical selon les méthodes suivantes de la médecine alternative si et dans la mesure où ils ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire des soins:

- 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

L'assureur alloue des contributions dans le domaine de la médecine alternative lorsque tant la méthode thérapeutique que le thérapeute ou le naturopathe sont reconnus par l'assureur. 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. La liste des formes thérapeutiques et thérapeutes reconnus peut être consultée auprès de l'assureur.

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

L'assureur 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 alloue 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

L'assureur prend en charge 90% des frais des remèdes phytothérapeutiques, homéopathiques et anthroposophiques ainsi que des oligo-éléments, pour autant que ceux-ci ne soient pas couverts par l'assurance 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 l'assureur,
- la liste des thérapeutes et naturopathes reconnus par l'assureur,
- 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 pour l'octroi des prestations

Les prestations sont allouées après demande préalable à l'assureur. 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 Condition pour l'octroi des prestations

Les prestations sont allouées après acceptation de la demande de garantie de paiement par le médecin-conseil de l'assureur. A l'échéance du nombre d'heures de traitement autorisées par l'assureur, 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 allouée pour un traitement parallèle suivi chez un 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 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 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 Quote-part

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

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 de l'assureur dans la variante CASAMED de l'assurance BASE, les dispositions complémentaires suivantes sont applicables.

### 11.2 Condition générale pour l'octroi des 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 l'assureur comme médecins de famille CASAMED.

### 11.3 Médecins non soumis à la LAMal

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

### 11.4 Exceptions du principe du 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 praticiens effectuent des traitements supplémentaires, 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, l'assureur 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 prise en charge 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 Exclusion des prestations

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 peut convenir avec les médecins de famille CASAMED que les prestations du SUPPLEMENT GENERAL et du SUPPLEMENT PRIVE seront indemnisées sous forme d'un forfait.

11.10.2 Prestations ordonnées

S'agissant des prestations ordonnées, l'assureur 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 la personne assurée a été envoyée 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.

L'assureur 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.

L'assureur 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, édition 1.1.2019

## TABLE DES MATIÈRES


**1. Bases de l'assurance 24**
1.1 Assureur 24
1.2 Dispositions communes 24
1.3 But 24
1.4 Condition pour l'octroi des prestations 24
1.5 Validité territoriale 24
1.6 Conclusion de l'assurance 24

**2. Traitement ambulatoire 24**
2.1 Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger 24
2.2 Psychothérapie non médicale 24
2.3 Station thermale 24
2.4 Stérilisation 24

**3. Maternité 24**
3.1 Préparation à l'accouchement 24
3.2 Indemnité d'allaitement 24

**4. Prévention 24**
4.1 Examen gynécologique préventif 24
4.2 Check-up 24
4.3 Vaccination 24
4.4 Compte santé 24

**5. Moyens auxiliaires 24**
5.1 Aides visuelles 24
5.2 Autres moyens auxiliaires 25

**6. Traitement dentaire 25**
6.1 Examen de contrôle et prophylaxie 25
6.2 Dents de sagesse 25
6.3 Traitement d'orthodontie 25
6.4 Traitement à l'étranger 25
6.5 Tarif 25

**7. Médecine alternative 25**
7.1 Traitement de la médecine alternative 25
7.2 Traitement à l'étranger 25

**8. Médicaments et remèdes 25**
8.1 Médicaments hors liste 25
8.2 Remèdes naturels 25

**9. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement 25**
9.1 Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence 25
9.2 Actions de recherche 25
9.3 Frais de déplacement 25

**10. Variante CASAMED 26**
10.1 Conditions supplémentaires 26
10.2 Principe du médecin de famille 26
10.3 Exceptions du principe du médecin de famille 26
10.4 Hôpitaux 26
10.5 Autres personnes qualifiées 26
10.6 Autres fournisseurs de prestations 26
10.7 Cas d'urgence 26
10.8 Exclusion des prestations, exclusion de la variante de médecin de famille 26
10.9 Règlement des prestations 26

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Assureur

L'assureur est la société ÖKK Versicherungen AG, Landquart (désignée ci-après par «assureur»).

### 1.2 Dispositions communes

Les Dispositions communes ÖKK UNO (DC ÖKK UNO) font partie intégrante des dispositions de la présente catégorie d'assurance. Si les dispositions de cette catégorie d'assurance s'écartent des DC ÖKK UNO, les dispositions de cette catégorie d'assurance priment les DC ÖKK UNO.

### 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 pour l'octroi des 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 en cas d'urgence à l'étranger

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

### 2.2 Psychothérapie non médicale

2.2.1 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.

2.2.2 Condition pour l'octroi des 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.

### 2.3 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.

### 2.4 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 90% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 300 par année civile, d'un check-up effectué par un médecin.

La définition de check-up peut être consultée auprès de l'assureur.

### 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.

La liste des mesures préventives reconnues peut être consultée auprès de 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 dentaire 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

La détermination des prestations dentaires se base sur le tarif dentaire SSO (Société suisse des médecins-dentistes) actuellement en vigueur. Il existe deux structures tarifaires: le «tarif LAMal» et le «tarif dentaire révisé AA/AM/AI».

L'assurance verse des prestations au tarif maximal des assurances sociales (valeur du point et points) de la structure tarifaire appliquée par le fournisseur de prestations.

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. domaines partiels de la médecine traditionnelle chinoise, de la 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 Quote-part

La quote-part 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 personnes assurées 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 la personne assurée.

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 la personne assurée 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 la personne assurée 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 Exclusion des prestations, exclusion de la variante de médecin de famille

10.8.1 Exclusion des prestations

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.

10.8.2 Exclusion de la variante de médecin de famille

En cas de violation répétée des conditions fixées, l'assureur peut transférer la personne assurée 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 des prestations ordonnées, l'assurance peut demander à la personne assurée 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, édition 1.1.2019

## TABLE DES MATIÈRES


**1. Bases de l'assurance 28**
1.1 Assureur 28
1.2 Dispositions communes 28
1.3 But 28
1.4 Condition pour l'octroi des prestations 28
1.5 Validité territoriale 28
1.6 Conclusion de l'assurance 28

**2. Traitement ambulatoire 28**
2.1 Traitement médical volontaire à l'étranger 28
2.2 Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger 28
2.3 Psychothérapie non médicale 28
2.4 Station thermale 28
2.5 Stérilisation 28
2.6 Correction de la vision au laser 28

**3. Maternité 28**
3.1 Préparation à l'accouchement 28
3.2 Indemnité d'allaitement 28

**4. Prévention 28**
4.1 Examen gynécologique préventif 28
4.2 Check-up 28
4.3 Vaccination 28
4.4 Compte santé 28

**5. Moyens auxiliaires 29**
5.1 Aides visuelles 29
5.2 Autres moyens auxiliaires 29

**6. Traitement dentaire 29**
6.1 Examen de contrôle et prophylaxie 29
6.2 Dents de sagesse 29
6.3 Traitement d'orthodontie 29
6.4 Traitement à l'étranger 29
6.5 Tarif 29

**7. Médecine alternative 29**
7.1 Traitement de la médecine alternative 29
7.2 Traitement à l'étranger 29

**8. Médicaments et remèdes 29**
8.1 Médicaments hors liste 29
8.2 Remèdes naturels 29

**9. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement 29**
9.1 Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence 29
9.2 Actions de recherche 29
9.3 Frais de déplacement 30

**10. Variante CASAMED 30**
10.1 Conditions supplémentaires 30
10.2 Principe du médecin de famille 30
10.3 Exceptions du principe du médecin de famille 30
10.4 Hôpitaux 30
10.5 Autres personnes qualifiées 30
10.6 Autres fournisseurs de prestations 30
10.7 Cas d'urgence 30
10.8 Exclusion des prestations, exclusion de la variante de médecin de famille 30
10.9 Règlement des prestations 30

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Assureur

L'assureur est la société ÖKK Versicherungen AG, Landquart (désignée ci-après par «assureur»).

### 1.2 Dispositions communes

Les Dispositions communes ÖKK UNO (DC ÖKK UNO) font partie intégrante des dispositions de la présente catégorie d'assurance. Si les dispositions de cette catégorie d'assurance s'écartent des DC ÖKK UNO, les dispositions de cette catégorie d'assurance priment les DC ÖKK UNO.

### 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 pour l'octroi des 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 volontaire à l'étranger

L'assurance prend en charge 90% des traitements ambulatoires de la médecine classique dispensés par des médecins à l'étranger.

### 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 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 pour l'octroi des 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 90% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 500 par année civile, d'un check-up effectué par un médecin.

La définition de check-up peut être consultée auprès de l'assureur.

### 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.

La liste des mesures préventives reconnues peut être consultée auprès de 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

La détermination des prestations dentaires se base sur le tarif dentaire SSO (Société suisse des médecins-dentistes) actuellement en vigueur. Il existe deux structures tarifaires: le «tarif LAMal» et le «tarif dentaire révisé AA/AM/AI».

L'assurance verse des prestations au tarif maximal des assurances sociales (valeur du point et points) de la structure tarifaire appliquée par le fournisseur de prestations.

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. domaines partiels de la médecine traditionnelle chinoise, de la 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 Quote-part

La quote-part 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 personnes assurées 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 la personne assurée.

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 la personne assurée 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 la personne assurée 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 Exclusion des prestations, exclusion de la variante de médecin de famille

10.8.1 Exclusion des prestations

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.

10.8.2 Exclusion de la variante de médecin de famille

En cas de violation répétée des conditions fixées, l'assureur peut transférer la personne assurée 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 des prestations ordonnées, l'assurance peut demander à la personne assurée 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 COMBI

ÖKK Versicherungen AG, édition 1.1.2023

## TABLE DES MATIÈRES


**1. Bases de l'assurance 32**
1.1 Assureur 32
1.2 Dispositions communes 32
1.3 But 32
1.4 Conclusion de l'assurance 32
1.5 Condition pour l'octroi des prestations 32
1.6 Couverture des accidents 32
1.7 Possibilités d'assurance 32

**2. Traitement hospitalier 32**
2.1 Traitement aigu 32
2.2 Traitement de longue durée 33
2.3 Réadaptation en milieu hospitalier 33
2.4 Traitement psychiatrique 33
2.5 Prestations à l'étranger 33

**3. Cures 33**
3.1 Cures de convalescence 33
3.2 Cures balnéaires 33
3.3 Autres cures 33
3.4 Procédure en cas de séjour de cure 34

**4. Prestations particulières 34**
4.1 Soins extra-hospitaliers 34
4.2 Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence 34
4.3 Frais de déplacement 34
4.4 Service de garde des enfants 34
4.5 Rooming-In 34
4.6 Indemnité journalière d'hospitalisation 34

**5. Maternité 34**
5.1 Frais de traitement hospitalier 34
5.2 Accouchement dans une maison de naissance 35
5.3 Aide ménagère après l'accouchement 35

**6. Complément accidents 35**

**7. Variante CASAMED 35**
7.1 En général 35
7.2 Classes de prestations 35
7.3 Condition générale pour l'octroi des prestations 35
7.4 Choix de l'hôpital 35
7.5 Ophtalmologues, gynécologues et pédiatres 35
7.6 Cas d'urgence 35
7.7 Exclusion des prestations 35

**8. ECOPLAN, variante impliquant un choix restreint des hôpitaux 35**
8.1 Généralités 35
8.2 Choix / résiliation de l'ECOPLAN 35
8.3 Etendue des prestations 35
8.4 Traitement dans un autre hôpital 35

**9. Franchise et indemnité dans COMBI DEMI-PRIVÉ, PRIVÉ et GLOBAL 36**
9.1 Franchise 36
9.2 Indemnité 36

**10. Participation aux frais dans COMBI FLEX 36**
10.1 Etendue de la participation aux frais 36
10.2 Montant maximal de la participation aux frais pour familles 36

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Assureur

L'assureur est la société ÖKK Versicherungen AG, Landquart (désignée ci-après par «assureur»).

### 1.2 Dispositions communes

Les Dispositions communes ÖKK UNO (DC ÖKK UNO) font partie intégrante des dispositions de la présente catégorie d'assurance. Si les dispositions de cette catégorie d'assurance s'écartent des DC ÖKK UNO, les dispositions de cette catégorie d'assurance priment les DC ÖKK UNO.

### 1.3 But

L'assurance alloue des prestations pour des traitements stationnaires en cas de maladie, d'accident et de maternité. Elle alloue des contributions aux frais de cures, de traitement de longue durée, d'aide ménagère extra-hospitalière et de transport.

Les prestations sont allouées en complément des prestations obligatoires de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (BASE). Tout au plus la part non couverte par l'assurance 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 existantes de l'assureur priment les prestations de COMBI.

### 1.4 Conclusion de l'assurance

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

### 1.5 Condition pour l'octroi des prestations

1.5.1 En général

L'assurance verse des prestations lorsque le traitement s'impose pour des raisons médicales et qu'il est effectué dans un hôpital répertorié ou conventionné.

Le traitement doit être appliqué par des fournisseurs de prestations reconnus pour cela selon la LAMal.

1.5.2 Traitement dans d'autres hôpitaux

En cas de traitements dans d'autres hôpitaux, les prestations ne sont assurées que pour les soins aigus dans les limites des chiffres 2.1.4 et 2.2.

### 1.6 Couverture des accidents

La couverture des accidents peut être exclue.

### 1.7 Possibilités d'assurance

1.7.1 Classes de prestations

L'assurance pratique les classes de prestations suivantes:

| | |
|---|---|
| COMBI GÉNÉRAL: | Division commune en Suisse (chambre à plusieurs lits); selon le tarif reconnu par l'assureur |
| COMBI DEMI-PRIVÉ: | Division demi-privée en Suisse (chambre à deux lits); selon le tarif reconnu par l'assureur |
| COMBI PRIVÉ: | Division privée en Suisse (chambre à un lit); selon le tarif reconnu par l'assureur |
| COMBI GLOBAL: | Division privée dans le monde entier (chambre à un lit) |
| COMBI FLEX: | Division commune, demi-privée ou privée d'un hôpital en Suisse; selon le tarif reconnu par l'assureur; avec participation aux frais correspondante |
| COMBI CONFORT: | Division commune d'un hôpital conventionné Confort dans une chambre à un lit ou à deux lits. Cette classe de prestations peut être limitée aux personnes assurées domiciliées dans une région déterminée. |

Sont réputés hôpitaux conventionnés Confort les hôpitaux avec lesquels l'assureur a passé des accords correspondants fixant les tarifs. L'assureur tient une liste des hôpitaux conventionnés, qui peut être consultée auprès de l'assureur.

1.7.2 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 conditions, 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 répertorié ou conventionné comparable, sis dans la région de domicile de la personne assurée , et/ou avec des hôpitaux offrant des prestations supplémentaires comparables. L'évaluation de l'étendue des prestations prend en compte les prestations médicales et cliniques ainsi que les prestations d'hôtellerie et de confort qui s'alignent sur les tarifs usuels du marché.

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

1.7.3 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 conditions, sont mentionnés sur une liste qui peut être consultée auprès de l'assureur.

## 2. Traitement hospitalier

### 2.1 Traitement aigu

2.1.1 Condition pour l'octroi des prestations

L'assurance alloue des prestations si la personne assurée nécessite des soins hospitaliers au sens de l'assurance BASE.

2.1.2 Etendue des prestations

L'assurance prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance BASE, les coûts selon la classe de prestations choisie.

N'est pas assurée la participation aux coûts à assumer dans l'assurance 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:

| | |
|---|---|
| COMBI GÉNÉRAL: | Les coûts qui auraient été occasionnés dans la division d'hôpital assurée. Lorsque ces frais ne peuvent pas être établis, COMBI verse un forfait de CHF 30 par jour. |
| COMBI DEMI-PRIVÉ: | Les coûts 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: | Dans l'hôpital conventionné Confort, les coûts de la chambre assurée. |

2.1.4 Traitement dans d'autres hôpitaux

Si le traitement a lieu dans un hôpital autre qu'un hôpital répertorié ou conventionné, les frais suivants sont couverts:

| | |
|---|---|
| COMBI GÉNÉRAL/CONFORT: | Un forfait de CHF 30 par jour. |
| COMBI DEMI-PRIVÉ/PRIVÉ/FLEX: | Les coûts supplémentaires qui auraient été occasionnés en cas de séjour dans un hôpital répertorié dans le canton de domicile, la comparaison se faisant entre la division commune et la division assurée et choisie. |
| COMBI GLOBAL: | Couverture intégrale des coûts. |

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 l'assureur, les prestations sont couvertes 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

L'assurance verse les forfaits journaliers suivants si:

- l'assistance d'un malade chronique nécessite le séjour dans un hôpital répertorié ou conventionné approprié, 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: | CHF 70 | CHF 35 |
| COMBI GLOBAL: | CHF 90 | CHF 45 |

En cas de traitement dans la division assurée, ces prestations sont allouées 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 une clinique de réadaptation reconnue par l'assureur, l'assurance accorde, pour les 60 premiers jours, la pleine couverture des coûts selon les conditions applicables aux traitements aigus. Ensuite, elle verse les prestations pour traitements de longue durée, tout en imputant la durée de séjour antérieure.

Les cliniques de réadaptation reconnues sont mentionnées sur une liste qui peut être consultée auprès de l'assureur.

### 2.4 Traitement 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, l'assurance accorde, pendant 90 jours, la pleine couverture des coûts selon les conditions applicables aux traitements aigus.

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

| | dès le 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 prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance 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 aussi longtemps qu'un transport à domicile n'est pas approprié.

2.5.2 Traitement volontaire à l'étranger

Les prestations de 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 allouées qu'en cas de traitement dans d'autres hôpitaux.

2.5.3 Procédure en cas de séjour hospitalier

En cas de traitement hospitalier, une demande de garantie de prise en charge doit être présentée immédiatement à l'assureur, 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 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 auprès de l'assureur.

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

| | |
|---|---|
| COMBI GÉNÉRAL/CONFORT: | CHF 50/jour |
| COMBI DEMI-PRIVÉ/FLEX: | CHF 70/jour |
| COMBI PRIVÉ: | CHF 90/jour |
| COMBI GLOBAL: | CHF 110/jour |

### 3.2 Cures balnéaires

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

| | |
|---|---|
| COMBI GÉNÉRAL/CONFORT: | CHF 30/jour |
| COMBI DEMI-PRIVÉ/FLEX: | CHF 30/jour |
| COMBI PRIVÉ: | CHF 50/jour |
| COMBI GLOBAL: | CHF 50/jour |

Il y a libre choix parmi les établissements de cure balnéaire, dirigés par un médecin et reconnus par l'assureur. La liste des établissements de cure balnéaire reconnus peut être consultée auprès de l'assureur.

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.

L'assureur 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 l'assureur, 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 l'assureur 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 verse, sur prescription médicale, des contributions pour les aides ménagères extra-hospitalières, dans la mesure où les circonstances domestiques et familiales l'exigent.

4.1.2 Etendue des prestations

Pour les frais d'aides ménagères reconnues, l'assurance accorde une contribution par année civile. Les prestations sont également allouées 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 40/jour, au max. CHF 400 |
| COMBI DEMI-PRIVÉ/FLEX: | jusqu'à CHF 50/jour, au max. CHF 500 |
| COMBI PRIVÉ: | jusqu'à CHF 60/jour, au max. CHF 630 |
| COMBI GLOBAL: | jusqu'à CHF 60/jour, au max. CHF 800 |

Si la personne assurée a la charge d'au moins un enfant jusqu'à 12 ans, les prestations sont allouées comme suit:

| | |
|---|---|
| COMBI GÉNÉRAL/CONFORT: | jusqu'à CHF 40/jour, au max. CHF 600 |
| COMBI DEMI-PRIVÉ/FLEX: | jusqu'à CHF 70/jour, au max. CHF 1'000 |
| COMBI PRIVÉ: | jusqu'à CHF 100/jour, au max. CHF 1'300 |
| COMBI GLOBAL: | jusqu'à CHF 110/jour, au max. CHF 1'600 |

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

4.1.3 Fournisseurs de prestations

Est reconnue comme aide ménagère 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 ménagère, 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 BASE.

### 4.2 Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

Pour les frais

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

les contributions suivantes sont, au total, versées par l'assurance:

| | |
|---|---|
| COMBI GÉNÉRAL/CONFORT: | CHF 10'000 par année civile à titre de contribution au montant non couvert qui dépasse CHF 100 par cas. |
| COMBI DEMI-PRIVÉ/FLEX: | CHF 20'000 par année civile. |
| COMBI PRIVÉ: | CHF 30'000 par 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 Frais de déplacement

L'assurance rembourse 90% des frais de transports publics, jusqu'à concurrence de CHF 300 par année civile, à une personne assurée qui se soumet à des dialyses, radiothérapies ou chimiothérapies au-delà d'un rayon de 30 kilomètres du lieu de domicile.

### 4.4 Service de garde des enfants

4.4.1 Principe

L'assurance 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 12 ans.

Une réglementation conventionnelle entre l'assureur et la CRS en est la condition.

4.4.2 Conditions pour l'octroi des prestations

L'assurance alloue des prestations 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

L'assurance verse jusqu'à CHF 30 par heure jusqu'à concurrence de CHF 600 par année civile.

### 4.5 Rooming-In

Lorsqu'un enfant jusqu'à 12 ans est soigné en milieu hospitalier, l'assurance de l'enfant alloue jusqu'à CHF 50 par jour pour le séjour de l'un des parents dans la chambre de l'enfant.

Lorsque l'un des parents est soigné en milieu hospitalier, l'assurance de ce parent alloue jusqu'à CHF 50 par jour pour le séjour d'un enfant jusqu'à 12 ans dans la chambre du parent.

### 4.6 Indemnité journalière d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, COMBI GÉNÉRAL alloue après un délai d'attente de 5 jours CHF 15 par jour jusqu'à 730 indemnités journalières. Le délai d'attente s'applique par année civile.

## 5. Maternité

### 5.1 Frais de traitement hospitalier

L'assurance 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 l'assureur, 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 l'assureur, l'assurance 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 l'assureur et ne figurant pas sur une liste des hôpitaux d'un canton, les prestations suivantes sont allouées:

| | |
|---|---|
| COMBI GÉNÉRAL/CONFORT: | jusqu'à CHF 1'000 par accouchement |
| COMBI DEMI-PRIVÉ/FLEX: | jusqu'à 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 conditions de COMBI FLEX.

### 5.3 Aide ménagère après l'accouchement

5.3.1 Principe

L'assurance verse des contributions aux frais d'une aide ménagère 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 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 60/jour, au maximum CHF 600 |
| COMBI DEMI-PRIVÉ/FLEX: | jusqu'à CHF 100/jour, au maximum CHF 1'000 |
| COMBI PRIVÉ: | jusqu'à CHF 100/jour, au maximum CHF 1'300 |
| COMBI GLOBAL: | jusqu'à CHF 110/jour, au maximum CHF 1'600 |

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 1'500 |
| COMBI PRIVÉ: | jusqu'à CHF 135/jour, au maximum CHF 1'900 |
| COMBI GLOBAL: | jusqu'à CHF 165/jour, au maximum CHF 2'310 |

## 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 En général

Pour les personnes assurées auprès de l'assureur dans la variante CASAMED de l'assurance BASE, les conditions complémentaires suivantes sont valables dans l'assurance.

### 7.2 Classes de prestations

Toutes les classes de prestations de l'assurance sont assurables.

### 7.3 Condition générale pour l'octroi des prestations

Les prestations 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 l'assureur comme médecins de famille CASAMED.

### 7.4 Choix de l'hôpital

En vue d'une fourniture avantageuse, l'assureur 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 indépendamment du fournisseur de prestations choisi. Le contrôle de l'indication médicale par le médecin-conseil demeure réservé.

### 7.7 Exclusion des prestations

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.

## 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 personnes assurées domiciliées dans une région déterminée.

### 8.2 Choix / résiliation de l'ECOPLAN

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

Le passage de l'ECOPLAN à l'assurance 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. 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 sur laquelle figurent les hôpitaux ECOPLAN peut être consultée auprès de l'assureur.

### 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 sa charge.

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, 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 l'assureur. Le contrôle de l'indication médicale par le médecinconseil demeure réservé.

## 9. Franchise et indemnité dans COMBI DEMI-PRIVÉ, PRIVÉ et GLOBAL

### 9.1 Franchise

9.1.1 Généralités

Moyennant une réduction correspondante des primes, 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 répertorié ou conventionné.

La moitié de la franchise n'est pas due lorsque l'assuré dans COMBI PRIVÉ ou GLOBAL se fait hospitaliser en division demi-privée (chambre à deux lits) d'un hôpital répertorié ou conventionné.

La participation aux coûts n'est également pas due lorsque des indemnisations forfaitaires sont servies conformément aux présentes conditions d'assurance. En sont exceptées les prestations assurées à l'étranger. Une participation aux coûts correspondante est perçue sur ces prestations.

9.1.2 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.

9.1.3 Montant des franchises

Les franchises suivantes peuvent être choisies:
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 BASE est perçue en sus.

### 9.2 Indemnité

COMBI DEMI-PRIVÉ, PRIVÉ et GLOBAL allouent une indemnité aux personnes assurées âgées de plus de 16 ans si elles choisissent une division hospitalière plus avantageuse dans un hôpital pour soins aigus en Suisse.

| | |
|---|---|
| COMBI DEMI-PRIVÉ: | Division commune jusqu'à CHF 300 par jour<br>Division commune Confort, chambre à un et à deux lits, jusqu'à CHF 200 par jour |
| COMBI PRIVÉ/<br>COMBI GLOBAL: | Division commune jusqu'à CHF 400 par jour<br>Division commune Confort, chambre à un et à deux lits, jusqu'à CHF 300 par jour<br>Division demi-privée, jusqu'à CHF 200 par jour |

Les montants peuvent être adaptés à l'évolution des frais hospitaliers. En cas de réduction des montants, il y a droit de résiliation selon l'art. 8.2 DC ÖKK UNO.

L'indemnité est versée dans la mesure où aucune franchise n'est convenue.

## 10. Participation aux frais dans COMBI FLEX

### 10.1 Etendue de la participation aux frais

La personne assurée choisit la division hospitalière avant l'entrée à l'hôpital. Le choix de celle-ci détermine la participation aux frais.

Les participations aux frais suivantes sont perçues:

| Division: | Participation aux frais par année civile: |
|---|---|
| Division commune: | aucune |
| Division commune,<br>Chambre Confort à 2 lits: | 10% jusqu'à concurrence de CHF 200 |
| Division commune,<br>Chambre Confort à 1 lit: | 10% jusqu'à concurrence de CHF 200 |
| Division demi-privée: | 15% jusqu'à concurrence de CHF 1'500 |
| Division privée: | 25% jusqu'à concurrence de CHF 4'500 |

Cette participation aux frais est également perçue en cas de maternité.

La participation aux frais tombe lorsque des indemnités forfaitaires sont versées conformément aux présentes conditions d'assurance. En sont exclues les prestations assurées 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 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 COMBI FLEX, le remboursement des participations aux frais excédant le montant de CHF 4'500 par année civile peut être demandé.

# ÖKK PRIVE ACCIDENTS

ÖKK Versicherungen AG, édition 1.1.2019

## TABLE DES MATIÈRES


| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **Bases de l'assurance** | **38** |
| 1.1 | Assureur | 38 |
| 1.2 | Dispositions communes | 38 |
| 1.3 | But | 38 |
| 1.4 | Condition pour l'octroi des prestations | 38 |
| 1.5 | Validité territoriale | 38 |
| 1.6 | Conclusion de l'assurance | 38 |
| **2.** | **Traitement stationnaire** | **38** |
| 2.1 | Traitement hospitalier | 38 |
| 2.2 | Traitement de longue durée | 38 |
| 2.3 | Réadaptation en milieu hospitalier | 38 |
| 2.4 | Prestation à l'étranger | 38 |
| 2.5 | Cure | 38 |
| 2.6 | Rooming-In | 39 |
| **3.** | **Prestations particulières** | **39** |
| 3.1 | Aide ménagère | 39 |
| 3.2 | Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence | 39 |
| 3.3 | Service de garde des enfants | 39 |
| 3.4 | Traitement médical des suites d'un accident | 39 |
| 3.5 | Moyens auxiliaires | 39 |
| **4.** | **Variante CASAMED** | **40** |
| 4.1 | Conditions supplémentaires | 40 |
| 4.2 | Principe du médecin de famille | 40 |
| 4.3 | Exceptions du principe du médecin de famille | 40 |
| 4.4 | Hôpitaux | 40 |
| 4.5 | Cas d'urgence | 40 |
| 4.6 | Exclusion des prestations | 40 |

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Assureur

L'assureur est la société ÖKK Versicherungen AG, Landquart (désignée ci-après par «assureur»).

### 1.2 Dispositions communes

Les Dispositions communes ÖKK UNO (DC ÖKK UNO) font partie intégrante des dispositions de la présente catégorie d'assurance. Si les dispositions de cette catégorie d'assurance s'écartent des DC ÖKK UNO, les dispositions de cette catégorie d'assurance priment les DC ÖKK UNO.

### 1.3 But

L'assurance intervient en cas d'accident. Elle alloue des prestations pour des traitements stationnaires, des cures, des traitements de longue durée, l'aide ménagère extra-hospitalière et les frais de transport.

Les prestations sont allouées 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 est prise en charge sur la totalité des frais. Si d'autres assurances existent auprès de l'assureur pour des prestations en cas de traitement ambulatoire ou stationnaire, les prestations de ces assurances priment sur celles de ÖKK PRIVE ACCIDENTS.

### 1.4 Condition pour l'octroi des prestations

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

L'assurance alloue des prestations en cas de traitement hospitalier si celui-ci a lieu dans un hôpital répertorié ou conventionné. Le traitement doit être dispensé par des fournisseurs de prestations reconnus à cet effet conformément à la LAMal.

Pour des traitements psychiatriques, des prestations ne sont allouées en aucun cas.

L'assurance intervient à hauteur des coûts supplémentaires de la division privée par rapport à ceux de la division commune d'un hôpital répertorié dans le canton de domicile de la personne assurée si le traitement a lieu dans un hôpital sans tarif reconnu. En cas d'urgence, la couverture intégrale des coûts est garantie.

Un accident et ses suites sont assurés si l'accident est survenu pendant la durée de la couverture d'assurance.

### 1.5 Validité territoriale

L'assurance intervient en Suisse, en cas d'urgence dans le monde entier.

### 1.6 Conclusion de l'assurance

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

Elle ne peut être conclue et maintenue que conjointement avec l'une des catégories d'assurance suivantes de l'assureur:

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

## 2. Traitement stationnaire

### 2.1 Traitement hospitalier

En cas de séjour hospitalier, l'assurance prend en charge les coûts de la division privée. Les participations aux coûts de l'assurance des soins selon la LAMal ne sont pas prises en charge.

### 2.2 Traitement de longue durée

L'assurance verse des forfaits journaliers de CHF 70 du 1er au 90e jour, de CHF 35 du 91e au 180e jour, une fois par période de trois années civiles si

- l'assistance d'un malade chronique nécessite le séjour dans un hôpital répertorié ou conventionné approprié, ou
- un séjour dans un hôpital pour soins aigus commence à revêtir le caractère d'un traitement de longue durée d'un malade chronique. 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.

Si le traitement a lieu dans une division inférieure à la division privée, l'assurance verse des forfaits journaliers de CHF 50 du 1er au 90e jour et de CHF 25 du 91e au 180e jour.

### 2.3 Réadaptation en milieu hospitalier

Lorsque le traitement médical a lieu dans une clinique de réadaptation reconnue par l'assureur, l'assurance accorde, durant les 60 premiers jours, la pleine couverture des coûts selon les conditions applicables au traitement hospitalier selon le chiffre 2.1.

Dès le 61e jour, l'assurance sert les prestations conformément aux conditions applicables au traitement de longue durée sous chiffre 2.2, tout en imputant la durée de séjour antérieure.

### 2.4 Prestation à l'étranger

2.4.1 Cas d'urgence

L'assurance alloue des prestations pour 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 privée tant qu'un transport à domicile ne peut pas être envisagé pour des raisons médicales.

2.4.2 Demande de garantie de prise en charge

Une demande de garantie de prise en charge doit être présentée immédiatement à l'assureur, mais au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'entrée à l'hôpital.

### 2.5 Cure

2.5.1 Cure de convalescence

Pour une cure de convalescence ordonnée par un médecin immédiatement après un séjour hospitalier, l'assurance verse CHF 90 par jour pendant 21 jours au plus par cas.

Il y a 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 auprès de l'assureur.

2.5.2 Cure balnéaire

L'assurance verse CHF 50 par jour pendant 21 jours au plus par année civile.

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

L'assurance alloue les prestations indépendamment du fait que la personne assurée est traitée en milieu hospitalier ou habite dans un appartement privé sur le lieu de l'établissement de cure balnéaire.

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

2.5.3 Autre cure

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

2.5.4 Procédure en cas de séjour de cure

L'ordonnance médicale avec diagnostic pour un séjour de cure doit être présentée à l'assureur deux semaines avant le début de la cure.

En cas d'interruption d'une cure, les frais partiels de cure ne sont 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.

### 2.6 Rooming-In

Lorsqu'un enfant jusqu'à 12 ans est soigné en milieu hospitalier, PRIVE ACCIDENTS alloue à charge de l'assurance de l'enfant jusqu'à CHF 50 par jour pour le séjour de l'un des parents dans la chambre de l'enfant.

Lorsque l'un des parents est soigné en milieu hospitalier, PRIVE ACCIDENTS alloue à charge de l'assurance de ce parent jusqu'à CHF 50 par jour pour le séjour d'un enfant jusqu'à 12 ans dans la chambre du parent.

## 3. Prestations particulières

### 3.1 Aide ménagère

3.1.1 En général

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

3.1.2 Etendue des prestations

Pour les coûts d'une aide ménagère reconnue, l'assurance verse jusqu'à CHF 60 par jour, au maximum CHF 630 par année civile. La prestation est également servie en l'absence d'une convention entre le fournisseur de prestations et l'assureur.

Si la personne assurée a la charge d'un enfant jusqu'à 12 ans, l'assurance verse jusqu'à CHF 100 par jour, au maximum CHF 1'300 par année civile.

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

3.1.3 Fournisseurs de prestations

Est reconnue comme aide ménagère toute personne qui, à titre professionnel ou pour une organisation reconnue par l'assureur sur la base d'une convention, se charge du ménage à la place de la personne assurée.

L'aide fournie par des parents de la personne assurée est reconnue si une perte de gain ou des frais de déplacement sont occasionnés au parent.

En lieu et place des prestations pour aide ménagère, 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 des soins selon la LAMal.

### 3.2 Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence

Pour les frais

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

l'assurance verse au total jusqu'à CHF 30'000 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.

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.

### 3.3 Service de garde des enfants

3.3.1 En général

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

Une réglementation conventionnelle entre l'assureur et la CRS en est la condition.

3.3.2 Condition pour l'octroi des prestations

La prestation est allouée si, par suite d'un accident, l'enfant requiert une assistance ou des soins selon l'appréciation de la CRS. L'octroi des prestations est limité au personnel qualifié, formé et mandaté par la CRS.

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.

3.3.3 Etendue des prestations

Pour le service d'assistance et de soins, l'assurance verse jusqu'à CHF 30 par heure, au maximum CHF 600 par année civile.

### 3.4 Traitement médical des suites d'un accident

3.4.1 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 alloue les prestations selon le tarif de la LAMal.

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

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

3.4.3 Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger

Dans la mesure où la personne assurée n'est pas au bénéfice de la couverture ÖKK SUPPLEMENT PRIVE, ÖKK OPTIMA, ÖKK PREMIUM ou d'une assurance équivalente de l'assureur, l'assurance couvre, en cas de traitement médical d'urgence à l'étranger, l'intégralité des coûts en complément des prestations de l'assurance des soins selon la LAMal.

### 3.5 Moyens auxiliaires

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.

---

## 4. Variante CASAMED

### 4.1 Conditions supplémentaires

Pour les personnes assurées 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.

### 4.2 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 la personne assurée.

L'assurance peut reconnaître des institutions de télémédecine comme médecin de famille.

### 4.3 Exceptions du principe du médecin de famille

L'assurance alloue des prestations pour des traitements de routine chez des ophtalmologues, des gynécologues et des pédiatres sans consultation préalable du médecin de famille. S'ils effectuent des traitements subséquents, le médecin de famille doit être consulté.

### 4.4 Hôpitaux

L'assurance peut désigner les hôpitaux auxquels le traitement médical de la personne assurée est confié à titre exclusif.

### 4.5 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.

### 4.6 Exclusion des prestations

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.

# ÖKK FAMILY

ÖKK Versicherungen AG, édition 1.1.2019

## TABLE DES MATIÈRES


| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **Bases de l'assurance** | **42** |
| 1.1 | Assureur | 42 |
| 1.2 | Dispositions communes | 42 |
| 1.3 | But | 42 |
| 1.4 | Condition pour l'octroi des prestations | 42 |
| 1.5 | Validité territoriale | 42 |
| 1.6 | Conclusion de l'assurance | 42 |
| **2.** | **Traitement ambulatoire** | **42** |
| 2.1 | Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger | 42 |
| 2.2 | Psychothérapie non médicale | 42 |
| 2.3 | Station thermale | 42 |
| 2.4 | Stérilisation | 42 |
| **3.** | **Traitement hospitalier** | **42** |
| 3.1 | Traitement en milieu hospitalier | 42 |
| 3.2 | Réadaptation en milieu hospitalier | 42 |
| 3.3 | Traitement psychiatrique | 42 |
| 3.4 | Cas d'urgence à l'étranger | 42 |
| 3.5 | Cure | 43 |
| 3.6 | Aide ménagère | 43 |
| 3.7 | Service de garde des enfants | 43 |
| 3.8 | Rooming-In | 43 |
| **4.** | **Maternité** | **43** |
| 4.1 | Frais de traitement hospitalier | 43 |
| 4.2 | Chambre à deux lits ou chambre familiale | 43 |
| 4.3 | Accouchement dans une maison de naissance | 43 |
| 4.4 | Aide ménagère après l'accouchement | 43 |
| 4.5 | Préparation à l'accouchement | 44 |
| 4.6 | Indemnité d'allaitement | 44 |
| **5.** | **Prévention** | **44** |
| 5.1 | Check-up | 44 |
| 5.2 | Examen gynécologique préventif | 44 |
| 5.3 | Compte santé | 44 |
| 5.4 | Vaccination | 44 |
| **6.** | **Moyens auxiliaires** | **44** |
| 6.1 | Aides visuelles | 44 |
| 6.2 | Autres moyens auxiliaires | 44 |
| **7.** | **Traitement dentaire** | **44** |
| 7.1 | Dents de sagesse | 44 |
| 7.2 | Prestation supplémentaire pour enfants et adolescents | 44 |
| 7.3 | Prestations des collectivités publiques | 44 |
| 7.4 | Fournisseurs de prestations et tarif | 44 |
| 7.5 | Traitement à l'étranger | 44 |
| **8.** | **Médecine alternative** | **44** |
| **9.** | **Médicaments et remèdes** | **45** |
| 9.1 | Médicaments hors liste | 45 |
| 9.2 | Remèdes naturels | 45 |
| **10.** | **Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement** | **45** |
| 10.1 | Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence | 45 |
| 10.2 | Actions de recherche | 45 |
| 10.3 | Frais de déplacement | 45 |
| **11.** | **Variante CASAMED** | **45** |
| 11.1 | En général | 45 |
| 11.2 | Principe du médecin de famille | 45 |
| 11.3 | Exceptions du principe du médecin de famille | 45 |
| 11.4 | Hôpitaux | 45 |
| 11.5 | Autres personnes qualifiées | 45 |
| 11.6 | Mesures préventives, médecine alternative, médicaments hors liste, remèdes | 45 |
| 11.7 | Autres fournisseurs de prestations | 45 |
| 11.8 | Cas d'urgence | 45 |
| 11.9 | Exclusion des prestations, exclusion de la variante CASAMED | 46 |
| 11.10 | Règlement des prestations | 46 |

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Assureur

L'assureur est la société ÖKK Versicherungen AG, Landquart (désignée ci-après par «assureur»).

### 1.2 Dispositions communes

Les Dispositions communes ÖKK UNO (DC ÖKK UNO) font partie intégrante des dispositions de la présente catégorie d'assurance. Si les dispositions de cette catégorie d'assurance s'écartent des DC ÖKK UNO, les dispositions de cette catégorie d'assurance priment les DC ÖKK UNO.

### 1.3 But

L'assurance 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.

L'assurance alloue des prestations pour 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, une aide ménagère extrahospitalière et verse une indemnité d'allaitement.

L'assurance alloue les prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins (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 l'assurance sont allouées préalablement à toutes les autres assurances selon la LCA, souscrites auprès de l'assureur. Les participations sont déduites dans chaque assurance.

### 1.4 Condition pour l'octroi des prestations

L'assurance verse des prestations lorsque le traitement s'impose pour des raisons médicales et qu'il est dispensé par des personnes reconnues à cet effet par l'assureur.

L'assurance alloue des prestations en cas de traitement hospitalier si celui-ci a lieu dans un hôpital répertorié ou conventionné. Le traitement doit être dispensé par des fournisseurs de prestations reconnus à cet effet conformément à la LAMal.

### 1.5 Validité territoriale

Sauf 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 en cas d'urgence à l'étranger

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

### 2.2 Psychothérapie non médicale

2.2.1 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 prend en charge 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000 par année civile.

2.2.2 Condition pour l'octroi des 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, 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, l'assurance prend en charge 50% des frais de 12 entrées au maximum par année civile.

### 2.4 Stérilisation

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

## 3. Traitement hospitalier

### 3.1 Traitement en milieu hospitalier

3.1.1 Condition pour l'octroi des prestations

L'assurance alloue des prestations si la personne assurée nécessite des soins hospitaliers au sens de l'assurance BASE.

3.1.2 Etendue des prestations

L'assurance prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance 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, l'assurance couvre tout au plus les coûts qui auraient été occasionnés en division commune. Lorsque ces frais ne peuvent pas être établis, l'assurance verse un forfait de CHF 30 par jour.

3.1.4 Traitement dans un hôpital non répertorié

Si le traitement a lieu dans un hôpital autre qu'un établissement répertorié ou conventionné, l'assurance alloue jusqu'à CHF 30 par jour.

### 3.2 Réadaptation en milieu hospitalier

Lorsque le traitement médical a lieu dans une clinique de réadaptation reconnue par l'assureur, l'assurance assume les coûts de la division commune jusqu'à 60 jours par année civile.

### 3.3 Traitement 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, l'assurance assume les coûts de la division commune jusqu'à 90 jours par période de trois années civiles.

### 3.4 Cas d'urgence à l'étranger

L'assurance alloue des prestations en cas d'urgence à l'étranger pour les traitements en division commune d'un hôpital pour soins aigus pendant un séjour temporaire à l'étranger 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 l'assureur, mais au plus tard dans les dix jours qui suivent l'entrée à l'hôpital.

### 3.5 Cure

3.5.1 Cure de convalescence

Pour une cure de convalescence prescrite par un médecin à la suite d'un séjour hospitalier, l'assurance verse CHF 50 par jour, pendant 21 jours au maximum par année civile.

Il y a libre choix parmi les établissements de cure dirigés par un médecin et reconnus par l'assureur.

3.5.2 Cure balnéaire

L'assurance verse CHF 30 par jour, pendant 21 jours au maximum par année civile.

Il y a libre choix parmi les établissements de cure balnéaire dirigés par un médecin et reconnus par l'assureur.

L'assureur 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, l'assurance 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 l'assureur 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 ménagère

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, l'assurance verse, sur prescription médicale, des contributions pour les aides ménagères extrahospitalières, dans la mesure où les circonstances domestiques et familiales l'exigent.

3.6.2 Etendue des prestations

Pour les coûts d'une aide ménagère reconnue, l'assurance alloue jusqu'à CHF 50 par jour, mais au maximum CHF 1'000 par année civile. La prestation est également allouée en l'absence d'une convention entre le fournisseur de prestations et l'assureur.

Si la personne assurée a la charge d'un enfant jusqu'à 12 ans, l'assurance verse jusqu'à CHF 100 par jour, 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 ménagère toute personne qui, à titre professionnel ou pour une organisation reconnue par l'assureur sur la base d'une convention, tient le ménage de la personne assurée.

L'aide fournie par des proches de la personne assurée est reconnue si le proche subit de ce fait une perte de gain.

### 3.7 Service de garde des enfants

3.7.1 En général

L'assurance verse des contributions pour le service d'assistance et de soins fourni aux enfants jusqu'à 12 ans. Une réglementation conventionnelle entre l'assureur et une organisation de garde d'enfants reconnue par l'assureur en est la condition.

3.7.2 Condition pour l'octroi des 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 l'assureur.

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, l'assurance alloue jusqu'à CHF 30 par heure, mais au maximum CHF 600 par année civile.

### 3.8 Rooming-In

Lorsqu'un enfant jusqu'à 12 ans est soigné en milieu hospitalier, l'assurance de l'enfant alloue jusqu'à CHF 100 par jour pour le séjour de l'un des parents dans la chambre de l'enfant.

Lorsque l'un des parents est soigné en milieu hospitalier, l'assurance de ce parent alloue jusqu'à CHF 100 par jour pour le séjour d'un enfant jusqu'à 12 ans dans la chambre du parent.

---

## 4. Maternité

### 4.1 Frais de traitement hospitalier

L'assurance couvre les frais non couverts par l'assurance BASE d'un accouchement à l'hôpital en division commune.

Si le nouveau-né n'est pas au bénéfice d'une propre assurance correspondante, l'assurance 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 répertorié ou conventionné, l'assurance prend en charge les coûts supplémentaires d'une chambre à deux lits ou d'une chambre familiale jusqu'à concurrence de CHF 200 par jour.

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 l'assureur et ne figurant pas sur une liste des hôpitaux d'un canton, l'assurance alloue jusqu'à CHF 2'000 par accouchement.

### 4.4 Aide ménagère après l'accouchement

4.4.1 En général

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

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 de la personne assurée et si le proche subit 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, l'assurance 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, l'assurance alloue jusqu'à CHF 100 par jour, mais au maximum CHF 1'200 par année civile.

### 4.5 Préparation à l'accouchement
L'assurance alloue jusqu'à CHF 200 par grossesse pour les frais d'un cours de préparation à l'accouchement (y compris la gymnastique prénatale et postnatale), si le cours est dispensé par une personne qualifiée.

### 4.6 Indemnité d'allaitement
L'assurance alloue une indemnité d'allaitement de CHF 250. L'indemnité d'allaitement est versée lorsque la mère allaite son enfant pendant dix semaines.

## 5. Prévention
### 5.1 Check-up
L'assurance prend en charge 90% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 300 par année civile, d'un check-up effectué par un médecin.

La définition de check-up peut être consultée auprès de l'assureur.

### 5.2 Examen gynécologique préventif
L'assurance prend en charge 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 BASE n'est allouée pour un examen préventif correspondant durant l'année civile en cours.

### 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 l'assureur, l'assurance prend en charge 50% des coûts par domaine jusqu'à concurrence de CHF 200 par année civile.

La contribution allouée par l'assurance 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, l'assurance alloue jusqu'à CHF 500 par année civile.

5.3.2 Condition pour l'octroi des prestations
Les mesures de prévention et les cours doivent être reconnus par l'assureur.

La liste des mesures préventives reconnues peut être consultée auprès de l'assureur.

### 5.4 Vaccination
L'assurance prend en charge 90% des coûts, jusqu'à concurrence de CHF 200 par année civile, de vaccinations médicalement reconnues.

## 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, l'assurance 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 BASE, l'assurance peut prendre en charge, sur ordonnance médicale, 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. L'assureur 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
L'assurance prend en charge 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
L'assurance paie en plus pour les enfants et jeunes de moins de 25 ans:
- les coûts d'un examen de contrôle, radiographies comprises, jusqu'à concurrence de CHF 60 par année civile,
- 70% des coûts de traitements d'orthodontie selon le tarif reconnu.

La prestation pour le traitement d'orthodontie est allouée après une durée d'assurance d'au moins trois ans (délai d'attente).

L'assureur 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 l'assureur.

### 7.3 Prestations des collectivités publiques
L'assurance impute les prestations des cantons et des communes. L'assurance verse les prestations à titre subsidiaire.

### 7.4 Fournisseurs de prestations et tarif
La détermination des prestations dentaires se base sur le tarif dentaire SSO (Société suisse des médecins-dentistes) actuellement en vigueur. Il existe deux structures tarifaires: le «tarif LAMal» et le «tarif dentaire révisé AA/AM/AI».

L'assurance verse des prestations au tarif maximal des assurances sociales (valeur du point et points) de la structure tarifaire appliquée par le fournisseur de prestations.

### 7.5 Traitement à l'étranger
L'assurance alloue 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
L'assurance alloue des prestations pour les traitements de la médecine alternative.

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

L'assureur désigne les méthodes thérapeutiques reconnues et les thérapeutes et médecins reconnus. L'assureur tient une liste des méthodes thérapeutiques reconnues.

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

L'assurance n'alloue aucune prestation pour les méthodes thérapeutiques et les traitements effectués par des thérapeutes qui figurent sur la liste négative de l'assureur.

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 attendre un bénéfice.

## 9. Médicaments et remèdes

### 9.1 Médicaments hors liste

L'assurance prend en charge 90% des frais de médicaments ordonnés par un médecin mais 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.

### 9.2 Remèdes naturels

L'assurance prend en charge 90% des frais des remèdes phytothérapiques, homéopathiques et anthroposophiques ainsi que des oligo-éléments, pour autant que ceux-ci ne soient pas couverts par l'assurance BASE et qu'ils ne figurent pas sur la liste négative de l'assureur.

## 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

L'assurance verse pour les frais

- de transports d'urgence médicalement nécessaires dans un moyen de transport adéquat vers l'hôpital approprié le plus proche,
- de rapatriement vers 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 sont pris en charge dans la mesure où ils sont de toute nécessité sur le plan médical ou technique.

10.1.2 Quote-part

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

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, l'assurance alloue jusqu'à CHF 20'000 par année civile pour des actions de recherche.

### 10.3 Frais de déplacement

En cas de traitement médical régulier au-delà d'un rayon de 30 kilomètres du lieu de domicile, l'assurance prend en charge 90%, jusqu'à CHF 100 par année civile, des frais occasionnés par l'utilisation des transports publics.

L'assurance rembourse en plus 90% des frais, jusqu'à CHF 300 par année civile, aux personnes assurées qui suivent des dialyses, radiothérapies ou chimiothérapies.

## 11. Variante CASAMED

### 11.1 En général

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

### 11.2 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 CASAMED auprès duquel la personne assurée est inscrite.

Les institutions de télémédecine peuvent être reconnues par l'assureur comme médecins de famille CASAMED.

### 11.3 Exceptions du principe du médecin de famille

L'assurance verse des contributions aux coûts de traitements de routine chez des ophtalmologues, des gynécologues et des pédiatres sans consultation du médecin de famille CASAMED. Si ces médecins ordonnent et effectuent d'autres traitements ou des opérations, le médecin de famille CASAMED doit être consulté.

L'assurance 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

L'assurance peut désigner les hôpitaux auxquels la prise en charge médicale des assurés CASAMED est confiée à titre exclusif.

### 11.5 Autres personnes qualifiées

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

### 11.6 Mesures préventives, médecine alternative, médicaments hors liste, remèdes

L'assureur 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

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 prise en charge des assurés CASAMED sont confiées à titre exclusif.

### 11.8 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.

### 11.9 Exclusion des prestations, exclusion de la variante CASAMED

11.9.1 Exclusion des prestations

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, l'assureur 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

L'assurance 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, l'assureur 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, édition 1.1.2019

## TABLE DES MATIÈRES


**1. Bases de l'assurance 48**
1.1 Assureur 48
1.2 Dispositions communes 48
1.3 But 48
1.4 Condition pour l'octroi des prestations 48
1.5 Validité territoriale 48
1.6 Conclusion de l'assurance 48

**2. Traitement ambulatoire 48**
2.1 Traitement médical en cas d'urgence à l'étranger 48
2.2 Psychothérapie non médicale 48
2.3 Station thermale 48
2.4 Stérilisation 48

**3. Traitement hospitalier 48**
3.1 Traitement en milieu hospitalier 48
3.2 Réadaptation en milieu hospitalier 49
3.3 Traitement psychiatrique 49
3.4 Cas d'urgence à l'étranger 49
3.5 Cure 49
3.6 Aide ménagère 49
3.7 Service de garde des enfants 49
3.8 Rooming-In 49

**4. Maternité 49**
4.1 Frais de traitement hospitalier 49
4.2 Accouchement dans une maison de naissance 49
4.3 Aide ménagère après l'accouchement 50
4.4 Préparation à l'accouchement 50
4.5 Indemnité d'allaitement 50

**5. Prévention 50**
5.1 Check-up 50
5.2 Examen gynécologique préventif 50
5.3 Compte «santé» 50
5.4 Vaccination 50

**6. Moyens auxiliaires 50**
6.1 Aides visuelles 50
6.2 Autres moyens auxiliaires 50

**7. Traitement dentaire 50**
7.1 Dents de sagesse 50
7.2 Prestation supplémentaire pour enfants et adolescents 50
7.3 Prestations des collectivités publiques 50
7.4 Fournisseurs de prestations et tarif 50
7.5 Traitement à l'étranger 50

**8. Médecine alternative 51**

**9. Médicaments et remèdes 51**
9.1 Médicaments hors liste 51
9.2 Remèdes naturels 51

**10. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement 51**
10.1 Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence 51
10.2 Actions de recherche 51
10.3 Frais de déplacement 51

**11. Variante CASAMED 51**
11.1 En général 51
11.2 Principe du médecin de famille 51
11.3 Exceptions du principe du médecin de famille 51
11.4 Hôpitaux 51
11.5 Autres personnes qualifiées 51
11.6 Mesures préventives, médecine alternative, médicaments hors liste, remèdes 51
11.7 Autres fournisseurs de prestations 52
11.8 Cas d'urgence 52
11.9 Exclusion des prestations, exclusion de la variante CASAMED 52
11.10 Règlement des prestations 52

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Assureur

L'assureur est la société ÖKK Versicherungen AG, Landquart (désignée ci-après par «assureur»).

### 1.2 Dispositions communes

Les Dispositions communes ÖKK UNO (DC ÖKK UNO) font partie intégrante des dispositions de la présente catégorie d'assurance. Si les dispositions de cette catégorie d'assurance s'écartent des DC ÖKK UNO, les dispositions de cette catégorie d'assurance priment les DC ÖKK UNO.

### 1.3 But

L'assurance 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.

L'assurance alloue des prestations pour 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, une aide ménagère extrahospitalière et verse une indemnité d'allaitement.

L'assurance alloue les prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins (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 l'assurance sont allouées préalablement à toutes les autres assurances selon la LCA, souscrites auprès de l'assureur. Les participations sont déduites dans chaque assurance.

### 1.4 Condition pour l'octroi des prestations

L'assurance verse des prestations lorsque le traitement s'impose pour des raisons médicales et qu'il est dispensé par des personnes reconnues à cet effet par l'assureur.

L'assurance alloue des prestations en cas de traitement hospitalier si celui-ci a lieu dans un hôpital répertorié ou conventionné. Le traitement doit être dispensé par des fournisseurs de prestations reconnus à cet effet conformément à la LAMal.

### 1.5 Validité territoriale

Sauf 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 en cas d'urgence à l'étranger

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

### 2.2 Psychothérapie non médicale

2.2.1 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 prend en charge 50% des coûts jusqu'à concurrence de CHF 1'000 par année civile.

2.2.2 Condition pour l'octroi des 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, 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, l'assurance prend en charge 50% des frais de 12 entrées au maximum par année civile.

### 2.4 Stérilisation

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

## 3. Traitement hospitalier

### 3.1 Traitement en milieu hospitalier

3.1.1 Condition pour l'octroi des prestations

L'assurance alloue des prestations si la personne assurée nécessite des soins hospitaliers au sens de l'assurance BASE.

3.1.2 Etendue des prestations

L'assurance prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance BASE, les frais d'hospitalisation. La participation aux coûts de l'assurance 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 par année civile: |
|---|---|
| Division commune: | aucune |
| Division commune, chambre Confort à 2 lits: | 10%, au maximum CHF 200 |
| Division commune, chambre Confort à 1 lit: | 10%, au maximum CHF 200 |
| Division commune, chambre familiale Confort (uniquement en cas d'accouchement): | 10%, au maximum CHF 200 |
| Division demi-privée: | 15%, au maximum CHF 1'500 |
| Division demi-privée, chambre familiale (uniquement en cas d'accouchement): | 15%, au maximum CHF 1'500 |

En cas d'accouchement dans un hôpital répertorié ou conventionné, la participation aux frais n'est pas perçue dans la chambre Confort de la division commune (chambre à 1 lit, à 2 lits, chambre familiale).

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.

En cas d'accouchement, l'assurance prend en charge les coûts supplémentaires d'une chambre Confort de la division commune (chambre à 1 lit, à 2 lits, chambre familiale) ou d'une chambre familiale de la division demi-privée jusqu'à concurrence de CHF 200 par jour.

### 3.2 Réadaptation en milieu hospitalier

Lorsque le traitement médical a lieu dans une clinique de réadaptation reconnue par l'assureur, l'assurance 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 Traitement 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, l'assurance accorde, jusqu'à 90 jours par période de trois années civiles, les prestations dans la division assurée conformément aux conditions fixées au chiffre 3.1.3 pour le traitement hospitalier.

### 3.4 Cas d'urgence à l'étranger

L'assurance alloue des prestations en cas d'urgence à l'étranger pour le traitement hospitalier dans la division assurée d'un hôpital pour soins aigus pendant un séjour temporaire à l'étranger conformément aux conditions fixées au chiffre 3.1.3 pour le traitement hospitalier 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 l'assureur, mais au plus tard dans les dix jours qui suivent l'entrée à l'hôpital.

### 3.5 Cure

3.5.1 Cure de convalescence

Pour une cure de convalescence prescrite par un médecin à la suite d'un séjour hospitalier, l'assurance verse CHF 50 par jour, pendant 21 jours au maximum par année civile.

Il y a libre choix parmi les établissements de cure dirigés par un médecin et reconnus par l'assureur.

3.5.2 Cure balnéaire

L'assurance verse CHF 30 par jour, pendant 21 jours au maximum par année civile.

Il y a libre choix parmi les établissements de cure balnéaire dirigés par un médecin et reconnus par l'assureur.

L'assureur 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, l'assurance 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 l'assureur 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 ménagère

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, l'assurance verse, sur prescription médicale, des contributions pour les aides ménagères extrahospitalières, dans la mesure où les circonstances domestiques et familiales l'exigent.

3.6.2 Etendue des prestations

Pour les coûts d'une aide ménagère reconnue, l'assurance alloue jusqu'à CHF 50 par jour, mais au maximum CHF 1'000 par année civile. La prestation est également allouée en l'absence d'une convention entre le fournisseur de prestations et l'assureur.

Si la personne assurée a la charge d'un enfant jusqu'à 12 ans, l'assurance verse jusqu'à CHF 100 par jour, 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 ménagère toute personne qui, à titre professionnel ou pour une organisation reconnue par l'assureur sur la base d'une convention, se charge du ménage à la place de la personne assurée.

L'aide fournie par des proches de la personne assurée est reconnue si le proche subit de ce fait une perte de gain.

### 3.7 Service de garde des enfants

3.7.1 En général

L'assurance verse des contributions pour le service d'assistance et de soins fourni aux enfants jusqu'à 12 ans.

Une réglementation conventionnelle entre l'assureur et une organisation de garde d'enfants reconnue par l'assureur en est la condition.

3.7.2 Condition pour l'octroi des 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 l'assureur.

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, l'assurance 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, l'assurance 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, l'assurance 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, l'assurance 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 l'assureur et ne figurant pas sur une liste des hôpitaux d'un canton, l'assurance alloue jusqu'à CHF 2'000 par accouchement.

### 4.3 Aide ménagère après l'accouchement

4.3.1 En général

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

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 de la personne assurée et si le proche subit de ce fait 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, l'assurance 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, l'assurance alloue jusqu'à CHF 100 par jour, mais au maximum CHF 1'200 par année civile.

### 4.4 Préparation à l'accouchement

L'assurance alloue jusqu'à CHF 200 par grossesse pour les frais d'un cours de préparation à l'accouchement (y compris la gymnastique prénatale et postnatale), si le cours est dispensé par une personne qualifiée.

### 4.5 Indemnité d'allaitement

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

## 5. Prévention

### 5.1 Check-up

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

La définition de check-up peut être consultée auprès de l'assureur.

### 5.2 Examen gynécologique préventif

L'assurance prend en charge 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 BASE n'est allouée pour un examen préventif correspondant durant l'année civile en cours.

### 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 l'assureur, l'assurance prend en charge 50% des coûts par domaine jusqu'à concurrence de CHF 200 par année civile.

La contribution allouée par l'assurance 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, l'assurance alloue jusqu'à CHF 500 par année civile.

5.3.2 Condition pour l'octroi des prestations

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

La liste des mesures préventives reconnues peut être consultée auprès de l'assureur.

### 5.4 Vaccination

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

## 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, l'assurance 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 BASE, l'assurance peut prendre en charge, sur ordonnance médicale, 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. L'assureur 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

L'assurance prend en charge 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

L'assurance paie en plus pour les enfants et jeunes de moins de 25 ans:

- les coûts d'un examen de contrôle, radiographies comprises, jusqu'à concurrence de CHF 60 par année civile,
- 70% des coûts de traitements d'orthodontie selon le tarif reconnu.

La prestation pour le traitement d'orthodontie est allouée après une durée d'assurance d'au moins trois ans (délai d'attente).

L'assureur 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 l'assureur.

### 7.3 Prestations des collectivités publiques

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

### 7.4 Fournisseurs de prestations et tarif

La détermination des prestations dentaires se base sur le tarif dentaire SSO (Société suisse des médecins-dentistes) actuellement en vigueur. Il existe deux structures tarifaires: le «tarif LAMal» et le «tarif dentaire révisé AA/AM/AI».

L'assurance verse des prestations au tarif maximal des assurances sociales (valeur du point et points) de la structure tarifaire appliquée par le fournisseur de prestations.

### 7.5 Traitement à l'étranger

L'assurance alloue 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

L'assurance alloue des prestations pour les traitements de la médecine alternative.

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

L'assureur désigne les méthodes thérapeutiques reconnues et les thérapeutes et médecins reconnus. L'assureur tient une liste des méthodes thérapeutiques reconnues.

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

L'assurance n'alloue aucune prestation pour les méthodes thérapeutiques et les traitements effectués par des thérapeutes qui figurent sur la liste négative de l'assureur.

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

L'assurance prend en charge 90% des frais de médicaments ordonnés par un médecin mais 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.

### 9.2 Remèdes naturels

L'assurance prend en charge 90% des frais des remèdes phytothérapiques, homéopathiques et anthroposophiques ainsi que des oligo-éléments, pour autant que ceux-ci ne soient pas couverts par l'assurance BASE et qu'ils ne figurent pas sur la liste négative de l'assureur.

## 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

L'assurance verse pour les frais

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

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

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, l'assurance alloue jusqu'à CHF 20'000 par année civile pour des actions de recherche.

### 10.3 Frais de déplacement

En cas de traitement médical régulier au-delà d'un rayon de 30 kilomètres du lieu de domicile, l'assurance prend en charge 90%, jusqu'à CHF 100 par année civile, des frais occasionnés par l'utilisation des transports publics.

L'assurance rembourse en plus 90% des frais, jusqu'à CHF 300 par année civile, aux personnes assurées qui suivent des dialyses, radiothérapies ou chimiothérapies.

## 11. Variante CASAMED

### 11.1 En général

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

### 11.2 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 CASAMED auprès duquel la personne assurée est inscrite.

Les institutions de télémédecine peuvent être reconnues par l'assureur comme médecins de famille CASAMED.

### 11.3 Exceptions du principe du médecin de famille

L'assurance verse des contributions aux coûts de traitements de routine chez des ophtalmologues, des gynécologues et des pédiatres sans consultation du médecin de famille CASAMED. Si ces médecins ordonnent et effectuent d'autres traitements ou des opérations, le médecin de famille CASAMED doit être consulté.

L'assurance 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

L'assurance peut désigner les hôpitaux auxquels la prise en charge médicale des assurés CASAMED est confiée à titre exclusif.

### 11.5 Autres personnes qualifiées

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

### 11.6 Mesures préventives, médecine alternative, médicaments hors liste, remèdes

L'assureur 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

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 prise en charge des assurés CASAMED sont confiées à titre exclusif.

### 11.8 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.

### 11.9 Exclusion des prestations, exclusion de la variante CASAMED

11.9.1 Exclusion des prestations

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, l'assureur 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

L'assurance 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, l'assureur 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, édition 1.1.2019

## TABLE DES MATIÈRES


**1. Bases de l'assurance 54**

1.1 Dispositions communes 54
1.2 But 54
1.3 Personnes assurées 54
1.4 Transfert automatique dans ÖKK SUPPLEMENT GENERAL ou ÖKK OPTIMA, dans ÖKK COMBI GENERAL et ÖKK TOURIST 54
1.5 Passage anticipé dans ÖKK SUPPLEMENT GENERAL ou ÖKK OPTIMA, dans ÖKK COMBI GENERAL et ÖKK TOURIST 54
1.6 Conditions pour l'octroi des prestations 54
1.7 Classe de prestations hospitalières et tarifs hospitaliers 54

**2. Traitement ambulatoire 54**

2.1 Traitement d'urgence à l'étranger 54
2.2 Durée des prestations 54

**3. Traitement hospitalier 55**

3.1 Traitement aigu 55
3.2 Réadaptation en milieu hospitalier 55
3.3 Traitement psychiatrique 55
3.4 Prestations en cas d'urgence à l'étranger 55

**4. Maternité 55**

4.1 Frais de traitement hospitalier 55
4.2 Accouchement dans une maison de naissance 55

**5. Prestations de services supplémentaires à l'étranger 55**

5.1 Couverture maximale 55
5.2 Voyage de visite et voyage de retour spécial 55
5.3 Avance de fonds à un hôpital 55
5.4 Information de personnes à domicile 55
5.5 Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger 55
5.6 Conseils médicaux par des médecins 55
5.7 Exclusions de prestations 56
5.8 Obligations en cas de sinistre 56

**6. Complément accidents 56**

**7. Prévention 56**

7.1 Vaccinations 56
7.2 Examen gynécologique préventif 56
7.3 Cours en vue d'acquérir un comportement favorisant la santé 56
7.4 Autres mesures préventives 56

**8. Moyens auxiliaires 56**

8.1 Aides visuelles 56
8.2 Autres moyens auxiliaires 56

**9. Traitement dentaire / dents de sagesse 56**

9.1 En général 56
9.2 Fournisseurs de prestations et tarif 57
9.3 Traitement à l'étranger 57

**10. Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement 57**

10.1 Frais de transport, actions de sauvetage et de dégagement en cas d'urgence 57
10.2 Actions de recherche 57

**11. Variante CASAMED 57**

11.1 En général 57
11.2 Condition générale pour l'octroi des prestations 57
11.3 Exceptions du principe du médecin de famille 57
11.4 Choix de l'hôpital 57
11.5 Autres personnes qualifiées 57
11.6 Autres fournisseurs de prestations 57
11.7 Cas d'urgence 57
11.8 Exclusion des prestations 57
11.9 Règlement des prestations 57

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Dispositions communes

Les Dispositions communes ÖKK UNO (DC ÖKK UNO) font partie intégrante des dispositions de la présente catégorie d'assurance. Si les dispositions de cette catégorie d'assurance s'écartent des DC ÖKK UNO, les dispositions de cette catégorie d'assurance priment les DC ÖKK UNO.

### 1.2 But

L'assurance alloue des prestations pour des traitements ambulatoires et hospitaliers ainsi que pour les cas d'urgence à l'étranger.

L'assurance alloue des prestations pour 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'acquérir un comportement favorisant la santé.

L'assurance 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.

L'assurance 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 l'assurance sont allouées subsidiairement à toutes les autres catégories d'assurance selon la LCA conclues auprès de l'assureur.

L'assurance alloue les prestations en complément de l'assurance obligatoire des soins (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.

### 1.3 Personnes assurées

L'assurance peut être conclue dès le début de la 19e année jusqu'à l'âge de 30 ans révolus.

### 1.4 Transfert automatique dans ÖKK SUPPLEMENT GENERAL ou ÖKK OPTIMA, dans ÖKK COMBI GENERAL et ÖKK TOURIST

L'assurance 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 ÖKK 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), ÖKK 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 DC ÖKK UNO sont maintenues sans modification.

### 1.5 Passage anticipé dans ÖKK SUPPLEMENT GENERAL ou ÖKK OPTIMA, dans ÖKK COMBI GENERAL et ÖKK TOURIST

Un passage anticipé dans les catégories d'assurance ÖKK SUPPLEMENT GENERAL (pour les contrats entrés en vigueur avant le 31.12.2009) ou ÖKK OPTIMA (pour les contrats entrés en vigueur dès le 1.01.2010), ÖKK COMBI GENERAL et ÖKK TOURIST est possible sans nouvelle 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 DC ÖKK UNO sont maintenues sans modification.

### 1.6 Conditions pour l'octroi des 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 l'assureur.

L'assurance alloue des prestations en cas de traitement hospitalier si celui-ci a lieu dans un hôpital répertorié ou conventionné. Le traitement doit être dispensé par des fournisseurs de prestations reconnus à cet effet conformément à la LAMal.

1.6.2 Traitement dans d'autres hôpitaux

Les prestations prévues au chiffre 3.1.4 sont assurées en cas de traitement dans d'autres hôpitaux.

1.6.3 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, al. 3 LAMal).

### 1.7 Classe de prestations hospitalières et tarifs hospitaliers

1.7.1 Classe de prestations

La classe de prestations de l'assurance est la suivante:

- Division commune (chambre à plusieurs lits) d'un hôpital avec tarif reconnu dans toute la Suisse.

1.7.2 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 répertorié ou conventionné comparable, sis dans la région de domicile de la personne assurée.

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

1.7.3 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 l'assureur.

## 2. Traitement ambulatoire

### 2.1 Traitement d'urgence à l'étranger

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

### 2.2 Durée des prestations

Dans la mesure où les dispositions de l'assurance 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 pour l'octroi des prestations

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

3.1.2 Etendue des prestations

L'assurance prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance 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 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, l'assurance 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, l'assurance verse un forfait de CHF 30 par jour.

3.1.4 Traitement dans d'autres hôpitaux

Si le traitement a lieu dans un hôpital autre qu'un établissement répertorié ou conventionné, l'assurance verse au maximum un forfait de CHF 30 par jour.

### 3.2 Réadaptation en milieu hospitalier

Lorsque le traitement médical a lieu dans une clinique de réadaptation reconnue par l'assureur, l'assurance accorde, pour les 60 premiers jours, la pleine couverture des coûts selon les dispositions applicables aux traitements aigus.

Les cliniques de réadaptation sont mentionnées sur une liste qui peut être consultée en tout temps auprès de l'assureur.

### 3.3 Traitement 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, l'assurance accorde, pendant 90 jours, la pleine couverture des coûts 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

L'assurance prend en charge, à la suite des prestations de l'assurance 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 l'assureur, mais au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'entrée à l'hôpital.

## 4. Maternité

### 4.1 Frais de traitement hospitalier

L'assurance couvre les frais non couverts par l'assurance 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, l'assurance 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 l'assureur et ne figurant pas sur une liste cantonale des hôpitaux, l'assurance prend en charge 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 être hospitalisée, la centrale d'alarme de 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 est hospitalisée à la suite d'une maladie ou d'un accident et qu'elle ne peut pas effectuer le voyage de retour prévu, la centrale d'alarme de 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 de ÖKK, cette dernière informe les proches de la personne assurée de la situation et des mesures prises.

### 5.5 Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger

En cas de besoin, la centrale d'alarme de ÖKK communique à ses assurés les coordonnées d'un médecin ou l'adresse d'un hôpital dans la région où ils se trouvent. En présence de difficultés à se faire comprendre, la centrale d'alarme de ÖKK organise la présence d'un interprète.

### 5.6 Conseils médicaux par des médecins

Si, au cours d'un voyage, une personne assurée a besoin d'un avis médical qu'il lui est impossible d'obtenir là où elle se trouve, les médecins de la centrale d'alarme de ÖKK lui fourniront les premiers 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 DC ÖKK UNO, 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 de 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 avant terme survenant en Suisse et à l'étranger et nécessitant une hospitalisation ou des mesures d'urgence, la centrale d'alarme de ÖKK doit, dans tous les cas, être avisée immédiatement.

5.8.2 Dégagement de l'obligation de garder le secret

La personne assurée délie les médecins traitants et autre personnel médical ainsi que les assureurs de leur secret professionnel envers la centrale d'alarme de ÖKK et l'assureur.

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 l'assureur 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 l'assureur 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 la personne assurée concernés 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 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. désaccoutumance au tabac), l'assurance prend en charge 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 peut être consultée auprès de l'assureur.

### 7.4 Autres mesures préventives

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

La liste des mesures préventives reconnues peut être consultée auprès de l'assureur.

## 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 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 peut être consultée auprès de l'assureur.

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 des tarifs conventionnels 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

La détermination des prestations dentaires se base sur le tarif dentaire SSO (Société suisse des médecins-dentistes) actuellement en vigueur. Il existe deux structures tarifaires: le «tarif LAMal» et le «tarif dentaire révisé AA/AM/AI».

L'assurance verse des prestations au tarif maximal des assurances sociales (valeur du point et points) de la structure tarifaire appliquée par le fournisseur de prestations.

### 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,
- de rapatriement vers un hôpital approprié sis dans le canton de domicile de la personne assurée en vue du traitement hospitalier et
- 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 Quote-part

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

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 l'assureur dans la variante CASAMED de l'assurance BASE, les dispositions complémentaires suivantes sont applicables.

### 11.2 Condition générale pour l'octroi des prestations

Les prestations de l'assurance 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 l'assureur comme médecins de famille CASAMED.

### 11.3 Exceptions du principe du médecin de famille

Pour les traitements de routine chez des ophtalmologues, des gynécologues et des pédiatres, les prestations de l'assurance 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 l'assurance 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, l'assureur 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, l'assureur peut désigner d'autres personnes qualifiées qui peuvent fournir, prescrire ou ordonner des prestations qui sont couvertes par l'assurance.

### 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 l'assurance, et ceci indépendamment du fournisseur de prestations choisi. Le contrôle de l'indication médicale par le médecin-conseil demeure réservé.

### 11.8 Exclusion des prestations

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 peut convenir avec les médecins de famille CASAMED que les prestations de l'assurance sont indemnisées sous forme d'un forfait.

11.9.2 Prestations ordonnées

S'agissant des prestations ordonnées, l'assureur 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 DENTAL

ÖKK Versicherungen AG, édition 1.1.2019

## TABLE DES MATIÈRES


| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **Bases de l'assurance** | **59** |
| 1.1 | But | 59 |
| 1.2 | Conclusion de l'assurance | 59 |
| 1.3 | Conditions pour l'octroi des prestations | 59 |
| 1.4 | Etranger | 59 |
| **2.** | **Possibilités d'assurance** | **59** |
| 2.1 | ÖKK DENTAL PICCOLO | 59 |
| 2.2 | ÖKK DENTAL | 59 |
| **3.** | **Variante CASAMED** | **59** |
| 3.1 | En général | 59 |
| 3.2 | Condition pour l'octroi des prestations | 60 |
| 3.3 | Cas d'urgence | 60 |
| 3.4 | Exclusion des prestations, exclusion de la variante CASAMED | 60 |
| 3.5 | Primes | 60 |

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 But

L'assurance alloue des prestations pour les traitements dentaires et les mesures prophylactiques.

### 1.2 Conclusion de l'assurance

L'assurance 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 malpositions dentaires, 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.

### 1.3 Conditions pour l'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.

La détermination des prestations dentaires se base sur le tarif dentaire SSO (Société suisse des médecins-dentistes) actuellement en vigueur. Il existe deux structures tarifaires: le «tarif LAMal» et le «tarif dentaire révisé AA/AM/AI».

L'assurance verse des prestations au tarif maximal des assurances sociales (valeur du point et points) de la structure tarifaire appliquée par le fournisseur de prestations.

L'assurance 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

L'assurance alloue également des prestations lorsque le traitement est effectué dans un pays limitrophe 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.

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 le droit de résilier l'assurance dans les trois 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

L'assurance 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 de la variante de prestations 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.

L'assureur alloue les montants assurés par année civile.

2.2.4 Délai de carence

Le droit aux prestations de l'assurance prend effet
- après un délai de carence de 12 mois pour les mesures prothétiques, telles que les couronnes, ponts, prothèses, dents à pivot, moignons ainsi que les appareils servant au traitement de malpositions dentaires et maxillaires, y compris les provisoires correspondants, les réparations et les traitements et contrôles dentaires s'y rapportant et
- après un délai de carence de 6 mois pour tous les autres traitements.

Le délai de carence doit également être observé en cas d'augmentations d'assurance. Les prestations pour la prophylaxie et le contrôle ne sont pas soumises au délai de carence.

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, mais au plus tard dans les 30 jours suivant 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 présuppose que la personne assurée ait conclu BASE CASAMED.

La variante CASAMED est régie par les conditions supplémentaires suivantes.

### 3.2 Condition pour l'octroi des prestations

Les prestations sont prises en charge si elles sont fournies, prescrites ou ordonnées par un médecin-dentiste CASAMED reconnu par l'assureur 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, et ceci indépendamment du fournisseur de prestations choisi. Le contrôle de l'indication médicale par le dentiste-conseil demeure réservé.

### 3.4 Exclusion des prestations, exclusion de la variante CASAMED

3.4.1 Exclusion des prestations

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.

3.4.2 Exclusion de la variante CASAMED

En cas de violation réitérée des conditions de CASAMED, l'assureur 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
Coop Protection Juridique SA
Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA
Edition 1.1.2022

## TABLE DES MATIÈRES


**BASES DE L'ASSURANCE** 63

**1. Assureurs** 63

**2. Dispositions communes** 63

**3. But** 63

**4. Possibilités d'assurance** 63

**5. Conclusion de l'assurance** 63

**6. Personnes assurées** 63
6.1 Assurance individuelle 63
6.2 Assurance pour les familles 63

**7. Début, durée et fin de l'assurance** 63

**8. Résiliation du contrat collectif** 63

**9. Participation aux frais** 63

**FRAIS DE GUÉRISON & ASSISTANCE AUX PERSONNES** 64

**1. Condition de prise en charge** 64

**2. Validité territoriale** 64

**3. Validité temporelle** 64

**4. Prestations d'assurance** 64
4.1 Frais de guérison 64
4.2 Frais de transport, actions de recherche, de sauvetage et de dégagement 64
4.3 Voyage de visite et frais de voyage supplémentaires 64
4.4 Capital assuré 64
4.5 Prestations de services 64
4.6 Exclusion des prestations 65

**5. Obligations en cas de sinistre** 65
5.1 Information de la centrale d'alarme de ÖKK 65
5.2 Dégagement de l'obligation de garder le secret 65
5.3 Exercice du droit aux prestations 65
5.4 Imputation des billets de train ou d'avion 65

**6. Prestations de tiers** 65
6.1 Assurances sociales 65
6.2 Assurances existantes auprès de l'assureur 65
6.3 Garde aérienne de sauvetage ou organisations similaires 65

**PROTECTION JURIDIQUE VOYAGES** 66

**1. Validité territoriale** 66

**2. Validité temporelle** 66

**3. Qualités assurées** 66

**4. Cas de protection juridique assurés lors de voyages** 66

**5. Prestations d'assurance** 66

**6. Exclusions** 66

**7. Déclaration d'un cas de protection juridique** 66

**8. Déroulement d'un cas de protection juridique** 67

**9. Procédure en cas de divergence d'opinion** 67

**10. For** 67

**FRAIS D'ANNULATION** 68

**1. Validité territoriale** 68

**2. Validité temporelle** 68

**3. Evénements assurés** 68

**4. Prestations assurées** 68

4.1 Principe 68
4.2 Frais d'annulation 68
4.3 Frais supplémentaires 68
4.4 Prestation de voyage non utilisée 68
4.5 Somme assurée 68
4.6 Exclusion des prestations 68
4.7 Maladies chroniques 69
4.8 Cession de créances 69
4.9 Responsabilité de l'assureur 69

**5. Règles de conduite à adopter durant le voyage** 69

**6. Obligations en cas de sinistre** 69

**7. Prétentions envers des tiers** 69

**8. For** 70

**BAGAGES** 71

**1. Validité territoriale** 71

**2. Validité temporelle** 71

**3. Choses assurées** 71

**4. Choses non assurées** 71

**5. Evénements assurés** 71

**6. Prestations d'assurance** 71

6.1 Etendue des prestations 71
6.2 Somme assurée 71
6.3 Exclusion des prestations 71
6.4 Cession de créances 72
6.5 Responsabilité de l'assureur 72

**7. Règles de conduite à adopter durant le voyage** 72

**8. Obligations en cas de sinistre** 72

**9. For** 72

# BASES DE L'ASSURANCE

## 1. Assureurs

L'assurance-maladie figurant sur la police d'assurance est considérée comme assureur. L'assureur est l'interlocuteur pour toutes les questions relatives à la personne assurée, sauf si une autre société est expressément mentionnée dans les présentes dispositions.

L'assureur responsable de l'assurance frais de guérison & assistance aux personnes est ÖKK Versicherungen AG, Landquart (désignée ci-après par «ÖKK»).

L'assureur responsable de l'assurance de protection juridique voyages est Coop Protection Juridique SA, Aarau (désignée ci-après par «Coop Protection Juridique»). ÖKK a conclu avec Coop Protection Juridique, en qualité d'assureur responsable, un contrat d'assurance collective en faveur des personnes assurées, qui leur accorde un droit d'action direct contre cette dernière dans le cadre de l'assurance de protection juridique voyages.

L'assureur responsable de l'assurance frais d'annulation et de l'assurance bagages est Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA, Saint-Gall. La compagnie responsable de ces assurances est Assurance voyages européenne, succursale d'Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA, qui a son siège à Bâle (désignée ci-après par «ERV»). ÖKK a conclu avec ERV, en qualité d'assureur responsable, un contrat d'assurance collective en faveur des personnes assurées, qui leur accorde un droit d'action direct contre cette dernière dans le cadre de l'assurance frais d'annulation et bagages.

## 2. Dispositions communes

Sauf si elles sont explicitement exclues, les Dispositions communes (DC) de la gamme de produits ÖKK UNO ou ÖKK LIVE énoncées dans la police d'assurance font foi. Elles font partie intégrante des dispositions du présent produit d'assurance. Si les dispositions de ce produit d'assurance s'écartent des DC, les dispositions de ce produit d'assurance priment les DC.

La réglementation relative aux limitations sur le plan des prestations selon les DC, lesquelles sont applicables en vertu de la police d'assurance, ne s'applique à ÖKK TOURIST.

## 3. But

Selon le module choisi, l'assurance alloue les prestations suivantes pour les sinistres survenant durant un voyage de vacances ou d'affaires, respectivement au cours d'un séjour à l'étranger:

- prestations pour les frais non couverts occasionnés par des traitements d'urgence en cas de maladie, d'accident et d'accouchement prématuré;
- prestations pour les frais de transport, de recherche, de sauvetage et de dégagement;
- prestations de services;
- participation aux frais et honoraires d'avocats, d'experts et de tribunal (protection juridique à l'étranger);
- prise en charge des frais d'annulation lorsque la personne assurée ne peut pas effectuer le voyage réservé;
- prestations en rapport avec un départ retardé, une interruption prématurée ou une prolongation du voyage;
- prestations en cas de vol, de perte pendant le transport et d'endommagement des bagages.

Les dispositions énoncées ci-après sont déterminantes pour la couverture d'assurance.

## 4. Possibilités d'assurance

Les modules d'assurance suivants peuvent être conclus dans le cadre de ÖKK TOURIST:

- Frais de guérison & assistance aux personnes
- Protection juridique voyages
- Frais d'annulation
- Bagages

## 5. Conclusion de l'assurance

L'assurance peut être conclue par toutes les personnes, sans limite d'âge, qui sont au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins en Suisse selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et qui ont leur domicile légal en Suisse.

En outre, l'assurance peut être souscrite par des personnes qui sont au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins dans la Principauté de Liechtenstein et qui y ont, en même temps, établi leur domicile légal.

## 6. Personnes assurées

Le preneur d'assurance est la personne qui a conclu un contrat d'assurance avec l'assureur.

### 6.1 Assurance individuelle

Est assurée la personne mentionnée sur la police d'assurance.

### 6.2 Assurance pour les familles

Sont assurés le preneur d'assurance mentionné sur la police d'assurance ainsi que le conjoint, respectivement le partenaire et ses/leurs enfants, pour autant qu'ils vivent en ménage commun avec le preneur d'assurance.

## 7. Début, durée et fin de l'assurance

Le début, la durée et la fin de l'assurance sont régis par les DC, lesquelles sont applicables en vertu de la police d'assurance.

## 8. Résiliation du contrat collectif

L'assurance s'éteint en cas de résiliation du contrat collectif passé entre Coop Protection Juridique resp. ERV 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 couverture d'assurance.

## 9. Participation aux frais

Aucune participation aux frais n'est perçue sur les prestations de ÖKK TOURIST.

# FRAIS DE GUÉRISON & ASSISTANCE AUX PERSONNES

## 1. Condition 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.

## 2. Validité territoriale

L'assurance est valable pour les traitements d'urgence appliqués hors du canton de résidence en Suisse et dans le monde entier.

La Principauté de Liechtenstein est assimilée à un canton si la personne assurée y réside.

## 3. Validité temporelle

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.

## 4. Prestations d'assurance

### 4.1 Frais de guérison

L'assurance prend en charge les prestations pour les frais de guérison en cas de traitement d'urgence ambulatoire et hospitalier, et ce en complément à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, à l'assurance-accidents selon la LAA et à toute autre assurance complémentaire souscrite auprès de l'assureur ou d'autres sociétés d'assurance.

Quant au rapport avec d'autres sociétés d'assurance, il est renvoyé au chiffre 9.1.3 des DC applicables en matière de pluralité d'assureurs en vertu de la police d'assurance.

La maladie, l'accident et l'accouchement avant terme sont couverts aux tarifs pratiqués localement ou convenus par convention. On entend par accouchement avant terme tout accouchement prématuré survenant de façon imprévue plus de six semaines avant le terme attesté par le médecin.

La participation légale aux coûts, applicable en Suisse, n'est pas assurée.

### 4.2 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 de 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) le rapatriement médicalement nécessaire de la personne assurée malade ou accidentée vers un hôpital approprié dans le canton de résidence en vue du traitement hospitalier et
d) le rapatriement de la personne décédée à son lieu de domicile.

### 4.3 Voyage de visite et frais de voyage supplémentaires

4.3.1 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, la centrale d'alarme de ÖKK organise 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). Les frais sont pris en charge par l'assureur.

4.3.2 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 être hospitalisée, la centrale d'alarme de 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 est hospitalisée à la suite d'une maladie ou d'un accident et qu'elle ne peut pas effectuer le voyage de retour prévu, la centrale d'alarme de 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.

### 4.4 Capital assuré

4.4.1 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 au total par famille assurée.

Variantes durée du séjour à l'étranger:
- jusqu'à 17 jours au maximum
- jusqu'à 40 jours au maximum.

4.4.2 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 au total par famille assurée.

Variantes durée du séjour à l'étranger:
- jusqu'à 17 jours au maximum
- jusqu'à 40 jours au maximum
- jusqu'à 365 jours au maximum.

### 4.5 Prestations de services

4.5.1 Avance de frais 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.

4.5.2 Information des proches au domicile

Dans le cas où des mesures auraient été organisées par la centrale d'alarme de ÖKK, cette dernière informe les proches de la personne assurée de la situation et des mesures prises.

4.5.3 Indication d'hôpitaux et de contacts médicaux à l'étranger

En cas de besoin, la centrale d'alarme de ÖKK communique à ses assurés les coordonnées d'un médecin ou l'adresse d'un hôpital dans la région où ils se trouvent. En présence de difficultés à se faire comprendre, la centrale d'alarme de ÖKK organise la présence d'un interprète.

4.5.4 Conseils médicaux assurés par des médecins

Si, au cours d'un voyage, une personne assurée a besoin d'un avis médical qu'il lui est impossible d'obtenir là où elle se trouve, les médecins de la centrale d'alarme de ÖKK lui fourniront les premiers conseils médicaux. Cette consultation ne doit être considérée que comme un conseil et en aucun cas comme un diagnostic.

### 4.6 Exclusion des prestations

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

a) pour les maladies et suites d'accident existant au moment d'entreprendre le voyage;
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 de ÖKK; demeurent réservées les dispositions de l'art. 45 LCA (absence de faute ou aucune influence sur l'étendue de la prestation);
d) en cas de participation à des actes de guerre, désordres et actes similaires, ainsi qu'en cas de service militaire à l'étranger;
e) pour les maladies et accidents consécutifs à des événements de guerre dont la première apparition date déjà de plus de 14 jours;
f) pour les maladies et accidents dus à la participation active à des actes punissables, à des bagarres ou à d'autres actes violents;
g) pour les maladies et accidents provoqués par négligence grave, notamment ceux causés par l'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues;
h) 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 tel entraînement pour de telles courses et
i) 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 ne peut être entrepris en raison de circonstances externes telles que grèves, troubles, actes de violence, gros sinistres industriels, radioactivité, catastrophes naturelles, maladies épidémiques ou force majeure, l'organisation et l'exécution de ces transports ne peuvent pas être exigées.

## 5. Obligations en cas de sinistre

### 5.1 Information de la centrale d'alarme de ÖKK

En cas de maladie subite, d'accident et d'accouchement avant terme survenant en Suisse et à l'étranger et nécessitant une hospitalisation ou des mesures d'urgence, la centrale d'alarme de ÖKK doit, dans tous les cas, être avisée immédiatement.

### 5.2 Dégagement de l'obligation de garder le secret

La personne assurée délie les médecins traitants et autre personnel médical ainsi que les assureurs de leur secret professionnel envers la centrale d'alarme de ÖKK et l'assureur.

### 5.3 Exercice du droit aux prestations

La personne assurée doit faire valoir son droit aux prestations dans les plus brefs délais auprès de l'assureur et mettre à la disposition de ce dernier 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 l'assureur sans qu'il 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 la personne assurée concernés 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 Assurances sociales

Aucune prestation ne sera prise en charge lorsque celle-ci est 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 ou d'une couverture équivalente dans la Principauté de Liechtenstein, l'assureur allouera les prestations comme si cette couverture avait existé.

### 6.2 Assurances existantes auprès de l'assureur

Les autres assurances complémentaires existantes auprès de l'assureur priment les prestations de ÖKK TOURIST.

### 6.3 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 allouée par ces organisations. Les accords contractuels contraires demeurent réservés.

# PROTECTION JURIDIQUE VOYAGES

## 1. Validité territoriale

La couverture d'assurance est valable dans le monde entier, en dehors de la Suisse et de la Principauté de Liechtenstein.

## 2. Validité temporelle

La couverture d'assurance est valable pendant la durée d'assurance stipulée dans la police d'assurance.

La protection juridique est accordée pour les litiges survenant pendant la durée d'assurance stipulée dans la police d'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.

## 3. Qualités assurées

La personne assurée bénéficie de la protection juridique en qualité de:

a) détenteur, conducteur ou loueur d'un véhicule à moteur;
b) sportif, piéton, cycliste, cyclomotoriste ou passager de n'importe quel moyen de transport;
c) locataire d'une maison de vacances;
d) participant à un cours dans une école à l'étranger;
e) partie contractante à un contrat de voyage;
f) victime d'un acte de violence;
g) détenteur d'une carte de crédit.

## 4. Cas de protection juridique assurés lors de voyages

Sont assurés les cas de protection juridique suivants:

a) les prétentions en dommages-intérêts extra-contractuels à l'encontre de l'auteur du dommage ou de son assurance responsabilité civile pour un dommage matériel ou corporel subi;
b) les litiges avec une compagnie d'assurance, une caisse maladie ou une caisse de pension en rapport avec des événements survenant à l'étranger;
c) la représentation dans les procédures pénales et administratives devant un tribunal pénal ainsi que vis-à-vis d'autorités administratives à la suite d'une violation par négligence de la législation étrangère. Lors d'une enquête officielle pour une infraction intentionnelle, les frais ne sont pris en charge que si l'acquittement est prononcé ou les poursuites sont suspendues;
d) les litiges découlant des contrats ci-après soumis au Code des obligations (énumération exhaustive), dans la mesure où la personne assurée est concernée par l'une des qualités définies au chiffre 3:
   – contrat de location
   – contrat de réparation
   – contrat de fret
   – contrat de transport
   – contrat de voyage
   – contrat passé avec une école
   – contrat relatif à une carte de crédit

## 5. Prestations d'assurance

Dans les cas de protection juridique assurés, les prestations suivantes sont allouées:

a) la défense des intérêts juridiques de la personne assurée par Coop Protection Juridique;
b) le paiement jusqu'à concurrence de CHF 300'000 (CHF 100'000 hors d'Europe) par cas, à condition qu'il n'y ait pas de limites de prestations, en particulier pour les postes suivants:
   – honoraires des avocats ou des médiateurs mandatés;
   – honoraires des experts mandatés;
   – frais de justice et de procédure mis à la charge de la personne assurée;
   – dépens alloués à la partie adverse et mis à la charge de la personne assurée;
   – frais de voyage pour la comparution nécessaire devant un tribunal étranger, jusqu'à concurrence de CHF 5'000;
   – frais de traduction jusqu'à concurrence de CHF 5'000;
   – cautions pénales afin d'éviter une détention préventive, jusqu'à concurrence de CHF 100'000. Cette prestation est versée uniquement à titre d'avance et doit être remboursée à Coop Protection Juridique.

Ne sont pas pris en charge:

a) les amendes;
b) les dommages-intérêts et compensations;
c) les frais incombant à un tiers responsable;
d) les frais d'actes notariés et d'inscription à des registres officiels;
e) les frais pour des autorisations officielles et des examens.

La personne assurée doit rembourser à Coop Protection Juridique les dépens qui lui sont alloués jusqu'à concurrence des prestations fournies.

## 6. Exclusions

Aucune protection juridique n'est accordée pour les cas

a) de litiges survenant entre personnes assurées par la même police d'assurance familiale;
b) en relation directe ou indirecte avec la commission intentionnelle d'une infraction pénale;
c) en relation avec la commission intentionnelle d'un cas de protection juridique ainsi que les litiges civils et administratifs subséquents ou les procédures;
d) contre les avocats, médiateurs et experts intervenant ou étant intervenus pour le compte d'une personne assurée dans un cas de protection juridique couvert par l'assurance;
e) en relation avec des créances qui sont cédées à une personne assurée ainsi qu'avec des créances qui sont transmises aux personnes assurées par succession;
f) contre Coop Protection Juridique ou ses organes.

## 7. Déclaration d'un cas de protection juridique

La survenance d'un cas de protection juridique doit être immédiatement annoncée à Coop Protection Juridique. L'annonce doit se faire par écrit si cette dernière en fait la demande. L'assureur transmet le cas sans délai à Coop Protection Juridique à des fins de traitement ultérieur.

La personne assurée est tenue de prêter assistance à Coop Protection Juridique dans le traitement du cas de protection juridique, de lui délivrer les procurations et renseignements nécessaires et de lui transmettre sans délai tous les documents et communications qu'elle reçoit, en particulier celles adressées par les autorités.

Si la personne assurée viole, par sa faute, ces obligations et que cela occasionne des frais supplémentaires, Coop Protection Juridique est en droit de réduire ses prestations. En cas de manquement grave, l'assureur peut refuser toute prise en charge.

## 8. Déroulement d'un cas de protection juridique

Après avoir entendu la personne assurée, Coop Protection Juridique prend les mesures nécessaires à la défense de ses intérêts.

La personne assurée est libre de choisir l'avocat si l'intervention de celui-ci s'avère nécessaire, en particulier lors de procédures judiciaires ou administratives ainsi qu'en cas de conflit d'intérêts. Si Coop Protection Juridique n'est pas d'accord avec ce choix, la personne assurée a la possibilité de proposer trois autres avocats. Ceux-ci ne doivent pas faire partie de la même étude. Coop Protection Juridique doit accepter l'un des trois avocats proposés.

Avant de mandater l'avocat, la personne assurée doit obtenir l'accord de Coop Protection Juridique ainsi qu'une garantie de paiement.

Si la personne assurée change d'avocat sans raison valable, elle doit supporter elle-même les frais supplémentaires qui en résultent.

## 9. Procédure en cas de divergence d'opinion

En cas de divergence d'opinion sur le traitement des cas, en particulier pour ceux que Coop Protection Juridique estime sans chance de succès, la personne assurée peut demander la mise en œuvre d'une procédure arbitrale. La personne intervenant en qualité d'arbitre est désignée par l'une des deux parties. Au demeurant, la procédure se déroule conformément aux dispositions sur l'arbitrage énoncées dans le code de procédure civile suisse (CPC).

Si une personne assurée engage un procès à ses propres frais et qu'elle obtient, dans la cause principale, un meilleur résultat que celui estimé par Coop Protection Juridique, les prestations contractuelles seront versées.

## 10. For

En cas de contestations découlant de la présente assurance de protection juridique voyages, la personne plaignante peut saisir au choix soit le tribunal de son domicile suisse soit celui du siège de l'assureur responsable (Coop Protection Juridique SA, Aarau).

# FRAIS D'ANNULATION

## 1. Validité territoriale

La couverture d'assurance est valable dans le monde entier.

## 2. Validité temporelle

La couverture d'assurance est valable pendant la période indiquée sur la police d'assurance.

La couverture produit ses effets à la conclusion de l'assurance ou, dans le cas d'une couverture d'assurance existante, à la réservation de la prestation de voyage et cesse de produire ses effets à la fin de la prestation de voyage assurée (enregistrement, embarquement dans le moyen de transport réservé, etc.).

## 3. Evénements assurés

La couverture d'assurance est octroyée lorsque la personne assurée doit renoncer à sa prestation de voyage réservée, l'interrompre prématurément ou la prolonger, à la suite d'un événement mentionné ci-après, s'il est survenu après la conclusion de l'assurance ou la réservation du voyage:

a) maladie grave et imprévisible, lésion corporelle grave, complication grave de la grossesse ou décès
   - d'une personne assurée;
   - d'une personne qui participe au voyage;
   - d'une personne qui ne participe pas au voyage et qui est très proche de la personne assurée;
   - du remplaçant direct au poste de travail si la présence de la personne assurée y est indispensable;

b) grèves (sous réserve de la participation active) sur le trajet prévu à l'étranger;

c) des troubles de tout genre ou des dommages causés par les forces de la nature sur le lieu de destination du voyage, s'ils mettent concrètement en danger la vie et les biens de la personne assurée et si un avertissement officiel aux voyageurs a été émis par les autorités suisses pour la destination du voyage;

d) les biens de la personne assurée à son domicile qui subissent une grave atteinte causée par un incendie, les forces de la nature, un vol ou un dégât des eaux, ce qui nécessite sa présence à son domicile;

e) le non-fonctionnement ou le retard – dus tous deux à un défaut technique ou à un accident corporel – d'un moyen de transport public à utiliser pour se rendre au lieu de départ officiel du pays de domicile (aéroport, gare de départ, port ou lieu d'embarquement dans le car);

f) si, dans les 30 jours précédant le départ,
   - la personne assurée entre de façon inattendue dans un rapport d'emploi permanent (les promotions, etc., en sont exclues) auprès d'un nouvel employeur ou que
   - le contrat de travail de la personne assurée est résilié par son employeur sans que la faute ne puisse lui être imputée;

g) vol de titres de transport, de passeport ou de carte d'identité.

Si la personne qui provoque l'annulation du fait d'un événement assuré, n'est ni parente, ni parente par alliance de la personne assurée, une indemnisation n'est possible que si la personne assurée devait accomplir seule la prestation de voyage.

## 4. Prestations assurées

### 4.1 Principe

L'événement qui provoque l'annulation, l'interruption ou la prolongation de la prestation de voyage est déterminant pour l'évaluation du droit aux prestations. Des événements antérieurs ou ultérieurs ne sont pas pris en considération.

### 4.2 Frais d'annulation

L'assurance prend en charge les frais d'annulation survenus effectivement (taxes de sécurité et taxes d'aéroport exclues) au moment de la survenance de l'événement assuré. La prestation totale est limitée au prix de la prestation de voyage ou à la somme assurée.

Les taxes administratives récurrentes ou disproportionnées ne sont pas assurées.

### 4.3 Frais supplémentaires

L'assurance rembourse les frais supplémentaires en cas de départ retardé, d'interruption prématurée ou de prolongation du voyage lorsque, en raison de l'événement couvert, la prestation de voyage ne peut pas être entreprise à la date prévue, doit être prématurément interrompue ou prolongée.

Les frais supplémentaires liés à la prolongation du voyage sont remboursés pendant 7 jours au maximum.

Au cas où des frais supplémentaires font l'objet d'une demande de prise en charge, le droit au remboursement des frais d'annulation s'éteint.

### 4.4 Prestation de voyage non utilisée

L'assurance rembourse les frais correspondant à la partie non utilisée de la prestation de voyage (sans les frais du voyage de retour réservé à l'origine). Cette prestation est limitée au prix de la prestation de voyage ou à la somme d'assurance des frais d'annulation consignée dans la police d'assurance.

### 4.5 Somme assurée

Les prestations pour les frais d'annulation ou les frais supplémentaires en cas de départ retardé ou d'interruption prématurée du voyage sont limitées par événement et par personne à CHF 20'000 et par événement et par famille à CHF 50'000.

Les frais supplémentaires liés à la prolongation du voyage sont limités à CHF 700 par personne ou en cas d'utilisation d'un véhicule de location, à CHF 1000, quel que soit le nombre de personnes utilisant le véhicule de location.

Les prestations dans le cadre de la protection loisirs (excursions d'une journée, cours de formation continue, tickets de concerts, forfaits de ski, frais d'inscription à un événement sportif, etc.) sont limitées à CHF 500 par personne et par événement.

### 4.6 Exclusion des prestations

Toute prestation est exclue:

a) lorsque le prestataire (voyagiste, bailleur, organisateur, etc.) annule la prestation convenue ou aurait dû l'annuler pour des raisons objectives (cela s'applique en particulier aux voyages à forfait);

b) lorsque l'événement était déjà survenu lors de la conclusion de l'assurance ou lors de la réservation ou était déjà connu;

c) lorsque la maladie motivant l'annulation, l'interruption ou la prolongation du voyage résulte d'une complication ou des suites d'un traitement médical ou d'une opération déjà prévue au moment de l'entrée en vigueur de l'assurance ou de la réservation de la prestation de voyage;

d) si la personne assurée ne s'est pas remise, avant la date de son départ, d'une maladie, des séquelles d'un accident, d'une opération ou d'une intervention chirurgicale préexistant au moment de la réservation du voyage;
e) en cas d'annulation, d'interruption ou de prolongation du voyage sans indication médicale et si aucun certificat médical n'a été établi lors d'un constat le plus immédiat possible de l'incapacité de voyager ou obtenu au moyen d'une consultation téléphonique;
f) au cas où une annulation en raison de troubles psychiques ou psychosomatiques
   – ne peut pas être constatée et attestée le jour de l'annulation par un spécialiste en psychiatrie avec un certificat médical et
   – dont souffrent des personnes ayant un emploi fixe ne peut pas être justifiée complémentairement par une attestation d'absence de 100% émise par l'employeur pendant la durée médicalement certifiée de l'incapacité à voyager;
g) lorsque l'événement fait l'objet d'une déclaration établie par une personne (expert, médecin, etc.) qui est parente ou parente par alliance de la personne assurée et qui avantagerait la personne assurée;
h) en cas d'événements consécutifs à des mesures ordonnées par les autorités (détention, interdiction d'entrée ou de sortie, fermeture des frontières et/ou de l'espace aérien, quarantaine, etc.);
i) en cas d'événements commis par la personne assurée tels que le suicide, la mutilation volontaire et leur tentative;
j) en cas d'annulation, d'interruption ou de prolongation du voyage imputable à des faits de guerre ou au terrorisme;
k) en cas d'annulation, d'interruption ou de prolongation du voyage dus à des événements causés par des radiations ionisantes, quelles qu'elles soient, y compris, en particulier, celles consécutives à la transmutation de l'atome;
l) lorsque l'événement donnant lieu à l'annulation, à l'interruption ou à la prolongation du voyage est causé par un acte intentionnel ou négligence grave ou une omission d'une personne assurée ou à la suite d'un manquement au devoir usuel de prudence;
m) lorsque l'événement entraînant l'annulation, l'interruption ou la prolongation du voyage survient sous l'influence de l'alcool, de drogues, de stupéfiants ou de médicaments;
n) lorsque l'événement donnant lieu à l'annulation, à l'interruption ou à la prolongation du voyage survient lors de la perpétration intentionnelle de crimes et de délits et de leur tentative;
o) lorsque des frais supplémentaires occasionnés par une interruption prématurée ou une prolongation du voyage font l'objet d'une demande de remboursement sans que ces frais aient été préalablement approuvés par la centrale d'alarme de ÖKK;
p) en cas d'épidémies et de pandémies ainsi que de leurs conséquences. Demeurent réservés tous les événements assurés énumérés de manière exhaustive.

### 4.7 Maladies chroniques

Pour les personnes souffrant d'une maladie chronique, la capacité à voyager doit être attestée par un certificat médical établi juste avant la réservation d'une prestation de voyage.

Si une personne assurée souffre d'une maladie chronique sans que celle-ci paraisse remettre en cause sa participation au voyage d'affaires lors de la conclusion de l'assurance ou de la réservation du voyage, l'assurance rembourse les frais assurés qui résulteraient d'une annulation du voyage par suite d'une aggravation aiguë et imprévisible de cette maladie. Il en va de même en cas du décès de la personne assurée consécutif à la maladie chronique.

### 4.8 Cession de créances

Une fois que le sinistre a été payé par ERV, la personne assurée cède automatiquement et en bloc à ERV ses créances issues du contrat d'assurance.

### 4.9 Responsabilité de l'assureur

ERV ne propose de couverture d'assurance et ne fournit de prestations en cas de sinistre ou d'autres prestations que dans la mesure où celles-ci ne constituent aucune violation ou restriction des résolutions de l'ONU et aucune violation de sanctions commerciales ou économiques de la Suisse, de l'Union européenne et des Etats-Unis d'Amérique.

## 5. Règles de conduite à adopter durant le voyage

Pour l'évaluation de la situation visant à déterminer si un voyage à destination d'un pays est raisonnablement possible ou non en raison de grèves, de troubles de tout genre, d'une guerre, d'actes de terrorisme, etc., seules les recommandations en vigueur ou les avertissements officiels aux voyageurs des autorités suisses sont déterminants. Il s'agit en premier lieu des recommandations du Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

## 6. Obligations en cas de sinistre

Après la survenance de l'événement, il faut aviser immédiatement le bureau d'émission (agence de voyage, entreprise de transport, bailleur, etc.).

En cas de sinistre, l'assureur doit en être informé immédiatement. Celui-ci transmet le cas sans délai à ERV à des fins de traitement ultérieur.

Il faut toujours contacter la centrale d'alarme de ÖKK avant d'interrompre ou de prolonger le voyage.

En cas de maladie ou d'accident, il convient de consulter immédiatement un médecin, de l'informer du voyage prévu et de suivre ses prescriptions. La personne assurée/l'ayant droit doit délier les médecins qui l'ont traité(e) de leur secret professionnel vis-à-vis de l'assureur.

Les documents suivants doivent notamment être transmis à ERV:
– la confirmation de réservation/facture de la prestation de voyage ainsi que les factures de frais d'annulation ou de frais supplémentaires (originaux);
– un certificat médical détaillé ou l'acte de décès ou bien toute autre attestation officielle;
– une copie de la police d'assurance.

## 7. Prétentions envers des tiers

Si la personne assurée/l'ayant droit a été dédommagé par un tiers responsable ou par son assureur, aucune indemnité n'est due au titre du présent contrat. Si l'ERV est intervenue en lieu et place du responsable, la personne assurée doit lui céder ses prétentions contre les tiers jusqu'à concurrence des dépenses que l'ERV a engagées.

En cas d'assurance multiple (assurance facultative ou obligatoire), l'ERV fournit ses prestations de façon subsidiaire, sauf si les conditions d'assurance de l'autre assureur contiennent également une clause de subsidiarité. Dans ce cas, les règles de la double assurance s'appliquent. En cas de prestation, le preneur d'assurance s'engage à communiquer et à mettre à disposition l'ensemble des couvertures d'assurance dont il bénéficie et autorise l'ERV à faire valoir d'éventuelles prétentions.

En cas de couvertures auprès de plusieurs compagnies concessionnaires, les frais ne sont remboursés qu'une seule fois au total.

## 8. For

En cas de contestations découlant de la présente assurance frais d'annulation, la personne plaignante peut saisir au choix soit le tribunal de son domicile suisse soit celui du siège de l'assureur responsable (Assurance voyages européenne, Bâle).

# BAGAGES

## 1. Validité territoriale

La couverture d'assurance est valable dans le monde entier.

## 2. Validité temporelle

La couverture d'assurance est valable pendant la durée fixée sur la police d'assurance, et ce aussi longtemps et aussi souvent que les objets de la personne assurée se trouvent à l'extérieur de son domicile fixe.

La couverture d'assurance est également valable pendant le transport par un moyen de transport public, et ce durant la période de temps pendant laquelle les objets assurés sont confiés à l'entreprise de transport.

## 3. Choses assurées

L'assurance couvre toutes les choses emportées par les personnes assurées destinées à leur besoin personnel durant le voyage.

La couverture d'assurance pour les équipements sportifs, chaises roulantes et poussettes pour enfants est valable uniquement pendant le transport par un moyen de transport public, et ce durant la période de temps pendant laquelle ces objets sont confiés à l'entreprise de transport.

## 4. Choses non assurées

Ne sont pas assurés:

a) les espèces et les titres de transport (sous réserve du chiffre 6.1 d);
b) les papiers-valeurs, titres et documents de tout genre (sous réserve du chiffre 6.1 g);
c) les logiciels;
d) les métaux précieux, les pierres précieuses et les perles;
e) les timbres-poste;
f) les marchandises et les échantillons;
g) les objets d'art et de collection;
h) les instruments de musique;
i) les planches de surf/à voile;
j) les véhicules à moteur, remorques, caravanes, bateaux et aéronefs, accessoires compris;
k) les objets de valeur couverts par une assurance particulière;
l) les objets achetés ou reçus pendant le voyage (p. ex. souvenirs) qui ne font pas partie des effets de voyage personnels;
m) les objets qui ne sont pas destinés au besoin personnel de la personne assurée (cadeaux, articles ou biens prédestinés à des tiers, etc.).

## 5. Evénements assurés

Sont assurés:

a) le vol et le vol par effraction;
b) le détroussement;
c) la détérioration, la destruction;
d) la perte pendant le transport effectué par un moyen de transport public;
e) la livraison tardive (d'au moins 6 heures) par un moyen de transport public.

En cas de pratique du camping, ces événements ne sont assurés que dans l'enceinte des terrains de camping officiels.

## 6. Prestations d'assurance

### 6.1 Etendue des prestations

L'assurance indemnise:

a) en cas de dommage total d'objets assurés, la valeur vénale; la valeur vénale représente le prix d'acquisition à l'époque, déduction faite de la perte de valeur d'au moins 10% par an à partir de la date d'achat, mais au maximum de 60% au total;
b) en cas de dommage partiel, les frais de réparation, à concurrence de la valeur vénale;
c) pour l'ensemble des objets de valeur, l'indemnité est limitée à 50% de la somme assurée;
d) les espèces et les titres de transport sont assurés uniquement en cas de détroussement et jusqu'à 20% de la somme assurée, mais au maximum CHF 1'000 pour les espèces et CHF 2'000 pour le remplacement de titres de transport;
e) les dommages dus au bris sont couverts jusqu'à 20% de la somme assurée;
f) les lunettes, lentilles de contact, prothèses et les chaises roulantes sont assurées jusqu'à 20% de la somme assurée;
g) en cas de vol ou de perte de passeports, cartes d'identité, permis de conduire, permis de circulation et autres documents semblables, ainsi que des clés, l'assurance paie les frais de reconstitution;
h) en cas de vol ou de perte de cartes de crédit et de téléphones portables, l'organisation du blocage, mais non ses frais;
i) en cas de livraison tardive des bagages par un moyen de transport public, les frais d'acquisition des choses absolument indispensables jusqu'à CHF 1'000 par personne et jusqu'à concurrence de CHF 4'000 par famille ou par police d'assurance et événement. Ces prestations sont exclues lors du retour au domicile;
j) pour les objets sans valeur particulière laissés dans un véhicule ou un bateau fermé à clé, ou dans une tente fermée, l'indemnité est limitée à 50% de la somme assurée, mais au maximum à CHF 2'000 par voyage assuré dans le cadre d'une assurance individuelle ou à CHF 5'000 dans le cadre d'une assurance familiale.

### 6.2 Somme assurée

Les prestations sont limitées à la somme assurée et s'élèvent au maximum à CHF 4'000 par personne et à CHF 10'000 par famille ou par police d'assurance et événement.

### 6.3 Exclusion des prestations

Toute prestation est exclue lors de dommages

a) dus à l'usure, à l'autodétérioration, aux influences atmosphériques, à une insuffisance ou à un défaut de nature ou d'emballage des objets assurés;
b) causés aux choses laissées à la portée d'autrui, sans surveillance, égarées, perdues, que l'on a laissé tomber ou qui ont été détériorées par négligence;
c) pour des objets laissés, même pour une courte durée, dans un lieu accessible à tout le monde, en dehors du rayon direct d'intervention de la personne assurée;
d) pour des objets dont le genre de garde n'est pas en rapport avec leur valeur;
e) pour les objets de valeur qui sont laissés dans un véhicule, dans un bateau ou dans une tente ou confiés à une entreprise de transport pour être transportés, et cela aussi longtemps qu'ils se trouvent sous la garde de l'entreprise de transport;

f) pour des objets laissés sur ou dans des véhicules, des bateaux ou des tentes pendant la nuit (entre 22 heures et 6 heures);
g) consécutifs à des faits de guerre ou au terrorisme;
h) causés par des radiations ionisantes, quelles qu'elles soient, y compris, en particulier, celles consécutives à la transmutation de l'atome;
i) causés par un acte intentionnel ou une négligence grave ou une omission d'une personne assurée ou à la suite d'un manquement au devoir usuel de prudence;
j) qui surviennent lors de la perpétration intentionnelle de crimes et de délits et de leur tentative.

### 6.4 Cession de créances

Une fois que le sinistre a été payé par ERV, la personne assurée cède automatiquement et en bloc à ERV ses créances issues du contrat d'assurance.

### 6.5 Responsabilité de l'assureur

ERV ne propose de couverture d'assurance et ne fournit de prestations en cas de sinistre ou d'autres prestations que dans la mesure où celles-ci ne constituent aucune violation ou restriction des résolutions de l'ONU et aucune violation de sanctions commerciales ou économiques de la Suisse, de l'Union européenne et des Etats-Unis d'Amérique.

## 7. Règles de conduite à adopter durant le voyage

Les objets de valeur, lorsqu'ils ne sont ni portés ni utilisés, doivent être

- remis en dépôt ou confiés à un vestiaire gardé ou
- déposés dans un coffre muni d'une fermeture spéciale, placé dans un local fermé à clé et non accessible à tout le monde; les sacs de tous genres, beauty cases et attachés-cases, ainsi que les coffrets à bijoux ne sont pas considérés comme des coffres.

Les conseils aux voyageurs fournis par le Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) concernant la destination respective, en particulier sur la criminalité sur place et les mesures de précaution associées, doivent être respectés et suivis.

## 8. Obligations en cas de sinistre

En cas de sinistre, l'assureur doit en être informé immédiatement. L'assureur transmet le cas sans délai à ERV à des fins de traitement ultérieur.

La personne assurée doit

a) dans les 24 heures porter plainte au poste de police le plus proche et lui demander un rapport en cas de vol ou de détroussement (rapport de police et rapport de la compagnie aérienne);
b) requérir immédiatement du service compétent (direction de l'hôtel, guide de voyage, entreprise de transport, etc.) une attestation sur les causes, les circonstances et l'étendue de l'événement dommageable, cela en cas de détérioration, de livraison tardive ou de perte pendant le transport des bagages, ainsi que faire valoir un dédommagement;
c) aviser ERV par écrit immédiatement dès le retour du voyage et justifier ses prétentions.

Les documents suivants doivent notamment être transmis à ERV:

a) une attestation sur les causes en original (rapport de police, attestation de la compagnie aérienne, etc.);
b) les confirmations, quittances ou confirmations d'achat (originaux);
c) une copie de la police d'assurance.

La personne assurée doit tenir à disposition de ERV les choses endommagées.

## 9. For

En cas de contestations découlant de la présente assurance bagages, la personne plaignante peut saisir au choix soit le tribunal de son domicile suisse soit celui du siège de l'assureur responsable (Assurance voyages européenne, Bâle).

# ÖKK PROTECT

Coop Protection Juridique SA, édition 1.1.2022

## TABLE DES MATIÈRES


| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **Bases de l'assurance** | **74** |
| 1.1 | Assureur | 74 |
| 1.2 | Dispositions communes | 74 |
| 1.3 | Validité territoriale | 74 |
| 1.4 | Validité temporelle | 74 |
| 1.5 | Personnes assurées | 74 |
| 1.6 | Début, durée et fin de l'assurance | 74 |
| 1.7 | Résiliation du contrat collectif | 74 |
| **2.** | **Etendue de la couverture** | **74** |
| 2.1 | Bases du contrat | 74 |
| 2.2 | Litiges assurés | 74 |
| 2.3 | Subsidiarité | 74 |
| 2.4 | Litiges non assurés | 74 |
| **3.** | **Prestations d'assurance** | **75** |
| **4.** | **Cas de protection juridique** | **75** |
| 4.1 | Déclaration d'un cas de protection juridique | 75 |
| 4.2 | Déroulement d'un cas de protection juridique | 75 |
| 4.3 | Procédure en cas de divergence d'opinion | 75 |
| **5.** | **For** | **75** |

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Assureur

L'assureur est Coop Protection Juridique SA, Entfelderstrasse 2, 5000 Aarau (désignée ci-après par «assureur»).

ÖKK Versicherungen AG (désignée ci-après par «ÖKK») a passé, en qualité de preneur d'assurance, un contrat d'assurance collective avec Coop Protection Juridique SA en tant qu'assureur, afin d'accorder la protection juridique en matière de santé.

La personne assurée dispose d'un droit d'action directe contre Coop Protection Juridique SA. ÖKK n'assume aucune responsabilité pour des prétentions de quelque nature que ce soit dans le cadre de cette assurance de protection juridique.

ÖKK Kranken- und Unfallversicherung AG, Landquart, (désignée ci-après par «ÖKK KUV AG») est habilitée à accomplir tous les actes au nom et pour le compte de ÖKK.

### 1.2 Dispositions communes

Les Dispositions communes (DC) de la gamme de produits ÖKK UNO ou ÖKK LIVE énoncées dans la police d'assurance font foi. Elles font partie intégrante des dispositions du présent produit d'assurance. Si les dispositions de ce produit d'assurance s'écartent des DC, les dispositions de ce produit d'assurance priment les DC.

### 1.3 Validité territoriale

La couverture d'assurance est valable dans le monde entier.

### 1.4 Validité temporelle

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.

### 1.5 Personnes assurées

Sont assurées les personnes ayant souscrit l'assurance ÖKK PROTECT auprès de ÖKK.

Sont assurés en plus
- toutes les personnes qui sont assurées avec la personne mentionnée ci-dessus dans une police commune auprès de ÖKK et
- 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 de ÖKK.

Si une personne assurée décède des suites d'un événement assuré, ses ayants droit sont assurés pour le cas en question.

### 1.6 Début, durée et fin de l'assurance

Le début, la durée et la fin de l'assurance sont régis par les DC, lesquelles sont applicables en vertu de la police d'assurance.

L'assurance ne peut être conclue et maintenue que conjointement avec au moins l'une des catégories d'assurance suivantes:
- ÖKK SUPPLEMENT GENERAL
- ÖKK SUPPLEMENT PRIVE
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- ÖKK COMBI
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO
- ÖKK DENTAL
- ÖKK MONDIAL

Lorsqu'une personne qui remplit les conditions de 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 trois mois à compter de la communication.

### 1.7 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 couverture d'assurance.

## 2. Etendue de la couverture

### 2.1 Bases du contrat

Le contrat est notamment régi par les présentes conditions générales d'assurance 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 Litiges 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 à moteur 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-accidents, 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 Litiges 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 la personne assurée avec Coop Protection Juridique SA, resp. ses organes et des mandataires
- Les litiges en relation avec
  - les traitements psychiatriques et psychothérapeutiques
  - les honoraires et les factures (sauf celles portant sur des prestations non fournies)
  - les factures de primes de ÖKK
  - les prétentions en dommages-intérêts émises contre la personne assurée

## 3. Prestations d'assurance

L'assureur accorde les prestations suivantes:

- La défense des intérêts juridiques de la personne assurée 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 des avocats mandatés
  - les honoraires des experts mandatés
  - le remboursement à la personne assurée 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 d'avocat alloués à la personne assurée doivent être cédés à l'assureur.

## 4. Cas de protection juridique

### 4.1 Déclaration 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 est tenue de prêter assistance à l'assureur dans le traitement du cas de protection juridique, de fournir les procurations et renseignements nécessaires et de transmettre sans retard les communications lui parvenant, en particulier celles émanant des autorités. Une infraction fautive à ces obligations autorise l'assureur à diminuer ses prestations en fonction des frais supplémentaires encourus. En cas de manquement grave, l'assureur peut refuser toute prise en charge.

### 4.2 Déroulement d'un cas de protection juridique

L'assureur prend, d'un commun accord avec la personne assurée, les mesures nécessaires à la défense de ses intérêts. Si le recours à un avocat s'avère nécessaire, en particulier lors de procédures judiciaires ou administratives ou en cas de conflit d'intérêts, la personne assurée peut désigner celui-ci librement. Un changement d'avocat sans raison valable entraîne pour la personne assurée l'obligation d'assumer les frais en résultant.

### 4.3 Procédure en cas de divergence d'opinion

En cas de divergence d'opinion quant à la marche à suivre, en particulier dans les cas que l'assureur estime voués à l'échec, une procédure arbitrale sera engagée à la demande de la personne assurée. La personne intervenant en qualité d'arbitre est désignée d'un commun accord entre les deux parties. Au demeurant, la procédure est régie par les dispositions du code de procédure civile suisse (CPC) concernant la juridiction arbitrale. Si la personne assurée intente un procès à ses frais et qu'elle obtient sur l'essentiel de meilleurs résultats que ceux estimés par l'assureur, ce dernier s'engage à lui allouer les prestations stipulées dans le contrat.

## 5. For

Le domicile suisse de la personne assurée ou Aarau est reconnu comme for.

# ÖKK CAPITAL-RISQUE EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ PAR SUITE D'ACCIDENT

SOLIDA Assurances SA, édition 1.1.2023

## TABLE DES MATIÈRES


**1. Bases de l'assurance 77**
1.1 Assureur 77
1.2 Dispositions communes 77
1.3 Validité territoriale 77
1.4 Validité temporelle 77
1.5 Conclusion de l'assurance 77
1.6 Détermination de l'âge 77
1.7 Personnes assurées 77
1.8 Début, durée et fin de l'assurance 77
1.9 Modifications de l'assurance 77
1.10 Résiliation du contrat d'assurance collective 77
1.11 Adaptation des bases contractuelles 77

**2. Etendue de la couverture 77**

**3. Sommes d'assurance 77**
3.1 Montant des sommes d'assurance 77
3.2 Sommes d'assurance maximales 77

**4. Assurance du capital en cas de décès 78**
4.1 Bénéficiaires 78
4.2 Double montant du capital en cas de décès 78
4.3 Imputation du capital en cas d'invalidité 78

**5. Assurance de capital en cas d'invalidité 78**
5.1 Principe 78
5.2 Invalidité totale 78
5.3 Invalidité partielle 78
5.4 Déformation grave 79
5.5 Défauts corporels préexistants 79
5.6 Indemnité en cas d'invalidité 79

**6. Limitations en matière de prestations 79**
6.1 Principe 79
6.2 Exclusions en matière de prestations 79
6.3 Réduction des prestations 80
6.4 Décès provoqué par un ayant droit 80

**7. Frais de reconversion professionnelle 80**

**8. Indemnités 80**

**9. Comportement en cas de sinistre 80**

**10. Communications à l'assureur 80**

**11. Lieu d'exécution et for 81**

**12. Droit applicable 81**

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Assureur

L'assureur est la société SOLIDA Assurances SA, à Zurich (désignée ci-après par «assureur»).

ÖKK Versicherungen AG (désignée ci-après par «ÖKK») a passé, en qualité de preneur d'assurance, un contrat d'assurance collective avec SOLIDA en tant qu'assureur, en vue d'accorder la couverture d'assurance en cas de décès et d'invalidité par suite d'accident.

Les clients de ÖKK peuvent s'assurer auprès de SOLIDA contre les conséquences économiques d'un décès ou d'une invalidité en adressant une demande à ÖKK.

Dans ce cadre, le client de ÖKK ne conclut pas de contrat avec SOLIDA. La loi sur le contrat d'assurance confère toutefois à la personne assurée, en cas d'événement assuré, un droit direct à l'encontre de SOLIDA. ÖKK n'assume aucune responsabilité pour des prétentions de quelque nature que ce soit dans le cadre de cette assurance-accidents.

ÖKK Kranken- und Unfallversicherung AG, Landquart, (désignée ci-après par «ÖKK KUV AG») est habilitée à accomplir tous les actes au nom et pour le compte de ÖKK.

### 1.2 Dispositions communes

Les Dispositions communes (DC) de la gamme de produits ÖKK UNO ou ÖKK LIVE énoncées dans l'attestation d'assurance font foi. Les DC s'appliquent par analogie à cette assurance collective. Elles font partie intégrante des dispositions du présent produit d'assurance. Si les dispositions de ce produit d'assurance s'écartent des DC, les dispositions de ce produit d'assurance priment les DC.

### 1.3 Validité territoriale

La couverture d'assurance est valable dans le monde entier. En cas de départ à l'étranger, l'assurance prend fin l'année du départ (sauf si l'assurance a été suspendue).

### 1.4 Validité temporelle

Un accident et ses suites sont assurés si l'accident est survenu pendant la durée de la couverture d'assurance.

### 1.5 Conclusion de l'assurance

L'assurance peut être conclue jusqu'à l'âge de 65 ans révolus.

### 1.6 Détermination de l'âge

L'âge de la personne assurée déterminant pour l'assurance correspond à la différence entre l'année civile et l'année de naissance.

### 1.7 Personnes assurées

Sont assurées les personnes seules qui se sont annoncées pour l'assurance-accidents selon les présentes CGA et qui ont reçu l'attestation d'assurance.

### 1.8 Début, durée et fin de l'assurance

Le début, la durée et la fin de l'assurance sont régis par les DC, lesquelles sont applicables en vertu de l'attestation d'assurance.

### 1.9 Modifications de l'assurance

Une augmentation de la somme d'assurance est possible jusqu'à l'âge de 65 ans révolus.

### 1.10 Résiliation du contrat d'assurance collective

La couverture 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 couverture d'assurance.

### 1.11 Adaptation des bases contractuelles

Si les CGA sont adaptées à partir de l'année suivante, les nouvelles conditions d'assurance s'appliquent au partenaire contractuel. ÖKK communique cette adaptation au partenaire contractuel au plus tard 30 jours avant la fin de l'année civile. Le partenaire contractuel a alors le droit de résilier le contrat pour la fin de l'année civile en cours. La résiliation est considérée comme intervenue à temps si elle parvient à ÖKK au plus tard le dernier jour de l'année civile en cours. Si le partenaire contractuel ne fait pas usage de son droit de résiliation, l'adaptation des CGA est considérée comme acceptée.

## 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 à 9 LAA).

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

Les lésions corporelles suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures et froissements musculaires, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et 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.

Sont aussi considérées comme accidents:
- 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 ci-après, 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-violets, à l'exception des coups de soleil.

Ne sont pas considérés comme accidents les maladies de toutes sortes, en particulier les maladies infectieuses, les dommages causés par l'amiante, les effets de radiations de toutes sortes et les lésions causées par des mesures thérapeutiques qui ne sont pas liées à un accident assuré, ainsi que les atteintes portées à son propre corps.

## 3. Sommes d'assurance

### 3.1 Montant des sommes d'assurance

Les sommes d'assurance figurant sur l'attestation d'assurance font foi.

### 3.2 Sommes d'assurance maximales

3.2.1 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 12 ans.

3.2.2 Sommes d'assurance maximales à l'âge AVS

Les sommes d'assurance maximales pour les assurés dès l'âge de 66 ans (voir chiffre 1.6) 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 automatiquement réduites aux sommes d'assurance maximales au début de la nouvelle année civile.

La progression dans l'assurance en cas d'invalidité est supprimée.

## 4. Assurance du capital en cas de décès

### 4.1 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, à condition qu'une couverture accidents ait existé au moment de l'accident, le capital assuré en cas de décès

- u conjoint survivant ou au partenaire enregistré,
- 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 à parts égales.

Le conjoint et les enfants d'un mariage contracté après l'accident n'ont aucun droit à des prestations.

La personne assurée peut, en dérogation à la réglementation précitée, 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 10% de la somme d'assurance jusqu'à concurrence de CHF 10'000.

La prestation d'assurance est due indépendamment du fait que l'événement assuré ait ou non provoqué un dommage pécuniaire (assurance de sommes).

### 4.2 Double montant du capital en cas de décès

Lorsque le même accident cause le décès des deux parents ou des deux partenaires enregistrés, l'assureur verse le double montant du capital en cas de décès de chaque parent ou partenaire enregistré 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.

### 4.3 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.

## 5. Assurance de capital en cas d'invalidité

### 5.1 Principe

Si l'accident entraîne une invalidité théorique sur le plan médical et vraisemblablement permanente d'une personne assurée, l'assureur paie la somme d'assurance convenue en cas d'invalidité, à condition qu'une couverture accidents ait existé au moment de l'accident:

- 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. L'assureur est toutefois en droit de faire constater définitivement le degré d'invalidité cinq ans après l'accident ou plus tard. Le degré d'invalidité actuel au moment de la fixation est établi. Les modifications du degré d'invalidité survenant ultérieurement, c.-à-d. aussi les rechutes et séquelles tardives, ne sont plus assurées. Une incapacité de gain ou de travail survenue à la suite de l'événement 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.

### 5.2 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 et / ou
- la cécité totale.

### 5.3 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 majeur | 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'événement assuré | 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 fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) et l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA).

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.

### 5.4 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 en outre limitée à CHF 20'000.

La progression est supprimée.

### 5.5 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, déterminé selon les principes énoncés ci-dessus, est déduit lors de la détermination 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 détermination du degré d'invalidité et pas seulement au moment de fixer le capital en cas d'invalidité.

### 5.6 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 | 20 | 20 |
| 2 | 2 | 21 | 21 |
| 3 | 3 | 22 | 22 |
| 4 | 4 | 23 | 23 |
| 5 | 5 | 24 | 24 |
| 6 | 6 | 25 | 25 |
| 7 | 7 | 26 | 28 |
| 8 | 8 | 27 | 31 |
| 9 | 9 | 28 | 34 |
| 10 | 10 | 29 | 37 |
| 11 | 11 | 30 | 40 |
| 12 | 12 | 31 | 43 |
| 13 | 13 | 32 | 46 |
| 14 | 14 | 33 | 49 |
| 15 | 15 | 34 | 52 |
| 16 | 16 | 35 | 55 |
| 17 | 17 | 36 | 58 |
| 18 | 18 | 37 | 61 |
| 19 | 19 | 38 | 64 |

| Degré d'invalidité (%) | Indemnité (%) de la somme d'assurance | Degré d'invalidité (%) | Indemnité (%) de la somme d'assurance |
|---|---|---|---|
| 39 | 67 | 70 | 200 |
| 40 | 70 | 71 | 205 |
| 41 | 73 | 72 | 210 |
| 42 | 76 | 73 | 215 |
| 43 | 79 | 74 | 220 |
| 44 | 82 | 75 | 225 |
| 45 | 85 | 76 | 230 |
| 46 | 88 | 77 | 235 |
| 47 | 91 | 78 | 240 |
| 48 | 94 | 79 | 245 |
| 49 | 97 | 80 | 250 |
| 50 | 100 | 81 | 255 |
| 51 | 105 | 82 | 260 |
| 52 | 110 | 83 | 265 |
| 53 | 115 | 84 | 270 |
| 54 | 120 | 85 | 275 |
| 55 | 125 | 86 | 280 |
| 56 | 130 | 87 | 285 |
| 57 | 135 | 88 | 290 |
| 58 | 140 | 89 | 295 |
| 59 | 145 | 90 | 300 |
| 60 | 150 | 91 | 305 |
| 61 | 155 | 92 | 310 |
| 62 | 160 | 93 | 315 |
| 63 | 165 | 94 | 320 |
| 64 | 170 | 95 | 325 |
| 65 | 175 | 96 | 330 |
| 66 | 180 | 97 | 335 |
| 67 | 185 | 98 | 340 |
| 68 | 190 | 99 | 345 |
| 69 | 195 | 100 | 350 |

## 6. Limitations en matière de prestations

### 6.1 Principe

Les conditions relatives aux limitations sur le plan des prestations selon les DC, lesquelles sont applicables en vertu de l'attestation d'assurance, ne sont pas appliquées.

### 6.2 Exclusions en matière de prestations

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

a) à la suite de faits de guerre, de guerre civile ou d'événements similaires
   - en Suisse, dans la Principauté de Liechtenstein ou les pays limitrophes,
   - dans un autre pays étranger; à moins que l'accident survienne dans les 14 jours suivant le début de tels événements dans le pays où séjourne la personne assurée et qu'elle y ait été surprise par le déclenchement de faits de guerre,

b) à la suite de tremblements de terre en Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein,

c) à la suite de dangers extraordinaires. Sont considérés comme tels:
   - le service militaire à l'étranger,
   - la participation à des actes de guerre ou à des actes de terrorisme,
   - 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 pas 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 fauteurs de troubles ou en tant qu'instigatrice,

d) à la suite ou à l'occasion de la commission intentionnelle ou réfléchie de crimes ou de délits par la personne assurée, lors de la participation de la personne assurée à ces crimes ou à ces délits ou lors de leur tentative,
e) à la suite de l'effet de rayons ionisants et de dommages causés par l'énergie nucléaire,
f) 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,
g) à la suite 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),
h) à la suite d'un suicide ou d'atteintes à la santé que la personne assurée a portées intentionnellement ou dans un état d'incapacité totale ou partielle de discernement à son propre corps,
i) à la suite de l'absorption ou de l'injection intentionnelle de médicaments, de drogues et de produits chimiques,
j) à la suite d'interventions médicales ou chirurgicales qui n'étaient pas nécessaires du fait d'un accident assuré,
k) lors de l'utilisation d'aéronefs comme pilote militaire, autre membre d'équipage militaire et grenadier-parachutiste,
l) lors de sauts en parachute militaires,
m) 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,
n) dans le cadre des participations légales et réglementaires aux coûts de la personne assurée dans l'assurance obligatoire des soins.

### 6.3 Réduction des prestations

6.3.1 Négligence grave

L'assureur renonce à son droit de réduire les prestations lorsqu'un accident assuré a été provoqué par une négligence grave.

6.3.2 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 détermination du degré d'invalidité et pas seulement au moment de fixer le capital en cas d'invalidité.

6.3.3 Inobservation des obligations en cas de sinistre

Les prestations peuvent être réduites si, de par sa faute, la personne assurée manque à ses obligations.

6.3.4 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 à 39).

### 6.4 Décès provoqué par un ayant droit

Si une personne a provoqué le décès de la personne assurée par suite ou à l'occasion de la commission intentionnelle ou réfléchie de crimes ou de délits, de sa participation à ces crimes ou à ces délits ou de leur tentative, elle n'a pas le droit au capital décès.

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.

## 7. Frais de reconversion professionnelle

Si une reconversion professionnelle consécutive 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.

## 8. Indemnités

Les conditions relatives aux primes et aux paiements selon les DC, lesquelles sont applicables en vertu de l'attestation d'assurance, sont appliquées par analogie.

Les frais et charges à verser pour la couverture d'assurance sont calculés sur la base de la catégorie d'âge à laquelle la personne assurée appartient et du montant des sommes d'assurance. Les frais et charges sont garantis pour une année civile. Il n'existe pas de garantie tarifaire.

Les catégories d'âge s'étendent de 0 à 3 ans, de 4 à 15 ans, de 16 à 20 ans et de 21 à 65 ans. La dernière catégorie d'âge comprend les personnes plus âgées.

## 9. 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 et en bonne et due forme, 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.

## 10. 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.

## 11. 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.

## 12. Droit applicable

Pour la présente assurance sont applicables au surplus les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d’assurance (LCA) actuellement en vigueur.

# ÖKK CAPITAL-RISQUE EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ PAR SUITE DE MALADIE

Squarelife Insurance AG, édition 1.1.2023

## TABLE DES MATIÈRES


| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **Bases de l'assurance** | **83** |
| 1.1 | Bases juridiques | 83 |
| 1.2 | Objet et contenu de l'assurance | 83 |
| 1.3 | Dispositions communes | 83 |
| 1.4 | Parties contractantes et rapports d'assurance | 83 |
| 1.5 | Personnes assurées | 83 |
| 1.6 | Année d'assurance | 83 |
| 1.7 | Détermination de l'âge | 83 |
| 1.8 | Admission dans l'assurance | 83 |
| **2.** | **Demande d'admission** | **83** |
| 2.1 | Début de la couverture d'assurance | 83 |
| 2.2 | Demande d'admission | 83 |
| 2.3 | Pas de couverture d'assurance | 83 |
| 2.4 | Suppression de la couverture d'assurance | 83 |
| 2.5 | Validité de la couverture d'assurance | 83 |
| **3.** | **Début, durée et fin de l'assurance** | **83** |
| 3.1 | Début et durée de l'assurance | 83 |
| 3.2 | Modification de l'assurance | 83 |
| 3.3 | Suspension de l'assurance | 83 |
| 3.4 | Fin de l'assurance | 83 |
| **4.** | **Prestations** | **84** |
| 4.1 | Aperçu des prestations | 84 |
| 4.2 | Définitions | 84 |
| 4.3 | Sommes d'assurance | 84 |
| 4.4 | Capital en cas d'invalidité | 84 |
| 4.5 | Capital en cas de décès | 85 |
| 4.6 | Aucun droit aux prestations d'assurance | 86 |
| 4.7 | Réduction du droit aux prestations d'assurance | 86 |
| **5.** | **Obligations de la personne assurée** | **87** |
| 5.1 | Obligation de déclarer et examen de santé | 87 |
| 5.2 | Comportement en cas de sinistre | 87 |
| 5.3 | Obligations de collaborer en cas de maladie | 87 |
| 5.4 | Communications et avis | 87 |
| **6.** | **Frais et charges** | **87** |
| **7.** | **Dispositions particulières** | **87** |
| 7.1 | Service militaire | 87 |
| 7.2 | Lieu d'exécution | 87 |
| 7.3 | For et droit applicable | 87 |

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Bases juridiques

La demande d'admission individuelle, l'attestation d'assurance, les Dispositions communes (DC) et les Conditions générales (CGA CDI-M) de l'assurance complémentaire de capital-risque en cas de décès ou d'invalidité par suite de maladie constituent les bases du contrat «ÖKK CAPITAL-RISQUE EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ PAR SUITE DE MALADIE». La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) s'applique subsidiairement.

### 1.2 Objet et contenu de l'assurance

La présente assurance 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 capital-risque consiste en une prestation en capital unique destinée à couvrir les conséquences économiques du décès ou de l'invalidité par suite de maladie.

### 1.3 Dispositions communes

Les Dispositions communes (DC) de la gamme de produits ÖKK UNO ou ÖKK LIVE énoncées dans l'attestation d'assurance font foi. Elles font partie intégrante des dispositions du présent produit d'assurance. Si les dispositions de ce produit d'assurance s'écartent des DC, les dispositions de ce produit d'assurance priment les DC.

### 1.4 Parties contractantes et rapports d'assurance

ÖKK Versicherungen AG (désignée ci-après par «ÖKK») a passé, en qualité de preneur d'assurance, un contrat d'assurance collective avec Squarelife Insurance AG, Landstrasse 33, 9491 Ruggell, Liechtenstein (désignée ci-après par «Squarelife») en tant qu'assureur.

Les personnes assurées disposent, au titre du présent contrat, d'un droit d'action direct contre ÖKK (art. 95a LCA par rapport à l'art. 98 LCA).

### 1.5 Personnes assurées

Toute personne domiciliée en Suisse peut être assurée.

### 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

La personne requérante doit soumettre la demande d'admission après l'avoir remplie de manière complète et conforme à la vérité. Une admission n'est pas possible dans tous les cas. Aucun examen de santé n'est requis si la demande d'admission est soumise 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 ÖKK au partenaire contractuel, au plus tôt toutefois à la date mentionnée sur l'attestation d'assurance, pour autant que la personne assurée soit pleinement capable de travailler à la date de début de la couverture d'assurance.

### 2.2 Demande d'admission

La personne requérante doit remplir la demande d'admission de manière complète et conforme à la vérité et la renvoyer dûment signée à ÖKK. La personne assurée ou son représentant légal doit répondre intégralement et sincèrement aux questions liées à la santé et aux autres facteurs de risque.

### 2.3 Pas de couverture d'assurance

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, 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 (p. ex. casques bleus de l'ONU, bérets jaunes de l'OSCE, etc.).

### 2.5 Validité de la couverture d'assurance

La couverture d'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).

La conclusion de l'assurance est à tout moment possible, également au cours de l'année civile, avant que la personne assurée n'atteigne l'âge d'entrée. Une demande correspondante peut être déposée le premier jour de chaque mois.

### 3.2 Modification de l'assurance

Afin d'augmenter le capital assuré dans les limites des catégories d'âge et des sommes d'assurance prédéfinies, la personne assurée peut, avant d'atteindre l'âge terme, déposer une demande correspondante, sachant que ÖKK n'est pas tenue de l'accepter.

### 3.3 Suspension de l'assurance

Une suspension de l'assurance n'est pas possible.

### 3.4 Fin de l'assurance

L'assurance prend fin
- au décès de la personne assurée,
- avec le versement du capital assuré en cas de décès par suite de maladie incurable selon le chiffre 4.5.3,
- en cas d'invalidité totale de la personne assurée,
- le jour où la personne assurée atteint l'âge terme de 65 ans révolus,

L'assurance prend fin avant terme
- avec la résiliation par le partenaire contractuel de ÖKK,
- avec la résiliation consécutive à une réticence (art. 6 ss LCA), en cas de dommage partiel (art. 42 LCA) ou pour de justes motifs (art. 35b LCA),
- lorsque le partenaire contractuel de ÖKK ou la personne assurée établit son domicile dans un pays autre que la Suisse ou y séjourne pendant plus de 12 mois,
- dans les cas prévus par la loi, notamment en cas de frais et charges dus.

L'assurance s'éteint également en cas de résiliation du contrat d'assurance collective passé entre ÖKK et Squarelife. La résiliation doit être notifiée par écrit au partenaire contractuel au plus tard deux mois avant l'extinction de la couverture d'assurance.

## 4. Prestations

### 4.1 Aperçu des prestations

Dans les limites de la couverture d'assurance, ÖKK verse les prestations suivantes aux ayants 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 qui durera probablement jusqu'en fin de vie. Elle est reconnue par l'assureur

- lorsque la continuation du traitement médical ne permet pas d'espérer une amélioration sensible de la capacité de gain et
- lorsque l'incapacité de gain demeurera malgré des mesures de réadaptation et
- lorsqu'elle a existé durant une période d'au moins 12 mois.

Si l'invalidité est établie avant l'expiration du délai de 24 mois, l'assureur peut la reconnaître plus tôt.

4.2.2 Maladie

Par maladie, on entend une atteinte à la santé physique, psychique 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.

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 poursuite du traitement médical 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 reconversion professionnelle.

### 4.3 Sommes d'assurance

4.3.1 Montant des sommes d'assurance

Sont déterminants les montants figurant sur l'attestation d'assurance.

4.3.2 Sommes d'assurance minimales

La somme d'assurance minimale pour un capital en cas de décès et un capital en cas d'invalidité s'élève à CHF 10'000.

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.

4.3.3 Sommes d'assurance maximales

Les sommes maximales assurables sont calculées en fonction de l'âge de la personne assurée, conformément au tableau ci-après.

Décès

| Catégorie d'âge | Somme d'assurance maximale Décès (CHF) |
|---|---|
| 0–12* ans | 20'000* |
| 13–20 ans | 300'000 |
| 21–65** ans | 500'000 |

* 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 les chiffres 3.1 et 3.4

Invalidité

| Catégorie d'âge | Somme d'assurance maximale Invalidité (CHF) |
|---|---|
| 0–20 ans | 300'000 |
| 21–60 ans | 500'000 |
| 61–65** ans | 100'000 |

** Jusqu'à l'âge terme selon les chiffres 3.1 et 3.4

Lors du passage à la catégorie d'âge supérieure, les sommes d'assurance sont automatiquement réduites aux sommes maximales assurables de la catégorie d'âge correspondante et les frais et charges sont adaptés en conséquence. Dans tous les autres cas, les sommes d'assurance demeurent inchangées.

4.3.4 Causalité dépassante

Si la personne assurée décède avant le versement du capital en cas d'invalidité, seule la somme assurée en cas de décès est versée.

### 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'assurance 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 40% au moins.

En cas de rechute – c'est-à-dire en cas 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 et qu'un diagnostic conduisant à une invalidité selon le chiffre 4.4.3 est établi avec une certitude absolue, tout ou partie du capital assuré en cas d'invalidité peut être versé de manière anticipée.

L'assureur décide au cas par cas.

4.4.3 Diagnostic conduisant à une invalidité avec une certitude absolue

En cas de diagnostic conduisant à une invalidité avec une certitude absolue, l'assureur verse un acompte immédiat pouvant atteindre CHF 20'000 sur le capital d'invalidité, et ce sans attendre le délai d'attente.

Il y a diagnostic conduisant à une invalidité avec une certitude absolue lorsque celui-ci est établi par le médecin traitant et confirmé par l'expert mandaté par l'assureur.

Les prestations de cette assurance sont versées exclusivement pour les diagnostics conduisant à une invalidité avec une certitude absolue, énumérés de manière exhaustive ci-après:

- perte visuelle totale
- perte auditive totale
- sclérose en plaques à partir d'un degré de gravité de 3,5 sur l'échelle EDSS (Expanded Disability Status Scale)
- maladie de Parkinson à partir du stade 3 sur l'échelle de Hoehn et Yahr
- démence
- paraplégie
- tétraplégie
- amputation d'au moins une main ou des deux jambes au-dessus de l'articulation du genou

4.4.4 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.

4.4.5 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.

- 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 40%, 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 40% ne donne pas droit au versement d'un capital en cas d'invalidité.

4.4.6 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.

4.4.7 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. En principe, le degré d'invalidité déterminé en bonne et due forme par l'assurance-invalidité fédérale est reconnu.

Pour les personnes exerçant une activité lucrative et 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 exerçant une activité lucrative et 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 personnes exerçant une activité lucrative indépendante, 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 pourcentage du revenu antérieur, correspond au degré d'incapacité de gain.

4.4.8 Détermination du degré d'incapacité de gain des adultes exerçant ou n'exerçant pas une activité lucrative

Pour les personnes qui n'exercent aucune activité lucrative ou qui cessent entièrement ou partiellement d'exercer leur activité lucrative pour des raisons sans rapport avec leur 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 pourcentage, correspond au degré d'incapacité de gain. En principe, le degré d'invalidité déterminé en bonne et due forme par l'assurance-invalidité (AI) est reconnu.

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'AI.

4.4.9 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 lorsque la personne assurée décède pendant la durée de la couverture d'assurance.

L'assureur renonce à 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 Maladie incurable
Si, chez une personne assurée, une maladie grave a été diagnostiquée avec une espérance de vie escomptée de 12 mois au maximum après le début de l'assurance et au moins 12 mois avant la fin de la durée de l'assurance, l'assureur verse la somme assurée en cas de décès, valable au moment du diagnostic, du vivant de la personne assurée, si cela est constaté par le médecin traitant et confirmé par l'expert mandaté par l'assureur, et dans la mesure où aucune restriction découlant des présentes CGA CDI-M, DC ou des dispositions légales applicables ne s'y oppose.

La couverture d'assurance prend fin avec le paiement de la somme assurée pour la maladie grave avec une espérance de vie escomptée de 12 mois au maximum. Aux fins du présent contrat, une «maladie grave avec une espérance de vie escomptée de 12 mois au maximum» est définie comme une maladie avancée, à évolution rapide et incurable pour laquelle l'espérance de vie est de 12 mois ou moins selon l'avis du médecin traitant et de l'expert mandaté par l'assureur.

Si une personne assurée contracte par sa faute une maladie grave avec une espérance de vie escomptée de 12 mois au maximum (que la personne assurée ait été capable de discernement ou non à ce moment-là), l'assureur est libéré de son obligation de prestation.

4.5.4 Clause bénéficiaire
Sauf dispositions contraires pour le versement du capital en cas de décès sont considérées comme bénéficiaires les personnes ci-dessous, cela dans l'ordre de priorité indiqué:
- dans le cas du chiffre 4.5.3, la personne assurée,
- à son décès, la conjointe, le conjoint, la partenaire enregistrée ou le partenaire enregistré de la personne assurée,
- à défaut, les enfants de la personne assurée,
- à défaut, les parents de la personne assurée,
- à défaut, les autres héritiers de la personne assurée, à l'exclusion des collectivités publiques.

Le partenaire contractuel est autorisé en tout temps, avant le décès de la personne assurée, à modifier l'ordre des bénéficiaires, à en exclure ou à en désigner d'autres, pour autant qu'il n'ait pas procédé au préalable à une désignation irrévocable de ceux-ci. Des personnes morales peuvent également être désignées comme bénéficiaires. La modification de la clause bénéficiaire doit être communiquée par écrit.

**4.6 Aucun 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'événement assuré a été causé par un accident au sens des DC applicables en vertu de l'attestation d'assurance. De même, les maladies professionnelles au sens de la LAA ne confèrent aucun doit 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 assimilées à un accident, mentionnées dans les DC applicables en vertu de l'attestation d'assurance, à moins qu'elles ne soient dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie,
- les gelures, coups de chaleur, insolations ainsi que les atteintes à la santé causées par des rayons ultraviolets ainsi que leurs suites, à l'exception des coups de soleil et de 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 la personne assurée a commis l'acte ayant causé son incapacité de gain en état d'absence de discernement.

L'assureur renonce à 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 ou le décès de la personne assurée sont dus 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 demande d'admission, même si elle 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.

4.6.7 Autres exclusions de prestations
En outre, il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance dans les cas visés au chiffre 6.4.2 des DC (exclusion de prestations).

**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 partiels 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.

4.7.3 Autres limitations de prestations
En outre, il existe des limitations de prestations dans les cas visés au chiffre 6.4.3 des DC (limitations de prestations).

4.7.4 Justification des droits
Les pièces exigées pour justifier le 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 / décision AI / 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 ÖKK et de l'assureur.

4.7.5 Versement des prestations d'assurance

La prestation d'assurance est versée après que l'ayant droit a présenté tous les documents nécessaires à l'examen et à l'évaluation du droit aux prestations et que l'examen s'avère positif.

La prestation d'assurance est exigible quatre semaines après la réception par l'assureur de tous les documents et informations nécessaires à la justification du droit, mais au plus tôt à l'expiration du délai d'attente en cas d'invalidité. Les frais et charges sont dus jusqu'à cette date.

La prestation d'assurance est versée en francs suisses (CHF) sur un compte indiqué par l'ayant droit auprès d'une banque en Suisse ou de La Poste suisse.

## 5. Obligations de la personne assurée

### 5.1 Obligation de déclarer et examen de santé

Tous les faits importants pour l'appréciation du risque doivent être déclarés de manière complète et conforme à la vérité dans la demande d'admission, dans la mesure où ils sont connus ou devraient être connus. Si de tels faits sont communiqués de manière inexacte ou dissimulés, ÖKK est en droit de résilier le contrat au moyen d'une déclaration écrite, dans un délai de quatre semaines après avoir eu connaissance de la réticence. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au partenaire contractuel.

Si le contrat prend fin par résiliation, l'obligation de verser des prestations s'éteint également pour les 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 les prestations ont déjà été versées, il existe un droit à leur remboursement. Aucun remboursement des frais et charges ne peut être exigé pour la couverture d'assurance.

### 5.2 Comportement en cas de sinistre

Une maladie susceptible d'entraîner une obligation d'allouer des prestations doit être annoncée sans délai.

Un cas de décès doit être annoncé sans tarder, mais 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.

### 5.3 Obligations de collaborer 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 désignés. La personne assurée doit se soumettre aux examens et instructions des médecins que l'assureur mandate à ses frais.

Si l'ayant droit viole l'une de ces obligations, le droit aux prestations ne prend pas naissance et l'assureur est en droit de refuser les prestations, à moins qu'il ne résulte des circonstances que la violation n'est pas imputable à l'ayant droit ou que l'ayant droit prouve que la violation n'a eu aucune influence sur la survenance de l'événement redouté et sur l'étendue des prestations dues par l'assureur. Dans tous les cas, l'obligation de verser les frais et charges pour la couverture d'assurance reste applicable.

### 5.4 Communications et avis

Toutes les communications et déclarations doivent être adressées à ÖKK et ne sont juridiquement valables que si elles sont remises sous la forme écrite par e-mail ou par voie postale.

## 6. Frais et charges

Les frais et charges à verser pour la couverture d'assurance sont calculées sur la base de la catégorie d'âge à laquelle la personne assurée appartient et du montant des sommes d'assurance. Les frais et charges sont garantis pour une année civile. Il n'existe pas de garantie tarifaire.

Les catégories d'âge sont de 0 à 3 ans et de 4 à 15 ans. Ensuite, chaque catégorie d'âge comprend 5 ans, c'est-à-dire de 16 à 20 ans, de 21 à 25 ans, etc. La dernière catégorie d'âge s'étend de 61 à 65 ans.

## 7. Dispositions particulières

### 7.1 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 opérations de guerre dans l'un et l'autre cas – est considéré comme service militaire en temps de paix et 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.

### 7.2 Lieu d'exécution

Le lieu d'exécution est le domicile suisse de l'ayant droit. A défaut d'un tel domicile, l'assureur exécute ses obligations au siège de ÖKK.

### 7.3 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 ÖKK. Le présent contrat est exclusivement régi par le droit suisse.

# ÖKK COMPENSA

ÖKK Versicherungen AG, édition 1.1.2022

## TABLE DES MATIÈRES


| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **Bases de l'assurance** | **89** |
| 1.1 | Assureur | 89 |
| 1.2 | Dispositions communes | 89 |
| 1.3 | But | 89 |
| **2.** | **Validité territoriale** | **89** |
| 2.1 | En général | 89 |
| 2.2 | Incapacité de travail à l'étranger | 89 |
| 2.3 | Séjour à l'étranger en cas d'incapacité de travail | 89 |
| **3.** | **Conclusion de l'assurance** | **89** |
| 3.1 | Conditions d'admission | 89 |
| 3.2 | Certificat médical | 89 |
| 3.3 | Passage depuis l'assurance collective | 89 |
| 3.4 | Age de la retraite AVS | 89 |
| **4.** | **Résiliation** | **89** |
| 4.1 | Résiliation extraordinaire | 89 |
| 4.2 | Autres motifs justifiant la fin du contrat | 89 |
| **5.** | **Possibilités d'assurance** | **89** |
| **6.** | **Etendue de l'assurance** | **89** |
| 6.1 | Montant de l'indemnité journalière assurée | 89 |
| 6.2 | Base de calcul des indemnités journalières | 90 |
| 6.3 | Couverture maximale | 90 |
| 6.4 | Couverture des accidents | 90 |
| 6.5 | Accouchement | 90 |
| 6.6 | Début des prestations et délais d'attente | 90 |
| 6.7 | Adaptation de l'assurance | 90 |
| **7.** | **Prestations d'assurance** | **90** |
| 7.1 | Conditions pour l'octroi des prestations | 90 |
| 7.2 | Etendue des prestations | 90 |
| 7.3 | Durée des prestations | 91 |
| 7.4 | Limitations en matière de prestations | 91 |
| **8.** | **Obligations de collaborer en cas de maladie et d'accident** | **91** |
| 8.1 | Obligation de déclarer | 91 |
| 8.2 | Obligation de renseigner | 92 |
| **9.** | **Primes et paiements** | **92** |
| 9.1 | Montant des primes | 92 |
| 9.2 | Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP) | 92 |
| 9.3 | Versement des prestations | 92 |
| **10.** | **Prestations de tiers** | **92** |
| 10.1 | Salariés et personnes sans activité lucrative | 92 |
| 10.2 | Indépendants | 92 |

## 1. Bases de l'assurance

### 1.1 Assureur

L'assureur est la société ÖKK Versicherungen AG, Landquart (désignée ci-après par «assureur»).

### 1.2 Dispositions communes

Les Dispositions communes (DC) de la gamme de produits ÖKK UNO ou ÖKK LIVE énoncées dans la police d'assurance font foi. Elles font partie intégrante des dispositions du présent produit d'assurance. Si les dispositions de ce produit d'assurance s'écartent des DC, les dispositions de ce produit d'assurance priment les DC.

### 1.3 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.

## 2. Validité territoriale

### 2.1 En général

La couverture d'assurance est valable dans le monde entier.

### 2.2 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.

### 2.3 Séjour à l'étranger en cas d'incapacité de travail

Lorsqu'une personne assurée incapable de travailler et ayant droit aux prestations se rend à l'étranger sans l'accord de l'assureur, elle n'a pas droit aux prestations pendant la durée de son séjour à l'étranger. Cette restriction ne s'applique pas aux frontaliers qui séjournent en Suisse.

## 3. Conclusion de l'assurance

### 3.1 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 au moins 15 ans révolus 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 proposition et
- ils sont domiciliés en Suisse.

### 3.2 Certificat médical

L'assureur peut demander un certificat médical ou un examen par un médecin-conseil. Il peut désigner le médecin et prend les frais à sa charge.

### 3.3 Passage depuis l'assurance collective

Les CGA de ÖKK ASSURANCE PERTE DE GAIN (LCA) s'appliquent au passage de l'assurance collective dans l'assurance individuelle.

Les frontaliers peuvent passer de l'assurance collective d'indemnités journalières dans cette assurance individuelle lorsqu'ils continuent de travailler en Suisse immédiatement après leur sortie de l'assurance collective d'indemnités journalières et qu'ils ne peuvent pas s'affilier à une autre assurance collective d'indemnités journalières ou s'ils ont le statut de personnes au chômage au sens de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI) et ont droit aux indemnités journalières au titre de l'assurance-chômage.

### 3.4 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.

## 4. Résiliation

### 4.1 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 l'assureur, avoir lieu pour la fin d'un mois et moyennant un préavis d'un mois.

### 4.2 Autres motifs justifiant la fin du contrat

Outre les motifs de résiliation mentionnés dans les DC, lesquelles sont applicables en vertu de la police d'assurance, 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 dans un pays limitrophe
c) en cas de départ à la retraite. Toutefois, un maintien de l'assurance peut être demandé jusqu'à l'âge de 70 ans révolus
d) en cas de départ à l'étranger; en est exceptée la prise de domicile dans un pays limitrophe

L'assureur peut se départir du contrat dans les quatre semaines

e) lorsque la personne assurée s'oppose gravement et à plusieurs reprises aux décisions de l'assureur ou aux instructions du médecin.
f) en cas de réticence au moment du dépôt de la proposition ainsi qu'en cas d'escroquerie ou de tentative d'escroquerie à l'assurance.

## 5. Possibilités 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.

## 6. Etendue de l'assurance

### 6.1 Montant de l'indemnité journalière assurée

Le montant de l'indemnité journalière est convenu entre la personne assurée et l'assureur.

### 6.2 Base de calcul des indemnités journalières

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.

### 6.3 Couverture maximale

6.3.1 Indemnité journalière assurable

L'indemnité journalière assurable est limitée à CHF 200'000 par année. Pour les personnes qui sont transférées depuis une assurance collective de l'assureur, elle est limitée à CHF 250'000 par année.

6.3.2 Indépendants

Les personnes assurées 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 la personne assurée, 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.

6.3.3 Salariés

Les personnes assurées dont le revenu provient de rapports de travail salariés peuvent s'assurer jusqu'à concurrence du salaire brut soumis à l'AVS.

6.3.4 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.

6.3.5 Personnes au chômage

La couverture maximale pour les personnes au chômage correspond au montant de l'indemnité de chômage dont elles sont privées.

### 6.4 Couverture des accidents

La couverture des accidents peut être incluse dans l'assurance ou être assurée à elle seule.

### 6.5 Accouchement

La couverture de la perte de gain par suite d'accouchement est incluse dans l'indemnité journalière en cas de maladie.

### 6.6 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.

Lorsque l'âge donnant droit à la rente AVS est atteint, les délais d'attente convenus de 60 jours et plus sont transformés en un délai d'attente de 30 jours.

### 6.7 Adaptation de l'assurance

6.7.1 Indexation

La personne assurée peut demander l'adaptation de son assurance au renchérissement annuel selon l'indice suisse des prix à la consommation. L'assureur 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.

6.7.2 Personnes au chômage

Les personnes au chômage peuvent, moyennant une adaptation correspondante des primes et indépendamment de leur état de santé, transformer leur assurance en une assurance assortie d'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.

## 7. Prestations d'assurance

### 7.1 Conditions pour l'octroi des prestations

7.1.1 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%.

7.1.2 Certificat médical

Le versement d'indemnités journalières présuppose la présentation d'un certificat médical attestant l'incapacité de travail de la personne assurée. L'attestation doit être établie par un médecin ou chiropraticien reconnu par l'assureur (selon le chiffre 6.1.9 des DC ÖKK LIVE ou le chiffre 6.1.11 des DC ÖKK UNO).

L'apposition d'une antidate sur les certificats médicaux et les déclarations de maladie ou d'accident est admise jusqu'à trois jours au maximum.

### 7.2 Etendue des prestations

7.2.1 En général

Les prestations se calculent d'après l'étendue d'assurance convenue et les présentes conditions d'assurance.

7.2.2 Indépendants et personnes sans activité lucrative

Pour les indépendants et les personnes sans activité lucrative, l'assureur alloue la somme des indemnités journalières convenues.

7.2.3 Salariés

Pour les salariés, le montant total des indemnités journalières allouées ne peut pas dépasser la perte de gain subie par la personne assurée.

7.2.4 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.

7.2.5 Accident
Si le risque accident est assuré, les prestations en cas d'accident sont les mêmes qu'en cas de maladie.

7.2.6 Accouchement
Les indemnités journalières en cas d'accouchement sont versées, pour autant qu'une couverture équivalente ait existé, avant l'accouchement, auprès de l'assureur ou d'un autre assureur sans interruption depuis au moins 270 jours (délai d'attente en cas de maternité).

Les personnes 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 des personnes sans activité lucrative.

En cas d'accouchement, ÖKK 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.

### 7.3 Durée des prestations
7.3.1 Principe
En cas de maladie ou d'accident, l'indemnité journalière assurée est versée pendant 730 ou 365 jours au maximum. La durée des prestations est mentionnée 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 a été capable de travailler sans interruption pendant 12 mois depuis la fin du 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.

7.3.2 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. que 2 semaines supplémentaires à hauteur de l'indemnité journalière assurée en cas d'accouchement s'ajoutent à l'allocation de maternité selon la LAPG. Si la durée de l'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 survenant pendant 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.

7.3.3 Age de la retraite AVS
En cas de maintien de l'assurance à l'âge AVS, un droit à l'indemnité journalière assurée existe durant 90 jours, pour les personnes passant d'une assurance collective de l'assureur durant 180 jours, mais tout au plus jusqu'à l'âge de 70 ans révolus.

7.3.4 Personnes au chômage
Les personnes au chômage 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.

7.3.5 Passage depuis 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.

### 7.4 Limitations en matière de prestations
7.4.1 Exclusion des prestations
Outre les exclusions des prestations mentionnées dans les DC, lesquelles sont applicables en vertu de la police d'assurance, il n'existe aucun droit aux prestations d'assurance

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, sous réserve d'obligations périodiques en matière de prestations au sens de l'art. 35c LCA.

7.4.2 Restrictions en matière de prestations
Outre les exclusions de prestations mentionnées dans les DC, lesquelles sont applicables en vertu de la police d'assurance, 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 plusieurs reprises aux décisions de l'assureur ou aux instructions du médecin;
c) lorsque la personne assurée refuse de se soumettre à un examen de contrôle que l'assureur 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.

Demeurent réservées les dispositions de l'art. 45 LCA.

7.4.3 Obligation de restituer
La personne assurée est tenue de restituer à l'assureur les prestations touchées par erreur ou à tort.

## 8. Obligations de collaborer en cas de maladie et d'accident
### 8.1 Obligation de déclarer
La personne assurée doit informer l'assureur 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 plus de 21 jours, l'incapacité de travail doit être annoncée au plus tard une semaine avant une éventuelle demande de prestations.

L'attestation établie par le médecin ou le chiropraticien doit être présentée à l'assureur 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.

Sous réserve de l'art. 45 LCA, l'assureur n'accorde les prestations, en cas d'omission sans raison valable, qu'à partir du jour de réception de l'avis. L'apposition d'une antidate sur les certificats médicaux et les avis de maladie ou d'accident est admise 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 de l'incapacité de travail doit être annoncée immédiatement à l'assureur.

### 8.2 Obligation de renseigner

En cas d'accident, la personne assurée met à disposition de l'assureur 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, l'assureur est en droit d'exiger de la personne assurée qu'elle consulte un médecin le premier jour de l'incapacité de travail.

L'assureur 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 appliquées en outre les obligations de renseigner selon les DC, lesquelles sont applicables en vertu de la police d'assurance.

## 9. Primes et paiements

### 9.1 Montant des primes

Le montant des primes est fixé conformément au risque, par exemple 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 DC applicables en vertu de la police d'assurance, sont appliquées pour la fixation des primes, le paiement des primes, le retard dans le paiement ainsi que pour l'adaptation des primes.

### 9.2 Rabais en cas de non-recours aux prestations (RNRP)

9.2.1 Principe

Un rabais de prime est accordé lorsque la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation.

9.2.2 Période de référence

Est réputée période de référence la période allant du 1er septembre (ou à partir du début de l'assurance) au 31 août de l'année suivante. 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.

9.2.3 Echelons de rabais

L'assureur 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.

9.2.4 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.

9.2.5 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 à partir du 1er janvier de la quatrième année.

9.2.6 Modification de la couverture d'assurance

En cas de modification de la couverture d'assurance au sein de ÖKK COMPENSA, l'échelon de rabais reste acquis.

### 9.3 Versement des prestations

9.3.1 Versement des indemnités journalières

L'indemnité journalière est versée après que la personne assurée a recouvré 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.

9.3.2 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 l'assureur dispose du décompte de l'allocation de maternité selon la LAPG.

## 10. Prestations de tiers

### 10.1 Salariés et personnes sans activité lucrative

Les jours où des prestations partielles sont allouées 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 appliquées en outre les réglementations relatives aux prestations de tiers, lesquelles sont applicables en vertu de la police d'assurance. La personne assurée cède à l'assureur ses éventuels droits à des versements complémentaires vis-à-vis des assurances sociales, dans la mesure où celui-ci a avancé des prestations.

### 10.2 Indépendants

Pour les personnes exerçant une activité lucrative indépendante, l'étendue des prestations correspond à la somme des indemnités journalières convenues.

Sont appliquées en outre les réglementations relatives aux prestations de tiers, lesquelles sont applicables en vertu de la police d'assurance, à l'exception de la réglementation relative à la surassurance.

La personne assurée cède à l'assureur ses éventuels droits à des versements complémentaires vis-à-vis des assurances sociales, dans la mesure où celui-ci a avancé des prestations.

ÖKK

0800 838 000
info@oekk.ch
oekk.ch

ÖKK320f/10.22