

Assurance pour décès ou invalidité par accident

Conditions générales d'assurance (CGA)
Edition 02.2016

Table des matières

I	Notions et contenu	2	III	Primes	4
1	Bases du contrat	2	15	Prime de départ et adaptations des primes en fonction de groupes d'âge tarifaires	4
2	Champ d'application territorial	2	16	Modification des tarifs de primes	4
3	Personnes assurées	2	17	Sommation et retard de paiement	4
4	Limite d'âge – Adaptation de l'assurance	2	IV	Dispositions diverses	5
5	Définition de l'accident	2	18	Obligation de déclaration	5
6	Extension de la garantie	2	19	Traitement médical	5
II	Prestations de l'assureur	2	20	Conséquences de l'inexécution des obligations contractuelles	5
7	Sommes assurées	2	21	Durée de l'assurance, résiliation	5
8	Ayants droit en cas de décès	2	22	Communications à l'assureur	5
9	Cas d'invalidité	3	23	Lieu d'exécution et for juridique	5
10	Versement des prestations	4	24	Droit applicable et protection des données	5
11	Frais de réadaptation professionnelle	4			
12	Exclusions	4			
13	Influence de facteurs étrangers à l'accident	4			
14	Expertise	4			

I Notions et contenu

1 Bases du contrat

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

2 Champ d'application territorial

La couverture d'assurance est valable pour les accidents professionnels et non professionnels dans le monde entier; en dehors d'Europe, cependant seulement pendant des voyages et des séjours jusqu'à 3 ans au maximum. Dans la mesure où l'assureur garantit à la personne assurée l'assurance pour l'International Health Plan (IHP), l'assurance est valable dans le monde entier, sans limitation de temps.

3 Personnes assurées

L'assurance pour décès ou invalidité par accident (ADI) peut être conclue par des personnes domiciliées en Suisse. Les personnes qui concluent la couverture d'assurance «International Health Plan (IHP)» ont également le droit de conclure une assurance pour décès ou invalidité par accident (ADI).

4 Limite d'âge – Adaptation de l'assurance

La présente assurance peut être conclue par toute personne jusqu'à la fin de l'année civile dans laquelle les 65 ans sont révolus.

Pour les personnes ayant 70 ans révolus, les sommes d'assurance maximales suivantes sont applicables:

décès: CHF 20 000
invalidité: CHF 40 000, variante de progressivité A, 225% selon chiffre 9.

Lorsque cette limite d'âge de 70 ans révolus est atteinte, les sommes d'assurance sont diminuées en conséquence pour l'année civile suivante.

Si la personne assurée n'est pas d'accord avec la réduction des prestations, le contrat s'éteint à la fin de l'année civile où la personne concernée a atteint 70 ans révolus.

5 Définition de l'accident

Par accident on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Il n'y a responsabilité pour une atteinte à la santé que dans la mesure où celle-ci a un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Le lien de causalité adéquate doit être examiné selon les dispositions du droit des assurances sociales et de la jurisprudence en matière du droit des assurances sociales. La CSS garantit une protection d'assurance pour les accidents survenus et déclarés pendant la durée du contrat.

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

- les fractures;
- les déboitements d'articulations;
- les déchirures du ménisque;
- les déchirures de muscles;
- les froissements de muscles;

- les déchirures de tendons;
- les lésions de ligaments;
- les lésions du tympan;
- les gelures;
- les coups de chaleur;
- les insulations ainsi que les atteintes à la santé résultant de rayons ultraviolets, à l'exception des coups de soleil;
- les fractures de dents.

Ne sont pas considérés comme accidents:

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

Accidents aériens:

L'assurance s'étend aux accidents dont est victime la personne assurée lors de l'utilisation, en qualité de passager, pilote, autre membre d'équipage, moniteur de vol et élève-pilote, d'aéronefs de toutes sortes, y compris le deltaplane, le parachutisme ou le parapente, pour autant qu'ils soient admis officiellement à voler.

Demeurent exclus de cette garantie les accidents survenant à la suite d'infractions intentionnelles aux prescriptions des autorités ainsi qu'en cas de défaut des autorisations et documents officiellement requis. Lorsque plusieurs personnes assurées utilisent en même temps le même aéronef, les garanties assurées par l'assureur ne peuvent dépasser, pour l'ensemble des personnes assurées, CHF 2 millions en cas de décès et CHF 4 millions en cas d'invalidité.

6 Extension de la garantie

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

II Prestations de l'assureur

7 Sommes assurées

- Les sommes assurées sont mentionnées dans la police d'assurance.
- Pour les enfants assurés qui n'ont pas encore deux ans et six mois, la prestation est limitée à CHF 2500 en cas de décès.
- Pour les enfants assurés qui n'ont pas encore atteint l'âge de douze ans révolus, la prestation en cas de décès est limitée à CHF 20 000.
- Si, pour un accident, il existe un droit à un capital invalidité, le droit à la somme convenue en cas de décès suite à ce même accident s'éteint.

8 Ayants droit en cas de décès

S'il est établi que la personne assurée est décédée des suites d'un accident dans un délai de cinq ans à compter de celui-ci, l'assureur verse la somme assurée convenue en cas de décès aux personnes ci-après, chaque groupe n'étant bénéficiaire qu'à défaut du précédent:

- Époux/partenaire enregistré
- En l'absence de celui-ci, les enfants
- En l'absence de ceux-ci, les autres héritiers légaux, à l'exclusion de la collectivité publique.

La personne assurée peut en tout temps désigner, par communication écrite, d'autres bénéficiaires.

S'il n'existe aucun survivant ayant droit, l'assureur ne paie

que les frais funéraires, jusqu'à concurrence de 10% au maximum de la somme convenue en cas de décès.

Si le même événement entraîne le décès de la personne assurée et de son conjoint/de son partenaire enregistré qui n'est pas assuré auprès de l'assureur, la somme d'assurance convenue en cas de décès est doublée. Si les deux époux/partenaires enregistrés sont concernés par l'événement et assurés auprès de l'assureur, la prestation est décomptée individuellement par personne assurée en fonction de la police d'assurance.

9 Cas d'invalidité

Si une invalidité médico-théorique considérée comme permanente survient à la suite d'un accident, la personne assurée a droit à un capital en fonction:

- la somme d'assurance convenue;
- le degré d'invalidité ainsi que
- la progressivité choisie (A ou B).

En cas de perte ou de privation totale de l'usage d'un membre, d'un organe ou d'un sens, le taux d'invalidité est déterminé selon le barème suivant:

Paralysie généralisée, troubles psychiques incurables excluant toute activité lucrative, cécité totale	100 %
Les deux bras ou mains, les deux jambes ou pieds	100 %
Un bras à la hauteur du coude ou au-dessus	70 %
Un avant-bras ou une main	60 %
Une jambe à la hauteur de l'articulation du genou ou au-dessus	60 %
Une jambe au-dessous du genou	50 %
Un pouce	25 %
Un index	15 %
Un autre doigt	10 %
Un pied	40 %
Un gros orteil	10 %
Un autre orteil	3 %
L'odorat ou le goût	15 %
Un œil	30 %
Un œil (si la vue de l'autre œil était déjà perdue avant l'accident)	70 %
L'ouïe des deux oreilles	60 %
L'ouïe d'une oreille	15 %
L'ouïe d'une oreille (si l'ouïe de l'autre oreille était déjà perdue avant l'accident)	45 %
Perte totale de la parole	60 %
Un rein	20 %
La rate	10 %

En cas de perte ou de privation partielle de l'usage d'un membre, d'un organe ou d'un sens, le taux d'invalidité est réduit proportionnellement.

Si le dommage corporel résultant de l'accident affecte un membre ou un organe déjà mutilé ou lésé auparavant, les prestations sont réduites proportionnellement.

Lorsque plusieurs membres ou organes sont simultanément atteints lors de l'accident, le degré d'invalidité s'obtient par addition des taux respectifs; il ne peut cependant jamais dépasser 100%.

Dans les cas non prévus ci-dessus, le degré d'invalidité est déterminé en fonction de constatations médicales. Est toujours déterminante l'invalidité médico-théorique.

Lors de la détermination du degré d'invalidité, l'assureur peut se baser sur les constatations des assurances sociales.

Si le degré d'invalidité est inférieur ou égal à 25%, l'assureur verse le pourcentage correspondant du capital d'invalidité simple convenue.

Si le degré d'invalidité est supérieur à 25%, le montant de l'indemnité progressive est déterminé d'après le barème ci-dessous, en fonction de la variante d'assurance conclue:

Degré d'invalidité	Prestations		Degré d'invalidité	Prestations	
	%	A %		B %	%
26	27	28	64	117	170
27	29	31	65	120	175
28	31	34	66	123	180
29	33	37	67	126	185
30	35	40	68	129	190
31	37	43	69	132	195
32	39	46	70	135	200
33	41	49	71	138	205
34	43	52	72	141	210
35	45	55	73	144	215
36	47	58	74	147	220
37	49	61	75	150	225
38	51	64	76	153	230
39	53	67	77	156	235
40	55	70	78	159	240
41	57	73	79	162	245
42	59	76	80	165	250
43	61	79	81	168	255
44	63	82	82	171	260
45	65	85	83	174	265
46	67	88	84	177	270
47	69	91	85	180	275
48	71	94	86	183	280
49	73	97	87	186	285
50	75	100	88	189	290
51	78	105	89	192	295
52	81	110	90	195	300
53	84	115	91	198	305
54	87	120	92	201	310
55	90	125	93	204	315
56	93	130	94	207	320
57	96	135	95	210	325
58	99	140	96	213	330
59	102	145	97	216	335
60	105	150	98	219	340
61	108	155	99	222	345
62	111	160	100	225	350
63	114	165			

Sauf mention contraire sur la police d'assurance, l'assureur alloue l'indemnité selon la variante de progressivité A.

10 Versement des prestations

L'indemnité pour invalidité est versée dès qu'une invalidité médico-théorique considérée comme permanente est constatée et déterminée. L'indemnité est due exclusivement à la personne assurée; le droit n'est pas transmissible par héritage.

11 Frais de réadaptation professionnelle

Si, à la suite d'un accident pour lequel l'assureur a versé une prestation en capital, une réadaptation professionnelle s'avère nécessaire, l'assureur prend à sa charge subsidiairement les frais adéquats jusqu'à concurrence d'un montant maximum de 10% de la somme convenue pour l'invalidité (sans prise en compte de la progression).

12 Exclusions

Sont exclus de l'assurance:

- a) les accidents résultant d'un conflit armé ou de faits de guerre, à moins que l'accident ne survienne dans les 14 jours à compter du début des hostilités dans le pays où séjourne la personne assurée et que cette dernière ait été surprise par le déclenchement des événements de guerre;
- b) les accidents du fait de tremblements de terre en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein;
- c) les accidents en rapport avec le service dans une armée étrangère;
- d) les atteintes à la santé dues à des radiations ionisantes, à l'exception de celles consécutives à des traitements aux rayons nécessités par un accident assuré et prescrits par un médecin;
- e) les accidents survenant en cas de participation à des actes de guerre, des désordres, des grèves, des actes d'terrorisme, ainsi que lors de la perpétration de crimes ou délits;
- f) les accidents résultant de la participation à des rixes ou bagarres, à moins que la personne assurée ait été blessée par les protagonistes alors qu'elle n'y prenait aucune part ou qu'elle venait en aide à une personne sans défense;
- g) les accidents dont sont victimes des conducteurs de véhicules à moteur ou des cyclistes qui, au moment de l'accident, conduisaient avec un degré d'alcoolémie égal ou supérieur à 1,8 gr 0/00;
- h) abus de médicaments, de drogues ou d'alcool;
- i) les accidents survenant lors de la participation à des compétitions de véhicules à moteur de toutes sortes ainsi que lors des courses d'entraînement;
- j) les accidents consécutifs à des entreprises téméraires: les entreprises téméraires sont celles par lesquelles la personne assurée provoque un danger particulièrement grave sans prendre de mesures destinées à ramener celui-ci à des proportions raisonnables ou sans pouvoir prendre de telles mesures. Toutefois, le sauvetage d'une personne est couvert par l'assurance même s'il peut être considéré comme une entreprise téméraire;
- k) les accidents consécutifs à la transformation de noyaux d'atome;
- l) les accidents résultant de l'état psychique de la personne assurée;
- m) les conséquences liées à des interventions de la personne assurée sur sa propre personne, telles que suicide et automutilation ou leur tentative, même si la personne assurée était incapable de discernement au moment d'agir;
- n) les accidents à la suite de crimes ou de délits prémédités commis par la personne assurée.

13 Influence de facteurs étrangers à l'accident

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

14 Expertise

Si les parties n'arrivent pas à s'entendre sur les suites de l'accident, une expertise est demandée. La CSS laisse l'assuré choisir entre deux experts qu'elle propose. Les coûts de l'expertise sont répartis à parts égales entre les parties. Les constatations faites par l'expert sont contraignantes en ce qui concerne le lien de causalité naturel à moins qu'il ne soit prouvé qu'elles s'écartent manifestement, dans une large mesure, de la situation réelle. En outre, le lien de causalité adéquate qui se détermine selon les dispositions du droit des assurances sociales et de la jurisprudence en matière du droit des assurances sociales, doit être examiné.

III Primes

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

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

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

0-18 ans	26 ans et plus
19-25 ans	

15.3 Comme pour les chiffres 16.2 et 16.3, il existe ici un droit de résiliation lors d'une adaptation des primes consécutive au passage dans un groupe d'âge tarifaire supérieur.

16 Modification des tarifs de primes

16.1 L'assureur peut adapter les tarifs de primes.

16.2 L'assureur communique les modifications de primes au plus tard 30 jours avant la fin de l'année civile.

16.3 Si la personne assurée n'est pas d'accord avec la modification de prime, le contrat peut être résilié par écrit pour la fin de l'année civile en cours. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour ouvrable de l'année civile.

17 Somation et retard de paiement

17.1 Si la prime n'est pas payée dans le délai mentionné sur la facture, la personne assurée est invitée par écrit, après avoir été rendue attentive aux conséquences du retard, à payer les primes en suspens dans un délai de grâce de 14 jours à partir de l'envoi de la sommation. Si cette sommation demeure sans effet, l'obligation d'allouer des prestations est suspendue à partir de l'expiration du délai figurant dans la sommation.

17.2 A l'expiration du délai de sommation, la personne assurée doit s'acquitter d'un intérêt moratoire. Les frais de sommation sont supportés par la personne assurée.

17.3 Si la prime arriérée n'est pas encaissée par la voie juridique dans les deux mois suivant l'expiration du délai de sommation, l'assureur se départ du contrat en renonçant au paiement de la prime arriérée.

17.4 Si l'assureur encaisse la prime par la voie juridique ou qu'elle l'accepte après coup, l'obligation d'allouer des prestations est réactivée au moment où la prime arriérée

est payée avec les intérêts et les frais. Pour les cas d'assurance qui surviennent durant la suspension de l'obligation d'allouer des prestations, l'assureur n'est pas non plus tenu au versement de prestations après le paiement de l'arriéré de prime.

- 17.5 L'assureur est en droit de compenser les primes en suspens avec des droits aux prestations de la personne assurée. Il n'y a par contre pas de droit de compensation vis-à-vis de l'assureur.

IV Dispositions diverses

18 Obligation de déclaration

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

19 Traitement médical

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

20 Conséquences de l'inexécution des obligations contractuelles

Si la constatation et l'étendue des suites de l'accident sont affectées par une violation fautive des obligations énoncées aux art. 18 et 19, l'assureur est en droit de réduire ses prestations en conséquence, à moins qu'il résulte des circonstances, conformément à l'art. 45 LCA, que la violation n'est pas imputable à la personne assurée ou que cette violation est considérée, sur la base d'une preuve appropriée fournie par la personne assurée, comme n'ayant pas d'influence sur la survenance de l'événement redouté ni sur le volume des prestations dues par l'entreprise d'assurance.

21 Durée de l'assurance, résiliation

- 21.1 Le contrat est conclu pour la durée définie dans la police d'assurance; il est prolongé en conséquence chaque fois d'une année, à moins qu'un partenaire contractuel n'ait reçu une résiliation au plus tard trois mois avant l'échéance.
- 21.2 La résiliation s'effectue par écrit.
- 21.3 La personne assurée et l'assureur peuvent en outre résilier le contrat s'il existe un juste motif au sens de l'art. 35b LCA.
- 21.4 Résiliation en cas de sinistre
- a) Après la survenance d'un cas de sinistre sujet à indemnisation, l'assureur peut résilier le contrat par écrit au plus tard lors du paiement de l'indemnité, et le preneur d'assurance au plus tard 14 jours après avoir eu connaissance dudit paiement. La résiliation doit être parvenue à l'assureur dans ce délai.

b) Si le preneur d'assurance résilie le contrat, la couverture d'assurance s'éteint lors de la réception de la résiliation par l'assureur.

c) Si l'assureur résilie le contrat, la couverture d'assurance s'éteint 14 jours après la réception de la résiliation par le preneur d'assurance.

22 Communications à l'assureur

Toutes les communications et déclarations doivent être adressées à l'assureur. Toutes les communications de l'assureur sont effectuées valablement à la dernière adresse (adresse postale, adresse e-mail) connue de la personne assurée ou des ayants droit.

Si la forme écrite est requise conformément aux CGA, un autre moyen permettant d'établir une preuve par un texte suffit. Si aucune exigence quant à la forme d'une communication n'est formulée, la communication peut aussi se faire oralement.

23 Lieu d'exécution et for juridique

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

24 Droit applicable et protection des données

- 24.1 Sont applicables au demeurant les dispositions de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les modifications s'inscrivant dans le cadre de la révision de la LCA du 19.06.2020 s'appliquent aussi aux contrats conclus avant le 01.01.2022. En sont exclues les dettes de la personne assurée, dont le délai de prescription reste de deux ans.
- 24.2 La protection des données est régie par la LCA et la loi fédérale sur la protection des données (LPD). Le traitement des données par la CSS est expliqué dans la déclaration de protection des données. Celle-ci décrit la manière dont la CSS traite les données personnelles. La déclaration de protection des données a une valeur déclaratoire et ne fait pas partie du contrat. Elle peut être consultée sur css.ch/protection-donnees ou commandée à l'adresse suivante: CSS, Conseiller à la protection des données, Tribtschenstrasse 21, Case postale 2568, 6002 Lucerne.

