

Assurance santé Livo Top

Assurance-maladie complémentaire selon la LCA

Conditions complémentaires (CC) Edition 01.2025

Les présentes conditions complémentaires (CC) se fondent sur les conditions générales d'assurance (CGA) pour les assurances-maladie complémentaires Livo de la CSS Assurance SA (CSS) ainsi que sur la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Les CC

règlent la relation d'assurance en complétant les CGA. En cas de dispositions contraires, les CC priment les CGA. La CSS peut adapter les présentes CC pour le début d'une année civile pour les mêmes raisons que les CGA (cf. chiffre 39.1 des CGA).

Table des matières

1	Règles de la couverture d'assurance	2
2	Prestations assurées «Assurance santé Livo Top»	2
3	Etendue du droit aux prestations	6
4	Participations aux coûts	6
5	Option Upgrade	6
6	Autres dispositions	6
Annexe		7
	Assurance de protection juridique des patients et protection juridique à l'étranger	7

1 Règles de la couverture d'assurance

- 1.1 Dans le cadre du produit Assurance santé Livo Top, la personne assurée peut choisir entre les échelons d'assurance «Balance» et «Premium». Les prestations assurées diffèrent partiellement selon l'échelon d'assurance.
- 1.2 Les nouveau-nés sont assurés dans l'échelon d'assurance «Balance» sans aucune réserve à compter du jour de leur naissance pour autant que la CSS reçoive la proposition d'assurance signée au plus tard le jour de la naissance.
- 1.3 Le passage de l'Assurance santé Livo Top Balance à l'Assurance santé Livo Top Premium nécessite impérativement la remise d'une déclaration de santé et ne peut se faire qu'après acceptation expresse de celle-ci par la CSS.
- 1.4 Pour la maternité, la CSS alloue les mêmes prestations que pour la maladie, à condition que, le jour de l'accouchement, la mère ait été au bénéfice de l'assurance complémentaire correspondante de la CSS pour la maladie et la maternité pendant au moins 365 jours (délai de carence). Si la couverture d'assurance pour la maternité a été exclue, la personne assurée peut demander à tout moment l'intégration de cette couverture. Le délai de carence de 365 jours s'applique également dans ce cas.
- 1.5 La personne assurée qui a exclu la couverture accidents peut en tout temps en demander l'intégration. L'intégration de la couverture accidents nécessite impérativement la remise d'une déclaration de santé et ne peut se faire qu'après acceptation expresse de celle-ci par la CSS.
- 1.6 En cas de prestations supplémentaires et complémentaires selon les chiffres 2.4.1 à 2.4.3 et 2.5.1, la garantie de paiement de la CSS pour le fournisseur de prestations choisi et pour les prestations choisies doit avoir été délivrée au plus tard au moment de l'admission auprès du fournisseur de prestations. En cas d'urgence, une garantie de paiement de la CSS pour le fournisseur de prestations choisi tout comme pour les prestations supplémentaires et complémentaires choisies doit être demandée sans

délai auprès de la CSS, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé.

- 1.7 L'étendue de la couverture d'assurance est déterminée par les tableaux figurant au chiffre 2. Les prestations assurées peuvent être précisées dans des listes de prestations et de fournisseurs de prestations. Les listes de prestations et de fournisseurs de prestations suivantes sont appliquées et peuvent être adaptées unilatéralement par la CSS:
- Médicaments: préparations non assurées (complément à la LPPA), chiffre 2.1.1
 - Moyens auxiliaires et dispositifs médicaux LCA, chiffre 2.1.3
 - Liste des méthodes et des thérapeutes de la médecine alternative, chiffre 2.1.4
 - Offres et prestataires de la santé mentale, chiffre 2.1.5
 - Promotion de la santé, chiffre 2.1.6
 - Offres de soutien, chiffre 2.1.7
 - Promotion de la santé en lien avec la grossesse et la maternité, chiffre 2.3.3
 - Interventions et traitements ambulatoires, chiffre 2.4.3
 - Fournisseurs de prestations Interventions ambulatoires, chiffres 2.4.3 et 2.5.1
 - Fournisseurs de prestations stationnaires «Balance» et «Premium», chiffres 2.4.3, 2.5.1 et 4.4
 - Tout confort, chiffre 2.5.2
 - Bains thermaux et établissements de cure, chiffre 2.5.5
 - Innovations, chiffre 2.6.6

2 Prestations assurées «Assurance santé Livo Top»

Lors d'un cas d'assurance (maladie, maternité ou accident), la CSS alloue les prestations mentionnées dans le tableau ci-dessous en tenant compte des participations aux coûts et des montants maximaux indiqués. Pour certaines prestations, les couvertures diffèrent selon l'échelon d'assurance choisi, «Balance» ou «Premium».

	BALANCE	PREMIUM
2.1 Prestations générales		
2.1.1 Médicaments	Médicaments prescrits par un médecin et scientifiquement reconnus en Suisse aux prix courants du marché (médicaments hors liste). Ils servent au traitement de maladies et ne figurent ni dans la liste des spécialités (LS), ni dans la liste des médicaments avec tarif (LMT), ni dans la liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA). 75%, illimité Exception: préparations que la CSS gère en plus ou à la place de la LPPA sur sa propre liste «Médicaments: préparations non assurées (complément à la LPPA)» et qui ne sont pas ou que partiellement prises en charge par cette assurance.	
2.1.2 Aides visuelles	Verres de lunettes et lentilles de contact si cela est nécessaire pour corriger la vue. Adultes: 100%, max. CHF 200 par année civile Enfants (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'âge de 18 ans est atteint): 100%, max. CHF 200 par cas d'assurance	
2.1.3 Moyens auxiliaires et dispositifs médicaux	Moyens auxiliaires: moyens auxiliaires prescrits par un médecin selon la liste des prestations «Moyens auxiliaires et dispositifs médicaux LCA» qui servent notamment à l'examen ou au traitement d'une maladie et de ses séquelles (p. ex. aides à la marche). Dispositifs médicaux: dispositifs médicaux prescrits par un médecin et scientifiquement reconnus aux prix courants du marché selon la liste des prestations «Moyens auxiliaires et dispositifs médicaux LCA». 90%, max. CHF 1000 par année civile	

	BALANCE	PREMIUM
2.1.4 Médecine alternative	Traitements en cas de maladie, d'accident ou de maternité d'après les méthodes thérapeutiques de la médecine alternative selon la liste des prestations «Liste des méthodes et des thérapeutes de la médecine alternative» et moyens thérapeutiques de la médecine alternative reconnus et prescrits ou remis, dans la mesure où ils font partie d'une méthode reconnue.	
	75%, max. CHF 10 000 par année civile Franchise pour les adultes: CHF 300 par année civile Franchise pour les enfants (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'âge de 18 ans est atteint): CHF 0 par année civile	
2.1.5 Santé mentale	Traitements de psychothérapie dispensés par un fournisseur de prestations non reconnu par la LAMal et reconnu par la CSS selon la liste des fournisseurs de prestations «Offres et prestataires de la santé mentale» ainsi que prestations de psychothérapie qui ne font pas partie du catalogue de prestations LAMal, telles que les thérapies numériques.	
	75%, max. CHF 1000 par année civile	75%, max. CHF 3000 par année civile
2.1.6 Promotion de la santé	Contributions aux coûts d'offres de promotion de la santé et de prévention (p. ex. fitness et activité physique, alimentation, relaxation, programme d'entraide) selon la liste des prestations «Promotion de la santé».	
	min. 50%, max. CHF 300 par année civile	
2.1.7 Accompagnement et soutien	Autres services et offres dans le domaine du soutien et de l'accompagnement en cas de maladie (p. ex. mesures visant à atténuer les symptômes et l'évolution de la maladie, amélioration de la qualité de vie, monitoring) selon la liste des prestations «Offres de soutien».	
	min. 50%, max. CHF 1000 par année civile	
2.1.8 Protection juridique des patients et protection juridique à l'étranger	L'Assurance santé Livo Top comprend une protection juridique des patients et une protection juridique à l'étranger conformément aux conditions générales d'assurance annexées aux présentes CC (base CGA, version du 01.2025). Le porteur de risque de la protection juridique des patients et de la protection juridique à l'étranger est Orion Assurance de Protection Juridique SA, Bâle (Orion). Orion est une société anonyme selon le droit suisse. Si le porteur de risque de la protection juridique des patients et de la protection juridique à l'étranger vient à changer, la CSS garantit que la personne assurée en sera informée, qu'une couverture d'assurance équivalente sera proposée à la personne assurée et que les cas de sinistre en cours seront couverts. La protection juridique à l'étranger couvre les cas juridiques survenant à l'étranger dans les domaines du droit des dommages-intérêts, du droit des contrats, du droit des assurances, du droit pénal et du droit administratif.	
	100%, max. CHF 250 000 par cas juridique en Europe 100%, max. CHF 50 000 par cas juridique en dehors de l'Europe	
2.2 Soins dentaires	La CSS couvre les prestations de médecine dentaire indiquées ci-dessous. Si la personne assurée possède d'autres assurances complémentaires pour les prestations de médecine dentaire auprès de la CSS, la prise en charge des coûts au titre de l'Assurance santé Livo Top intervient toujours ultérieurement et couvre au maximum la différence par rapport au montant de la facture.	
2.2.1 Traitements dentaires	Coûts de traitements dentaires jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'âge de 18 ans est atteint.	
	50%, max. CHF 2000 par année civile	
2.2.2 Orthodontie	Corrections de la position des dents (traitements de chirurgie et d'orthopédie maxillo-faciales, mesures orthodontiques) jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'âge de 18 ans est atteint.	
	50%, max. CHF 12 000 par année civile	
2.2.3 Traitement des dents de sagesse	Extraction des dents de sagesse à partir du début de l'année civile au cours de laquelle l'âge de 19 ans est atteint (y c. anesthésie, radiographies nécessaires et traitements de suivi).	
	50%, max. CHF 2000 par année civile	
2.3 Prestations de maternité (grossesse et accouchement)	En cas de maternité, la CSS couvre les prestations suivantes après l'expiration d'un délai de carence selon le chiffre 1.4:	
2.3.1 Echographies et examens de contrôle	Echographies et autres examens de contrôle recommandés par le médecin et qui ne sont pas pris en charge au titre de la LAMal.	
	90%, illimité	
2.3.2 Accouchement en maison de naissance, à domicile ou en ambulatoire	Un forfait de naissance pour les dépenses médicales est versé à la mère en cas d'accouchement dans une maison de naissance qui ne figure pas sur la liste des hôpitaux du canton de domicile, à domicile ou en ambulatoire. Le forfait de naissance doit être demandé par la mère à la CSS, avec présentation du certificat de naissance.	
	Forfait de naissance de CHF 500 par enfant	
2.3.3 Promotion de la santé en lien avec la grossesse et la maternité	Autres prestations de promotion de la santé des parents et du nouveau-né pendant et après la grossesse selon la liste des prestations «Promotion de la santé en lien avec la grossesse et la maternité».	
	min. 50%, max. CHF 300 par année civile Une indemnité d'allaitement de CHF 200 par enfant est versée à la mère qui justifie d'au moins 30 jours d'allaitement.	

	BALANCE	PREMIUM
2.4 Prestations en cas de séjour stationnaire ou d'intervention ou de traitement ambulatoire	La CSS alloue des prestations en cas de maladie, de maternité ou d'accident dans les domaines suivants. L'étendue de la couverture varie selon l'échelon d'assurance «Balance» ou «Premium» choisi conformément au chiffre 1.1.	
2.4.1 Frais d'hospitalisation en division commune dans toute la Suisse	Frais d'hospitalisation en division commune dans les hôpitaux de toute la Suisse qui ont un mandat de prestations cantonal pour le traitement concerné, mais dont le tarif de référence (p. ex. baserate) est plus élevé que celui du canton de domicile (traitement volontaire hors canton dans les hôpitaux répertoriés selon la LAMal). 100%, illimité	
2.4.2 Autres frais d'hospitalisation	Parts cantonales selon la LAMal pour les traitements pour lesquels l'hôpital n'a pas de mandat de prestations cantonal. Parts cantonales selon la LAMal pour les traitements pour lesquels l'hôpital a un mandat de prestations cantonal, mais lorsque le canton ne rembourse pas sa participation selon la LAMal. Ces prestations ne sont couvertes que si le fournisseur de prestations est reconnu par la CSS. 100%, illimité Participation aux coûts selon la variante choisie conformément au chiffre 4.2 et pour les autres fournisseurs de prestations conformément au chiffre 4.4.	
2.4.3 Prestations médicales et cliniques supplémentaires et complémentaires	Accès à tous les médecins recommandés pour le parcours thérapeutique (libre choix du médecin, y c. médecins agréés) et prestations médicales et cliniques supplémentaires et complémentaires qui y sont liées pendant un séjour stationnaire ou lors de traitements ambulatoires (selon la liste des prestations «Interventions et traitements ambulatoires»).	
	100%, illimité pour les fournisseurs de prestations figurant sur la liste «Fournisseurs de prestations stationnaires <Balance>» ou la liste «Fournisseurs de prestations Interventions ambulatoires» Participation aux coûts selon la variante choisie conformément au chiffre 4.2 et pour les autres fournisseurs de prestations conformément au chiffre 4.4. Limitation pour les établissements de réadaptation et de psychiatrie: max. 90 jours chacun par année civile	100%, illimité pour les fournisseurs de prestations figurant sur la liste «Fournisseurs de prestations stationnaires <Premium>» ou la liste «Fournisseurs de prestations Interventions ambulatoires» Participation aux coûts selon la variante choisie conformément au chiffre 4.2 et pour les autres fournisseurs de prestations conformément au chiffre 4.4. Limitation pour les établissements de réadaptation et de psychiatrie: max. 180 jours chacun par année civile
2.5 Prestations de confort	La CSS alloue des prestations de confort en cas d'accident, de maladie ou de maternité dans les domaines suivants. L'étendue de la couverture varie selon l'échelon d'assurance «Balance» ou «Premium» choisi conformément au chiffre 1.1.	
2.5.1 Hôtellerie et confort	Prestations supplémentaires et complémentaires dans le domaine de l'hôtellerie et du confort (selon l'offre ou le plan de prestations supplémentaires du fournisseur de prestations) pendant un séjour stationnaire ou lors de traitements ambulatoires (selon la liste des prestations «Interventions et traitements ambulatoires»). La personne assurée est libre de choisir parmi les prestations supplémentaires et complémentaires proposées par le fournisseur de prestations.	
	Prestations pour les fournisseurs de prestations figurant sur la liste «Fournisseurs de prestations stationnaires <Balance>» ou la liste «Fournisseurs de prestations Interventions ambulatoires» Participation aux coûts selon la variante choisie conformément au chiffre 4.2 et pour les autres fournisseurs de prestations conformément au chiffre 4.4. Limitation pour les établissements de réadaptation et de psychiatrie: max. 90 jours chacun par année civile	Prestations pour les fournisseurs de prestations figurant sur la liste «Fournisseurs de prestations stationnaires <Premium>» ou la liste «Fournisseurs de prestations Interventions ambulatoires» Participation aux coûts selon la variante choisie conformément au chiffre 4.2 et pour les autres fournisseurs de prestations conformément au chiffre 4.4. Limitation pour les établissements de réadaptation et de psychiatrie: max. 180 jours chacun par année civile
2.5.2 Tout confort	Prestations de confort (p. ex. service de transport ou de repas, selon la liste des prestations «Tout confort») en lien avec un séjour stationnaire ou une intervention ou un traitement ambulatoire (selon la liste des prestations «Interventions et traitements ambulatoires»).	
	min. 50%, max. CHF 500 par année civile (max. CHF 500 par cas)	min. 50%, max. CHF 1000 par année civile (max. CHF 500 par cas)

	BALANCE	PREMIUM
2.5.3 Aide à domicile	Aide de ménage prescrite par un médecin lorsque la personne assurée est dans l'incapacité totale de s'occuper du ménage, que le besoin est avéré pour elle-même, sa famille ou son foyer et que l'aide est fournie par une personne ne faisant pas partie de la famille proche de la personne assurée.	
	max. CHF 80 par jour, max. CHF 3000 par année civile (après accouchement, 21 jours sans prescription médicale)	
2.5.4 Rooming-in	Frais de séjour d'un accompagnateur durant un séjour stationnaire (hôpital de soins aigus, réadaptation, psychiatrie) de la personne assurée.	
	max. CHF 120 par jour, max. CHF 3000 par année civile	
2.5.5 Cures balnéaires et de convalescence	Cures balnéaires: frais dans des bains thermaux selon la liste des fournisseurs de prestations «Bains thermaux et établissements de cure», dans la mesure où une prescription médicale a été établie (frais après déduction des éventuelles prestations selon la LAMal). Cures de convalescence: frais de séjour dans des établissements de cure selon la liste des fournisseurs de prestations «Bains thermaux et établissements de cure» après un séjour stationnaire ou une intervention ou un traitement ambulatoire (selon la liste des prestations «Interventions et traitements ambulatoires»), dans la mesure où une prescription médicale a été établie.	
	max. CHF 120 par jour, max. CHF 3000 par année civile La cure de convalescence doit débiter dans les dix jours qui suivent la date de sortie.	
2.6 Autres prestations	La CSS alloue des prestations en cas de maladie, de maternité ou d'accident dans les domaines suivants. L'étendue de la couverture varie selon l'échelon d'assurance «Balance» ou «Premium» choisi conformément au chiffre 1.1.	
2.6.1 Traitements planifiés à l'étranger	Examens diagnostiques et traitements médicaux à l'étranger après délivrance d'une garantie de paiement par la CSS. Sont exclus les prestations de médecine alternative, les traitements esthétiques et psychiatriques ainsi que tous les traitements non reconnus selon la LAMal.	
	Aucune prestation	ambulatoire: 75%, max. CHF 250 000 par année civile stationnaire: 75%, max. CHF 500 000 par année civile
2.6.2 Opération visant à corriger la vue	Contribution aux coûts d'interventions ophtalmologiques pour les prestations qui ne font pas partie du catalogue de prestations LAMal.	
	90%, max. CHF 1000 par personne assurée	
2.6.3 Traitements esthétiques	Correction des oreilles: ambulatoire et stationnaire, jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'âge de 18 ans est atteint. Correction des cicatrices, traitement des varices, abdominoplastie: ambulatoire et stationnaire, à partir du début de l'année civile au cours de laquelle l'âge de 19 ans est atteint.	
	75%, max. CHF 2000 par année civile	75%, max. CHF 4000 par année civile
2.6.4 Stérilisation	Stérilisation ambulatoire ou stationnaire pour femmes et hommes.	
	ambulatoire: 90%, max. CHF 2000 par cas d'assurance stationnaire: 90%, max. CHF 4000 par cas d'assurance	
2.6.5 Traitements ambulatoires dispensés par des médecins qui se sont récusés	Traitements ambulatoires dispensés par des médecins au bénéfice d'un diplôme fédéral qui refusent, selon l'art. 44, al. 2, LAMal, de fournir des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Sont exclus les prestations de médecine complémentaires, les traitements esthétiques ainsi que tous les autres traitements non reconnus par la LAMal.	
	Aucune prestation	90%, max. CHF 5000 par année civile
2.6.6 Traitements et formes de soins innovants	Contributions aux coûts de produits, services et thérapies innovants ainsi que de formes de soins innovantes selon la liste des prestations et des fournisseurs de prestations «Innovations» visant à soutenir un traitement. La CSS examine régulièrement les offres et produits innovants ainsi que les fournisseurs de prestations et adapte continuellement cette liste.	
	min. 50%, max. CHF 1000 par année civile	min. 50%, max. CHF 3000 par année civile
2.6.7 Soins à domicile	Prestations de soins à domicile s'il est nécessaire de faire intervenir une personne soignante contre rémunération. Est aussi considérée comme personne soignante la personne qui vit dans le même ménage que la personne assurée. Les prestations doivent être demandées via le formulaire «Décompte d'aide-ménagère / soins à domicile». La CSS peut exiger une prescription médicale.	
	max. CHF 50 par jour, max. CHF 500 par année civile	max. CHF 100 par jour, max. CHF 1000 par année civile
2.6.8 Entreprises téméraires	Frais liés à toutes les prestations réglées dans les présentes CC en cas de maladies ou d'accidents dus à des entreprises téméraires (cf. chiffre 26.2, let. i, des CGA).	
	Aucune prestation	max. CHF 250 000 par année civile

3 Etendue du droit aux prestations

- 3.1 Les prestations allouées sont imputées sur la somme des prestations assurées par année civile dans le cadre des tarifs reconnus par la CSS. La date de traitement est déterminante à cet égard. La CSS reconnaît les tarifs convenus dans le cadre des conventions contractuelles qu'elle a négociées avec les fournisseurs de prestations concernés. Faute de convention contractuelle avec un fournisseur de prestations, la CSS peut fixer un tarif adéquat par rapport au marché ou selon des critères objectifs (tarif maximal). Si des tarifs maximaux sont appliqués, cela est indiqué en conséquence sur les listes de la CSS. Sur demande, les tarifs maximaux existants sont communiqués à la personne assurée.
- 3.2 Les coûts survenant après épuisement de la somme des prestations assurées ne peuvent être reportés sur l'année suivante. Si la somme des prestations assurées n'a pas été entièrement utilisée, le montant de la couverture non utilisé ne peut pas être reporté sur l'année suivante.
- 3.3 Sont remboursés au maximum les coûts effectifs.
- 3.4 La CSS se réserve le droit d'exclure des fournisseurs de prestations si leurs tarifs ne sont pas adéquats par rapport au marché ou selon des critères objectifs (cf. chiffre 40.4 des CGA) ou que leur prestation n'est pas fournie de manière professionnelle. Ce sont les listes de la CSS valables au moment du traitement qui s'appliquent. Les listes en vigueur répertoriant les fournisseurs de prestations reconnus sont publiées sur le site Internet de la CSS et peuvent être demandées à la CSS.
- 3.5 Les prestations dans le domaine Tout confort (chiffre 2.5.2) sont remboursées après la sortie, jusqu'à 21 jours au maximum pour un séjour stationnaire et jusqu'à trois jours au maximum pour un traitement ambulatoire. Aucune facture n'est prise en charge pour les services fournis par la famille ou les amis. Exception: les personnes qui vivent dans le même ménage que la personne assurée et qui subissent une perte de gain prouvable en raison des soins qu'elles prodiguent.

4 Participations aux coûts

- 4.1 Les participations aux coûts résultent en principe de l'étendue des prestations selon le tableau Prestations assurées Assurance santé Livo Top (chiffre 2).
- 4.2 Dans le cadre du produit Assurance santé Livo Top, la personne assurée peut choisir entre trois variantes de participations aux coûts pour les prestations visées aux chiffres 2.4.2, 2.4.3 et 2.5.1:

Variante 1	CHF 0
Variante 2	25%, max. CHF 5000 par année civile
Variante 3	50%, max. CHF 10 000 par année civile

La variante de participation aux coûts mentionnée sur la police s'applique.

- 4.3 La personne assurée peut à tout moment demander à changer de variante de participation aux coûts. Le passage à une variante avec une participation aux coûts inférieure selon le chiffre 4.2 est accordé après la remise et l'acceptation d'une déclaration de santé pour le début du mois suivant l'acceptation. Si aucune déclaration de santé n'est remise ou si la CSS ne l'accepte pas sans réserve, le changement n'interviendra qu'au début de la deuxième année civile suivant la demande.
- 4.4 Si la personne assurée se fait soigner par un fournisseur de prestations qui ne figure pas sur la liste des fournisseurs de prestations stationnaires de l'échelon d'assurance «Balance» ou «Premium» choisi, elle accepte une participation aux coûts supérieure pour les prestations visées aux chiffres 2.4.2, 2.4.3 et 2.5.1. Le montant de la participation aux coûts est indiqué dans le tableau ci-dessous. En cas d'urgence, l'appartenance des fournisseurs de prestations à une liste n'est pas déterminante.

		FOURNISSEURS DE PRESTATIONS SELON LA LISTE DE L'ÉCHELON D'ASSURANCE		LIBRE CHOIX DU FOURNISSEUR DE PRESTATIONS
		BALANCE	PREMIUM	
ÉCHELON D'ASSURANCE CHOISI	BALANCE	Couverture: 100 %, illimité	Participation aux coûts: 75%, jusqu'à max. CHF 10 000 par année civile	Participation aux coûts: min. 75 % La CSS couvre max. CHF 1500 par nuit
	PREMIUM		Couverture: 100 %, illimité	Participation aux coûts: min. 75 % La CSS couvre max. CHF 1500 par nuit

5 Option Upgrade

Dans le cadre de cette assurance-maladie complémentaire, la CSS accorde la possibilité de bénéficier de l'option Upgrade selon le chiffre 41 des CGA.

Le passage à un groupe d'âge supérieur peut entraîner des adaptations de primes. En règle générale, les primes augmentent avec l'âge.

6 Autres dispositions

La personne assurée est attribuée selon son âge à l'un des différents groupes d'âge indiqués au chiffre 18.2 des CGA. Pour l'attribution à un groupe d'âge au début de l'assurance, l'âge atteint par la personne assurée à son anniversaire au cours de l'année civile est déterminant.

Assurance de protection juridique des patients et protection juridique à l'étranger

Conditions complémentaires à l'Assurance santé Livo Top
Edition 01.2025

Table des matières

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

Introduction

Conditions générales d'assurance d'Orion Assurance de Protection Juridique SA, Bâle (Orion) en tant que porteur de risque de la protection juridique des patients et de la protection juridique à l'étranger dans le cadre de l'Assurance santé Livo Top de la CSS Assurance SA (CSS).

I Dispositions communes

1 Personnes assurées

Sont assurées les personnes ayant conclu l'Assurance santé Livo Top auprès de la CSS. Si une personne assurée décède à la suite du fait ayant conduit à l'événement assuré, ses successeurs légaux et tout autre ayant droit à des prestations en raison du décès de la personne assurée bénéficient d'une protection juridique pour ce cas.

2 Durée de l'assurance

2.1 La protection juridique est garantie pour les litiges survenant pendant la période de validité de l'Assurance santé Livo Top, à condition que le besoin de protection juridique soit également survenu pendant cette période.

2.2 Un cas juridique est considéré comme survenu:

a) **Dommages-intérêts**

au moment où le dommage a été causé;

b) **Droit pénal et administratif**

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

c) **Droit des assurances**

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

d) **Dans tous les autres cas**

au moment où la violation initiale de prescriptions légales ou d'obligations contractuelles a été effectivement ou prétendument commise, sauf si la personne assurée pouvait déjà auparavant prévoir que des différends juridiques pourraient survenir. Le cas échéant, le moment où la personne assurée pouvait le prévoir est déterminant.

3 Validité territoriale

3.1 L'assurance est valable dans le monde entier dans le cadre des conditions contractuelles ci-après mentionnées. La protection juridique à l'étranger n'est valable qu'en dehors de la Suisse. La Principauté de Liechtenstein est considérée comme un pays étranger. En cas de voyages en avion, l'assurance entre en vigueur au moment du passage de la douane suisse de l'aéroport et prend fin au retour.

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

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

4 Prestations assurées

Orion prend en charge les coûts des prestations suivantes jusqu'à concurrence du montant maximal de CHF 250 000 par événement (ou de CHF 50 000 par événement pour des cas juridiques en dehors de l'Europe):

- le traitement de ces cas juridiques par Orion;
- les frais d'avocat, d'assistance en cas de procès ou d'un médiateur;
- les frais d'expertises;
- les émoluments de justice ou autres frais de procédure mis à la charge de la personne assurée, y compris les avances;
- les frais et taxes d'une décision pénale mis à la charge de la personne assurée; l'amende par contre doit être payée par la personne assurée;
- les dépens alloués à la partie adverse et mis à la charge de la personne assurée, y compris des sûretés;
- l'encaissement d'une créance revenant à la personne assurée à la suite d'un cas assuré, jusqu'à l'obtention d'un acte de défaut de biens provisoire ou définitif, d'une demande de sursis concordataire ou d'une comination de faillite;
- l'avance de la caution pénale à la suite d'un accident en vue d'éviter une détention provisoire.

5 Limitation des prestations

5.1 Ne sont pas pris en charge de façon générale:

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

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

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

6 Cas juridiques généralement non assurés

Ne sont pas assurés (toutes les exclusions priment les dispositions des chiffres 8, 10 et 11):

- tous les cas qui ne sont pas expressément désignés comme assurés dans les chiffres 8 et 11;
- la défense contre des prétentions en dommages-intérêts non contractuelles formulées par des tiers (dont le rejet incombe à une éventuelle assurance responsabilité civile);
- les cas en relation avec des faits de guerre, des émeutes, des grèves, des lock-out ainsi que les litiges résultant de la participation à des rixes et des bagarres;
- les litiges avec Orion et la CSS, leurs organes et collaborateurs.

7 Droit applicable et for juridique

7.1 Sauf disposition contraire dans les présentes conditions générales d'assurance, le droit suisse est applicable, notamment la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ainsi que les art. 161 ss de l'ordonnance du 9 novembre 2005 sur la surveillance des entreprises d'assurance privées.

7.2 Pour les litiges entre une personne assurée et Orion résultant du présent contrat, Orion reconnaît comme for juridique le domicile suisse de la personne assurée. Si cette dernière n'a pas de domicile en Suisse, le for juridique est à Bâle.

II Dispositions de la protection juridique des patients

8 Cas juridiques assurés

Orion assure la défense des intérêts juridiques de la personne assurée en cas de litige avec les fournisseurs de prestations reconnus par la CSS et leurs assureurs responsabilité civile lorsque des erreurs de traitement ou de diagnostic sont constatées en relation avec le traitement médical à la suite d'une maladie et/ou d'un accident.

9 Cas juridiques non assurés

Ne sont pas assurés les litiges:

- en lien avec les conséquences de maladies et/ou d'accidents dont la couverture a été exclue par la CSS;
- se rapportant à des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques;
- en lien avec des traitements non reconnus par la CSS;
- en lien avec les honoraires et factures des fournisseurs de prestations;
- avec les autres assurances de la personne assurée et les institutions d'assurance sociale;
- et les cas conformément au chiffre 6.

III Dispositions de la protection juridique à l'étranger

10 Evénements assurés

Orion accorde une protection juridique à la personne assurée dans les domaines suivants:

10.1 Evénements de la circulation

Durant le voyage aller et retour et le séjour de vacances ou d'études à l'étranger en tant que: conducteur, détenteur ou propriétaire du véhicule à moteur utilisé et locataire du véhicule loué à l'étranger; piéton, cycliste, cyclomotoriste ou passager de n'importe quel moyen de transport.

10.2 Evénements hors de la circulation

Durant le voyage aller et retour et le séjour de vacances ou d'études à l'étranger:

- en cas de dommages corporels et/ou matériels (selon le chiffre 11.1);
- en cas de litiges résultant de contrats de réparation et de location (selon le chiffre 11.2, let. a);
- en cas de litiges résultant de contrats de voyage (selon le chiffre 11.2, let. b);
- lors de la pratique d'un hobby ou d'un sport amateur pendant un séjour de vacances ou d'études à l'étranger;
- en cas de fréquentation d'une école à l'étranger (selon le chiffre 11.2, let. c);
- en cas d'utilisation d'une carte de crédit (selon le chiffre 11.2, let. d).

11 Cas juridiques assurés

11.1 Protection juridique en dommages-intérêts

Prétentions extracontractuelles en dommages-intérêts pour des dommages matériels et corporels découlant d'un événement survenu dans le cadre ou en dehors de la circulation ainsi que pour des préjudices financiers qui en résultent directement. Les cas en lien avec les atteintes à l'honneur ne sont pas assurés.

11.2 Droit des contrats

a) Protection juridique pour des contrats en rapport avec un véhicule

Représentation en cas de litiges découlant de contrats de réparation et de location du véhicule utilisé pendant le voyage (à l'exception des aéronefs). Les litiges découlant de contrats d'achat et de leasing sont exclus de la couverture.

b) Protection juridique pour des contrats de voyage

Représentation en cas de litiges découlant de contrats de voyage avec une agence de voyage domiciliée en Suisse.

c) Protection juridique pour des contrats relatifs à des écoles

Représentation en cas de litiges découlant de contrats conclus avec des écoles à l'étranger.

d) Protection juridique pour des contrats relatifs à des cartes de crédit

Représentation en cas de litiges avec une entreprise de cartes de crédit domiciliée en Suisse, pour autant qu'il ne s'agisse pas de litiges concernant le manquement aux obligations découlant du contrat relatif aux cartes de crédit.

11.3 Protection juridique en droit des assurances

Représentation en cas de litiges avec des entreprises d'assurance privées et publiques au bénéfice d'une concession en Suisse à la suite d'un accident survenu à l'étranger. De plus, la protection juridique est accordée en cas de litiges avec des compagnies d'assurance étrangères se rapportant à la location de véhicules à moteur (à l'exception des aéronefs) ainsi que d'engins non motorisés utilisés pour les hobbies (pour les restrictions, voir le chiffre 12).

11.4 Protection juridique pénale et administrative

Représentation lors d'une procédure pénale et administrative devant un tribunal de police ou un tribunal pénal étranger ainsi qu'à l'égard d'autorités à la suite du grief de violation par négligence de la législation étrangère.

12 Cas juridiques non assurés

Sont exclus de l'assurance:

- les prétentions en dommages-intérêts découlant de vol, larcin, perte d'objets et usage frauduleux de cartes de crédit;
- les cas dans lesquels le conducteur utilise un véhicule qui n'est pas admis à la circulation routière, n'est pas autorisé à conduire le véhicule, n'est pas en possession d'un permis de conduire valable ou conduit un véhicule qui n'est pas muni de plaques d'immatriculation valables;
- les cas résultant de la participation active à des compétitions ou à des courses de véhicules à moteur, y compris à des entraînements;
- les cas dans lesquels la personne assurée est impliquée en tant que propriétaire ou détentrice de véhicules utilisés à titre professionnel, tels que taxis, cars, véhicules de livraison, camions, véhicules d'auto-école, etc.;
- les cas dans lesquels il y a une inculpation en raison d'un dépassement de la vitesse maximale autorisée d'au moins 30 km/h en localité, de 40 km/h hors localité et sur semi-autoroute et de 50 km/h sur autoroute;
- les cas de récidive en lien avec les événements suivants: l'inculpation pour conduite en état d'ébriété ou sous l'effet de médicaments ou de stupéfiants ainsi que le refus de se soumettre à une analyse de sang. S'il s'agit du premier délit, les prestations sont réduites;
- les cas en tant que propriétaire, détenteur ou conducteur de véhicules nautiques ou d'aéronefs. Cette exclusion ne s'applique pas aux litiges découlant de contrats de location de véhicules nautiques;
- les cas conformément au chiffre 6.

IV Dispositions relatives à la réalisation d'un cas juridique

13 Déclaration d'un cas juridique

- 13.1 La personne assurée déclare un cas à la CSS le plus rapidement possible. Dans la mesure où la protection juridique est sollicitée et après vérification de la couverture, la CSS transmet sans délai le cas à Orion, qui par la suite correspondra directement avec la personne assurée. Si la protection juridique est sollicitée à l'étranger, la centrale d'appel d'urgence de la CSS doit être contactée immédiatement.
- 13.2 Si la personne assurée mandate un avocat, un représentant juridique ou un médiateur sans l'accord d'Orion, les frais occasionnés avant l'obtention d'une garantie de paiement ne sont assurés que jusqu'à concurrence de CHF 500. Des conventions d'honoraires nécessitent l'accord préalable d'Orion. Si la personne assurée convient avec l'avocat d'une prime en cas de succès, celle-ci n'est pas prise en charge par Orion.

14 Traitement d'un cas juridique

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

15 Différends

- 15.1 S'il existe des différends au sujet de la marche à suivre pour un cas couvert ou au sujet des chances de succès d'un cas pris en charge, Orion doit immédiatement motiver par écrit sa position et informer la personne assurée de son droit d'introduire une procédure arbitrale dans un délai de 20 jours. Si elle ne requiert pas la procédure arbitrale pendant ce délai, elle est réputée y renoncer. A compter de la réception du refus, la personne assurée devra prendre elle-même toutes les mesures nécessaires pour la défense de ses intérêts. Orion ne sera pas responsable des conséquences résultant de mesures inadéquates prises par la personne assurée, en particulier s'agissant d'éventuelles inobservances de délais. Les frais de cette procédure arbitrale doivent être payés par avance par les parties à raison de moitié et seront à la charge de la partie qui succombe. Si l'une des parties ne verse pas l'avance de frais, elle est réputée reconnaître la prise de position de l'autre partie.
- 15.2 Les parties définissent ensemble un juge-arbitre. La procédure est limitée à un échange unique de correspondance comprenant les demandes fondées des parties et leurs moyens de preuve invoqués par les parties sur la base desquels le juge-arbitre statuera. En outre, les dispositions du concordat sur l'arbitrage sont applicables.
- 15.3 Si la personne assurée lance un processus à ses propres frais à la suite du refus de l'obligation d'allouer des prestations et obtient une décision plus favorable que la solution d'Orion justifiée par écrit ou que le résultat de la procédure arbitrale, Orion prend en charge les coûts ainsi encourus, comme si elle les avait approuvés.



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

