

Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation

Conditions générales d'assurance (CGA) Edition 06.2012

Le contrat d'assurance passé entre la CSS Assurance SA (désignée ci-après par CSS) et le preneur d'assurance ainsi que les conditions générales d'assurance forment la base de cette assurance.

Table des matières

Art. 1	Définition	2
Art. 2	Personnes assurées	2
Art. 3	Limite d'âge lors de la conclusion	2
Art. 4	Champ de validité	2
Art. 5	Admission dans l'assurance et début de l'assurance	2
Art. 6	Genre de prestations d'assurance	2
Art. 7	Montant des prestations	2
Art. 8	Naissance du droit aux prestations	3
Art. 9	Durée d'allocation des prestations	3
Art. 10	Obligations lors de l'entrée à l'hôpital	3
Art. 11	Paiement des prestations	3
Art. 12	Délai de carence	3
Art. 13	Exclusion des prestations	3
Art. 14	Primes	3
Art. 15	Renouvellement tacite du contrat	3
Art. 16	Résiliation du contrat par le preneur d'assurance	4
Art. 17	Résiliation par la CSS	4
Art. 18	Annonce d'assurance imprécise	4
Art. 19	Modifications impératives du plan d'assurance initial	4
Art. 20	Communications à la CSS	4
Art. 21	For	4
Art. 22	Droit applicable	4

Art. 1 Définition

Dans le cadre de la présente assurance, les différentes notions sont définies comme suit:

La personne assurée

Toute personne désignée dans la police comme assurée.

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.

Maladie

Toute atteinte à la santé constatée et confirmée par un médecin.

Séjour hospitalier

Est qualifié de séjour hospitalier tout séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier. Si une personne assurée sort officiellement de l'hôpital, mais est à nouveau hospitalisée après un séjour à l'extérieur de plus de 24 heures, il s'agit de deux séjours séparés.

Sont considérés comme établissements hospitaliers les hôpitaux et les cliniques reconnus par l'Etat qui sont placés 24h sur 24 sous la surveillance de médecins autorisés à exercer et disposent du personnel médical qualifié, ainsi que des équipements et des appareils médicaux adéquats pour établir des diagnostics et pratiquer des interventions chirurgicales. Sont assimilées aux hôpitaux et aux cliniques les cliniques de réadaptation et les maternités, à condition d'être également placées sous surveillance médicale. Ne sont pas considérés comme établissements hospitaliers les maisons de retraite, les résidences de vieillesse et les établissements médico-sociaux pour malades chroniques, ainsi que les hôtels de cure.

Art. 2 Personnes assurées

Si la variante «personne seule» a été choisie, seule la personne assurée est couverte par le contrat.

Si la variante «couple/conjoints» a été choisie, le contrat couvre alors aussi le/la conjoint/e, le partenaire enregistré ou le partenaire. Les partenaires doivent cependant vivre dans le même ménage. Si la variante «famille» a été choisie, le contrat couvre, en plus des personnes assurées selon la variante «personne seule» ou «couple/conjoints», jusqu'à trois enfants propres/adoptés ou adolescents jusqu'à 25 ans révolus, pour autant qu'ils aient encore leur domicile régulier chez leurs parents.

La forme choisie figure sur la police.

Art. 3 Limite d'âge lors de la conclusion

L'affiliation à l'assurance est à la portée de toute personne jusqu'à 82 ans révolus.

Art. 4 Champ de validité

L'assurance est valable dans le monde entier; lors de séjours à l'étranger, la durée de validité est cependant limitée à 12 mois. Si une personne assurée transfère définitivement son domicile à l'étranger, elle doit au préalable en informer la CSS. Pour la personne en question, la couverture d'assurance s'éteint automatiquement à la fin de l'année d'assurance.

Art. 5 Admission dans l'assurance et début de l'assurance

a) Pour être admis dans l'assurance concernée ou en cas de modifications d'assurance (p. ex. augmentation de la somme de l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation), le preneur d'assurance et/ou la personne à

assurer ou son représentant légal doivent/doit remplir le formulaire d'assurance prévu à cet effet conformément à la vérité et complètement, le signer et l'envoyer à la CSS.

- b) Avec la signature de la proposition d'assurance, la CSS est autorisée à fournir en tout temps des renseignements aux médecins et autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés et autorités ou à ses médecins de la société et médecins-conseils en tenant compte des dispositions légales de la protection des données ou à demander à ces services les renseignements voulus, qui sont nécessaires pour évaluer la protection d'assurance. Les services impliqués sont, dans ces cas, libérés de leur obligation de garder le silence et de leur secret professionnel vis-à-vis de la CSS.
- c) Il est possible de faire dépendre la décision d'admission de la CSS du résultat d'un examen médical.
- d) La CSS se réserve le droit d'accepter ou de refuser la proposition d'assurance.

Art. 6 Genre de prestations d'assurance

En cas d'hospitalisation (voir définition des notions à l'art. 1), la CSS verse une indemnité journalière forfaitaire conformément à l'art. 7.

Les prestations ne sont pas affectées à un usage précis et seront versées, indépendamment d'autres prestations d'assurance, directement à la personne assurée.

Pour chaque accouchement, la CSS verse au lieu de l'indemnité journalière un forfait dont le montant est indiqué à l'art. 7. Cette prestation est allouée lors de chaque séjour hospitalier pour cause d'accouchement.

Art. 7 Montant des prestations

Suivant la variante choisie, les prestations allouées en Suisse s'élèvent à:

PLAN A	indemnité journalière de CHF 150 ou forfait de CHF 1500 par naissance
PLAN B	indemnité journalière de CHF 250 ou forfait de CHF 2500 par naissance
PLAN C	indemnité journalière de CHF 350 ou forfait de CHF 3500 par naissance
PLAN D	indemnité journalière de CHF 50 ou forfait de CHF 500 par naissance
PLAN E	indemnité journalière de CHF 100 ou forfait de CHF 1000 par naissance

50 % du montant des indemnités journalières ci-dessus sont versés pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus.

Prestations doublées:

- Si une maladie ou un accident nécessite une hospitalisation au service des soins intensifs ou de réanimation, les indemnités journalières seront doublées pendant la durée du séjour hospitalier de la personne assurée.
- Si, au cours d'un voyage à l'étranger, une personne assurée doit être hospitalisée subitement à l'étranger pour une urgence médicale (accident ou maladie grave), les indemnités journalières seront doublées pendant la durée du séjour hospitalier de la personne assurée, mais au maximum pour une durée de 52 semaines.
- Si un accident nécessite une hospitalisation des deux conjoints, partenaires enregistrés ou partenaires et/ou de leurs enfants, les indemnités journalières seront également doublées.
- Les raisons mentionnées ci-dessus pour le doublement des prestations ne sont cependant pas cumulables.

Art. 8 Naissance du droit aux prestations

- a) Le droit aux prestations prend naissance le 3^e jour du séjour hospitalier.
- b) En cas d'hospitalisation à la suite d'un accident ou de séjour au service des soins intensifs ou de réanimation, le droit aux prestations prend en général naissance le premier jour de l'hospitalisation.

Art. 9 Durée d'allocation des prestations

Les prestations seront allouées pendant la durée d'un séjour hospitalier médicalement nécessaire, mais par cas au maximum:

- pendant 48 mois par séjour dans des établissements hospitaliers
- pendant 2 mois au plus par séjour et 6 mois par an au maximum dans des cliniques de réadaptation et des cliniques psychiatriques ou dans des divisions psychiatriques spéciales d'hôpitaux.

Art. 10 Obligations lors de l'entrée à l'hôpital

Pour justifier ses prétentions, la personne assurée devra remettre l'annonce d'hospitalisation à la CSS au plus tard dans un délai de 30 jours suivant l'entrée à l'hôpital. Si le délai n'est pas respecté par la faute de la personne assurée, la CSS n'est pas tenue au versement de prestations. La CSS est autorisée à demander ou à fournir toutes les informations complémentaires et les preuves qu'elle estimera nécessaires pour établir le bien-fondé des prétentions. A la demande de la CSS, la personne assurée devra se soumettre à un examen par un médecin-conseil.

La personne assurée ou son représentant légal est tenu(e) de délivrer tous les médecins et les autorités de l'obligation de garder le secret.

Procédure d'expertise

Lors de controverses médicales entre la CSS et la personne assurée, chaque partie assumera les frais de son expert respectif. Le cas échéant, le différend sera soumis à un troisième expert désigné conjointement par les deux parties, qui se partageront les coûts.

Art. 11 Paiement des prestations

Le paiement des prestations intervient dans les 30 jours ouvrables à compter de la date de réception de tous les documents (certificats médicaux et pièces justificatives).

Des avances de frais pourront être accordées sur demande spéciale, si le séjour hospitalier dure plus de 30 jours.

Art. 12 Délai de carence

- a) Pendant les deux premières années d'assurance, aucune prestation ne peut être allouée pour des hospitalisations dues aux séquelles d'un accident et d'une maladie qui se sont manifestées dans les deux dernières années ayant précédé le début du contrat ou de l'assurance (art. 5) ou qui ont été traitées par un médecin.
- b) En cas d'inclusion ultérieure d'une autre personne, le délai de carence de deux ans est valable pour cette dernière à partir du moment de l'inclusion.
- c) Pour les hospitalisations survenant au cours des 30 premiers jours d'existence d'une personne assurée, il n'est versé aucune indemnité journalière.
- d) En revanche, à l'expiration du délai de carence de deux ans, les prestations contractuelles sont allouées en cas d'hospitalisation ayant un rapport avec des accidents ou maladies survenus, le cas échéant, autrefois.
- e) Pour les prestations en cas d'accouchement, le délai de carence est cependant de 10 mois comptés à partir du début de l'assurance.

Art. 13 Exclusion des prestations

Sont en outre exclues les prestations pour les séjours hospitaliers résultant:

- des suites d'interventions que la personne assurée pratique sur elle-même, ainsi que d'un suicide et d'une automutilation ou d'une tentative de tels actes, même si la personne assurée était incapable de discernement au moment d'agir;
- d'une participation intentionnelle à des révoltes, des troubles, des bagarres, des crimes, des faits de guerre (troubles politiques ou guerres étrangères);
- d'abus de drogues et de médicaments, d'ivresse ou d'alcoolisme, de cures de désintoxication et de cures de sommeil;
- de maladies causées par des rayons ionisants quelconques, notamment résultant de la transmutation de noyaux d'atomes;
- d'une grossesse, d'un accouchement (demeure réservée la prestation forfaitaire aux termes des art. 6+7), d'un avortement et d'une fausse couche, à moins que ces incidents n'aient été provoqués par un accident;
- d'accidents lors de vols effectués en tant que pilote ou autre membre d'équipage, qu'instructeur de pilotage, qu'élève-pilote et que parachutiste;
- d'opérations esthétiques, sauf si ces dernières ont été provoquées par un accident;
- d'infections HIV et du sida (syndrome 'immunodéficience acquise). La définition valable au moment de l'hospitalisation publiée par l'Office fédéral de la santé publique est déterminante pour établir s'il s'agit du sida;
- de maladies qui entraînent uniquement une impotence, à moins que le séjour ne devienne momentanément nécessaire à la suite d'un événement aigu, à savoir une poussée de la maladie.

Art. 14 Primes

Pendant toute la durée du contrat, la prime sera fonction du groupe d'âge au début du contrat. Les primes n'augmenteront pas avec l'avancement en âge. L'attribution à un groupe tarifaire a lieu au moment de la présentation de la proposition sur la base de la date de naissance. Si les deux partenaires ou une famille sont assurés, l'année de naissance de la personne la plus âgée de cette communauté est déterminante.

Les primes doivent être payées dans les délais fixés. Si une prime n'a pas encore été réglée dans les 30 jours suivant la date d'échéance, une sommation écrite est adressée à la personne assurée aux termes de la loi. Si la prime n'est pas payée malgré la sommation, l'obligation de la CSS de verser des prestations s'éteint au bout de 14 jours suivant la date d'envoi de la sommation. Si le tarif des primes est modifié, la CSS est en droit d'exiger l'adaptation du contrat à partir de l'année d'assurance suivante. A cet effet, la CSS est tenue de communiquer au preneur d'assurance la nouvelle prime au plus tard 30 jours avant la fin de l'année d'assurance. Le preneur d'assurance est alors en droit de résilier le contrat pour la fin de l'année d'assurance en cours. S'il fait usage de ce droit, le contrat s'éteindra à l'expiration de l'année d'assurance. Pour être valable, la résiliation doit parvenir à la CSS au plus tard le dernier jour de l'année d'assurance. Si le preneur d'assurance renonce à son droit de résiliation, il est censé avoir accepté l'adaptation du contrat au nouveau tarif de primes.

Art. 15 Renouvellement tacite du contrat

Si le contrat n'est pas résilié par écrit par le preneur d'assurance au moins un mois avant son expiration, il sera reconduit tacitement chaque année pour une durée d'un an.

Art. 16 Résiliation du contrat par le preneur d'assurance

Le preneur d'assurance peut résilier l'assurance:

- a) à l'échéance de la durée contractuelle minimale convenue tout en respectant un délai de résiliation d'un mois;
- b) si la CSS applique la clause d'adaptation des primes (art. 14);
- c) lors de la survenance d'un cas de sinistre pour lequel une prestation est due; la résiliation doit intervenir par écrit et par lettre recommandée au plus tard dans les 14 jours qui suivent la prise de connaissance par la personne assurée du versement de la prestation. Lors d'une résiliation aux termes de cet article, l'obligation de la CSS de verser des prestations s'éteint le jour où la résiliation du preneur d'assurance est reçue par la CSS.

Art. 17 Résiliation par la CSS

La CSS renonce à son droit de résiliation, sauf si la personne assurée a commis ou tenté de commettre une escroquerie à l'assurance.

Art. 18 Annonce d'assurance imprécise

L'annonce d'assurance ne doit pas contenir des imprécisions.

Si, à la suite d'une fausse indication de l'âge lors de l'affiliation, la prime a été fixée plus bas que le niveau qui aurait dû être fixé du fait de l'âge réel lors de l'affiliation, la prestation d'assurance sera réduite dans la proportion de la prime convenue à la prime tarifaire attribuée à l'âge d'affiliation correct. Si la prestation a déjà été versée, la CSS est en droit d'exiger le remboursement du montant versé en trop, y compris les intérêts.

Art. 19 Modifications impératives du plan d'assurance initial

Dès qu'une personne assurée ne remplit plus les conditions requises selon l'art. 2 (p.ex. en raison d'un divorce), elle doit le communiquer à la CSS dans les 30 jours qui suivent la survenance du motif de modification. En pareil cas, le contrat d'assurance et la prime seront adaptés aux nouvelles circonstances. En cas de décès de la personne assurée, son partenaire coassuré survivant pourra prendre sa place. Si la modification est annoncée trop tardivement, il n'y a plus de droit à un éventuel remboursement de primes.

Art. 20 Communications à la CSS

Toutes les communications et déclarations doivent être adressées à la CSS. Toutes les communications de la CSS sont effectuées valablement à la dernière adresse indiquée en Suisse de la personne assurée ou de l'ayant droit.

Art. 21 For

En cas de litiges, une action en justice contre la CSS peut être ouverte au domicile suisse de la personne assurée ou à Lucerne.

Art. 22 Droit applicable

Au surplus, les dispositions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) sont valables.