

Conditions générales d'assurance (CGA)

Assurance agricole (LCA)

Indemnités journalières, Dépanneurs, Aides temporaires

A noter:

- Les désignations de personnes s'appliquent dans le présent document de façon générale aux deux sexes. Il est fait usage du terme générique pour des raisons de lisibilité.
- La version originale des présentes Conditions est la version en allemand. Les autres versions, en d'autres langues, sont des traductions. En cas d'éventuels problèmes d'interprétation, le texte allemand fait foi.

I Assurance d'indemnités journalières agricole (TGL)

1. Assurance

1.1 En quoi consistent les fondements?

La demande d'admission écrite du candidat à l'assurance d'indemnités journalières de même que les dispositions ci-dessous à titre complémentaire constituent les fondements de cette assurance. Dans la mesure où aucune autre disposition expresse n'a été convenue, la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA) est applicable.

1.2 Quels risques sont assurés?

L'assurance d'indemnités journalières est conclue pour couvrir les cas de maladie et d'accident.

1.3 Qui peut s'assurer?

Peuvent être assurées les personnes physiques dès l'âge de 15 ans révolus jusqu'à la cessation de l'activité professionnelle, mais au plus tard au moment où est atteint l'âge ordinaire pour toucher la rente AVS, pour autant qu'elles correspondent à l'un des profils suivants:

- Elles tirent l'essentiel de leurs ressources d'une exploitation agricole ou sont membres d'une famille vivant en communauté domestique. Sont réputées exploitations agricoles toutes les exploitations où l'on pratique la culture des céréales et des plantes sarclées, l'arboriculture fruitière, la viticulture, la culture des légumes de plein champ, la garde et l'élevage du bétail, l'aviculture ainsi que les cultures de

pleine terre s'il s'agit exclu sive ment ou principalement de cultures maraîchères ou d'arboriculture fruitière.

- Elles tirent un gain accessoire de l'agriculture et élèvent au moins une vache.
 - Elles sont membres de la famille d'employés agricoles, travaillent à l'extérieur de l'exploitation mais y habitent en communauté domestique.
- 1. Qui ne peut pas s'assurer?**
- Les membres de la famille d'employés agricoles vivant hors de l'exploitation agricole.
 - Les anciens agriculteurs qui ont aliéné leur domaine, ne travaillent plus dans l'agriculture et ne vivent plus sur un domaine agricole.
 - Les propriétaires et employés d'exploitations qui n'appartiennent pas à l'agriculture telles que:
 - les fromageries
 - les entreprises horticoles
 - les entreprises artisanales non tributaires du sol (p. ex. élevage de volaille et de porcs)
 - les entreprises qui servent à la distribution de produits et machines agricoles.

1.4 Comment l'assurance est-elle conclue?

1. Conditions d'admission

Chaque personne est tenue de signer personnellement une formule de proposition écrite sur laquelle figurent des données complètes et véridiques concernant la situation personnelle, l'état de santé, les assurances existantes de même que les prestations versées. Cette proposition doit être remise à la Visana Assurances SA qui vous établit la police d'assurance correspondante et vous remet les présentes CGA. La Visana Assurances SA est en droit d'appliquer des réserves pour des maladies/séquelles d'accidents existant au moment de l'admission. La réserve d'assurance doit être levée après cinq ans au plus tard. Pour les personnes incapables d'exercer leurs droits, la signature du représentant légal est requise. La Visana Assurances SA peut ordonner un examen médical d'admission et exiger des certificats médicaux. La proposition d'assurance renferme une clause déliant le corps médical du secret professionnel.

2. Obligation de déclarer

Si l'assuré connaissait ou était susceptible de connaître au moment de la conclusion de l'assurance des faits substantiels présentant un danger et qu'il les a déclarés inexactement ou dissimulés, la Visana Assurances SA peut résilier le contrat dans un délai de quatre semaines après avoir pris connaissance de la violation de l'obligation de déclarer.

3. Droit de l'assuré de se départir du contrat

L'assuré a le droit de se départir de sa proposition ou de l'assurance, mais au plus tard dix jours après réception dans les délais d'une confirmation de couverture définitive ou de la police d'assurance. L'assuré est tenu de notifier sa décision par lettre signature et le cas échéant, de renvoyer le document. L'éventuelle couverture d'assurance

déjà accordée s'éteint au moment où est postée la déclaration de se départir correspondante. Dans ce cas, aucune prime n'est prélevée.

1.5 Quand l'assurance commence-t-elle/se termine-t-elle?

1. Début

L'assurance déploie ses effets au plus tôt le jour de la remise de la formule de proposition dûment signée. Un début de l'assurance avec effet rétroactif n'est pas possible.

2. Fin

L'assurance s'éteint dans les cas suivants:

- résiliation valable juridiquement
- cessation de l'activité lucrative
- décès de la personne assurée
- abandon définitif du domicile en Suisse
- puisement de l'obligation d'allouer des prestations
- survenance de l'un des faits mentionnés sous partie I, article 1.3, chiffre 1 pendant la durée de l'assurance

3. Le versement de prestations d'assurance cesse lorsque l'assurance prend fin.

1.6 Quand l'assurance peut-elle être résiliée?

- Moyennant un délai de préavis de trois mois, l'assuré peut résilier par écrit son assurance pour la fin de chaque semestre. La résiliation est considérée comme effectuée dans les délais si elle parvient à la Visana Assurances SA au plus tard le dernier jour de travail précédant le délai de résiliation.
- Après la survenance d'un dommage faisant naître une obligation d'indemnisation, l'assuré peut résilier le contrat 14 jours au plus tard après avoir pris connaissance du versement des prestations. La responsabilité de la Visana Assurances SA cesse 14 jours après que la résiliation lui a été notifiée. La Visana Assurances SA renonce à exercer son droit de résiliation vis-à-vis de l'assuré en cas de sinistre. Demeuré réservé le droit de résiliation selon partie I, article 1.4, chiffre 1.

1.7 Quand et pour combien de temps les primes doivent-elles être payées?

1. Exigibilité

L'échéance des primes et le délai de paiement ressortent de la facture des primes. Les primes sont payables mensuellement, bimestriellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement. La Visana Assurances SA accorde un escompte en cas de paiement semestriel ou annuel.

2. Suppression de l'assurance

Si l'assurance est supprimée au cours de la période d'assurance, la Visana Assurances SA rembourse la prime pour la période de l'extinction de la couverture d'assurance à la fin de l'année d'assurance en cours. Cette réglementation ne s'applique pas lorsque le contrat est en vigueur depuis moins d'une année et que la résiliation du contrat a lieu sur demande du preneur d'assurance suite à un sinistre, comme prévu sous partie I, article 1.6.

1.8 Que se passe-t-il en cas de changement de tarif?

En cas de modification des primes tarifaires, la Visana Assurances SA peut exiger l'adaptation de l'assurance avec effet à l'année d'assurance suivante et communiquer à l'assuré les nouvelles conditions 25 jours au plus tard avant l'échéance de l'année d'assurance.

En cas d'adaptation tarifaire, l'assuré est en droit de résilier l'assurance pour la fin de l'année d'assurance en cours. Afin d'être valable, la résiliation doit être parvenue à la Visana Assurances SA au plus tard le dernier jour de travail de l'année d'assurance. Si le preneur d'assurance ne résilie pas son contrat, on considère qu'il consent à l'adaptation de l'assurance.

1.9 Où l'assurance est-elle valable?

L'assurance est valable dans le monde entier, jusqu'à concurrence de douze mois toutefois en cas de voyage et de séjour en dehors des frontières de la Suisse. Passé ce délai, la couverture s'éteint.

2. Prestations d'assurance

2.1 Qu'est-ce qui est assuré?

Des indemnités journalières en cas de maladie, d'accident et de maternité sont assurées. Le montant des prestations et le délai d'attente sont définis dans la police d'assurance. Le délai d'attente fixé contractuellement n'est pris en considération qu'une fois dans une même année civile, maladie et accident confondus.

La Visana Assurances SA verse l'indemnité journalière fixée contractuellement pour la durée de l'incapacité de travail, au plus tôt toutefois après l'expiration du délai d'attente fixé dans la police d'assurance. Le délai d'attente commence le premier jour de l'incapacité de travail médicalement attestée, mais au plus tôt 5 jours civils avant le premier traitement médical. Les jours d'incapacité de travail partielle comptent comme jours entiers dans le calcul du délai d'attente.

L'incapacité de travail de la personne assurée doit être attestée par le médecin ou le chiropraticien.

Le droit aux prestations d'indemnités journalières naît à partir d'une incapacité de travail de 25 %. Les prestations sont calculées en fonction du degré de l'incapacité de travail. A partir d'une incapacité de travail de 66 2/3 %, les prestations sont versées raison de 100 %. Les jours d'incapacité de travail partielle de 25 % au moins comptent comme des jours entiers pour le calcul du délai d'attente et de la durée des prestations. L'indemnité journalière est versée pendant une durée d'allocation des prestations de 720 jours au maximum par cas d'assurance, déduction faite du délai d'attente fixé. Après épuisement de la durée des prestations, l'assurance d'indemnités journalières s'éteint. Dès ce moment, il n'y a plus de primes à payer; l'assurance d'indemnités journalières ne peut par ailleurs plus être renouvelée après son épuisement.

Si un nouveau cas d'assurance survient pendant qu'un cas d'assurance est en cours, la durée d'allocation des prestations du premier cas est prise en compte.

En cas de rechutes survenant dans un délai de 180 jours, il n'est pas appliqué de délai d'attente pour la nouvelle incapacité de travail.

En cas de maternité, les prestations suivantes sont allouées: Si l'assurée n'a pas droit à une allocation de maternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG), les indemnités journalières sont versées dans la mesure où l'assurance auprès de la Visana Assurances SA a été en vigueur durant 270 jours au moins jusqu'au moment de l'accouchement sans être interrompue durant plus de trois mois. Si l'accouchement a lieu pendant le délai de carence, les prestations assurées sont versées uniquement si le délai de carence s'avère respecté selon le terme de la grossesse médicalement attesté et calculé. Si les conditions sont remplies, la Visana Assurances SA alloue les indemnités journalières assurées durant 16 semaines en prenant en compte le délai d'attente. Sur ces 16 semaines, huit au moins doivent être postérieures à l'accouchement. L'assurée choisit librement dans ce cadre la façon dont la durée d'allocation des prestations doit être répartie par rapport au moment de l'accouchement.

Si l'assurée a droit à une allocation de maternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG), l'indemnité journalière assurée sera versée après déduction de l'allocation de maternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG) durant 16 semaines à dater de l'accouchement. Le délai d'attente n'est pas appliqué.

Le droit à l'indemnité journalière prend fin prématurément si l'assurée reprend une activité lucrative, quel que soit le taux

d'occupation. Pour faire valoir le droit à l'indemnité journalière, le décompte de la caisse de compensation AVS relatif à l'allocation de maternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG) doit être présenté.

Les prestations de maternité ne sont pas imputées à la durée maximale d'allocation de l'assurance d'indemnités journalières. En cas de séjour à l'étranger, l'indemnité journalière assurée est uniquement versée durant le séjour hospitalier.

2.2 Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

Dans les cas mentionnés ci-dessous, Visana Assurances SA n'accorde aucune prestation d'assurance:

Les maladies et séquelles d'accident qui existent au moment de la conclusion de l'assurance, aussi longtemps qu'elles entraînent une incapacité de travail; les atteintes à la santé qui ne résultent que partiellement de maladies/accidents assurés entraînent une réduction proportionnelle des prestations;

Service militaire, actes de guerre, désordres

- comme conséquence d'événements guerriers en Suisse et à l'étranger
- comme conséquence de désordres de tout type et des mesures prises pour y remédier, à moins que la personne assurée ne prouve qu'elle ne prenait aucune part aux côtés des semeurs de troubles ou qu'elle a été impliquée par provocation
- en rapport avec le service effectué dans une armée étrangère

Cas de force majeure

- en cas de tremblement de terre ou de météorite
- en cas de maladie ou d'accident suite à une exposition à des rayons ionisants

Faute imputable à l'assuré

- à l'occasion ou comme conséquence de la perpétration d'un crime ou d'un délit ou à l'occasion de tentatives
- comme conséquence de la participation à une rixe ou à une bagarre, à moins que l'assuré ait été blessé par les protagonistes alors qu'il ne prenait aucune part à la rixe ou à la bagarre ou alors qu'il venait en aide à une personne sans défense
- comme conséquence de dangers auxquels l'assuré s'est exposé en provoquant gravement autrui
- en cas de troubles de la santé qui sont dus à une entreprise téméraire. On entend par entreprises téméraires des actions par lesquelles l'assuré s'expose à un danger particulièrement grave sans prendre ou pouvoir prendre les dispositions pour ramener le risque à des proportions raisonnables
- en cas de participation à des courses de véhicules à moteur de tout type de même que lors des entraînements
- en cas de provocation intentionnelle de l'événement assuré par la personne assurée ou par une autre personne ayant droit.
- en cas de traitements thérapeutiques et d'incapacité de travail consécutifs à un usage abusif de médicaments, de drogues et d'alcool. L'abus de ces produits entraînant une dépendance est expressément non reconnu comme une maladie et ne donne ainsi pas lieu à des prestations de Visana Assurances SA.

Autres exclusions:

- en cas d'abus ou de tentative d'abus de l'assurance
- en cas de non respect de l'obligation de réduire le dommage, selon l'article 61 LCA (en particulier en cas de refus d'une activité pouvant être raisonnablement exigée, dans une autre profession ou dans un autre domaine d'activité - après la détermination par Visana Assurances SA d'un délai adéquat, lors d'une incapacité de travail de longue durée)
- pour des maladies et des accidents survenus après l'annulation du contrat

2.3 Qu'entend-on par le terme de:

1. Maladie

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

Les complications liées à la grossesse et les troubles de la santé dus à la naissance sont assimilés à une maladie assurée dans la mesure où l'assurée était couverte par cette assurance depuis le début de sa grossesse.

2. Accident

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire ainsi que les lésions corporelles assimilées à un accident et les maladies professionnelles au sens de la loi sur l'assurance-accidents obligatoire (LAA).

Sont assimilés aux accidents:

- Les atteintes à la santé causées par l'inhalation involontaire d'émanations soudaines de gaz ou de vapeurs et par l'ingestion par mégarde de substances toxiques ou caustiques;
- Les déboîtements, les déchirures ainsi que les froissements de muscles et de tendons par suite d'un propre effort déployé soudainement;
- Les gelures, les insulations, les coups de chaleur ainsi que les atteintes à la santé causées par des rayons ultraviolets, à l'exception des coups de soleil.

3. Incapacité de travail

Il y a incapacité de travail lorsque la personne assurée, à la suite d'un événement assuré, est totalement ou partiellement incapable d'exercer son activité professionnelle.

4. Médecin

Un médecin autorisé à exercer la profession, titulaire d'un diplôme fédéral ou d'un certificat de capacité étranger jugé équivalent.

5. Chiropraticien

Un chiropraticien autorisé à exercer la profession, titulaire d'un certificat de capacité établi par le canton et reconnu par la Confédération.

6. Récidive

Du point de vue de la durée d'allocation des prestations, la réapparition d'une maladie/des séquelles d'un accident (rechute) est considérée comme un nouveau cas dans la mesure où l'assuré n'a été ni inapte au travail, ni soumis à des soins médicaux durant 180 jours en raison de cette maladie ou de ces séquelles.

2.4 Que se produit-il en cas de négligence grave?

La Visana Assurances SA renonce au droit qui lui revient selon la loi de réduire ses prestations lorsque la maladie ou l'accident a été provoqué(e) par négligence grave.

3. Sinistre

3.1 Que faire en cas de sinistre?

Si une incapacité de travail fait naître selon toute vraisemblance une prétention à des prestations d'assurance,

- un médecin doit être consulté dès que possible et un traitement approprié doit être dispensé. Il convient de se soumettre aux prescriptions du médecin. Chaque assuré est dans l'obligation de subir un examen médical par l'un des médecins mandatés par la Visana Assurances SA,
- l'assuré est tenu de communiquer le sinistre à la Visana Assurances SA au moyen du formulaire à disposition dans un délai d'une semaine après l'expiration du délai d'attente. Afin de motiver son droit à des indemnités journalières, l'assuré

doit joindre l'attestation du médecin traitant ou du chiropraticien prévue à cet effet.

3.2 Que se passe-t-il en cas de sinistres en cours?

Le droit aux prestations des assurés pour lesquels un sinistre en cours était enregistré auprès des caisses-maladie Evidenzia, Grutli ou CMB au 31 décembre 1995 est régi par les dispositions du présent chapitre.

Sont considérés comme faisant l'objet d'un sinistre en cours:

- les assurés qui recevaient des indemnités journalières le 31 décembre 1995
- les assurés qui remplissaient les conditions d'octroi d'indemnités journalières le 31.12.95, mais qui n'en recevaient pas en raison du délai d'attente ou des dispositions concernant la surindemnisation.

La durée d'allocation des prestations pour les sinistres en cours est de 720 jours après déduction du délai d'attente convenu. En outre, les indemnités journalières versées jusqu'au 31 décembre 1995 sont imputées sur la durée totale d'allocation (somme versée jusqu'au 31.12.1995, divisée par le montant de l'indemnité journalière). Le droit aux prestations en cas d'incapacité de travail à partir du 1er janvier 1996 est régi par la partie I, article 2.1 des CGA. Pour le reste, on calcule le droit aux prestations restantes à partir du 1er janvier 1996 sur la base des présentes CGA et en tenant compte des règles de décompte ci-dessus.

3.3 Existe-t-il une obligation de renseigner?

La Visana Assurances SA est autorisée à effectuer des visites des patients ainsi qu'à demander des pièces et renseignements complémentaires, notamment des certificats médicaux. L'assuré délègue les médecins qui le soignent ou l'ont soigné du secret professionnel vis-à-vis de la Visana Assurances SA. Cette dernière traite toutes les données médicales de façon confidentielle.

3.4 Que se produit-il en cas de violation des obligations?

La Visana Assurances SA est déliée de son obligation en matière de prestations si l'assuré viole ses devoirs, à moins qu'il n'ait pas agi de manière fautive.

3.5 Où pouvez-vous faire valoir vos droits par voie de justice?

Pour faire valoir les droits découlant de l'assurance, la Visana Assurances SA peut être actionnée en justice au domicile suisse de l'assuré ou au siège de la Visana Assurances SA à Berne.

3.6 Comment l'impôt à la source est-il traité?

Pour les personnes qui sont soumises à l'impôt à la source, l'impôt est déduit des prestations.

3.7 A qui adresser vos communications?

Toutes les déclarations et communications de l'assuré doivent être faites à la Visana Assurances SA à Berne ou à sa représentation désignée dans la police d'assurance.

II Assurance des dépanneurs (BHL)

(Assurance des contributions aux frais d'un dépanneur pour les affiliés à l'assurance agricole de la Visana Assurances SA)

1. Assurance

1.1 En quoi consistent les fondements?

La demande d'admission écrite du candidat à l'assurance agricole d'indemnités journalières de la Visana Assurances SA de

même que les dispositions ci-dessous à titre complémentaire constituent les fondements de cette assurance.

Dans la mesure où aucune autre disposition expresse n'a été convenue, la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 est applicable.

1.2 Quels risques sont assurés?

Dans le cadre des prestations définies ci-dessous, l'assurance couvre les coûts qui sont occasionnés par l'engagement d'un dépanneur au sein de l'exploitation de l'assuré.

1.3 Qui est assuré?

Chaque assuré de la Visana Assurances SA ayant atteint l'âge adulte qui a conclu auprès d'elle une indemnité journalière d'au moins CHF 20.– dans le cadre de l'assurance agricole avec un délai d'attente de 30 jours au maximum peut prétendre à des prestations.

2. Prestations d'assurance

2.1 Qu'est-ce qui est assuré?

Si une exploitation se trouve dans une situation critique du fait de l'incapacité de travailler d'une personne définie sous la partie I, article 1.3 par suite d'accident, de maladie, de cure ordonnée médicalement ou de décès et s'il est possible de remédier à cette situation critique en faisant intervenir un dépanneur par l'intermédiaire d'une organisation, la Visana Assurances SA verse des prestations.

Les prestations sont déterminées comme suit:

- Jusqu'à CHF 30.– par jour de travail (ce montant est réduit proportionnellement en cas de travail rémunéré à l'heure seulement) pendant un maximum de 60 jours de travail complets.

En cas de travail partiel du dépanneur, les indemnités sont versées selon le degré de l'incapacité de travail de l'assuré (p. ex.: pour une incapacité de travail de 50%, 50% du tarif journalier sont versés). L'indemnisation maximale par cas (diagnostic) s'élève à CHF 1'800.– sur une période de cinq ans.

3. Sinistre

3.1 Que faire en cas de sinistre?

En cas de sinistre, l'assuré doit faire parvenir au service compétent de la Visana Assurances SA l'original de la facture remise par l'organisation des dépanneurs. Si l'organisation ne peut déléguer aucun dépanneur et que l'assuré trouve lui-même un remplaçant ou qu'il emploie un parent dans le même but, cela doit faire l'objet d'une brève motivation écrite de la part du propriétaire de l'exploitation au moment de l'expédition des originaux des factures correspondantes.

III Assurance pour aides temporaires (LwA)

(Assurance-accidents pour le personnel auxiliaire non soumis à la LAA travaillant dans des exploitations agricoles affiliées à l'assurance agricole de la Visana Assurances SA)

1. Assurance

1.1 En quoi consistent les fondements?

La demande d'admission écrite de l'assuré à l'assurance pour aides temporaires de la Visana Assurances SA de même que les dispositions ci-dessous à titre complémentaire constituent les fondements de cette assurance.

Dans la mesure où aucune autre disposition expresse n'a été convenue, la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) du 2 avril 1908 est applicable, ainsi que les dispositions des parties/articles et chiffres I, 1.4, 1 à I, 1.4, 3, I, 1.5, 1 à I, 1.5, 3, I,

1.6 à I, 1.9, et I, 2.4 à I, 3.6 des CGA de l'assurance agricole d'indemnités journalières.

1.2 Quels risques sont assurés?

L'assurance pour aides temporaires couvre les conséquences des accidents dont sont victimes les personnes assurées.

1.3 Qui est assuré?

Sont assurés les aides temporaires et les journaliers dès l'âge de 15 ans révolus, pour autant qu'ils ne soient pas assujettis à l'assurance-accidents obligatoire en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA).

Sont également assurés les aides temporaires au sens d'une aide de voisinage à des travaux agricoles ou de construction pour les besoins propres, à condition que cette aide ne soit pas régulière et qu'elle ne dépasse pas 30 jours par année. Si ces personnes sont assurées en vertu de la LAA, les presta-

tions sont versées uniquement en complément à cette assurance.

Remarque:

Les dispositions de la LAA sont déterminante pour l'assujettissement à la LAA.

1. Qui ne peut pas s'assurer?

Ne sont pas assurés les membres de la famille de l'exploitant vivant au sein de la même exploitation agricole.

1.4 Quand l'assurance commence-t-elle/se termine-t-elle?

En principe, les dispositions des parties, articles, chiffres I, 1.5, 1 et I, 1.5, 2 des CGA de l'assurance d'indemnités journalières agricole sont applicables. Exception: l'assurance reste en vigueur aussi après l'âge de 65 ans révolus.

2. Prestations d'assurance

2.1 Qu'est-ce qui est assuré?

Seuls sont assurés les accidents professionnels, y compris ceux qui surviennent sur le chemin du travail, selon les dispositions de la LAA. La définition du concept d'accident est celle figurant dans la LAA.

1. Frais de traitement

La Visana Assurances SA prend en charge les frais mentionnés sous les lettres a)-c) ci-dessous pour un montant illimité pour autant qu'ils soient occasionnés dans les cinq ans qui suivent le jour de l'accident.

a) Le traitement ambulatoire par un médecin ou un dentiste et les applications médicales reconnues scientifiquement et effectuées par du personnel paramédical sur prescription médicale. Les frais supplémentaires qui découlent de souhaits spéciaux des assurés, par exemple pour des mesures particulièrement coûteuses ou des mesures purement esthétiques, ne sont pas payés.

Sont en outre pris en charge les moyens accessoires qui servent à la guérison tels que les corsets de soutien et autres moyens de ce genre, mais pas les frais de prothèses.

b) Les médicaments ordonnés par le médecin ou le dentiste;

c) Le traitement, la nourriture et le logement en division commune d'un établissement hospitalier public compétent. Si un assuré est soigné pour des raisons médicales dans un établissement hospitalier public hors de son canton de domicile, les coûts du séjour dans la division commune de cet établissement sont pris en charge.

d) Les cures de convalescence et balnéaires ordonnées médicalement. Les frais de traitement sont intégralement pris en charge. La participation aux frais de logement et de nourriture s'élève au maximum à CHF 50.- par jour.

e) Les frais de voyage, de transport et de sauvetage nécessaires jusqu'à concurrence de CHF 10'000.- par cas.

f) Les frais nécessaires de transport du corps jusqu'au lieu d'ensevelissement jusqu'à concurrence de CHF 5'000.-.

Les prestations tombent dans la mesure où elles sont prises en charge par un tiers responsable.

2. Indemnité journalière en cas d'accident

Si l'accident entraîne une incapacité de travail, les personnes ayant atteint l'âge de 15 ans révolus ont droit à une indemnité journalière de CHF 50.- pendant l'incapacité de travail attestée médicalement; pour les personnes assurées selon la partie I, article 1.3, qui sont soumises à la LAA, 20 % de l'indemnité journalière sont assurés, au maximum CHF 50.-. Le versement de l'indemnité commence le 15e jour après l'accident. Il est limité à la durée de 720 jours suivant l'accident. L'indemnité journalière est versée entièrement ou partiellement selon le degré de l'incapacité de travail. Lorsque l'assuré a plus de 65 ans au moment où survient l'événement assuré, l'indemnité est réduite de moitié. Les enfants âgés de moins de 15 ans au moment de l'événement assuré ne touchent aucune indemnité.

3. Capital-invalidité

Un capital-invalidité de CHF 50'000.- avec progression est assuré. Si l'accident entraîne une invalidité présumée permanente, c'est-à-dire à vie, le capital versé est déterminé par le degré d'invalidité et la somme d'assurance fixée contractuellement. Le capital est versé dès que le degré d'invalidité peut être fixé de façon définitive.

Le degré d'invalidité est déterminé selon les principes suivants: degrés d'invalidité fixes en cas de perte ou de privation totale de l'usage

des deux bras ou mains, des deux jambes ou pieds, d'un bras ou d'une main en même temps que d'une jambe ou d'un pied	100 %
d'un bras au-dessus du coude	70 %
d'un bras au-dessous du coude ou d'une main	60 %
d'une pouce	22 %
d'un index	15 %
d'un autre doigt	8 %
d'une jambe au-dessus du genou	60 %
d'une jambe au-dessous du genou ou au niveau de l'articulation de genou	50 %

des deux bras ou mains, des deux jambes ou pieds, d'un bras ou d'une main en même temps que d'une jambe ou d'un pied	100 %
d'un pied	40 %
de la vue des deux côtés	100 %
de la vue d'un côté	30 %
de l'ouïe des deux oreilles	60 %
de l'ouïe d'une oreille	15 %

En cas de perte ou de privation partielle de l'usage d'un membre ou d'un organe, le degré d'invalidité est réduit proportionnellement. En cas de perte ou de privation simultanée de l'usage de plusieurs membres ou organes, le degré d'invalidité s'obtient en règle générale par l'addition des pourcentages mais il ne peut jamais excéder les 100%. Si l'assuré avait déjà entièrement ou en partie perdu certains membres ou organes ou qu'il était privé de leur usage avant que l'accident ne se produise, le degré d'invalidité préexistant, calculé selon les principes ci-dessus, est soustrait du degré d'invalidité diagnostiqué. Lorsque le taux d'invalidité ne peut être déterminé sur la base de ce qui précède, il est fixé en fonction de l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale permanente en tenant compte de l'étendue de l'incapacité de travail et de la situation personnelle de l'assuré.

En ce qui concerne les troubles psychiques et nerveux, une indemnité d'invalidité n'est accordée que si ces troubles sont provoqués par une maladie organique du système nerveux causée par l'accident.

Comme il a été convenu d'une assurance invalidité progressive, les indemnités se calculent comme suit:

Pour la part du degré d'invalidité ne dépassant pas 25 %, sur la base de la somme d'assurance simple convenue en cas d'invalidité; pour la part du degré d'invalidité supérieure à 25 % mais ne dépassant pas 50 %, sur la base du triple de la somme assurée en cas d'invalidité; pour la part du degré d'invalidité supérieure à 50 %, sur la base du quintuple de la somme assurée en cas d'invalidité.

De ce fait, les taux d'invalidité pour une invalidité supérieure à 25 % sont majorés comme suit:

de %	à %	de %	à %	de %	à %	de %	à %
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

Lorsqu'un assuré a dépassé l'âge de 65 ans au moment de l'accident, la progression tombe, ce qui signifie que l'indemnité est versée en fonction de la somme d'assurance simple.

4. Cas de décès

Le capital décès s'élève à CHF 25'000.– pour les personnes ayant atteint l'âge de 15 ans révolus, et à la moitié pour les assurés plus jeunes.

Lorsque la personne assurée décède des suites d'un accident assuré, la Visana Assurances SA verse le capital décès aux ayants droit dans l'ordre bénéficiaire suivant:

- a) conjoint
- b) enfants, enfants adoptifs et d'un autre lit à parts égales
- c) parents

Si aucune des personnes susmentionnées ne survit à l'assuré, la Visana Assurances SA verse CHF 2'000.– comme participation aux frais d'ensevelissement. Tout capital-invalidité qui aurait déjà été versé est imputé sur le capital décès.

3. Sinistre

3.1 Que faire en cas de sinistre?

Lorsqu'un accident survient, il faut

- faire parvenir à la Visana Assurances SA une déclaration d'accident dûment remplie. Les formulaires correspondants sont disponibles auprès de la Visana Assurances SA.
- consulter un médecin diplômé dans les plus brefs délais et suivre un traitement approprié. L'assuré, ou l'ayant droit, doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour apporter des éclaircissements sur l'accident et ses conséquences. L'assuré est tenu de délier ses médecins de leur secret professionnel vis-à-vis de la Visana Assurances SA et de se soumettre à un éventuel examen par un médecin mandaté par la Visana Assurances SA.

Les décès doivent être communiqués à la Visana Assurances SA assez rapidement (même par téléphone si cela est nécessaire) pour qu'il puisse être procédé à une autopsie avant l'ensevelissement, au cas où le décès aurait également pu être provoqué par d'autres causes que l'accident. Dans ce cas, les survivants bénéficiaires doivent donner leur consentement pour qu'une autopsie puisse avoir lieu.

3.2 Où pouvez-vous faire valoir vos droits par voie de justice

Pour faire valoir vos droits découlant du contrat d'assurance, la Visana Assurances SA peut être actionnée en justice au domicile suisse de l'assuré ou de l'ayant droit ou au siège de la Visana Assurances SA à Berne.