

Conditions particulières de l'assurance Acrobat

AB

Tableau comparatif (seuls les articles adaptés sont reproduits ci-dessous)

Edition du 01.02.2004	Edition du 01.10.2021
Art. 4 Condition d'admission	Art. 4 Condition d'admission
L'assurance Acrobat peut être conclue pour toute personne domiciliée en Suisse ou au Liechtenstein et qui n'a pas encore atteint l'âge de 18 ans révolus.	L'assurance Acrobat peut être conclue pour toute personne domiciliée en Suisse et qui n'a pas encore atteint l'âge de 18 ans révolus.
Art. 6 Adaptation automatique de l'assurance (dès 19 ans)	Art. 6 Adaptation automatique de l'assurance (dès 19 ans)
<ol style="list-style-type: none">1. Lorsque le contrat d'assurance prend fin pour les raisons invoquées à l'article 5 ci-avant, l'assuré au bénéfice du niveau 1 ou 2 (cf. art. 7 ci-après) est automatiquement transféré dans l'assurance ProVista (ID), pour la variante couvrant les mêmes sommes d'assurances. L'assuré au bénéfice du niveau 1P (cf. art. 7 ci-après) est automatiquement transféré dans l'assurance ActiVita (AJ). Ces assurances prennent effet au 1er janvier de l'année qui suit la fin de l'assurance Acrobat.2. L'assuré peut, dans un délai de 30 jours à réception de la nouvelle police d'assurance, refuser le transfert dans l'assurance ProVista (ID), respectivement ActiVita (AJ) en l'annonçant par écrit à l'assureur.	<ol style="list-style-type: none">1. Lorsque le contrat d'assurance prend fin pour les raisons invoquées à l'article 5 ci-avant, l'assuré au bénéfice du niveau 1 ou 2 (cf. art. 7 ci-après) est automatiquement transféré dans l'assurance ProVista (ID), pour la variante couvrant les mêmes sommes d'assurances. L'assuré au bénéfice du niveau 1P (cf. art. 7 ci-après) est automatiquement transféré dans l'assurance ActiVita (AJ). Ces assurances prennent effet au 1er janvier de l'année qui suit la fin de l'assurance Acrobat.2. L'assuré peut, dans un délai de 30 jours à réception de la nouvelle police d'assurance, refuser le transfert dans l'assurance ProVista (ID), respectivement ActiVita (AJ) en l'annonçant à l'assureur.
Art. 8 Genres de prestations	Art. 8 Genres de prestations
<ol style="list-style-type: none">1. Acrobat alloue les prestations suivantes, en fonction du niveau de couverture choisi (cf. art. 7.1):<ol style="list-style-type: none">a. des frais de guérison et frais divers (art. 10);b. un capital en cas d'hospitalisation (art. 10);c. un capital en cas d'invalidité (art. 11);d. un capital en cas de décès (art. 12).2. Les prestations assurées dans le cadre de chaque niveau sont résumées dans l'annexe B.	<ol style="list-style-type: none">1. Acrobat alloue les prestations suivantes, en fonction du niveau de couverture choisi (cf. art. 7.1):<ol style="list-style-type: none">a. des frais de guérison et frais divers (art. 10);b. un capital en cas d'hospitalisation (art. 10);c. un capital en cas d'invalidité (art. 11);d. un capital en cas de décès (art. 12).2. Les prestations assurées dans le cadre de chaque niveau sont résumées dans l'annexe B.3. Les frais de guérison et frais divers relèvent de l'assurance de dommage. Les capitaux en cas d'hospitalisation, en cas d'invalidité ou en cas de décès, relèvent de l'assurance de somme.
Art. 10 Frais de guérison et frais divers	Art. 10 Frais de guérison et frais divers
<ol style="list-style-type: none">1. Les frais de guérison sont assurés en complément aux prestations selon les assurances sociales suisses ou étrangères, en particulier la LAMal, la LAA et la LAI.2. L'assureur ne prend en charge que la différence entre les prestations dues selon les assurances sociales mentionnées au point précédent et celles prévues aux chiffres 3.1 à 3.11 ci-après. Sauf dispositions contraires, la tarification des soins reste identique à la LAA.3. Les prestations suivantes sont allouées (cf. annexe B faisant partie intégrante des présentes conditions particulières):	<ol style="list-style-type: none">1. Les frais de guérison sont assurés en complément aux prestations selon les assurances sociales suisses ou étrangères, en particulier la LAMal, la LAA et la LAI.2. L'assureur ne prend en charge que la différence entre les prestations dues selon les assurances sociales mentionnées au point précédent et celles prévues aux chiffres 3.1 à 3.12 ci-après. Sauf dispositions contraires, la tarification des soins reste identique à la LAA.3. Les prestations suivantes sont allouées (cf. annexe B faisant partie intégrante des présentes conditions particulières):

1. Frais médicaux en Suisse (division commune)

Les frais pour les traitements nécessaires, y compris les analyses et médicaments (à l'exclusion toutefois des produits pharmaceutiques pour application spéciale LPPA), appliqués ou ordonnés par du personnel médical (médecin, dentiste, chiropraticien), de même que les frais pour le traitement, le séjour et la pension en division commune d'un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur.

2. Frais médicaux en cas d'urgences à l'étranger

Les frais pour le traitement médicalement nécessaire, ambulatoire et hospitalier, y compris les médicaments et analyses, lorsque l'accident survient à l'étranger.

3. Aide et soins à domicile

Suite à une hospitalisation et sur demande préalable à l'assureur, le montant prévu pour les frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel. Sur la base de ce même tarif, une contribution peut être allouée à l'un des parents qui suspend son activité professionnelle pour s'occuper de l'assuré.

4. Moyens auxiliaires et mobilier de malade

Les frais de première acquisition de prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens auxiliaires orthopédiques, ainsi que les frais de réparation ou de remplacement (valeur à neuf) de ceux-ci lorsqu'ils sont endommagés ou détruits lors d'un accident assuré entraînant une lésion corporelle et nécessitant un traitement médical. Les frais de location de mobilier de malade sont également couverts.

5. Frais de transport, de recherche et de sauvetage

Les frais de transports nécessités par l'accident jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires. Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de sauvetage.

Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.

Les frais de recherche et de sauvetage non planifiés servant à sauver la vie de l'assuré en situation de détresse prouvable ou à éviter que son état ne s'aggrave rapidement et de façon importante.

6. Chirurgie esthétique

Les frais nécessaires pour les opérations de chirurgie esthétique si l'accident a provoqué un défigurement grave et permanent.

7. Prestations supplémentaires lorsque l'accident survient à l'étranger

- Lorsque l'assuré est hospitalisé à l'étranger et que pour des raisons médicales, il ne peut être transféré en Suisse, les frais de transport de proches parents jusqu'au lieu d'hospitalisation lorsque l'hospitalisation dure plus de trois jours.
- En cas de décès de l'assuré à l'étranger, les frais de transport de la dépouille mortelle à bord d'un avion de ligne régulière ou véhicule prévu à cet effet, jusqu'au lieu de domicile en Suisse.

1. Frais médicaux en Suisse (division commune)

Les frais pour les traitements nécessaires, y compris les analyses et médicaments (à l'exclusion toutefois des produits pharmaceutiques pour application spéciale LPPA), appliqués ou ordonnés par du personnel médical (médecin, dentiste, chiropraticien), de même que les frais pour le traitement, le séjour et la pension en division commune d'un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur.

2. Frais médicaux en cas d'urgences à l'étranger

Les frais pour le traitement médicalement nécessaire, ambulatoire et hospitalier, y compris les médicaments et analyses, lorsque l'accident survient à l'étranger.

3. Aide et soins à domicile

Suite à une hospitalisation et sur demande préalable à l'assureur, le montant prévu pour les frais résultant de l'engagement médicalement nécessaire d'une aide familiale appartenant à un service officiel. Sur la base de ce même tarif, une contribution peut être allouée à l'un des parents qui suspend son activité professionnelle pour s'occuper de l'assuré.

4. Moyens auxiliaires et mobilier de malade

Les frais de première acquisition de prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens auxiliaires orthopédiques, ainsi que les frais de réparation ou de remplacement (valeur à neuf) de ceux-ci lorsqu'ils sont endommagés ou détruits lors d'un accident assuré entraînant une lésion corporelle et nécessitant un traitement médical. Les frais de location de mobilier de malade sont également couverts.

5. Frais de transport, de recherche et de sauvetage

Les frais de transports nécessités par l'accident jusqu'à l'établissement hospitalier ou chez le médecin le plus proche, pour autant qu'ils soient médicalement nécessaires. Cette contribution n'est allouée qu'en cas de transport par ambulance, hélicoptère ou par une action de sauvetage.

Les frais de transports publics (train, bus) nécessités par un traitement ambulatoire ayant pour but d'éviter une hospitalisation sont également couverts.

Les frais de recherche et de sauvetage non planifiés servant à sauver la vie de l'assuré en situation de détresse prouvable ou à éviter que son état ne s'aggrave rapidement et de façon importante.

6. Chirurgie esthétique

Les frais pour les opérations de chirurgie esthétique rendues nécessaires suite à un accident assuré.

7. Prestations supplémentaires lorsque l'accident survient à l'étranger

- Lorsque l'assuré est hospitalisé à l'étranger et que pour des raisons médicales, il ne peut être transféré en Suisse, les frais de transport de proches parents jusqu'au lieu d'hospitalisation lorsque l'hospitalisation dure plus de trois jours.
- En cas de décès de l'assuré à l'étranger, les frais de transport de la dépouille mortelle à bord d'un avion de ligne régulière ou véhicule prévu à cet effet, jusqu'au lieu de domicile en Suisse.

8. Frais de rattrapage scolaire

Les frais certifiés de leçons de rattrapage données par une personne qualifiée et spécialement formée, si l'assuré n'est plus en mesure de suivre l'école pendant plus de deux mois.

9. Frais médicaux en Suisse (division privée)

L'ensemble des frais mentionnés au point 3.1, également en division privée d'un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur.

En plus des prestations mentionnées aux points 3.1 à 3.9 ci-dessus, Acrobat niveau 2 alloue les prestations supplémentaires suivantes:

10. Assistance à l'étranger et rapatriement

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes conditions d'assurance.

11. Capital en cas d'hospitalisation

Un capital de Fr. 500.– par année civile est versé dans le cas d'une hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement hospitalier suisse reconnu ou à l'étranger. Le versement du capital est effectué sur demande du preneur d'assurance et sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier.

Le médecin-conseil de l'assureur est autorisé à demander au médecin traitant le diagnostic ou tout renseignement utile pour déterminer le droit aux prestations d'assurance.

8. Frais de rattrapage scolaire

Les frais certifiés de leçons de rattrapage données par une personne qualifiée et spécialement formée, si l'assuré n'est plus en mesure de suivre l'école pendant plus de deux mois.

9. Abonnement de sport

Si, à la suite d'un accident, l'assuré est empêché de pratiquer une activité sportive, l'assureur rembourse, au prorata temporis et sur présentation des justificatifs originaux et médicaux, les forfaits ou abonnements de sport souscrits avant l'accident et ne pouvant être utilisés.

L'indemnité pour ces frais est limitée au maximum à Fr. 500.– par cas d'accident.

En plus des prestations mentionnées aux points 3.1 à 3.9 ci-dessus, Acrobat niveau 2 alloue les prestations supplémentaires suivantes:

10. Frais médicaux en Suisse (division privée)

L'ensemble des frais mentionnés au point 3.1, également en division privée d'un établissement hospitalier suisse reconnu par l'assureur.

En plus des prestations mentionnées aux points 3.1 à 3.10 ci-dessus, Acrobat niveau 2 alloue les prestations supplémentaires suivantes:

11. Assistance à l'étranger et rapatriement

Les prestations prévues par les conditions d'intervention du Groupe Mutuel Assistance dont les dispositions font partie intégrante des présentes conditions d'assurance.

12. Capital en cas d'hospitalisation

Un capital de Fr. 500.– par année civile est versé dans le cas d'une hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement hospitalier suisse reconnu ou à l'étranger. Le versement du capital est effectué sur demande du preneur d'assurance et sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier.

Le médecin-conseil de l'assureur est autorisé à demander au médecin traitant le diagnostic ou tout renseignement utile pour déterminer le droit aux prestations d'assurance.

Art. 11 Capital en cas d'invalidité

Ces prestations sont allouées pour les assurés au bénéfice de l'assurance Acrobat niveau 1 ou 2.

a. Capital

Le capital assuré en cas d'invalidité est de Fr. 200'000.–.

b. Droit

Si l'accident entraîne une invalidité permanente probable, le capital d'invalidité est versé. Celui-ci est déterminé par le degré d'invalidité et l'échelle fixée à la lettre c ci-après.

Art. 11 Capital en cas d'invalidité

Ces prestations sont allouées pour les assurés au bénéfice de l'assurance Acrobat niveau 1 ou 2.

a. Capital

Le capital assuré en cas d'invalidité est de Fr. 200'000.–.

b. Droit

Si l'accident entraîne une invalidité permanente probable, le capital d'invalidité est versé. Celui-ci est déterminé par le degré d'invalidité et l'échelle fixée à la lettre c ci-après.

c. Degré d'invalidité

1. Le degré d'invalidité est fixé selon les règles suivantes:

– perte d'une phalange du pouce ou d'au moins deux phalanges d'un autre doigt	5%
– perte d'un pouce	20%
– perte d'une main	40%
– perte d'un bras au niveau du coude ou en dessus	50%
– perte d'un gros orteil	5%
– perte d'un pied	30%
– perte d'une jambe au niveau du genou	40%
– perte d'une jambe au-dessus du genou	50%
– perte du lobe d'une oreille	10%
– perte du nez	30%
– scalp	30%
– très grave défiguration	50%
– perte d'un rein	20%
– perte de la rate	10%
– perte des organes génitaux ou de la capacité de reproduction	40%
– perte de l'odorat ou du goût	15%
– perte de l'ouïe d'un côté	15%
– perte de la vue d'un côté	30%
– surdité totale	85%
– cécité totale	100%
– luxation récidivante de l'épaule	10%
– grave atteinte à la capacité de mastiquer	25%
– atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale	50%
– paraplégie	90%
– tétraplégie	100%
– atteinte très grave à la fonction pulmonaire	80%
– atteinte très grave à la fonction rénale	80%
– atteinte à des fonctions psychiques partielles, comme la mémoire et la capacité de concentration	20%
– épilepsie post-traumatique avec crises ou sous médication permanente sans crise	30%
– très grave trouble logo-organique, très grave syndrome moteur ou psycho-organique	80%

2. L'incapacité fonctionnelle absolue d'un membre ou d'un organe équivaut à sa perte complète.

3. En cas de perte ou d'incapacité fonctionnelle partielle, le pourcentage est réduit proportionnellement.

4. Si le degré d'invalidité ne peut être fixé en application des règles qui précèdent, il est alors établi en procédant, sur la base des constatations médicales, par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte.

c. Degré d'invalidité

1. Le degré d'invalidité est fixé selon les règles suivantes:

– perte d'une phalange du pouce ou d'au moins deux phalanges d'un autre doigt	5%
– perte d'un pouce	20%
– perte d'une main	40%
– perte d'un bras au niveau du coude ou en dessus	50%
– perte d'un gros orteil	5%
– perte d'un pied	30%
– perte d'une jambe au niveau du genou	40%
– perte d'une jambe au-dessus du genou	50%
– perte du lobe d'une oreille	10%
– perte du nez	30%
– scalp	30%
– très grave défiguration	50%
– perte d'un rein	20%
– perte de la rate	10%
– perte des organes génitaux ou de la capacité de reproduction	40%
– perte de l'odorat ou du goût	15%
– perte de l'ouïe d'un côté	15%
– perte de la vue d'un côté	30%
– surdité totale	85%
– cécité totale	100%
– luxation récidivante de l'épaule	10%
– grave atteinte à la capacité de mastiquer	25%
– atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale	50%
– paraplégie	90%
– tétraplégie	100%
– atteinte très grave à la fonction pulmonaire	80%
– atteinte très grave à la fonction rénale	80%
– atteinte à des fonctions psychiques partielles, comme la mémoire et la capacité de concentration	20%
– épilepsie post-traumatique avec crises ou sous médication permanente sans crise	30%
– très grave trouble logo-organique, très grave syndrome moteur ou psycho-organique	80%

2. L'incapacité fonctionnelle absolue d'un membre ou d'un organe équivaut à sa perte complète.

3. En cas de perte ou d'incapacité fonctionnelle partielle, le pourcentage est réduit proportionnellement.

4. Dans les cas non mentionnés ci-dessus, le degré d'invalidité est fixé selon le barème des indemnités pour atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) et des tables SUVA y relatives. Si le degré d'invalidité ne peut être fixé en application des règles qui précèdent, il est alors établi en procédant, sur la base des constatations médicales,

5. Si plusieurs parties du corps ou plusieurs organes sont touchés suite au même accident, les divers pourcentages sont additionnés. Le degré d'invalidité ne peut toutefois pas excéder 100%.
6. Les troubles psychiques ou nerveux ne donnent droit à une indemnité que s'il est prouvé qu'ils sont la conséquence d'une atteinte organique du système nerveux causée par l'accident.
7. Le degré d'invalidité est fixé au moment où l'état de l'assuré est présumé définitif mais au plus tard cinq ans après l'accident

d. Progression

1. Si le degré d'invalidité ne dépasse pas 25%, la somme d'assurance est versée selon le pourcentage correspondant au degré d'invalidité.
2. Si le degré d'invalidité est supérieur à 25%, les prestations (en pourcent de la somme d'assurance convenue) sont augmentées selon la table donnée dans l'annexe A.

par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte.

5. Si plusieurs parties du corps ou plusieurs organes sont touchés suite au même accident, les divers pourcentages sont additionnés. Le degré d'invalidité ne peut toutefois pas excéder 100%.
6. Les troubles psychiques ou nerveux ne donnent droit à une indemnité que s'il est prouvé qu'ils sont la conséquence d'une atteinte organique du système nerveux causée par l'accident.
7. Le degré d'invalidité est fixé au moment où l'état de l'assuré est présumé définitif mais au plus tard cinq ans après l'accident

d. Progression

1. Si le degré d'invalidité ne dépasse pas 25%, la somme d'assurance est versée selon le pourcentage correspondant au degré d'invalidité.
2. Si le degré d'invalidité est supérieur à 25%, les prestations (en pourcent de la somme d'assurance convenue) sont augmentées selon la table donnée dans l'annexe A.

Art. 12 Capital en cas de décès

Ces prestations sont allouées pour les assurés au bénéfice de l'assurance Acrobat niveau 1 ou 2.

1. Si l'accident entraîne la mort de l'assuré, un capital de Fr. 10'000.– est versé.
2. Les ayants droit sont les suivants:
 - les père et mère, à parts égales, à défaut:
 - les frères et soeurs, à parts égales, à défaut:
 - les grands-parents, à parts égales.
3. En l'absence de survivants tels qu'énumérés ci-dessus, l'assureur ne paie que la part des frais d'ensevelissement non couverte par un autre assureur, ceci jusqu'à concurrence du montant du capital mentionné au point 1 ci-dessus.
4. D'éventuelles prestations en cas d'invalidité, déjà payées pour les suites du même accident, sont déduites des prestations en cas de décès.
5. Le survivant qui a causé intentionnellement le décès de l'assuré est déchu de son droit à des prestations.

Art. 12 Capital en cas de décès

Ces prestations sont allouées pour les assurés au bénéfice de l'assurance Acrobat niveau 1 ou 2.

1. Si l'accident entraîne la mort de l'assuré, un capital de Fr. 10'000.– est versé, exception faite pour les enfants dont l'âge se situe en dessous de 2 ans et 6 mois au moment du décès, dans ce cas le capital est limité à Fr. 2'500.–.
2. Les ayants droit sont les suivants:
 - les père et mère, à parts égales, à défaut:
 - les frères et soeurs, à parts égales, à défaut:
 - les grands-parents, à parts égales.
3. En l'absence de survivants tels qu'énumérés ci-dessus, l'assureur ne paie que la part des frais d'ensevelissement non couverte par un autre assureur, ceci jusqu'à concurrence du montant du capital mentionné au point 1 ci-dessus.
4. D'éventuelles prestations en cas d'invalidité, déjà payées pour les suites du même accident, sont déduites des prestations en cas de décès.
5. Le survivant qui a causé intentionnellement le décès de l'assuré est déchu de son droit à des prestations.

Art. 13 Libération du paiement des primes

1. L'assureur prend en charge le paiement intégral des primes périodiques d'Acrobat jusqu'au terme du contrat (cf. art. 5) si, suite à un accident survenu pendant la durée de l'assurance, l'un des parents décède ou devient invalide à un taux d'invalidité supérieur à 50%
2. La prise en charge de la prime intervient le premier jour du mois qui suit la survenance de l'invalidité ou du décès, et doit être demandée à l'assureur en annexant les documents officiels correspondants (décision de l'office AI, acte de décès et livret de famille).

Art. 13 Libération du paiement des primes

1. L'assureur prend en charge le paiement intégral des primes périodiques d'Acrobat jusqu'au terme du contrat (cf. art. 5) si, suite à un accident survenu pendant la durée de l'assurance, l'un des parents décède ou devient invalide à un taux d'invalidité supérieur à 50%
2. La prise en charge de la prime intervient le lendemain du jour de la survenance de l'invalidité ou du décès, et doit être demandée à l'assureur en annexant les documents officiels correspondants (décision de l'office AI, acte de décès et livret de famille).

Art. 17 Fixation et paiement des primes

1. Les primes sont indiquées sur la police d'assurance.
2. Les primes sont payables en Suisse annuellement par avance; elles peuvent aussi, après entente et moyennant un supplément pour frais, être payées par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles.
3. Les primes sont dues pour le mois entier.

Art. 17 Prime

La prime est indiquée sur la police d'assurance.