

Assurance responsabilité civile pour médecins, dentistes et autres membres du corps médical, à l'exclusion des vétérinaires

Conditions générales complémentaires (CGC)

Edition 2011 des conditions modèles de l'ASA. Ces conditions sont dépourvues de tout caractère obligatoire. Les compagnies sont libres de convenir de conditions divergentes.

Article 36

1. Objet de l'assurance

- 1.1 En modification partielle de l'article 1 a et 7 n CGA, la couverture d'assurance pour médecins et dentistes (à l'exclusion toutefois des autres membres du personnel médical) s'étend également à la responsabilité civile pour les dommages économiques découlant de l'activité médicale. Sont considérés comme dommages économiques, les dommages appréciables en argent qui ne sont pas la conséquence d'une lésion corporelle ou d'un dégât matériel au sens de l'article 1 a CGA (p. ex. les dommages résultant d'une guérison retardée imputable à des mesures inadaptées, à la remise de certificats et de rapports d'expertise inexacts). En revanche, l'assurance ne couvre pas les prétentions résultant de prestations ne respectant pas les principes d'économicité (surmédicalisation) ainsi que les prétentions en rapport avec des informations sur les assurances. Pour le reste, ces dommages sont assimilés aux lésions corporelles.
- 1.2 En complément à l'article 1 b CGA, l'assurance comprend également la responsabilité civile résultant de
- la prestation d'aide d'urgence;
 - l'activité accessoire de médecin officiel et d'enseignant universitaire;
 - l'activité médicale dans l'armée suisse, dans la protection civile suisse ou dans des organisations caritatives;
 - l'emploi d'un suppléant ainsi que la responsabilité civile personnelle de celui-ci;
 - l'occupation d'étudiants en médecine effectuant un stage chez le preneur d'assurance.
- 1.3 En modification partielle de l'article 7 o, 2 tiret, CGA, la couverture d'assurance s'étend également à la responsabilité civile pour
- a) les dommages dus aux effets de rayons X ou d'autres rayonnements ionisants en relation avec une activité médicale. Les dommages génétiques sont toutefois exclus de l'assurance;
 - b) les dommages dus aux effets de rayons laser.
- 1.4 L'article 7 l CGA ne s'applique pas aux prétentions résultant de dommages causés à la suite d'une activité médicale exercée sur l'être humain.
- 1.5 En modification partielle de l'article 7 m CGA, la couverture d'assurance s'étend également à la responsabilité civile découlant de la remise d'ordonnances.
- 1.6 Si le preneur d'assurance se trouve lié à un tiers par un contrat de travail ou un rapport de travail basé sur un statut de fonctionnaire, les prétentions de ce tiers sont exclues de l'assurance.
- 1.7 Est exclue de l'assurance la responsabilité civile découlant d'une activité pour un établissement hospitalier, dans la mesure où cette activité est exercée sur la base d'un contrat de travail ou d'un rapport de travail basé sur un statut de fonctionnaire auprès de cet établissement hospitalier.

2 Validité territoriale

L'article 8, 1^{er} alinéa CGA est remplacé par les dispositions suivantes:

L'assurance couvre les dommages

- a) qui sont causés en Suisse et surviennent dans le monde entier. En dérogation partielle à l'article 1 a CGA, sont toutefois exclues de la couverture d'assurance les prétentions découlant de dommages survenus dans le cadre de traitements, examens et interventions planifiés au préalable qui sont jugées selon le droit nord-américain ou canadien ou élevées devant les tribunaux de ces pays.
- b) résultant d'activités non médicales dans le monde entier (p. ex. participation à des formations professionnelles ou continues).
- c) qui sont causés dans le monde entier à la suite de prestations médicales nécessaires et urgentes, effectuées à titre gracieux (prestations d'aide d'urgence).

3. Validité dans le temps et prestations de la Compagnie

L'article 9 CGA est remplacé par les dispositions suivantes:

3.1 Validité dans le temps

- a) L'assurance s'étend aux prétentions émises à l'encontre d'un assuré pendant la durée du contrat.
- b) Est considéré comme le moment où la prétention est émise:
 - la première formulation écrite d'un reproche concret ou d'une prétention à l'encontre de l'assuré, émise par le lésé ou une personne intervenant en son nom;
 - la première demande écrite de transmission du dossier du patient déposée par un avocat, un assureur de protection juridique, une organisation de défense des patients ou tout autre représentant légal mandaté à cet effet;
 - l'introduction d'une procédure pénale à l'encontre d'un assuré;
 - la déclaration écrite du preneur d'assurance relative à un acte ou à une omission susceptible d'engager sa responsabilité qui a été commis avant la fin du contrat et dont un assuré a connaissance pendant la durée contractuelle.

Une telle déclaration doit parvenir à la compagnie dans les six mois au plus tard suivant la fin du contrat. Les déclarations réceptionnées après la fin du contrat sont considérées comme ayant été reçues le dernier jour de la durée contractuelle.

S'il existe plusieurs critères concordants pour le même événement, c'est la date la plus ancienne qui est retenue.

- c) Est considéré comme le moment où la prétention relative aux frais de prévention de dommages est émise, celui où l'imminence d'un dommage assuré est constatée pour la première fois.
- d) Toutes les prétentions découlant d'un dommage en série selon le chiffre 3.2, lettre c, 1^{er} alinéa ci-après, sont considérées comme émises au moment où la première prétention a été émise conformément aux lettres b et c ci-dessus. Si la première prétention est émise avant le début du contrat, aucune couverture n'est accordée pour les prétentions appartenant à la même série.
- e) Pour les dommages et/ou les frais causés avant le début du contrat, la couverture n'est accordée que dans la mesure où l'assuré rend vraisemblable qu'au début du contrat, il n'avait pas connaissance d'un acte ou d'une omission susceptible d'engager sa responsabilité. Il en va de même pour des prétentions découlant d'un dommage en série selon le chiffre 3.2, lettre c, 1^{er} alinéa ci-après, lorsqu'un dommage ou des frais faisant partie de la série ont été causés avant le début du contrat.

Dans la mesure où des dommages et/ou des frais selon le paragraphe précédent sont couverts par une éventuelle assurance antérieure, une couverture portant sur la différence de sommes est accordée dans le cadre des dispositions du présent contrat (assurance complémentaire). Les prestations de l'assurance antérieure prévalent sur celles du présent contrat et sont déduites de la somme d'assurance de celui-ci.
- f) S'il survient une modification de l'étendue de l'assurance pendant la durée du contrat (y compris une modification de la somme d'assurance et/ou de la franchise), la lettre e, 1^{er} alinéa ci-dessus s'applique par analogie.
- g) En cas de décès du preneur d'assurance ou de cessation de l'activité assurée par le pre-

neur d'assurance, la couverture d'assurance s'étend aux prétentions pour dommages au sens des lettres b et d ci-dessus, émises à l'encontre d'un assuré ou de ses héritiers et annoncés à la compagnie après la fin du contrat pendant le délai légal de prescription .. Les prétentions qui sont émises pendant la durée de l'assurance du risque subséquent et ne font pas partie d'un événement dommageable au sens du chiffre 3.2 c ci-après sont considérées comme émises le jour de la fin du contrat.

- h) Si des partenaires, propriétaires, copropriétaires ou collaborateurs sortent du cercle des personnes assurées pendant la durée du contrat, la couverture d'assurance s'étend aux prétentions qui sont émises à l'encontre de ces personnes après leur sortie du contrat et sont annoncées à la compagnie pendant le délai légal de prescription. De telles prétentions sont considérées comme émises à la date de sortie.
- i) Si la prétention émise est également couverte par un autre contrat d'assurance responsabilité civile, il n'existe aucune assurance du risque subséquent au sens des lettres g et h ci-dessus.

3.2 Prestations de la compagnie

- a) Les prestations de la compagnie consistent dans l'indemnisation des prétentions justifiées et dans la défense contre les prétentions injustifiées. Elles incluent les intérêts du dommage et les intérêts moratoires, les frais de réduction du dommage, d'expertise, d'avocat, de justice, d'arbitrage, de médiation, les frais de prévention de dommages ainsi que d'autres frais (p. ex. les dépens alloués à la partie adverse) et sont limitées à la somme d'assurance, ou la sous-limite, fixée dans la police ou les conditions contractuelles sous déduction de la franchise convenue.
- b) La somme d'assurance a valeur de garantie unique par année d'assurance, c'est-à-dire qu'elle n'est payée au maximum qu'une fois pour l'ensemble des prétentions pour dommages émises envers des assurés au cours d'une même année d'assurance ainsi que pour tous les frais de prévention de dommages et autres frais assurés éventuels se rapportant à la même année d'assurance.

- c) L'ensemble des prétentions pour tous les dommages dus à la même cause est considéré comme un seul événement (dommage en série). Le nombre des lésés, demandeurs ou ayants droit est sans importance.

Il y a même cause lorsque plusieurs dommages sont dus au même vice ou défaut d'un produit ou d'une matière (p. ex. erreur dans la conception, la construction, la production, les instructions ou la présentation), au même acte ou à la même omission (tels que violation de l'obligation de diligence ou erreur).

- d) Les prestations et leurs limites sont définies en fonction des dispositions du contrat d'assurance (y compris celles relatives à la somme d'assurance et à la franchise) qui étaient valables au moment où la prétention a été émise selon le chiffre 3.1, lettres b, c et d ci-dessus.

4. Assurance prévisionnelle

En modification partielle de l'article 14 CGA, les conditions suivantes s'appliquent:

Si un assistant ou un autre auxiliaire médical est employé après la conclusion du contrat, l'assurance s'étend d'office à ces personnes, dans les limites des autres dispositions contractuelles. Le preneur d'assurance est toutefois tenu de l'annoncer à la compagnie au plus tard lors de la prochaine échéance de prime et de payer rétroactivement la prime correspondant au tarif dès la naissance du risque.

5 Obligations

Avant toute intervention médicale, l'assuré est tenu de veiller à ce que le patient reçoive, en temps utile, une information complète, documentée par écrit.

En modification de l'article 16 CGA, l'assuré supporte une franchise supplémentaire de Fr. xxx par événement en cas de violation de l'obligation d'informer. La franchise ne s'applique pas si, compte tenu des circonstances, la violation de l'obligation doit être considérée comme non fautive ou si elle a été sans influence sur l'étendue de la responsabilité de l'assuré dans la survenance du sinistre.